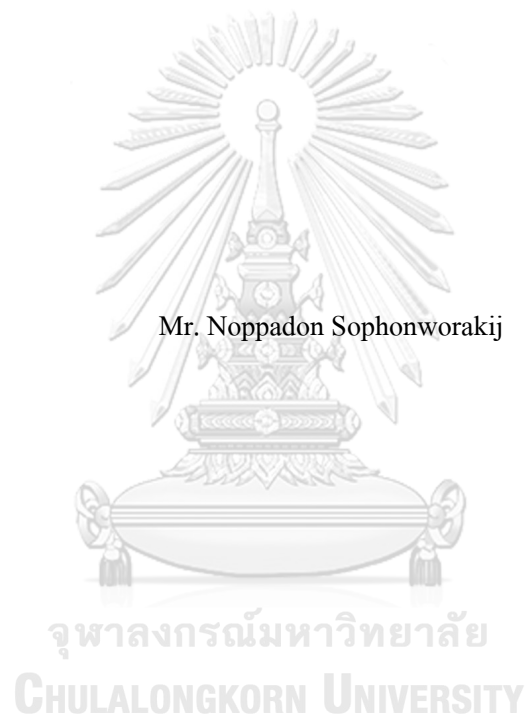


ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับการรับรู้สติ 5 ด้านและความเครียดของ
ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาใน
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Effect of self-awareness training program on 5 factors of mindfulness and stress to patients with amphetamine use disorder in the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับ
การรับรู้สติ 5 ด้านและความเครียดของผู้ป่วยมีความ
ผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษา
ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ
บรมราชชนนี

โดย

นายนพดล โสภณวรกิจ

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุงนายแพทย์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ภัทรารักษ์ กิรินทร์แพทย์หญิง

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณะบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ นายแพทย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ไพโรจน์ ลีอนุช วัชรสินธุ นายแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง นายแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ภัทรารักษ์ กิรินทร์ แพทย์หญิง)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(วิภาวี เผ่ากัณฑ์ทรครดกเตอร์)

นพดล โสภณวรกิจ : ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับการรับรู้สติ 5 ด้าน และความเครียดของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (Effect of self-awareness training program on 5 factors of mindfulness and stress to patients with amphetamine use disorder in the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment) อ.ที่ปรึกษาหลัก : อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุงนพ., อ.ที่ปรึกษาร่วม : กัทรภากรณ กิรินทร์พญ.

จากปัญหาอัตราการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยสาเหตุหนึ่งเกิดจากการขาดการรับรู้ถึงความสามารถของตน ซึ่งการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองเป็นอีกหนทางหนึ่งในการส่งเสริมการรับรู้ถึงความสามารถของตนอย่างเหมาะสม การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีน โดยเป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง แบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดที่แผนกผู้ป่วยในของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 40 คน ซึ่งเข้าร่วม โปรแกรมการฝึก 4 หัวข้อ ได้แก่ 1) การสังเกตและรับรู้ในตนเอง, 2) การฝึกปล่อยวางอารมณ์ รู้ทันความคิด, 3) การตระหนักรู้ในชีวิตประจำวัน และ 4) การวางแผนการดำเนินชีวิตในระยะยาวผ่านการมองหาคคุณค่าของบุคคลรอบข้าง รวม 4 ครั้ง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลส่วนตัว 2) แบบวัดการรับรู้ของสติใน 5 ด้าน 3) แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ pair t-test และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยค่าสหสัมพันธ์แบบ Pearson

จากผลการศึกษาพบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สติทั้งในภาพรวมและจำแนกตามองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการสังเกต ด้านการบรรยายเป็นคำพูด ด้านการรับรู้อิริยาบถ ด้านการไม่ตัดสิน ด้านการไม่ตอบสนองต่อความรู้สึกมีค่าคะแนนสูงขึ้น ในขณะที่ค่าคะแนนความเครียดลดลง โดยมีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ 0.001*, 0.113, 0.035*, 0.037*, 0.281, 0.049* และ 0.008* ตามลำดับ และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรและผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วม โปรแกรม

ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับการตระหนักรู้ในตนเองของผู้เข้าร่วม อีกทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยทั้งที่เคยและไม่เคยมีประสบการณ์การฝึกเจริญสติได้ ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการช่วยลดปัญหาการกลับมาเสพสารเสพติดซ้ำในผู้เข้ารับการรักษาในอนาคต

สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5974256830 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Self-awareness training program, Mindfulness, Stress, Amphetamine use disorder

Noppadon Sophonworakij : Effect of self-awareness training program on 5 factors of mindfulness and stress to patients with amphetamine use disorder in the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Advisor: Atapol Sughondhabirom na badalung, M.D., Patraporn Kinorn, M.D.

The substance-abuse relapse rate is likely to increase every year. One of the reasons is the lack of self-efficacy that can improved by self-awareness training. The purpose of this one group pretest-posttest design quasi experimental research study was to investigate the effect of self-awareness training program on 40 patients with amphetamine use disorder who treated at the PMNIDAT. The program including 2 weeks, consists of 4 sessions: 1) Observing the body's reaction 2) Emotional & Thinking training 3) Awareness in daily life and 4) Long-term lifestyle planning through looking for and appreciate the value of everyone. Using the FFMQ-SF and the ST-5 questionnaire to measure self-awareness in term of mindfulness and stress. Data were analyzed by using descriptive statistic, pair t-test and Pearson's correlation.

Participants shows a higher mindfulness score both the overall and each 5 compound factors including observing, describing, acting with awareness, non-judging of inner experience and non-reactivity to inner experience while the stress score is reduced. The statistical significance at 0.05 was 0.001*, 0.113, 0.035*, 0.037*, 0.281, 0.049* and 0.008* respectively. In addition, the Pearson correlation coefficient was not correlated with the demographic profile and the difference in before-after the program scores.

The program can improve self-awareness and relieve stress for patients with amphetamine use disorder. They were shown as the increased FFMQ-SF score and the decreases ST-5 score. And this program can be applied to patients in all groups, have experienced the practice and have never experienced the practice of mindfulness.

Field of Study: Mental Health

Academic Year: 2018

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ความกรุณาช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากบุคคลหลายท่านด้วยกัน ผู้วิจัยระลึกพระคุณของทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงในความกรุณาที่ได้รับจากอาจารย์นายแพทย์อรรถพล สุคนธ์ภิรมย์ ณ พัทลุง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และแพทย์หญิงภัทราภรณ์ กิรินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ เสียสละเวลาให้คำแนะนำ คำปรึกษาด้วยความเอาใจใส่ และให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย ได้สอนให้รู้จักเรียนรู้และเข้าใจอย่างลึกซึ้งในทุกๆ ขั้นตอน พร้อมทั้งตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพันธ์ ลีอนุญช วัชชัยที่ให้เกียรติเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ และดอกเตอร์วิภาวี เผ่ากันทรารกร ที่กรุณาสละเวลาเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและกรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้อาจารย์วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์บังอร โสฬส คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ และคุณวิภาสสิริ สุกิจจวนิช ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลือด้านขั้นตอน รวมถึงช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยมาตลอด

ขอขอบพระคุณเพื่อนๆ นิสิต วท.ม.สุขภาพจิตทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจเสมอมา

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ และทุกคนในครอบครัว ที่คอยให้การช่วยเหลือให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน

นพดล โสภณวรกิจ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญภาพ	1
สารบัญตาราง	2
บทที่ 1 บทนำ	4
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ข้อจำกัดในการทำวิจัย.....	7
คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด ภาวะติดสารเสพติด	10
ความหมายของสารเสพติด	10
ประเภทของสารเสพติด	11
กลไกการเสพติด.....	12

สาเหตุของการใช้สารเสพติด.....	14
แนวคิดเรื่องความเครียด.....	16
ความหมายของความเครียด.....	16
ระดับของความเครียด.....	16
สาเหตุของความเครียด.....	17
ผลกระทบจากความเครียด.....	18
ความเครียดกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด.....	18
ความรู้เกี่ยวกับการเสพติดซ้ำ.....	19
ความหมายของการเสพติดซ้ำและการเสพติดซ้ำ.....	19
กลไกการเกิดการเสพติดซ้ำ.....	19
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการเสพติดซ้ำ.....	20
สถานการณ์การระบาดของสารเสพติด และการกลับไปเสพติดซ้ำในประเทศไทย.....	21
ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน.....	22
ความเป็นมาของสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน.....	22
ลักษณะทั่วไป.....	23
กลไกการออกฤทธิ์.....	24
ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา.....	25
อาการจากการเสพสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน.....	25
การศึกษาผลกระทบของการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนต่อสมอง.....	26
ภาวะโรคจิตของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน.....	27
แนวคิดเรื่องการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด.....	27
เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด.....	27
การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด.....	30
แนวคิดเรื่องการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด.....	32

รูปแบบการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด.....	32
บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มบำบัด	32
การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model)	33
แนวคิดเรื่องการรับรู้ความสามารถในตนเอง	36
ความหมายของการรับรู้ความสามารถในตนเอง.....	36
ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถในตนเอง	37
การศึกษาแนวทางการพัฒนาระดับการรับรู้ความสามารถในตนเอง	38
แนวคิดเรื่องการตระหนักรู้ในตนเอง และสติ	38
ความหมายของการตระหนักรู้ในตนเอง.....	38
องค์ประกอบของการตระหนักรู้ในตนเอง.....	39
ความหมายของสติ.....	39
องค์ประกอบของสติ.....	40
การบำบัดโดยใช้แนวคิดเรื่องการเจริญสติ	41
ความเป็นมาของการบำบัดโดยใช้แนวคิดเรื่องการเจริญสติ	41
แบบวัดระดับการรับรู้สติ.....	41
การศึกษาเกี่ยวกับผลของการเจริญสติ	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	47
ประชากร	47
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	47
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง	47
เกณฑ์การเข้าร่วมงานวิจัย.....	47
เกณฑ์การคัดออกจากงานวิจัย.....	48
เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมงานวิจัยหรือยุติการศึกษา.....	48

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	49
การสุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	49
แบบสอบถามและแบบประเมิน.....	49
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคล	49
ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ของสติใน 5 ด้านฉบับภาษาไทย (The 5 facet mindfulness questionnaire : short form)	50
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ST-5).....	51
โปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง	51
ข้อตกลงระหว่างร่วมกิจกรรมกลุ่ม	51
กิจกรรมครั้งที่ 1 การรับรู้ในตนเอง	52
กิจกรรมครั้งที่ 2 การฝึกู้ทันความคิด ปล่อยวางอารมณ์	54
กิจกรรมครั้งที่ 3 การตระหนักรู้ในชีวิตประจำวัน	56
กิจกรรมครั้งที่ 4 การวางแผนการดำเนินชีวิตในระยะยาว	58
การขอพิจารณาจริยธรรม	59
การรวบรวมข้อมูล	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	61
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย	61
ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง.....	67
ส่วนที่ 3 ผลค่าสหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับผลต่างของค่าคะแนนที่ประเมินได้.....	68
บทที่ 5 อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	75
อภิปรายผลการวิจัย	75
ลักษณะประชากรผู้เข้าร่วมการวิจัย	75

ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อค่าคะแนนการรับรู้สติ 5 ด้าน	76
ผลต่อค่าคะแนนการรับรู้สติโดยรวมทั้ง 5 ด้าน (Total)	76
ผลต่อการรับรู้สติในด้านการสังเกต (Observing)	76
ผลต่อการรับรู้สติในด้านการใช้คำพูดบรรยายความคิด / ความรู้สึก (Describing).....	77
ผลต่อการรับรู้สติในด้านการรับรู้อิริยาบถ (Acting with awareness).....	77
ผลต่อการรับรู้สติในด้านการไม่ตัดสินผิด-ถูกตามความรู้สึก (Nonjudging of inner experience)	78
ผลต่อการรับรู้สติในด้านการไม่มีปฏิกิริยาสนองต่อความรู้สึก (Nonreactivity to inner experience)	79
ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อค่าคะแนนความเครียด.....	79
ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรและผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังการเข้าร่วม โปรแกรม	80
ข้อเสนอแนะ.....	81
บรรณานุกรม	82
ภาคผนวก ก. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และ เอกสารแสดงความ ยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร	91
ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และ ไปกิจกรรม.....	98
ภาคผนวก ค. การติดต่อขออนุญาตใช้เครื่องมือ.....	111
ภาคผนวก ง. เอกสารรับรองโครงการวิจัย และเอกสารรับรองโครงการวิจัยส่วนเพิ่มเติม คณะ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....	116
ภาคผนวก จ. เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย และ เอกสารขอความอนุเคราะห์เข้าเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี	133
ภาคผนวก ฉ. เอกสารการรับต้นฉบับเพื่อพิจารณาลงพิมพ์ในจุฬาลงกรณ์เวชสาร และ เอกสารการ รับรองต้นฉบับเพื่อลงพิมพ์ในจุฬาลงกรณ์เวชสาร	139



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ภาพที่ 2 การทดลองของ Olds และ Milner ที่ทำการฝังขั้วไฟฟ้าลงในสมองของหนูทดลองและฝึกให้เรียนรู้การกดสวิตช์เพื่อปล่อยกระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองของตนเอง	14
ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาปัญหาสารเสพติดในประเทศไทย ช่วงปีงบประมาณ 2559 จำแนกตามชนิดของสารเสพติดที่ใช้	21
ภาพที่ 4 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาปัญหาสารเสพติดในประเทศไทย ช่วงปีงบประมาณ 2560 จำแนกตามชนิดของสารเสพติดที่ใช้	22
ภาพที่ 5 ลักษณะทั่วไปของแอมเฟตามีน	23
ภาพที่ 6 กราฟแสดงปริมาณการปลดปล่อยสารโคปามีนในสมอง จำแนกตามสิ่งกระตุ้นที่ได้รับ ..	24
ภาพที่ 7 เปรียบเทียบปริมาณสาร โคปามีนในสมอง	25
ภาพที่ 8 ภาพถ่ายสมองของนักบวชผู้ที่มีความชำนาญการเจริญสติ.....	43
ภาพที่ 9 การทำงานของสมองที่เพิ่มขึ้นในระหว่างที่ฝึกปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน	44
ภาพที่ 10 เนื้อสีเทาของสมองที่หนาขึ้นหลังจากฝึกเจริญสติเป็นเวลา 8 สัปดาห์.....	44

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมงานวิจัย.....	61
ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านประวัติการเสพสารเสพติดและการเข้ารับ การบำบัดรักษาของผู้เข้าร่วมงานวิจัย	64
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านระยะเวลาที่หยุดเสพได้หลังจากการบำบัด ครั้งสุดท้ายของผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่เข้ารับการบำบัดซ้ำ.....	65
ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านประสบการณ์การทำกิจกรรมเจริญสติหรือ ฝึกสมาธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย.....	66
ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่านัยสำคัญทางสถิติ ของค่าคะแนนเฉลี่ยของการ รับรู้สติและค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม.....	67
ตาราง 6 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างอายุ และผลต่างของค่าคะแนนของการรับรู้สติและ ความเครียดก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม.....	69
ตาราง 7 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายได้ต่อเดือน และผลต่างของค่าคะแนนของการรับรู้สติและ ความเครียดก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม.....	69
ตาราง 8 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรก และผลต่างของค่าคะแนน ของการรับรู้สติและความเครียดก่อน-หลังเข้าร่วม โปรแกรม.....	70
ตาราง 9 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษาปัญหาเสพติด และผลต่าง ของค่าคะแนนของการรับรู้สติและความเครียดก่อน-หลังเข้าร่วม โปรแกรม.....	71
ตาราง 10 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่สามารถหยุดเสพได้ หลังจากการบำบัดครั้ง สุดท้าย และผลต่างของค่าคะแนนของการรับรู้สติและความเครียดก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม	71
ตาราง 11 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำกิจกรรมเจริญสติ / ฝึกสมาธิ และผลต่าง ของค่าคะแนนของการรับรู้สติและความเครียดก่อน-หลังเข้าร่วม โปรแกรม.....	72
ตาราง 12 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการเจริญสติ / ฝึกสมาธิ และผลต่างของค่าคะแนน ของการรับรู้สติและความเครียดก่อน-หลังเข้าร่วม โปรแกรม.....	73

ตาราง 13 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ใช้ในการเจริญสติโดยเฉลี่ยต่อครั้ง และผลต่าง
ของค่าคะแนนของการรับรู้สติและความเครียดก่อน-หลังเข้าร่วม โปรแกรม.....73



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

ปัญหาการใช้ยาเสพติดในประเทศไทย นับว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ และมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงขึ้น สังกัดได้จากสถิติการเข้ารับบริการในสถาบันชันษญารักษ์ปีงบประมาณ 2559 พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา 45,516 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2558 ที่มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา 42,768 คน (1) โดยสารเสพติดที่พบมากที่สุด คือ สารกลุ่มแอมเฟตามีน โดยเฉพาะยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 49.47 รองลงมาคือ สุรา และกัญชา คิดเป็นร้อยละ 22.87 และ 8.49 ตามลำดับ (2) และผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับบริการมักจะเป็นวัยรุ่นหรือประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน (3) ซึ่งผู้ที่ติดสารเสพติดเหล่านี้นอกจากจะมีปัญหาความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจจากการเสพแล้ว ยังเสี่ยงต่อการก่อปัญหาสังคมหรืออาชญากรรมต่างๆ รวมถึงอาจเป็นปัญหาต่อการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต

จากแนวโน้มปัญหาข้างต้น จะเห็นว่านอกจากปัญหาการระบาดของยาเสพติดที่ถือเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขแล้ว การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่เสพยาเสพติดก็มีความสำคัญมากเช่นกัน รัฐบาลจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ “พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด” ที่มีแนวคิดการตัดวงจรปัญหาด้านผู้เสพและผู้ติดสารเสพติดโดยยึดหลัก “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการเยียวยารักษาโดยเร่งด่วน อันเป็นการคืนคนสู่ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ” (4-6) โดยมีเป้าหมายนำผู้เสพและผู้ติดสารเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดที่มีความเหมาะสม ได้มาตรฐาน รวมถึงมีระบบการติดตามดูแลให้ความช่วยเหลือผ่านการบำบัดในด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติ แต่แม้ว่าจะมีหลายหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนและร่วมมือแก้ไขปัญหาก็ตาม แต่สถิติผู้เสพสารเสพติดก็ไม่ได้ลดน้อยลงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดบางส่วนที่กลับไปมีพฤติกรรมเสพสารเสพติดซ้ำ สังกัดจากสถิติจากรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสด.) ในปีงบประมาณ 2557 พบว่าจากจำนวนผู้ที่สิ้นสุดการติดตามหลังเข้ารับการบำบัด 96,362 คน มีผู้ที่กลับไปเสพซ้ำ 3,573 คิดเป็นร้อยละ 3.71 ในปีงบประมาณ 2558 จากผู้ที่สิ้นสุดการติดตามหลังเข้ารับการบำบัด 43,287 คน มีผู้ที่กลับไปเสพซ้ำจำนวน 2,854 คน คิดเป็นร้อยละ 6.59 และในปีงบประมาณ 2559 จากผู้ที่สิ้นสุดการติดตามหลังเข้ารับการบำบัด 14,310 คน มีผู้ที่กลับไปเสพซ้ำจำนวน 4,140 คน คิดเป็นร้อยละ 28.93 (7) ซึ่งจะเห็นว่าอัตราส่วนของผู้ที่กลับไปเสพซ้ำหลังจากเข้ารับการบำบัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

มีการศึกษาพบว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลให้ผู้ติดสารเสพติดที่สิ้นสุดกระบวนการบำบัดแล้ว กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ คือ การขาดการรับรู้ถึงความสามารถของตน (Self-efficacy) เช่น การขาดความมั่นใจ หรือการขาดความเชื่อว่าตนเองจะสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยผู้ที่มีระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะมีแนวโน้มสูงที่จะกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ (8) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hyde, Hankins, Deaie และ Marteau (9) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความรับรู้ความสามารถของตน คือ ความสามารถในการเผชิญความเครียดจากเหตุการณ์กดดันต่างๆ (Coping ability) ที่ลดลง และจากการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำในประเทศไทยหลายฉบับก็มีผลสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน คือ ปัจจัยด้านตัวบุคคลเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ โดยมักพบว่าผู้ที่มีปัญหาในการขาดการตระหนักรู้ถึงความสามารถของตนในด้านต่างๆ มีการรับรู้ปัญหาต่างๆ และพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล รู้สึกว่าความสามารถของตนเองลดต่ำลง ไม่พร้อมจะแก้ไขปัญหา จึงต้องกลับไปเสพยาซ้ำอีกครั้ง (10-14) หากผู้เสพยาเสพติดได้รับการฝึกเพื่อส่งเสริมการรับรู้ถึงความสามารถตนเองอย่างเหมาะสม ทำให้มีความมั่นใจ สามารถดูแลตนเอง และจัดการกับสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความเครียด หรืออารมณ์ด้านลบต่างๆ ที่เป็นตัวกระตุ้นให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะสามารถลดและป้องกันปัญหาการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำหลังการบำบัดได้ (15) โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (16, 17) โดยเฉพาะการใช้แนวทางการเจริญสติ ที่มุ่งเน้นส่งเสริมการรับรู้ อารมณ์ ความคิด และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทั้งภายในร่างกายและจิตใจตนเอง มาประยุกต์ใช้เพื่อลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดและความกระหายอยาก ทำให้เกิดการรับรู้ถึงอารมณ์ภายในของตนเอง สามารถจัดการกับอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมในผู้มีภาวะติดสารเสพติดได้ (9, 18-26)

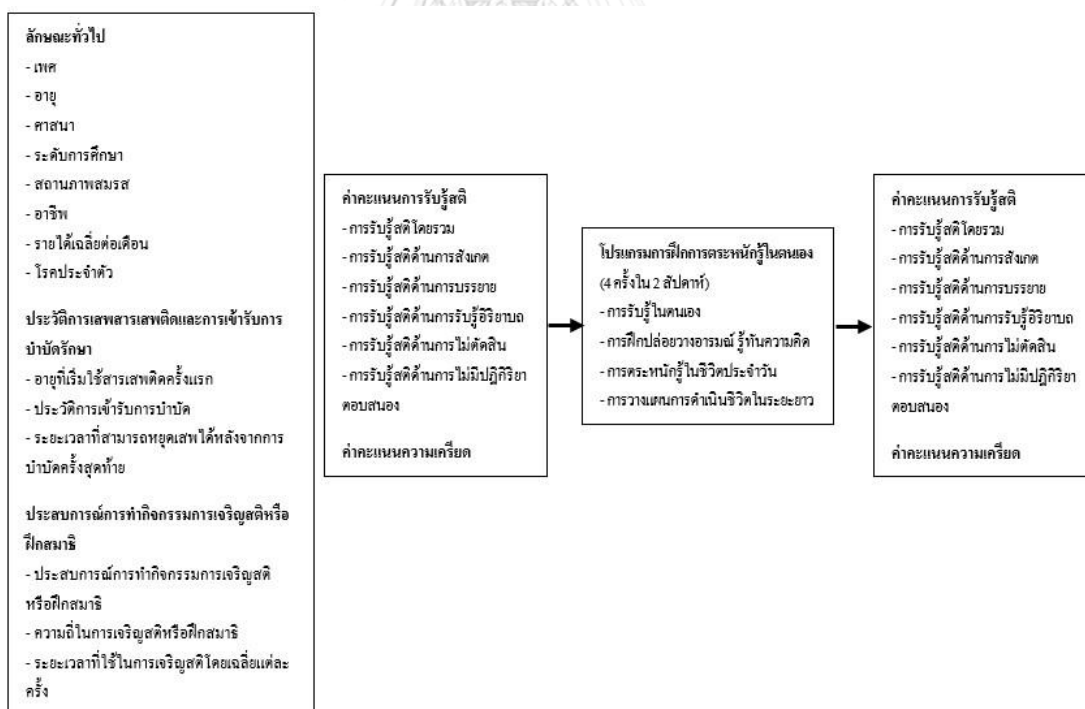
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาผลของการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดในระหว่างกระบวนการบำบัดฟื้นฟูมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองโดยนำแนวทางการเจริญสติมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่ดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาเฉพาะด้านในผู้ที่มีปัญหาติดสารเสพติด และเป็นสถาบันด้านวิชาการที่พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์การเสพยา

ติด รวมถึงรูปแบบการบำบัดรักษาที่เป็นมาตรฐานในการบำบัดรักษาในระดับประเทศ เช่น Matrix program และ FAST model โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อความเครียด ความรับรู้อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ตลอดจนปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งเป็นวิธีที่ง่ายต่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากสถานพยาบาลต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อการรับรู้สติ 5 ด้าน และความเครียดของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยเปรียบเทียบผลการประเมินระดับการรับรู้สติและระดับความเครียด ก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองมีผลต่อระดับการรับรู้สติ 5 ด้านและความเครียดของผู้ป่วยมีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนทั้งการรับรู้สติโดยรวม (Total) และการรับรู้สติแยกตามองค์ประกอบ 5 ด้าน (ด้านการสังเกต, ด้านการใช้คำพูดบรรยายความรู้สึก, ด้านการรับรู้อิริยาบถ, ด้านการไม่ตัดสินใจผิดพลาด-ถูกตามความรู้สึก และด้านการไม่ตอบสนองต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้น) ก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรม มีความแตกต่างกัน
2. ค่าคะแนนความเครียด (Stress) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกัน
3. ปัจจัยต่างๆ ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีความสัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนการรับรู้สติโดยรวม (Total) และค่าคะแนนความเครียด (Stress)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experimental research study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) โดยประเมินระดับการรับรู้สติและความเครียดของผู้เข้าร่วมงานวิจัยก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรม เพื่อศึกษาผลของการร่วมกิจกรรมโปรแกรมการตระหนักรู้ในตนเองในผู้ป่วยมีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนคือ ยาบ้า หรือยาไอซ์ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

เนื่องด้วยข้อจำกัดในเรื่องตารางกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูของผู้ป่วย ส่งผลถึงจำนวนผู้ที่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ การวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรกลุ่มเดียวเปรียบเทียบผลก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม จึงไม่สามารถบอกถึงความแตกต่างระหว่างผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรม และผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมได้

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยมีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จึงอาจไม่สามารถนำไปใช้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยจากการเสพยาเสพติดทั้งหมดได้ นอกจากนี้ยังไม่มี

ติดตามศึกษาพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมงานวิจัยเมื่อสิ้นสุดกระบวนการรักษาแล้ว จึงไม่สามารถระบุถึงผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำได้

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นผู้ติดสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine Dependence หรือ F15.2) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

โปรแกรมการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness training program) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง โปรแกรมการทำกิจกรรมแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวทางการฝึกเจริญสติ ร่วมกับเทคนิค Self-monitoring และกิจกรรมการเล่นเกมที่เข้าด้วยกันเพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเองในผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย ประกอบด้วย 4 หัวข้อ คือ การรับรู้ในตนเอง, การฝึกปล่อยวางอารมณ์ รู้ทันความคิด, การตระหนักรู้ในชีวิตประจำวัน และการวางแผนการดำเนินชีวิตในระยะยาว

ค่าคะแนนการรับรู้สติ ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผลคะแนนจากการประเมินด้วยแบบวัดการรับรู้ของสติใน 5 ด้าน (The 5 facet mindfulness questionnaire : short form) (27) ฉบับภาษาไทย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ การสังเกต, การบรรยาย, การรับรู้อิริยาบถ, การไม่ตัดสินผิด-ถูก และการไม่ตอบสนองต่อความรู้สึก-ความคิดที่เกิดขึ้น

ค่าคะแนนความเครียด (Stress) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผลคะแนนที่ได้จากการประเมินด้วยแบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ST-5) (28) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการตระหนักรู้ในตนเอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางบำบัดเพื่อพัฒนาการตระหนักรู้ ความรู้ตัว และลดความเครียดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด
2. เพื่อเป็นแนวทางพัฒนากระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดที่มาเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ
3. เพื่อเป็นแนวทางพัฒนากระบวนการบำบัดเพื่อลดการกลับมาเสพสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการร่วมกิจกรรมโปรแกรมการตระหนักรู้ในตนเองในผู้ป่วยมีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด ภาวะติดสารเสพติด

- ความหมายของสารเสพติด
- ประเภทของสารเสพติด
- กลไกการเสพติด
- สาเหตุของการใช้สารเสพติด

แนวคิดเรื่องความเครียด

- ความหมายของความเครียด
- ระดับของความเครียด
- สาเหตุของความเครียด
- ผลกระทบจากความเครียด
- ความเครียดกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

ความรู้เกี่ยวกับการเสพติดซ้ำ

- ความหมายของการเสพติดซ้ำและการเสพติดซ้ำ
- กลไกการเกิดการเสพติดซ้ำ
- ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการเสพติดซ้ำ
- สถานการณ์การระบาดของสารเสพติด และการกลับไปเสพติดซ้ำในประเทศไทย

ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน

- ความเป็นมาของสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน
- ลักษณะทั่วไป
- กลไกการออกฤทธิ์
- ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา
- อาการจากการเสพสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน
- การศึกษาผลกระทบของการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนต่อสมอง
- ภาวะโรคจิตของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน

แนวคิดเรื่องการบริหารรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

- เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด
- การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด

แนวคิดเรื่องการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด

- รูปแบบของการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด
- บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มบำบัด

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model)

แนวคิดเรื่องการรับรู้ความสามารถในตนเอง

- ความหมายของการรับรู้ความสามารถในตนเอง
- ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถในตนเอง
- การศึกษาแนวทางการพัฒนาระดับการรับรู้ความสามารถในตนเอง

แนวคิดเรื่องการตระหนักรู้ในตนเอง และสติ

- ความหมายของการตระหนักรู้ในตนเอง
- องค์ประกอบของการตระหนักรู้ในตนเอง
- ความหมายของสติ
- องค์ประกอบของสติ

แนวคิดเรื่องการบริหารโดยใช้แนวคิดเรื่องการเจริญสติ

- ความเป็นมาของการบำบัดโดยใช้แนวคิดเรื่องการเจริญสติ
- แบบวัดระดับการรับรู้สติ
- การศึกษาเกี่ยวกับผลของการเจริญสติ

ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด ภาวะติดสารเสพติด

ความหมายของสารเสพติด

องค์การอนามัยโลก (World health organization: WHO) (29) ได้ระบุความหมายของสารเสพติดว่า “สารเสพติด คือ ยา สาร หรือ วัตถุใดๆ ที่เสพแล้วก่อให้เกิดผลต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจที่สำคัญ 4 ประการ คือ มีความต้องการเสพยาในทางร่างกายและจิตใจ, มีอาการคือยาต้องเพิ่มขนาดของยาที่เสพมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลเท่าเดิม, มีอาการขาดยาเมื่อหยุดยา และสุขภาพทั่วไปของผู้เสพจะทรุดโทรมลงจากการเสพยา”

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 (30) ระบุความหมายของยาเสพติดให้โทษว่า “ยาเสพติดให้โทษ หมายถึง สารเคมี หรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน

คม สุก นิด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการนอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปทรุดโทรมลง กับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ หรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษและสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย แต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่”

จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 (31) ได้ระบุความหมายของยาเสพติดว่า “ยาหรือสารเคมีซึ่งเมื่อเสพหรือนิดเข้าสู่ร่างกายติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่งก็จะติด ก่อให้เกิดพิษเรื้อรัง ทำให้ร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรม เช่น ฝิ่น กัญชา เฮโรอีน ยานอนหลับ สุรา” และระบุความหมายของยาเสพติดให้โทษว่า “สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ รวมทั้งพืช ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการนอนยาเมื่อขาดยา”

จากความหมายข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า สารเสพติด หมายถึง สารเคมี หรือวัตถุใดๆ ทั้งจากธรรมชาติ เช่น พืช ส่วนของพืช และจากการสังเคราะห์ขึ้น ที่เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดๆ แล้วทำให้เกิดภาวะติดสารเสพติด คือ มีผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ ได้แก่

1. เกิดอาการคือยา ต้องมีการเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ
2. เกิดอาการนอนยา เมื่อมีการขาดยา
3. ทำให้ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมลง และอาจก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อตัวผู้เสพครอบครัว และสังคมรอบข้างได้

ประเภทของสารเสพติด

การจำแนกประเภทของสารเสพติด สามารถจำแนกได้หลายวิธี โดยหากใช้ลักษณะการเกิดเป็นเกณฑ์ในการจำแนก จะสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. สารเสพติดตามธรรมชาติ คือ สารเสพติดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ โดยสามารถสกัดได้จากพืชบางชนิด เช่น กัญชา กระเทียม เห็ดขี้ควาย ฝิ่น เป็นต้น
2. สารเสพติดสังเคราะห์ คือ สารเสพติดที่ได้จากการสังเคราะห์ขึ้นตามกรรมวิธี / กระบวนการทางเคมี เช่น โคเคอีน โคลเคน เฮโรอีน มอร์ฟิน แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน เป็นต้น

หรือหากใช้กลไกการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทเป็นเกณฑ์ในการจำแนก จะสามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. สารเสพติดประเภทออกฤทธิ์กดประสาท คือ สารที่เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายแล้วจะออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ศูนย์ควบคุมการหายใจและความรู้สึก รวมถึงประสาทที่ควบคุมส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้เกิดอาการมึน งง ซา สามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดต่างๆ ลงได้ เช่น ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน ยานอนหลับ สุรา เป็นต้น
2. สารเสพติดประเภทออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท คือ สารที่เสพเข้าสู่ร่างกายแล้วจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ทำให้ระบบประสาทต่างๆ ในร่างกายถูกกระตุ้นให้เกิดการทำงานเพิ่มขึ้น เช่น แอมเฟตามีน คาเฟอีน เป็นต้น
3. สารเสพติดประเภทออกฤทธิ์หลอนประสาท คือ สารที่เสพเข้าสู่ร่างกายแล้วจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้การรับรู้ และการแปลสิ่งเร้าต่างๆ รอบตัวผิดไปจากความเป็นจริง ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน เห็นภาพลวงตา ฝันเพ้อ ควบคุมตัวเองไม่ได้ เช่น แอลเอสดี เอสทีพี เห็ดขี้ควาย เป็นต้น
4. สารเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน คือ สารที่เสพเข้าสู่ร่างกายแล้วจะออกฤทธิ์ต่อร่างกายหลายอย่างทั้งกดประสาท กระตุ้นประสาท และหลอนประสาท เช่น กัญชา ใบกระท่อม เป็นต้น

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (29) ได้ใช้หลักเภสัชวิทยาเป็นเกณฑ์ในการจำแนกสารเสพติดออกได้เป็น 10 ประเภท ได้แก่

1. สุรา (Alcohol)
2. ฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น (Opiate type drugs)
3. กัญชา (Marijuana cannabis)
4. สารกดประสาท / สารสงบอารมณ์ (Sedative drugs)
5. โคเคน (Cocaine)
6. สารกระตุ้นประสาทประเภทแอมเฟตามีน (Amphetamine type stimulants)
7. สารหลอนประสาท (Hallucinogenic drugs)
8. ยาสูบ (Tobacco)
9. สารระเหย (Inhalants)
10. อื่นๆ หรือการใช้สารหลายประเภทร่วมกัน (Others or multiple drugs)

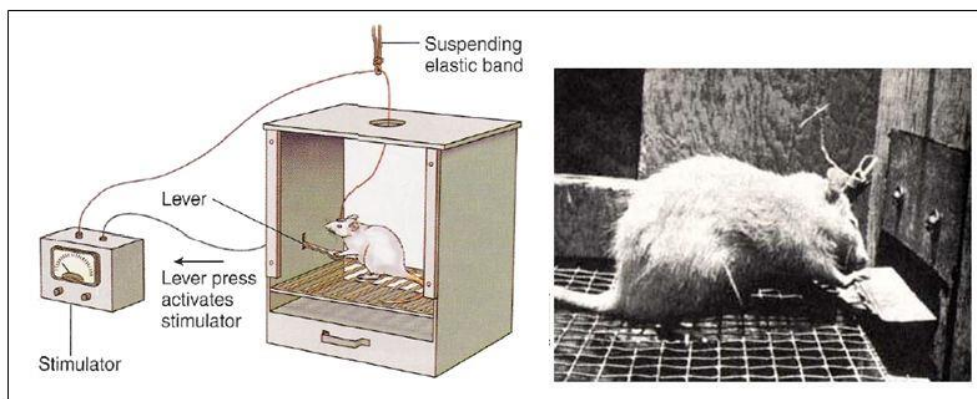
กลไกการเสพติด

จากการทดลองเกี่ยวกับกลไกการเสพติดของ Olds และ Milner (32) ที่ทำการฝังขั้วไฟฟ้าลงในสมองของหนูทดลองและฝึกให้เรียนรู้การกดสวิทช์เพื่อปล่อยกระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองของตนเอง (ภาพที่ 2) พบว่าเมื่อสมองบางส่วนถูกกระตุ้น หนูทดลองจะเกิดความพึงพอใจส่งผลให้เกิด

พฤติกรรมการกดสวิตช์ซ้ำๆ เพื่อกระตุ้นสมองของตนเองอย่างต่อเนื่อง และหนูทดลองจะเกิดอาการเครียด กระวนกระวายเมื่อสมองไม่ได้รับการกระตุ้น จึงสามารถกล่าวได้ว่ากลไกการเสพติด คือ กลไกที่สมองทำการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ หรือความสุขอย่างต่อเนื่อง และสมำเสมอ ต่อมา Robert (33) ได้ทำการทดลองกระตุ้นสมองของมนุษย์ พบว่าผู้เข้ารับการทดลองจะมีความรู้สึกเคลิบเคลิ้ม และเป็นสุขอย่างมาก (Euphoria) เมื่อทำการกระตุ้นสมองในส่วน Mesolimbic dopamine pathway หรือสมองส่วนอยาก (Brain reward pathway) ที่มีหน้าที่ในการควบคุมการหลั่งสาร โดปามีน (Dopamine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทในสมองที่จะกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ มีความสุข (34, 35) จึงสามารถระบุได้ว่าสมองในส่วนดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับกลไกการเสพติด โดยเมื่อสมองถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า จะหลั่งสารโดปามีนที่ทำหน้าที่ส่งผ่านสัญญาณประสาทออกมาทำให้รู้สึกมีความสุข แต่เมื่อสิ่งเร้าหมดไป ระดับของสารโดปามีนในสมองก็จะลดน้อยลง เกิดเป็นความเครียด ความกระวนกระวาย จนต้องมีการแสวงหาสิ่งเร้ามาเพื่อกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสาร โดปามีน เพิ่มขึ้นเพื่อรักษาระดับสารโดปามีนในสมองไว้ ซึ่งเรียกพฤติกรรมนี้ว่า พฤติกรรมแสวงหาความพอใจ (Reward behaviors)

ในทำนองเดียวกันเมื่อสารเสพติดเข้าสู่ร่างกาย สารเสพติดจะออกฤทธิ์กระตุ้นให้ปมประสาทหลังโดปามีนมากขึ้น และเซลล์ประสาทเกิดการปรับตัวจนอยู่ในสมดุลของสารโดปามีนในระดับสูง เมื่อระดับโดปามีนลดลงจึงเกิดอาการขาดยา ทำให้ต้องแสวงหาสารเสพติดมาใช้อีกครั้ง เพื่อจะรักษาระดับโดปามีนในระดับสูงตลอดเวลา

นอกจากสารเสพติดจะกระตุ้นการทำงานของเซลล์ประสาทในสมองส่วน Limbic system ที่ทำหน้าที่ตอบสนองต่อความสุขมากขึ้นแล้ว ยังจะส่งผลต่อสมองส่วน Prefrontal cortex (PFC) ที่ช่วยในการควบคุมความต้องการในการตอบสนองความสุขเพื่อประโยชน์ในระยะยาวให้ทำงานได้น้อยลง ทำให้เกิดพฤติกรรมกระหายอยากสารเสพติด (Craving) เพราะมีความต้องการได้รับความสุขในระยะสั้นเพิ่มขึ้น (36)



ภาพที่ 2 การทดลองของ Olds และ Milner ที่ทำการฝังขั้วไฟฟ้าลงในสมองของหนูทดลองและฝึกให้เรียนรู้การกดสวิตช์เพื่อปล่อยกระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองของตนเอง (ที่มา <http://acces.ens-lyon.fr/acces/thematiques/neurosciences/actualisation-des-connaissances/circuit-de-la-recompense/enseigner/contenus-et-figures-activites-pedagogiques/images-relatives-a-lactivite-pedagogique/experience-de-olds-milner-1954>)

สาเหตุของการใช้สารเสพติด

การติดสารเสพติดมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยซึ่งมีความสัมพันธ์กัน (37) เช่น

1. ปัจจัยทางชีวภาพ

1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาในฝาแฝด (Twin studies) และบุตรบุญธรรม (Adoption study) พบว่าพันธุกรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการใช้เสพติดในผู้ป่วย (38, 39)

1.2 Neurochemical mechanism เนื่องจากสารเสพติดทุกชนิดทำให้ Dopamine system ทำงานเพิ่มขึ้นทั้งเพิ่มการสร้าง กระตุ้นให้หลั่ง และยับยั้งการดูดกลับ เพื่อทำให้ผู้เสพติดได้รับความรู้สึกพอใจและมีความสุข เหมือนกับกระบวนการ Reinforcement rewarding system ในสมองส่วน Limbic area

1.3 บุคลิกภาพของผู้เสพติด มักพบว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองต่ำ มีจิตใจอ่อนไหวง่าย ไม่มั่นใจในตนเอง หรือเก็บกดอารมณ์ ความเครียด และความคับข้องใจต่างๆ จะมีความเสี่ยงที่จะใช้สารเสพติดเพื่อที่จะเปลี่ยนความทุกข์จากปัญหาและความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นความรู้สึกสุข เคลิบเคลิ้มด้วยฤทธิ์ของสาร (40, 41)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

2.1 สภาพครอบครัว ถือได้ว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีความใกล้ชิดกับแต่ละบุคคลมากที่สุด ซึ่งจะสังเกตได้ว่าในครอบครัวของผู้ที่เสพติดมักพบลักษณะต่างๆ ดังนี้

- 2.1.1 พ่อหรือแม่ใช้สารเสพติด ทำให้ลูกเกิดพฤติกรรมเลียนแบบ เนื่องจากเห็นเป็น
เรื่องปกติธรรมดา (42)
 - 2.1.2 การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Failure of communication)
 - 2.1.2.1 มักพูดถึงเฉพาะด้านที่ไม่ดี (Negative communication) มีท่าทีคอยจับผิด
ตำหนิ ต่อกันอยู่เสมอ ไม่มีการชม หรือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
 - 2.1.2.2 พุดประชดประชัน (Vicarious communication) หรือพูดเชิงดูถูก ช่วยทำให้
ไปเสพสารเสพติด
 - 2.1.2.3 การเรียกร้องความสนใจอย่างไม่เหมาะสม (A cry for help) เช่น
พฤติกรรมเกเร ไม่ไปโรงเรียน กระทบความผิดเพื่อให้ตำรวจจับ โดยจะ
พบว่าพฤติกรรมเหล่านี้มักจะรุนแรงขึ้นเป็นลำดับ
 - 2.1.2.4 พ่อแม่มีท่าทีปฏิเสธลูก (Massive parental denial) มักแสดงออกว่า “ลูก
ของฉันต้องเป็นคนดี ไม่ใช่ลูกคนที่ทำผิด” และมีท่าทีปฏิเสธการทำผิด
ของลูก แม้ทำให้เห็นอยู่ก็ทำเหมือนไม่เห็น
 - 2.1.3 ในสภาพแวดล้อมครอบครัวที่ขาดความรักและความเข้าใจ มักพบพฤติกรรม
การเก็บซ่อนอารมณ์ โกรธเอาไว้ หรือมีท่าทีไม่ยอมรับการแสดงความรู้สึก
โกรธออกมา
 - 2.1.4 ความคาดหวังจากพ่อแม่ที่ส่งผลด้านลบ (Pathogenic parental expectation) มัก
พบในรูปแบบการตั้งความหวังของพ่อแม่ในตัวลูกมากเกินไปซึ่งลูกไม่
สามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ หรือในบางครอบครัวที่พ่อแม่ใช้
ความสำเร็จของลูกเป็นเงื่อนไขในการที่จะให้ความรัก ความเอาใจใส่แก่ลูก
ส่งผลให้เกิดความกดดัน หรือความเครียดให้แก่ลูก
 - 2.2 การอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สามารถจัดหา / ซื่อสารเสพติดได้ง่ายและราคาถูก เป็นอีก
ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีการเสพสารเสพติดในชุมชนอย่างแพร่หลาย โดยในบางรายอาจ
เป็นทั้งผู้เสพและผู้จำหน่าย (43)
 - 2.3 อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนที่ชักจูง / แนะนำให้ใช้ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่จะทำให้
ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน และต้องการการยอมรับ
 - 2.4 สภาพสังคมในปัจจุบันที่ประสบปัญหาเศรษฐกิจ ส่งผลให้การดำเนินชีวิตในสังคมมี
ภาวะเครียดสูง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้เสพสารเสพติดเพื่อระงับความเครียด (44)
3. ปัจจัยด้านเงื่อนไขและการเรียนรู้

- 3.1 ความอยากรู้ อยากทดลอง โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่มีความคึกคะนองและความสงสัยว่า
รสชาติของสารเสพติดเป็นอย่างไร
- 3.2 ผลด้านบวกจากการใช้ยา เช่น ลดความเครียด รู้สึกสนุกสนาน หรือลดอาการถอนยา
ถือเป็นแรงส่งเสริมให้ยังคงใช้สารเสพติดต่อ
- 3.3 ถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยที่เป็นเงื่อนไขทำให้เกิดความรู้สึกอยากเสพ เช่น การพบเพื่อนที่
เคยร่วมเสพ หรืออยู่ในภาวะอารมณ์ที่เคยนำไปสู่การเสพ

จากปัจจัยต่างๆ ข้างต้นจะพบว่า “ความเครียด” มีส่วนเกี่ยวข้องกับสาเหตุของการติดสารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ (15, 45-47) ที่ระบุว่า “ความเครียด” เป็นปัจจัยหลักปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ติดสารเสพติดรวมถึงการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำภายหลังการบำบัด

แนวคิดเรื่องความเครียด

ความหมายของความเครียด

กรมสุขภาพจิต (48) ได้กำหนดนิยามความหมายของความเครียด คือ ภาวะทางอารมณ์ ความรู้สึก และร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อบุคคลต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบบังคับ กดดันให้เกิดความทุกข์ ไม่สบายใจ

สมิต (49) กล่าวว่า ความเครียด คือ สภาวะที่ซับซ้อนของร่างกายและจิตใจอันเกิดจากสภาพแวดล้อม หรือสถานการณ์ที่บีบบังคับให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนในทุกช่วงเวลา และสภาวะดังกล่าวจะยังคงอยู่นานกว่าสถานการณ์นั้นๆ จะถูกกำจัดให้หมดไป โดยเมื่อเกิดความเครียดในตัวบุคคลแล้วจะทำให้เกิดการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น หงุดหงิด วิตกกังวล กลัว ปวดหัว ปวดท้อง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ย้ำคิดย้ำทำ หรือเกิดการผิดปกติทางประสาทจนทำให้เกิดความปั่นป่วนทางจิตใจได้

อรพรรณ (50) ระบุว่า ความเครียดคือกลไกการป้องกันตัวเมื่อเกิดสภาวะกดดันที่บุคคลประเมินว่าเป็นการคุกคาม ก่อให้เกิดความไม่สมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจของตนเอง ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคามนั้น

ระดับของความเครียด

กรมสุขภาพจิต (51) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ตามความเหมาะสมกับการใช้ในประชากรไทย คือ

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) เป็นภาวะเครียดเครียดเล็กน้อยที่สามารถหายไปเองในช่วงระยะเวลาอันสั้น ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต โดยจะเกิดการปรับตัวได้เองอัตโนมัติ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทั่วไป
2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือพบเหตุการณ์ที่สำคัญ บุคคลอาจมีการตอบสนองในลักษณะความวิตกกังวลหรือความกลัวที่ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตราย ในบางกรณีความเครียดระดับนี้จะทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้นมากขึ้น
3. ความเครียดระดับสูง (High stress) เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลได้รับความเดือดร้อนจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น และไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว โดยอาจมีความเปลี่ยนแปลงของการแสดงออกทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ เป็นสัญญาณเตือนขั้นต้น ซึ่งความเครียดระดับนี้จะมีผลกระทบต่อการทำงาน และการดำเนินชีวิตมากพอสมควร
4. ความเครียดระดับรุนแรง (Severe stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่อง บุคคลเกิดความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดเป็นความเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ควบคุมตนเองไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือความเจ็บป่วยต่างๆ ขึ้นได้ง่าย มักพบในบุคคลที่กำลังเผชิญภาวะวิกฤติในชีวิตอย่างรุนแรง

สาเหตุของความเครียด

เนื่องจากในสถานการณ์หนึ่งๆ ไม่ได้ก่อให้เกิดความเครียดต่อบุคคลแต่ละคนอย่างเท่าเทียมกัน นักวิชาการจึงสรุปสาเหตุของความเครียดได้เพียงคร่าวๆ ดังนี้

1. สาเหตุจากปัจจัยภายใน หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นจากสาเหตุหรือปัจจัยต่างๆ ภายในตัวบุคคลนั้นๆ โดยสามารถแบ่งออกได้ 2 ประเภท ได้แก่
 - 1.1 ความเครียดที่มีสาเหตุจากร่างกาย คือ ความเครียดเกิดจากสภาวะต่างๆ ทางร่างกายของตัวบุคคล เช่น ความเมื่อยล้าทางกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายหิวโหย ขาดสารอาหารบางประเภท หรือความเจ็บป่วยทางกายต่างๆ โดยเมื่อร่างกายเกิดความผิดปกติ จะส่งผลให้จิตใจเกิดความเครียดขึ้นได้
 - 1.2 ความเครียดที่มีสาเหตุจากจิตใจ คือ ความเครียดที่เกิดจากสภาพจิตใจ หรืออารมณ์ต่างๆ เช่น กลัว วิตกกังวล โกรธ เสร้า โดยอารมณ์เหล่านี้มักก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจต่อตัวบุคคล โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดขึ้นจากอารมณ์เศร้าจะทำให้เกิดความคับข้องใจ ท้อแท้ สิ้นหวังได้ นอกจากนี้บุคลิกภาพ หรือลักษณะนิสัยของแต่ละบุคคลยังส่งผลต่อการเกิดความเครียดได้ เช่น การเป็นคนเจ้าระเบียบที่ต้องทำทุกอย่างให้ดี

และสมบุรณ์แบบ การเป็นคนขาดความมั่นใจในตนเองที่มองอนาคตด้วยความวิตกกังวลอยู่เสมอ เป็นต้น

- สาเหตุจากปัจจัยภายนอก หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ หรือปัจจัยต่างๆ นอกตัวบุคคล เช่น ความขัดแย้งภายในครอบครัว การสูญเสียคนรัก ทรัพย์สิน หรือหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่ทำให้ต้องปรับตัว เป็นต้น

ผลกระทบจากความเครียด

ความเครียดจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม (51) ดังนี้

1. ความผิดปกติทางด้านร่างกาย ได้แก่ เหงื่อออก ใจสั่น ปวดหัว ปวดท้อง ท้องเสียหรือท้องผูก นอนไม่หลับหรือง่วงนอนตลอดเวลา ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เบื่ออาหารหรือกินอาหารมากผิดปกติ ประจำเดือนมาไม่ปกติหรือเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ผิวหนังเป็นผื่นคัน ร่างกายอ่อนแอเจ็บป่วยง่าย
2. ความผิดปกติทางด้านจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล คิดมาก ฟุ้งซ่าน หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด ซึมเศร้า เหงา สิ้นหวัง ไม่มีความรู้สึกสนุกสนาน
3. ความผิดปกติทางพฤติกรรม ได้แก่ มีความขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อยๆ จู้จี้ขี้บ่น ค้างคั่ง เก็บตัว สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด

ความเครียดกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

จากการศึกษาของ Gordon (52) พบว่านอกจากปัจจัยด้านการออกฤทธิ์ของสาร ครอบคร้ว และสังคมแล้ว ปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ โดยเฉพาะความวิตกกังวลและความเครียดของผู้เสพ ถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติด รวมถึงการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำหลังจากสิ้นสุดการบำบัดรักษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน คลายความกังวล หรือหลีกเลี่ยงภาวะกดดันต่างๆ

Gary (53) ได้อธิบายถึงอิทธิพลของความเครียดต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดว่า ผู้ที่ใช้สุราและสารเสพติดในระยะแรก ระบบฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความเครียดบางชนิด เช่น Glucocorticoids และ Corticotrophin-releasing factor ยังคงทำหน้าที่เกี่ยวกับสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ Reward system เช่น Mesocorticolimbic dopamine system เพื่อลดระดับความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้เสพเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เป็นสุขได้ แต่ในระยะต่อมาเมื่อระดับความเครียดสูงขึ้นจากการใช้สุราและสารเสพติดเป็นเวลานาน ส่งผลให้ฮอร์โมน Glucocorticoid เพิ่มขึ้นมากเกินไป ทำให้การทำงานของสมองส่วน Reward system ผิดปกติ จึงเกิดพฤติกรรมแสวงหาการใช้สุราและสารเสพติดในปริมาณที่มากขึ้น (Tolerance) มาเพื่อคงความรู้สึกผ่อนคลายเป็นสุขไว้ ในระยะสุดท้ายเมื่อผู้เสพได้รับรู้ถึงอาการถอนยาเมื่อไม่ได้ใช้สารยิ่งส่งผลให้เกิดความ

วิตกกังวล ละครความเครียดมากขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการมุ่งแสวงหาสุราและสารเสพติดมาใช้เพื่อลดอารมณ์ด้านลบดังกล่าวลง

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Nick (54) พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพยาเสพติด โดยเฉพาะในผู้ที่ประสบเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตที่มีระดับความเครียด วิตกกังวลที่สูง จะใช้วิธี Self-mediation โดยหันไปเสพยาเสพติดเพื่อลดระดับความวิตกกังวลในตนเองลง แต่การใช้สารเสพติดก็ส่งผลกระทบต่อสมองส่วน Hypothalamo-pituitary-adrenal (HPA) ซึ่งมีส่วนในการทำให้เกิดความกระหายอยากที่จะเสพยาในเวลาต่อมาได้

ความรู้เกี่ยวกับการเสพยาซ้ำ

ความหมายของการเสพยาและการเสพยาซ้ำ

การเสพยา (Lapse) คือ การเผลอกลับไปใช้สารในช่วงสั้นๆ มักจะเป็นเพียงครั้งเดียว แม้จะสามารถนำไปสู่การติดสารได้อีกครั้ง แต่ไม่ได้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกคน

การเสพยาซ้ำ (Relapse) คือ การกลับไปมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดเหมือนก่อนเลิกหรือก่อนได้รับการบำบัดอีกครั้ง

กลไกการเกิดการเสพยาซ้ำ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาซ้ำ สามารถสรุปได้เป็น 2 แนวคิดใหญ่ๆ คือ

1. แนวคิดทางจิตวิทยา (Psychological model of relapse) แนวคิดนี้มุ่งเน้นไปที่ความสามารถในตนเองของบุคคล ทักษะการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่อาจจะทำให้กลับไปเสพยาได้อีก และการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์นั้น ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมในการเผชิญปัญหากับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกลดต่อความสามารถของตนเองที่ลดต่ำลงจึงกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก
2. แนวคิดทางจิตชีววิทยา (Psychobiological Model of Relapse) อธิบายว่าการติดซ้ำเกิดจากการที่สารเสพติดไปกระตุ้นสมองให้หลั่งสารสื่อประสาทโดปามีน (Dopamine) ที่บริเวณวงจรความพึงพอใจ ซึ่งผู้เสพก็จะเกิดความสุข ความพอใจ และเมื่อไม่ได้รับการกระตุ้นจากยาเสพติด สมองจะไม่หลั่งสารสื่อประสาทนั้น เกิดเป็นอาการขาดยา ต้องการยามาเสพเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ จนยากที่จะควบคุมให้เลิกใช้สารหรือควบคุมไม่ได้เลย พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากความต้องการใช้สารเสพติดที่รุนแรงนี้ เรียกว่า ความกระหายอยาก (Craving) ซึ่งในผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดจนสามารถเลิกเสพยาได้เป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว เมื่อได้รับการกระตุ้นจากอารมณ์ สถานการณ์ หรือปัจจัยบางอย่างที่เป็นเงื่อนไขในการเสพยา ก็

จะเกิดการกระตุ้นความกระหายอยากต่อสารเสพติดนั้นๆ ก่อนจะนำไปสู่การกลับไปเสพซ้ำอีกครั้งหนึ่ง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการเสพติดซ้ำ

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยากลับไปเสพติดซ้ำหลังผ่านการบำบัด (13) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำสามารถแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ดังนี้

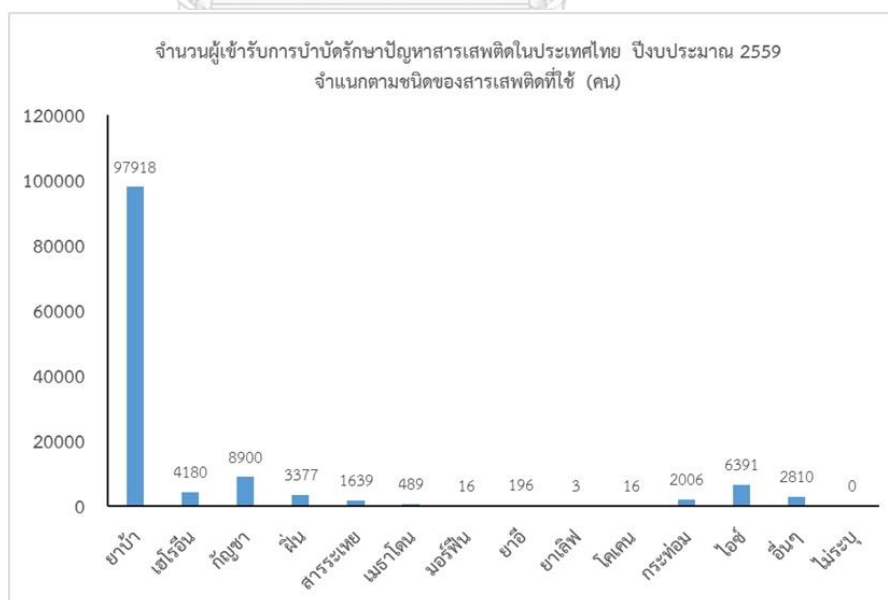
1. ปัจจัยด้านบุคคล พบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำเกิดจากความเคยชินของการใช้สารเสพติดในการบำบัดความต้องการต่างๆ ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ รวมถึงมีเจตคติที่ดีต่อการใช้สารเสพติด เช่น สารเสพติดช่วยลดความเครียด, สารเสพติดช่วยเพิ่มพลังในการทำงาน / การเรียน, การเสพสารเสพติดเป็นวิถีของคนกล้า, การเสพครั้งหรือสองครั้งไม่ทำให้กลับไปติดได้
2. ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าปัญหาสัมพันธภาพ และความขัดแย้งระหว่างบุคคลภายในครอบครัว เป็นอีกสาเหตุหลักในการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัด
3. ปัจจัยด้านสังคม พบว่าการคบเพื่อน และการกลับเข้าสู่สิ่งแวดล้อมเดิมที่เป็นแหล่งจำหน่ายสารเสพติด มีแหล่งอบายมุข หรือแหล่งบันเทิงในชุมชน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำได้

นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่นำไปสู่การกลับไปเสพติดซ้ำ (55) พบว่าสถานการณ์ที่เสี่ยงสูงมักเกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดหวังหรือเตรียมการมาก่อน โดยร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่เสพติดซ้ำ มีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ต่างๆ ดังนี้

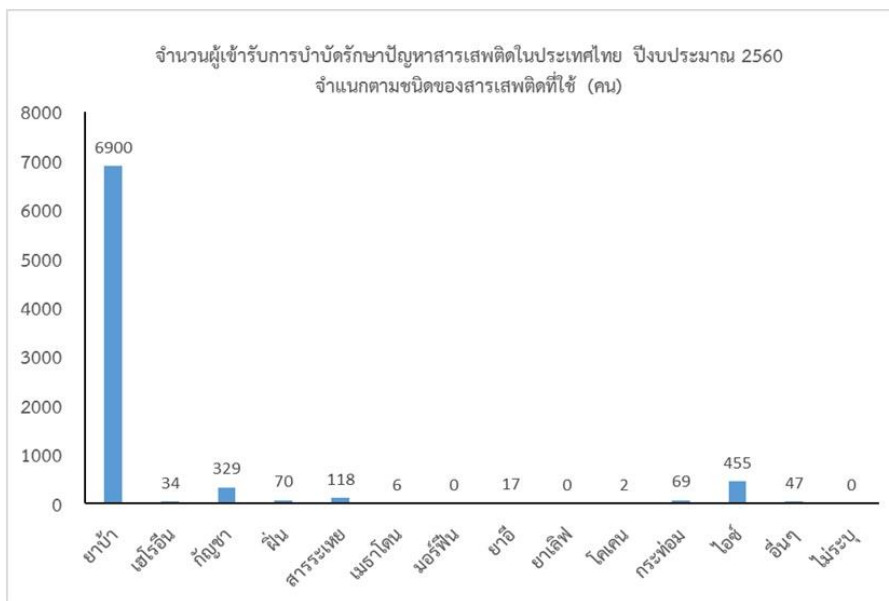
- ร้อยละ 35 ของการกลับไปเสพติดซ้ำเกิดจากภาวะอารมณ์ที่ไม่ดี เช่น มีความเครียด คับข้องใจ โกรธ วิตกกังวล เบื่อเซ็ง ทั้งนี้อารมณ์เหล่านี้อาจเป็นส่วนหนึ่งของภาวะทางจิตเวชของผู้ป่วยเอง
- ร้อยละ 20 ของการกลับมาเสพติดซ้ำเกิดจากแรงกดดันทางสังคม หรืออิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ทั้งทางตรง เช่น เพื่อนพุดชักชวน และทางอ้อม เช่น พบเพื่อนที่กำลังเสพยา
- ร้อยละ 16 เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือผู้ร่วมงาน
- สถานการณ์เสี่ยงอื่นๆ เช่น มีอาการถอนเกิดขึ้นขณะหยุดยา การทดสอบตนเองในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ทำให้อยากกลับไปเสพติดซ้ำ

สถานการณ์การระบาดของสารเสพติด และการกลับไปเสพติดซ้ำในประเทศไทย

การศึกษาด้านระบาดวิทยาในผู้ที่ติดสารเสพติดทำได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยมักปฏิเสธ ไม่ยอมรับปัญหา ทำให้จำนวนผู้เข้ารับการรักษาอาจมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนจริงภายในประเทศ โดยจากระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสารเสพติด (บสต.) (56) ในช่วงปีงบประมาณ 2559 มีผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด 127,941 คน โดยสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดคือ ยาบ้า จำนวน 97,918 คน คิดเป็นร้อยละ 76.53 ของผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด รองลงมาคือกัญชาและยาไอซ์ จำนวน 8,900 คน และ 6,391 คนตามลำดับ (ภาพที่ 3) และในช่วงปีงบประมาณ 2560 มีผู้เข้ารับการรักษา 8,047 คน สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ ยาบ้า จำนวน 6,900 คน คิดเป็นร้อยละ 85.75 ของผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด รองลงมาคือ ยาไอซ์ และกัญชา จำนวน 455 คน และ 329 คนตามลำดับ (ภาพที่ 4) นอกจากนี้จากสถิติจำนวนคดีอาญาประเภทความผิดคดีชีวิตร่างกายและเพศ คดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน และคดียาเสพติด ปี พ.ศ.2557-2559 ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (57) พบว่าในปี 2558 จากคดีอาญาจำนวน 352,603 คดี เป็นคดียาเสพติด 279,197 คดี คิดเป็นร้อยละ 79.18 ของคดีอาญากลุ่มดังกล่าว และจากข้อมูลสถิติคดีฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของสำนักงานคุมประพฤติทั่วประเทศ ในช่วงปีงบประมาณ 2550-2559 (58) พบว่าชนิดของสารเสพติดที่เป็นคดีมากที่สุด คือ ยาบ้า กัญชา สารระเหย และยาไอซ์ ตามลำดับ จากสถิติข้างต้นจะพบว่าในประเทศไทยมีการระบาดของยาบ้าซึ่งเป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทในกลุ่มสารแอมเฟตามีนมากที่สุด



ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้เข้ารับการรักษาปัญหาสารเสพติดในประเทศไทย ช่วงปีงบประมาณ 2559 จำแนกตามชนิดของสารเสพติดที่ใช้



ภาพที่ 4 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้เข้ารับการรักษาปัญหาสารเสพติดในประเทศไทย ช่วงปีงบประมาณ 2560 จำแนกตามชนิดของสารเสพติดที่ใช้

แม้ว่าจะมีหลายหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนและร่วมมือแก้ไขปัญหา แต่สถิติผู้เสพยาเสพติดก็ไม่ได้ลดน้อยลงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เข้ารับการรักษาบางส่วนที่กลับไปมีพฤติกรรมเสพยาเสพติดซ้ำ สืบเนื่องจากสถิติจากรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติด (บสด.) ในปีงบประมาณ 2557-2559 พบว่ามีผู้ที่กลับไปเสพยาซ้ำหลังสิ้นสุดกระบวนการบำบัด คิดเป็นร้อยละ 3.71, 6.59 และ 28.93 ตามลำดับ (7) ซึ่งจะเห็นว่าอัตราส่วนของผู้ที่กลับไปเสพยาซ้ำหลังจากเข้ารับการรักษาบำบัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน

ความเป็นมาของสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน

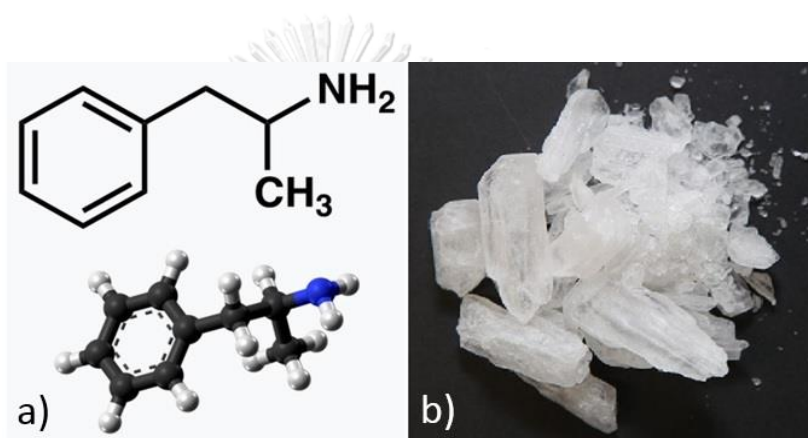
สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine type stimulant; ATS) เป็นสารกระตุ้นระบบประสาทและสมอง (CNS stimulant) มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทให้สูงขึ้น ทำให้รู้สึกอารมณ์ดี ตื่นเต้น และลดความรู้สึกเหนื่อยล้า

แอมเฟตามีนถูกสังเคราะห์ขึ้นมาครั้งแรกในปี พ.ศ.2430 (ค.ศ.1887) โดยเอเดเลียโน (Edeleno) ในรูปแบบของแอมเฟตามีนซัลเฟต (Amphetamine sulfate) และในปี พ.ศ.2431 (ค.ศ. 1888) เกสเซอร์ชาวญี่ปุ่นได้สังเคราะห์อนุพันธ์ของแอมเฟตามีนที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทรุนแรงกว่าแอมเฟตามีน คือ เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) โดยในสมัยสงครามโลกครั้งที่สอง ได้ถูกนำไปใช้ในการกระตุ้นความกล้าและความอดทนของทหารทั้งสองฝ่าย และแพร่ขยายออกสู่

สังคม ก่อนจะเข้ามาระบาดในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ.2510 (ค.ศ.1967) และได้ถูกกำหนดให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษปี พ.ศ.2522 เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ.2539 (59) โดยสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนที่แพร่ระบาดมากในประเทศไทยในปัจจุบันพบได้ 3 รูปแบบ คือ แอมเฟตามีนซัลเฟต, เมทแอมเฟตามีน และเมทแอมเฟตามีน ไฮโดรคลอไรด์

ลักษณะทั่วไป

แอมเฟตามีน มีชื่อทางเคมีว่า α -methylphenethylamine มีสูตรเคมีคือ $C_9H_{13}N$ มีน้ำหนักโมเลกุล 135.21 g/mol ลักษณะทางกายภาพเป็นผงผลึกสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขม สามารถละลายน้ำได้ดี ไม่ละลายในอีเทอร์ (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 5 ลักษณะทั่วไปของแอมเฟตามีน

a) สูตรเคมี และลักษณะโครงสร้างของแอมเฟตามีน b) ลักษณะทางกายภาพของแอมเฟตามีน (ที่มา: <https://en.wikipedia.org/wiki/Amphetamine> และ <https://adf.org.au/drug-facts/amphetamines/>)

เมทแอมเฟตามีน เป็นอนุพันธ์ของแอมเฟตามีนที่มีผู้นิยมเสพทั่วโลก เป็นสารประกอบหลักในยาบ้าและยาไอซ์ที่ระบาดในประเทศไทยในปัจจุบัน มีสูตรเคมีคือ $C_{10}H_{15}N$ มีน้ำหนักโมเลกุล 149.24 g/mol เป็นสารประกอบอินทรีย์ในกลุ่ม Phenyl ethylamine มีหมู่ Methyl 2 หมู่ที่ตำแหน่ง α -carbon ของ Ethylamine side chain และที่หมู่ Amine ทำให้สามารถละลายเข้ากับไขมันได้ดีกว่าแอมเฟตามีน มีลักษณะเป็นของเหลวสีเข้มเมื่ออยู่ในรูป Free base เมื่ออยู่ในรูปของ Hydrochloride salt จะมีลักษณะทางกายภาพเป็นผงสีขาว ซึ่งหากมีความบริสุทธิ์มากจะมีลักษณะเป็นผลึกสีขาวหรือไม่ มีสี มีวิธีการเสพ 4 วิธี คือ

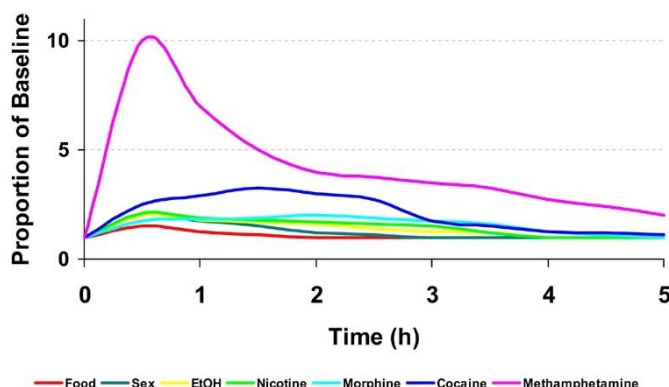
1. การกิน
2. การฉีด หรือการบดและสูดดมเข้าทางโพรงจมูก
3. การบดและเผาเพื่อสูดดมไอรระเหย

4. การฉีดเข้าเส้นเลือดโดยตรง

กลไกการออกฤทธิ์

สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะออกฤทธิ์ทั้งสมอง (Brain) และไขสันหลัง (Spinal cord) (60, 61) โดยมีกลไกการออกฤทธิ์ 2 กลไก คือ

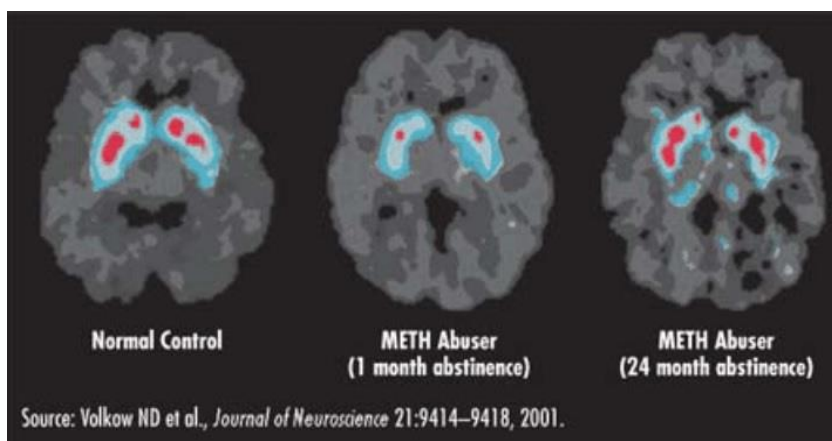
1. กลไกเร่งการปลดปล่อยอะดรีนาลีน (Adrenaline) และนอร์อะดรีนาลีน (Noradrenaline) เมื่อได้รับสารแอมเฟตามีนเข้าสู่ร่างกาย จะเกิดกลไกการเร่งการปลดปล่อยอะดรีนาลีนและนอร์อะดรีนาลีนในปริมาณที่มากกว่าปกติทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้น ชีพจรสูง หลอดเลือดหดตัว โดยกลไกนี้จะส่งผลให้ผู้เสพยารู้สึกตื่นตัว กระปรี้กระเปร่ามากขึ้น
2. กลไกกระตุ้นการปลดปล่อยสารโดปามีน โดยแอมเฟตามีนจะเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทประเภทแอมิตโคลามีน (Catecholamines) ที่ประกอบด้วยระบบนอร์อิพิเนพรีนและระบบโดปามีน (Norepinephrine and dopaminergic systems) โดยแอมเฟตามีนจะออกฤทธิ์ยับยั้งการเก็บกลับและเพิ่มการหลั่งของสารนอร์อิพิเนพรีนและโดปามีนที่ปลายประสาท ทำให้ปริมาณของสารสื่อประสาทดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้น ดังภาพที่ 6 ส่งผลต่ออาการง่วงซึม มีอารมณ์รื่นเริงเป็นสุข ในสารกลุ่มแอมเฟตามีนบางชนิด เช่น MDMA, MDEA, MDA จะออกฤทธิ์เพิ่มการหลั่งของสารสื่อประสาทซีโรโตนิน (Serotonin) จนอาจทำให้เกิดอาการประสาทหลอน (Hallucination) ได้ (29) นอกจากนี้ผลของแอมเฟตามีนยังทำให้ถุง (Vesicle) ที่ทำหน้าที่กักเก็บโดปามีนในเซลล์ประสาทแตกจึงทำให้การกักเก็บโดปามีนลดลง ส่งผลให้หลังจากหยุดใช้สารแล้ว ปริมาณโดปามีนในร่างกายของผู้เสพยาจึงอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าต้องใช้ระยะเวลาหลายปี เพื่อให้การทำงานของสมองกลับสู่สภาวะปกติ (ภาพที่ 7)



ภาพที่ 6 กราฟแสดงปริมาณการปลดปล่อยสาร โดปามีนในสมอง จำแนกตามสิ่งกระตุ้นที่ได้รับ

(ที่มา: Chis Hurt. Reprinted with permission. Adapted from Rawson, R. FRONTLINE: The Meth

Epidemic. 2006.)



ภาพที่ 7 เปรียบเทียบปริมาณสาร โดปามีนในสมอง

(ที่มา: <https://www.macalester.edu/projects/UBNRP/meth08/residual/brain.html>)

ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน (29) ประกอบด้วย

1. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง จะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ลดความง่วงซึม ทำให้นอนไม่หลับ ไม่เหนื่อย มีอารมณ์ครึกครื้น รื่นเริง เป็นสุข หากได้รับในปริมาณมากจะเกิดอาการมึนงง และอาจเกิดสภาวะตื่นกลัว (Panic) และสภาวะโรคจิตได้
2. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด มีฤทธิ์เร่งอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้ใจสั่น และจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ
3. ผลต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้การหายใจเร็วขึ้น จังหวะการหายใจไม่ปกติ
4. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้ปากแห้ง ไม่รู้สึกหิว เบื่ออาหาร
5. ผลต่อระบบอื่นๆ โดยอาจมีความเปลี่ยนแปลงไปของความรู้สึกทางเพศ ทำให้ไร้สมรรถภาพทางเพศชั่วคราว เพิ่มการหลั่งของปัสสาวะ

อาการจากการเสพสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน

อาการของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน มีความสัมพันธ์กับปริมาณสารที่ใช้ วิธีการเสพ และตัวผู้เสพ (62) โดยสามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

1. อาการเมายา (Intoxication symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังจากการเสพสาร โดยจะทำให้เกิดอาการทางร่างกายจากฤทธิ์กระตุ้นประสาทของสาร เช่น ใจสั่น ตัวร้อน หายใจถี่ เจ็บหน้าอก ปวดหัว อาการทางด้านจิตใจ เช่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย วิตกกังวล หวาดระแวง ในผู้เสพบางรายอาจมีอาการผิดปกติทางอารมณ์ เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เตี้ยวดีเตี้ยวร้าย และเกิดอาการที่คล้ายกับโรค Temporal lobe epilepsy เช่น ประสาทหลอน

ในการดมกลิ่น หมกมุ่นกับเรื่องความคิดเชิงปรัชญา โดยปกติอาการที่เกิดขึ้นจะหมดไปภายใน 2-3 วันหลังหยุดเสพ

2. อาการถอนยา (Withdrawal symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังจากหยุด หรือลดการเสพยา สารลง มักพบในผู้เสพยาในปริมาณมากเป็นระยะเวลานาน โดยมักจะมีลักษณะอาการตรงกันข้ามกับอาการเมายา เช่น หลับมาก (Hypersomnia) อ่อนเพลีย ซึมเศร้า หรือหงุดหงิด โดยจะรุนแรงมากในช่วง 2-3 วันหลังหยุดเสพยา อาการรุนแรงมากจนผู้ป่วยฆ่าตัวตายได้ โดยทั่วไปอาการในภาวะถอนพิษแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ
 - 2.1 ระยะหยุดยาทันที (Crash phase) ระยะเริ่มแรกจะมีอาการอ่อนเพลีย กระสับกระส่าย โดยที่ผู้เสพยาส่วนใหญ่จะยังไม่ค่อยสังเกตเห็น จะเกิดขึ้นได้นานหลายชั่วโมงหรือหลายวัน
 - 2.2 ระยะถอนยา (Withdrawal phase) เกิดในช่วง 1-10 สัปดาห์หลังหยุดเสพยา อาจพบอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ หิวมาก ปวดศีรษะ หงุดหงิด กระวนกระวาย หายใจไม่สะดวก ออยากเสพยา ซึมเศร้า ไม่มีแรง ไม่อยากทำอะไร อาจมีอาการโรคจิตร่วม
 - 2.3 ระยะสงบ (Extinction phase) เป็นช่วงหลังจากหยุดเสพยา 10-28 สัปดาห์ อารมณ์และนิสัยทั่วไปจะดีขึ้น อาการอื่นๆ เช่น ระบบการนอน การสูญเสียความจำ ความคิดสับสน อาการหวาดระแวง ความผิดปกติทางการรับรู้ อาจยังคงอยู่ประมาณ 6-12 เดือน
3. อาการเสพยาติดเรื้อรัง (Chronic use) อาการผิดปกติในแต่ละบุคคลจะไม่เหมือนกัน ขึ้นกับปริมาณของสารและวิธีการเสพยา โดยการใช้สารในปริมาณน้อย ยังไม่มีอาการคือยา จะยังคงนอนหลับได้เป็นปกติ แต่ในกรณีผู้เสพยาที่ใช้สารในปริมาณที่สูงและเป็นเวลานาน อาการที่ปรากฏนอกจากอาการของการเมายา มักพบว่ามีอาการเสื่อมถอยของสมอง สมรรถภาพร่างกาย ประสิทธิภาพการทำงาน การเข้าสังคม มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความอยากใช้สารอยู่เสมอ ในผู้เสพยาบางรายอาจมีอาการผิดปกติทางจิต เช่น ความคิดหวาดระแวง แยกตัวออกจากสังคมร่วมด้วย

การศึกษาผลกระทบของการใช้สารเสพยาติดกลุ่มแอมเฟตามีนต่อสมอง

George และ Linda (63) ได้ศึกษาพบว่าในผู้ที่ใช้สารเสพยาติดกลุ่มแอมเฟตามีนจะมีสาร Naetyl-aspartate (NAA) ในเซลล์ประสาทที่ลดลง ซึ่งมีลักษณะเดียวกับผู้ป่วยสมองตายจากการขาดเลือด หรือเป็นโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) รวมถึงพบสาร Myoinoditd (MI) ซึ่งจะพบได้เมื่อร่างกายพยายามซ่อมแซมเซลล์ที่เกิดภาวะถูกทำลาย แสดงว่าการเสพยาสารเสพยาติดกลุ่มแอมเฟตามีนส่งผลให้เซลล์สมองของผู้เสพยาถูกทำลาย

จากการศึกษาของ Jean และคณะพบว่าเกิดความเสียหายของปลายของเซลล์ประสาท โดยเฉพาะเซลล์ที่ผลิตสารโดปามีนในผู้ที่เสพยาสารเสพยาติดกลุ่มแอมเฟตามีน ซึ่งแม้ว่าจะหยุดเสพยาแล้ว

สภาวะดังกล่าวก็ยังคงอยู่เป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 3 ปี นอกจากนี้จากการทดลองในสัตว์ทดลองพบว่า แอมเฟตามีนยังส่งผลทำให้เกิดกระบวนการ Apoptosis ซึ่งเป็นกระบวนการที่สมองสั่งทำลายเซลล์ที่ไม่แข็งแรง โดยเกิดขึ้นทั้งในบริเวณ Stiatum, Hippocampus และ Frontal cortex ซึ่งหากเกิดการทำลายในลักษณะเดียวกันในสมองของผู้ใช้สาร จะทำให้ความจำบกพร่อง เกิดปัญหาด้านการเรียนรู้ การตัดสินใจ และมีความผิดปกติของความเคลื่อนไหวคล้ายกับโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease)

ภาวะโรคจิตของผู้เสพสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน

โรคจิตจากสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine induce psychosis disorder) (64) เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด (Substance related disorder) โดยลักษณะอาการอาจพบได้หลายรูปแบบ ซึ่งอาการที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการคล้ายโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid schizophrenia) มีอาการเด่นชัด ได้แก่ ไม่มีสมาธิ พฤติกรรมและกระบวนการคิดเบี่ยงเบนจากปกติ เช่น หลงผิดแบบหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย มีความคิดว่ามีคนอื่นพูดพาดพิงถึงตน (Ideal of reference) มีความรู้สึกว่ามีคนคอยเฝ้ามองหรือติดตามตนเอง ต่อมาอาจเกิดเป็นอาการประสาทหลอนหรือมีอาการทางจิตที่รุนแรง ในบางรายอาจพบลักษณะหลงผิดอย่างชัดเจน และเชื่อว่าสิ่งนั้นเกิดขึ้นจริงจนสูญเสียความหยั่งรู้ในตนเอง (Loss of insight) ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเฉียบพลัน (Violence) ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้ (Suicide or homicide) นอกจากนี้ผู้เสพอาจมีพฤติกรรมรูปแบบซ้ำๆ (Stereotyped behavior patterns) เช่น รื้อ เกะ ซ่อม เครื่องยนต์ต่างๆ แล้วประกอบใหม่ โดยแม้ผู้ป่วยจะรู้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวไม่มีความหมายและจุดหมายที่ชัดเจน แต่ผู้ป่วยก็ไม่สามารถหยุดได้ และหากถูกบังคับให้หยุดผู้ป่วยจะหงุดหงิดมาก อาการโรคจิตจากสารกระตุ้นเหล่านี้จำแนกจากโรคจิตเภทได้ยาก จำเป็นต้องใช้การยืนยันจากประวัติการเสพยาเสพติดและญาติ รวมทั้งผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการวินิจฉัย

แนวคิดเรื่องการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

หลักการวินิจฉัยโรคของผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and statistical manual of mental disorder fourth addition TR ; DSM-IV-TR) (65, 66) มีดังนี้

1. ภาวะการใช้สารแบบมีปัญหา (Substance abuse) คือ การเสพยาอย่างผิดปกติจนก่อให้เกิดปัญหาสำคัญ โดยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อาการ ในช่วงเวลาติดต่อกัน 12 เดือน
 - เสพยาเสพติดซ้ำๆ จนปฏิบัติผิดระเบียบหรือกฎเกณฑ์ในโรงเรียน บ้าน หรือสถานที่ทำงาน

- เสพสารเสพติดซ้ำๆ ในสถานการณ์ที่เสี่ยงเกิดอันตราย เช่น ขณะขับรถ หรือขณะทำงานกับเครื่องจักร
 - เสพสารซ้ำๆ แล้วเกิดปัญหาทางกฎหมาย อันเป็นผลจากการใช้สารเสพติด
 - ยังคงเสพสารอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะเกิดปัญหาสังคม หรือมนุษยสัมพันธ์
2. ภาวะการติดสารเสพติด (Substance dependence) คือ การเสพสารจนเกิดความผิดปกติของพฤติกรรม โดยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 3 อาการ ในช่วงระยะเวลาติดต่อกัน 12 เดือน
- มีอาการดื้อยา (Tolerance) โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - a. เพิ่มปริมาณของสารเพื่อให้เกิดอาการมึนเมา
 - b. ผลของการเสพลดลงอย่างมาก แม้จะเสพอย่างต่อเนื่องในปริมาณเท่าเดิม
 - มีอาการขาดยา (Withdrawal symptom) โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - a. มีอาการที่เป็นลักษณะเฉพาะของการขาดสารนั้น
 - b. ต้องเสพสารเพื่อลดอาการขาดสาร หรือเพื่อไม่ให้เกิดอาการดังกล่าว
 - เสพสารในปริมาณมาก หรือใช้เวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้
 - มีความตั้งใจที่จะลดปริมาณการเสพลงอยู่เสพอ แต่ไม่ประสบความสำเร็จ
 - ใช้เวลานานๆ หมดไปกับกิจกรรมเกี่ยวกับสารเสพติด เช่น
 - a. การแสวงหาเพื่อให้ได้สารเสพติด
 - b. การเสพสาร
 - c. การพักผ่อนเพื่อให้หายจากอาการมึนเมา
 - มีความบกพร่องในกิจกรรมที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพ สังคม หรือการพักผ่อน
 - เสพอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะทราบว่าสารเสพติดทำให้เกิดปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- จากระบบเกณฑ์จำแนกโรคระหว่างประเทศ (International statistical classification of diseases and related health problems ; ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้ให้นิยามของลักษณะการใช้สารเสพติด (67) ดังนี้
1. การใช้สารในทางที่ผิด (Harmful use หรือ Abuse) หมายถึง การใช้สารที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจ
 2. อาการติดสารเสพติด (Dependence syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ความคิด และด้านร่างกาย ซึ่งเกิดหลังการใช้สารเสพติดซ้ำๆ โดยมีอาการร่วมต่างๆ ดังนี้
 - มีความต้องการอย่างรุนแรงที่จะใช้สารเสพติดนั้นๆ
 - มีความลำบากในการควบคุมการใช้สารเสพติดทั้งในเรื่องปริมาณ หรือความถี่ในการใช้

- แม้จะรู้ว่าเป็นอันตรายต่อร่างกาย ก็ยังคงใช้สารเสพติดนั้นต่อไป
- หมกมุ่นกับการใช้สารเสพติดมากกว่าการทำกิจกรรมอื่นที่มีความสำคัญมากกว่า
- มีอาการดื้อยา หรือต้องเพิ่มปริมาณในการใช้ให้มากขึ้นเพื่อให้ได้ผลเท่าเดิม
- เมื่อหยุดใช้สารเสพติดจะเกิดอาการทางร่างกาย เช่น อาการขาดยา หรืออยากยา (Physical withdrawal state)

โดยได้จัดจำแนกอาการ / ความผิดปกติจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หรือสารเสพติดอยู่ในหมวดรหัส F1x.y (68) โดยรหัสตำแหน่งที่ 3 (x) จะหมายถึง “กลุ่มสารที่ใช้” ได้แก่

1. รหัส F10 Mental and behavioural disorder due to use of alcohol คือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้แอลกอฮอล์
2. รหัส F11 Mental and behavioural disorder due to use of opioids คือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้ฝิ่น
3. รหัส F12 Mental and behavioural disorder due to use of cannabinoids คือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้กัญชา
4. รหัส F13 Mental and behavioural disorder due to use of sedative or hypnotics คือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้สารกดประสาท
5. รหัส F14 Mental and behavioural disorder due to use of cocaine คือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้โคเคน
6. รหัส F15 Mental and behavioural disorder due to use of other stimulants including caffeine คือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้สารกระตุ้นระบบประสาท
7. รหัส F16 Mental and behavioural disorder due to use of hallucinogens คือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้สารหลอนประสาท
8. รหัส F17 Mental and behavioural disorder due to use of tobacco คือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้ยาสูบ
9. รหัส F18 Mental and behavioural disorder due to use of volatile solvents คือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้สารระเหย
10. รหัส F19 Mental and behavioural disorder due to use of multiple drug use and use of other psychoactive substances คือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้สารอื่นๆ หรือสารหลายประเภทร่วมกัน

และรหัสตำแหน่งที่ 4 (y) หมายถึง “อาการทางคลินิก” ได้แก่

1. รหัส .0 Acute intoxication คือ ภาวะเป็นพิษเฉียบพลันจากการได้รับสาร ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ ความรู้สึกตัว อารมณ์ และพฤติกรรม อันเป็นผลโดยตรงของสารที่ได้รับ ซึ่งอาการเหล่านี้จะทุเลาลงตามเวลาที่ผ่านไป ละจะกลับสู่สภาพปกติ เว้นแต่กรณีที่มีภาวะอื่นแทรกซ้อน
2. รหัส .1 Harmful use คือ มีรูปแบบการใช้ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ
3. รหัส .2 Dependence syndrome คือ มีอาการทางพฤติกรรมการใช้สารซ้ำๆ โดยมีความต้องการเสพอย่างมาก ควบคุมความต้องการไม่ได้ และต้องใช้อาหารต่อไปแม้ว่าจะเกิดอันตรายก็ตาม
4. รหัส .3 Withdrawal state คือ อาการแสดงเนื่องจากการหยุด หรือลดปริมาณการเสพลง อาจมีอาการชักร่วมด้วย
5. รหัส .4 Withdraw state with delirium คือ อาการแสดงเนื่องจากการหยุดเสพเช่นเดียวกับรหัส .3 แต่พบมีภาวะเพ้อ (Delirium) ร่วมด้วย
6. รหัส .5 Psychotic disorder คือ อาการของโรคจิตจากการเสพยา แต่ไม่ได้เกิดขึ้นจากการรับสาร (Intoxication) หรือการหยุดยา (Withdraw) มักมีอาการประสาทหลอน (Hallucination) หลงผิด (Delusion) การแสดงอารมณ์ผิดปกติ (Abnormal affect) หรือปัญหาการเคลื่อนไหว (Psychomotor disturbances)
7. รหัส .6 Amnesic syndrome คือ มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ และการลำดับเวลา
8. รหัส .7 Residual and late-onset psychotic disorder คือ มีพฤติกรรม อารมณ์ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปเป็นเวลานานเกินกว่าที่สารจะมีผลต่อร่างกาย
9. รหัส .8 Other mental and behavioural disorder คือ มีอาการทางจิต / พฤติกรรมอื่น นอกเหนือจาก รหัส .0 ถึง .7
10. รหัส .9 Unspecified mental and behavioural disorder คือ ไม่สามารถระบุอาการทางคลินิก ได้อย่างชัดเจน

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด

ระบบการบำบัดรักษาผู้และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด หมายถึง กระบวนการหรือขั้นตอนในการรักษาผู้ติดให้หายจากการติดสารเสพติดทั้งกายและใจ (69) โดยระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 3 ระบบ (70, 71) คือ

1. ระบบสมัครใจ (Voluntary system) คือ การเปิดโอกาสให้ผู้เสพสารเสพติดที่ต้องการจะเลิกเสพสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลด้วยตนเอง ลักษณะการบำบัดรักษาในระบบนี้มีทั้งแบบผู้ป่วยนอก และแบบผู้ป่วยใน

2. ระบบต้องโทษ (Convicted system) คือ ระบบที่ผู้เสพสารเสพติดกระทำผิดและถูกดำเนินคดี / พิจารณาพิพากษาตามกระบวนการยุติธรรม ให้อำนาจเข้ารับการรักษา ภายใต้อำนาจบังคับที่กฎหมายกำหนด โดยเรือนจำหรือทัณฑสถานอาจจัดให้มีการบำบัดฟื้นฟู ภายใต้อำนาจหรือทัณฑสถานได้ และในกรณีเยาวชนอายุไม่เกิน 18 ปี อาจจัดให้มีการบำบัดฟื้นฟู ภายใต้อำนาจของทัณฑสถาน
3. ระบบบังคับบำบัด (Compulsory system) คือ การใช้กฎหมายบังคับให้ผู้เสพสารเสพติดเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545

ซึ่งขั้นตอนในการบำบัดรักษาในแต่ละระบบจะมีความคล้ายคลึงกัน โดยสามารถสรุปขั้นตอนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดได้เป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการก่อนรักษา (Pre-admission) เป็นการศึกษาประวัติของผู้ป่วยทั้งจากการตรวจประเมินทางการแพทย์ และการสัมภาษณ์ / ซักถามผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำและเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการบำบัดรักษา
2. ขั้นตอนพิษวิทยา (Detoxification) เป็นขั้นตอนการรักษาอาการทางกายที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติด โดยแพทย์จะพิจารณาให้ยาตามอาการของผู้ป่วยในแต่ละราย การบำบัดในขั้นตอนนี้แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ
 - 2.1 การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก คือ รูปแบบการบำบัดที่ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ามารับการบำบัดรักษาแบบนอนค้างคืนในสถานพยาบาล แต่ต้องมารับยาและมาพบแพทย์เพื่อประเมินอาการ รวมถึงมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพตามกำหนดนัด
 - 2.2 การบำบัดแบบผู้ป่วยใน คือ รูปแบบการบำบัดที่ผู้ป่วยต้องนอนค้างคืนในสถานพยาบาล โดยจะได้รับการถอนพิษสารเสพติดร่วมกับการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงมีการให้ความรู้ร่วมกับกิจกรรมบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพ
3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เป็นกระบวนการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสารเสพติดให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและพฤติกรรมให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ
4. ขั้นติดตามหลังรักษา (After-care) เป็นการติดตามผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาทั้ง 3 ขั้นตอน ด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ หรือนัดมาพบที่สถานพยาบาล เพื่อให้คำปรึกษา ให้กำลังใจให้มีเป้าหมาย และป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

แนวคิดเรื่องการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด

กลุ่มบำบัดเป็นวิธีการบำบัดอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มมีปัญหาสุขภาพจิต ทั้งที่เข้ารับการรักษาในรูปแบบของผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก รวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ในสถานพักฟื้นต่างๆ (72, 73)

รูปแบบการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด

การทำกลุ่มบำบัดมีหลายรูปแบบขึ้นกับโครงสร้างของการจัดกลุ่ม เป้าหมายของกลุ่ม ลักษณะของผู้ทำกลุ่ม และลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่

1. กลุ่มกิจกรรม (Activity groups) เป็นกลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งเสริมทักษะทางสังคม และป้องกันการถดถอยของผู้ป่วย มักเป็นกิจกรรมอย่างง่ายที่จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจให้กับผู้ป่วยได้เมื่อทำสำเร็จ
2. กลุ่มให้ความรู้ (Educational groups) เป็นกลุ่มที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการให้ข้อมูล ความรู้ต่างๆ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
3. กลุ่มบำบัดเพื่อการศึกษา (Therapeutic groups) เป็นกลุ่มที่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และพัฒนาความตระหนักรู้อารมณ์และความรู้สึก เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น
4. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help groups) เป็นกลุ่มที่ให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาล้ำก้นมาพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหา เกิดความเห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มบำบัด

บทบาทหน้าที่พื้นฐานของผู้ทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มบำบัด (72-74) ประกอบด้วย

1. การสร้างและคงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม ประกอบด้วยกระบวนการต่างๆ ได้แก่
 - 1.1 การสร้างวัตถุประสงค์ / เป้าหมายของกลุ่ม โดยควรเปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมมากที่สุดเพื่อให้สมาชิกรู้สึกถึงความสำคัญ และมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของกลุ่ม
 - 1.2 การคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่มให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม โดยจำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการทำกลุ่มอยู่ที่ประมาณ 8-12 คน
 - 1.3 การกำหนดการพบปะกันของสมาชิก ซึ่งความถี่ที่เหมาะสมในการนัดพบเพื่อทำกลุ่มคือ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที เนื่องจากหากใช้เวลาในการพบปะกันน้อยเกินไปอาจทำให้การอภิปรายไม่ทั่วถึงในแต่ละประเด็นปัญหา แต่หากใช้เวลายาวนานเกินไปจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งกับสมาชิกและผู้นำกลุ่ม

- 1.4 การสร้างข้อตกลงในกลุ่ม โดยนอกจากผู้นำกลุ่มจะต้องบอกรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการทำกลุ่ม เช่น วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่ม ยังต้องมีการทำข้อตกลงร่วมกันในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจถึงบทบาทของตนเองอย่างถูกต้อง
- 1.5 การคงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม โดยการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ปลอดภัย เอื้อต่อการเกิดปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม พยายามลดความวิตกกังวลของสมาชิก และคอยกระตุ้นให้กลุ่มกลับสู่เป้าหมายในกรณีที่สมาชิกเริ่มหลงประเด็น รวมถึงการสนับสนุน ให้กำลังใจ หรือปกป้องสมาชิกที่อาจตกเป็นแพะรับบาปของสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม
2. การสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม เป็นการกำหนดพฤติกรรมที่สมาชิกทุกคนต้องปฏิบัติตามทั้งในรูปแบบที่เป็นกฎที่ได้ตกลงร่วมกันอย่างชัดเจน เช่น จะเริ่มกลุ่ม / เลิกกลุ่มเวลาใด เป็นต้น และรูปแบบที่ไม่ได้พูดออกมาเป็นกฎ แต่สมาชิกสามารถเข้าใจได้จากการเรียนรู้ เช่น การเกียติระหว่างที่สมาชิกคนอื่นกำลังพูด หรือการแสดงความคิดเห็นเมื่อสมาชิกคนอื่นต้องการฟังความคิดเห็น เป็นต้น
3. การกระตุ้นให้สมาชิกอยู่กับปัจจุบัน โดยผู้นำกลุ่มจะชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมที่แสดงออกของสมาชิกในขณะนั้นได้รับการตอบสนองจากสมาชิกคนอื่นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่ และช่วยแนะแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมให้เหมาะสมร่วมกัน

การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model)

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดสารเสพติดให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน โดยประยุกต์ใช้ 4 แนวคิดเป็นองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ครอบครัว (Family; F), กิจกรรมทางเลือก (Alternative activity treatment; A), การเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (Self help; S) และชุมชนบำบัด (Therapeutic community; T) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมตาม 4 แนวคิดหลักข้างต้น เป็นระยะเวลา 4-6 เดือน ได้แก่

1. ครอบครัว (Family; F) คือ การนำครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู รวมถึงร่วมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถาบันฯ เช่น
 - 1.1 กิจกรรมการให้ความรู้ครอบครัว (Family education) เป็นการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ กับครอบครัวของผู้ป่วย ได้แก่
 - 1.1.1 ความรู้เกี่ยวกับครอบครัว เช่น ครอบครัวคืออะไร ลักษณะของครอบครัว หน้าที่ของครอบครัว ธรรมชาติของวัยรุ่นและการอยู่ร่วมกัน เป็นต้น

- 1.1.2 ความรู้เกี่ยวกับการติดสารเสพติด เช่น โรคสมองติดยา ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู ระเบียบปฏิบัติ การเสพติดซ้ำ เป็นต้น
- 1.2 กิจกรรมการให้คำปรึกษารอบครัว (Family counseling) เป็นกิจกรรมรับฟัง / ให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีทักษะในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
- 1.3 กิจกรรมครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกัน เช่น กิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์ ครอบครัวศึกษา เป็นต้น
2. กิจกรรมทางเลือก (Alternative activity treatment; A) คือ การจัดกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูที่มีความเหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น เช่น
- 2.1 กิจกรรมชมรมที่ฉันชอบ
- 2.2 กิจกรรมฝึกการคลายความเครียด
- 2.3 กิจกรรมการบำบัดด้วยยา (เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย)
- 2.4 กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
- 2.5 กิจกรรมอาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์
- 2.6 กิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัย
- 2.7 กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต
3. กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตนเอง (Self help; S) คือ นำกระบวนการเรียนรู้มาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง มีความฉลาดทางอารมณ์ และปรับเปลี่ยนตนเองให้อยู่ในสังคมได้โดยไม่พึ่งพาสารเสพติด เช่น
- 3.1 การบันทึกประจำวัน เพื่อเป็นการสร้างนิสัยใหม่ด้วยการเขียนความรู้สึกส่วนตัว เพื่อทบทวนว่าในแต่ละวันทำอะไรดี หรือไม่ดีบ้าง สิ่งใดควรปรับปรุง และได้เรียนรู้อะไรเพิ่มเติม
- 3.2 การสำรวจตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และยอมรับตนเอง รวมถึงสามารถประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง
- 3.3 การตั้งเป้าหมายในชีวิต เพื่อฝึกทักษะในการสร้างเป้าหมาย และกำหนดแนวทางที่จะนำตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้
- 3.4 ทักษะการปฏิเสธ เพื่อฝึกทักษะการปฏิเสธในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น เมื่อถูกชักชวนให้กลับไปใช้สารเสพติด
- 3.5 ทักษะการควบคุมตนเอง เป็นการฝึกทักษะการรับรู้และบอกอารมณ์ความรู้สึกของตนเองแก่ผู้อื่นได้ รวมถึงสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์

- 3.6 ทักษะการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และเตือนตนเอง รวมถึงให้กำลังใจทั้งต่อตนเองและผู้อื่นได้
- 3.7 ทักษะการแก้ปัญหา เป็นการฝึกการตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่างๆ
- 3.8 ทักษะการสื่อสาร เป็นการฝึกการสื่อความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจด้วยการพูด หรือทำทางต่างๆ รวมถึงสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่นได้
- 3.9 การสร้างวินัยให้ตนเอง
4. กระบวนการชุมชนบำบัด (Therapeutic community; T) คือ การดำเนินกิจกรรมเพื่อเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและแนวคิดของผู้ป่วยจากการที่ต้องช่วยเหลือตนเองลำพังเป็นการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน เช่น
- 4.1 กิจกรรมบำบัดแบบกลุ่ม (Group therapy) บำบัดจะจัดให้มีกิจกรรมต่างๆ ดังนี้
- 4.1.1 กลุ่มปฐมนิเทศ
 - 4.1.2 กลุ่มประชุมเช้า
 - 4.1.3 กลุ่มสัมมนา
 - 4.1.4 กลุ่มประชุมเจ้าหน้าที่
 - 4.1.5 กลุ่มนันทนาการ
 - 4.1.6 กลุ่มเสริมสร้างประสบการณ์
 - 4.1.7 กลุ่มจิตบำบัด
 - 4.1.8 กลุ่มปรับความเข้าใจ
 - 4.1.9 กลุ่มประเมินงานบำบัด
 - 4.1.10 กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
- 4.2 กิจกรรมงานบำบัด (Work therapy) เป็นการจัดแบ่งหน้าที่รับผิดชอบให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติงานต่างๆ เช่น งานเกษตร เลี้ยงสัตว์ งานครัว งานประชาสัมพันธ์ งานธุรการ เป็นต้น
- 4.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Re-shape behavior) เป็นกิจกรรมที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนี้
- 4.3.1 เครื่องมือบ้าน (Tools of the house) ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 7 กิจกรรม ได้แก่
 - 4.3.1.1 การประชุมทั้งบ้าน (House meeting) จัดให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และปรับพฤติกรรมของตนเอง ผ่านการให้ผู้ป่วยทุกคนในบ้านร่วมกันให้

คำแนะนำกับผู้ที่กระทำความผิดที่รุนแรง เช่น ใช้สารเสพติด ทะเลาะวิวาท มีเพศสัมพันธ์ หรือลักขโมย เป็นต้น

- 4.3.1.2 การทำงานใช้ความคิด (Short down) คือ ช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาในการคิด ทบทวน เรียนรู้ถึงพฤติกรรม สำนึกผิด และสามารถหาวิธีแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม
 - 4.3.1.3 การนั่งเก้าอี้ใช้ความคิด (Prospective chair / Hot chair) ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ผ่านการรับฟังเหตุผล และการบอกกล่าวจากเพื่อนๆ
 - 4.3.1.4 การเรียนรู้ประสบการณ์ / การลำดับปัญหา (Learning experience) เป็นการย้ำเตือนให้ผู้ป่วยคิดทบทวนถึงพฤติกรรมของตนเอง รู้จักสำนึกผิด เพื่อสร้างความเคยชินในการแก้ปัญหาต่างๆ
 - 4.3.1.5 กลุ่มให้คำแนะนำ (Hair cut) เป็นการว่ากล่าวตักเตือนเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ สิ่งที่ต้อง และปรับเปลี่ยนตนเองให้ยอมรับฟัง สร้างทัศนคติที่ดี รวมถึงจดจำหลักการและเหตุผลต่างๆ จนสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม
 - 4.3.1.6 การบอกข้อบกพร่องต่อหน้า (Pull out) บอกการกระทำที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงพฤติกรรม การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการบอกกล่าวของเพื่อน และเรียนรู้ที่จะไม่กระทำความผิดซ้ำอีก
 - 4.3.1.7 การพูดคุยตักเตือน (Talking to) บอกข้อบกพร่องและแนวทางแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ในสิ่งที่ควรแก้ไข สร้างแนวคิดใหม่เพื่อปรับเปลี่ยนตนเอง
- 4.3.2 การให้รางวัล เป็นการเสริมสร้างกำลังใจ และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การเลื่อนให้เป็นหัวหน้าทีมงาน การคัดเลือกเป็นสมาชิกดีเด่น เป็นต้น

แนวคิดเรื่องการเรียนรู้ความสามารถในตนเอง

ความหมายของการเรียนรู้ความสามารถในตนเอง

Bandura (75, 76) ได้นิยามความหมายของการเรียนรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) คือ การตัดสินใจความสามารถของตนเอง ต่อการจัดการ ผลการแสดงผลพฤติกรรมของแต่ละบุคคลเพื่อให้

บรรลุนสิ่งที่ต้องการ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเป็นตัวแปรที่สำคัญที่จะแสดงให้เห็นถึงระดับความไม่ย่อท้อ / ความพยายามในการกระทำสิ่งต่างๆ ของบุคคล นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ รอบตัว

Berry (77) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเป็นความสามารถในการจัดการกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการ โดยในแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ หรือขีดจำกัดในเรื่องใดบ้าง และจะไม่ประเมินค่าต่อสิ่งที่ต้องเผชิญสูงมากนัก

McShane และ Glinow (78) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตน คือ ความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถและมีแรงจูงใจที่จะกระทำการสิ่งใดให้สำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Tella และ Aveni (79) ได้กล่าวเสริมแนวคิดของ Bandura ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ทั้งในเรื่องความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยในผู้ที่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนต่ำจะมีความนับถือตนเองต่ำ มีความเครียด และความวิตกกังวลสูง แต่ในผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในระดับสูง จะมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง รู้สึกสนุกกับภารกิจต่างๆ ที่ตนเองรับผิดชอบ

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถในตนเอง

Bandura (76) อธิบายว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถในตนเองของแต่ละบุคคล สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ปัจจัย คือ

1. ประสบการณ์ความสำเร็จในอดีต (Enactive mastery experience) จากความสำเร็จในอดีตจะทำให้มีความเชื่อมั่นว่าตนจะสามารถปฏิบัติภารกิจในลักษณะเดียวกันได้สำเร็จ ในทางตรงกันข้ามหากยังมีประสบการณ์ความล้มเหลวมาก จะยังมีความเชื่อว่าตนจะไม่สามารถปฏิบัติภารกิจได้สำเร็จ จนนำไปสู่การขาดความพยายามที่จะทำภารกิจ
2. การรับรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) มักจะพบการเปรียบเทียบความสามารถของตนเองกับบุคคลที่มีประสบการณ์กับภารกิจที่คล้ายกันอยู่เสมอ โดยเฉพาะกับบุคคลที่เห็นว่ามีความสามารถไม่แตกต่างกับตนเองแล้ว หากบุคคลดังกล่าวประสบความสำเร็จก็จะทำให้เกิดความเชื่อว่าตนจะสามารถปฏิบัติภารกิจที่มีลักษณะดังกล่าวได้สำเร็จเช่นกัน
3. การจูงใจด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นความเชื่อมั่นที่เกิดขึ้นจากการสะท้อนจากผู้อื่น เช่น คำชมเชย การให้กำลังใจ การชี้แนะ ซึ่งคำพูดเหล่านี้ต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นไปได้จริงที่บุคคลนั้นๆ สามารถทำได้ แล้วบุคคลจะนำเอาคำพูดเหล่านี้มาเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการปฏิบัติภารกิจ

4. สภาวะทางกายและอารมณ์ (Physiological and affective state) ข้อมูลสภาวะของร่างกายและอารมณ์เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่บุคคลนำมาใช้ประเมินความสามารถของตนเอง โดยในผู้ที่มีสภาวะทางร่างกายผิดปกติ เช่น มีอาการปวดหัว อ่อนเพลีย บาดเจ็บ หรือมีลักษณะอารมณ์ที่มีความแปรปรวนเมื่อถูกกระตุ้นได้ง่าย เช่น มีความกังวล ความตื่นเต้น ความกลัว หรือความเครียดมากเกินไป ก็จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนลดลงได้

การศึกษาแนวทางการพัฒนาระดับการรับรู้ความสามารถในตนเอง

จากผลการการศึกษาของ Hanem และ Yosr (16) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) ในพยาบาลจิตเวช ครั้งละ 30-45 นาที จำนวน 2 ครั้ง / สัปดาห์ เป็นเวลารวม 15 สัปดาห์ พบว่านอกจากระดับการตระหนักรู้ในตนเองของกลุ่มพยาบาลจิตเวชจะเพิ่มขึ้นแล้ว ระดับการรับรู้ความสามารถในตนเองก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ต่อมา Fatimah และคณะ (17) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง และฝึกทักษะการมองข้อดีของผู้อื่นครั้งละ 2 ชั่วโมง รวม 5 ครั้งในกลุ่มเด็กกำพร้าวัยรุ่น ได้ผลสอดคล้องกัน คือ นอกจากการตระหนักรู้ในตนเองที่ทำการศึกษาซึ่งประกอบด้วย การรับรู้เข้าใจ และปล่อยวางอารมณ์ของตนเองจะเพิ่มขึ้นแล้ว ระดับการรับรู้ความสามารถในตนเองของกลุ่มเด็กกำพร้าก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Zahra และคณะ (80) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional intelligence) ซึ่งประกอบด้วย ความตระหนักรู้ ความเข้าใจในอารมณ์ของตนเอง กับระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในครูสอนพลศึกษาในเดहरาน ระบุว่าความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง จึงสามารถกล่าวได้ว่าการให้ความรู้ / ฝึกความสามารถในการตระหนักรู้ในตนเองถือเป็นอีกหนึ่งแนวทางเพื่อพัฒนาระดับการรับรู้ความสามารถในตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดเรื่องการตระหนักรู้ในตนเอง และสติ

ความหมายของการตระหนักรู้ในตนเอง

องค์การอนามัยโลก (81) ได้กล่าวถึงความหมายของการตระหนักรู้ในตนเองว่าเป็นความสามารถในการค้นหาและเข้าใจในจุดเด่น จุดด้อยของตนเอง รวมถึงเข้าใจในความแตกต่างระหว่างตนเองและบุคคลอื่น ไม่ว่าจะแง่ความสามารถ เพศ วัย ระดับการศึกษา ฯลฯ

Salovey (82) กล่าวว่า การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness หรือ Knowing one's emotion) คือ ความสามารถในการรับรู้ และเข้าใจความรู้สึก ความคิด และอารมณ์ของตนเองได้ตาม

ความเป็นจริง ประเมินตนเองได้อย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา มีความเชื่อมั่น รู้จักจุดเด่น จุดด้อยของตนเอง รู้รักษาสัจจะของตนเอง (Integrity) มีสติเข้าใจในตนเอง

Cherniss และ Goleman (83) ได้ให้ความหมายของการตระหนักรู้ในตนเองไว้ว่าเป็นการรับรู้ว่าคุณกำลังรู้สึกอย่างไร ในขณะนั้น ต้องการอะไร มีการตอบสนองทางร่างกายอย่างไร และสามารถบอกได้ว่ารู้สึกพึงพอใจหรือไม่กับความรู้สึกหรือการตอบสนองทางกายที่เกิดขึ้น รู้ได้ว่าการเกิดของอารมณ์มีสาเหตุจากสิ่งใดและมีผลต่อตนเองหรือผู้อื่นอย่างไร

กรมสุขภาพจิต (84) ได้ให้ความหมายของการตระหนักรู้ในตนเองว่าเป็นความสามารถในการค้นหาตัวเอง รู้จักและเข้าใจตนเอง รู้ถึงความต้องการ ตลอดจนรู้ถึงสิ่งตนไม่ต้องการ ทำให้เกิดความรู้อย่างถูกต้องเผชิญกับภาวะเครียด

กองสุศึกษา (85) ให้ความหมายว่า การตระหนักรู้ในตนเอง หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจตนเอง รู้ว่าตนเองกำลังคิดอะไร รู้สึกอย่างไร และกำลังทำอะไรกับตนเองหรือผู้อื่น รวมถึงสามารถประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

จากความหมายข้างต้นจะสามารถสรุปได้ว่า การตระหนักรู้ในตนเองหมายถึงความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ ความรู้สึก ความคิด อารมณ์ รวมถึงความสามารถของตนเองเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มากระตุ้นในขณะหนึ่งขณะใด

องค์ประกอบของการตระหนักรู้ในตนเอง

Goleman (83) ได้กล่าวว่าความตระหนักรู้ในตนเอง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

1. การรู้เท่าทันในอารมณ์ของตนเอง (Emotional self-awareness) คือ การรับรู้ เข้าใจถึงสาเหตุ และสามารถบอกถึงสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดในตนเองทั้งในทางบวกและทางลบ รวมถึงสามารถคาดคะเนถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมาได้
2. ความสามารถในการประเมินตนเองได้อย่างถูกต้อง (Accurate self-awareness) คือ การประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง ตระหนักถึงความสามารถ และข้อจำกัดของตนเอง รวมถึงสามารถเรียนรู้จากความผิดพลาดของตนเอง ยอมรับฟังความคิดเห็นหรือข้อเสนอของผู้อื่นอย่างไม่ตัดสิน และพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสมรวมถึง
3. ความมั่นใจในตนเอง (Self-confidence) คือ ความเชื่อมั่นในคุณค่าและความสามารถของตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงได้ตามเป้าหมายด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์ ถูกต้อง และเหมาะสม

ความหมายของสติ

สติ (Mindfulness) ตามความหมายของพุทธศาสนาหมายถึง “ความระลึกได้, นึกได้, ความไม่เผลอ, การคุมใจไว้กับกิจ หรือกุ่มจิตไว้กับสิ่งที่เกี่ยวข้อง, จาการที่ทำและคำที่พูดออกแล้ว แม้นานได้”

Brown และ Ryan (86) ได้ระบุว่า สติเป็นคุณสมบัติของการตระหนักรู้ตัวอย่างชัดเจนต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะ

Bishop และคณะ (87) ได้ให้นิยามว่า สติเป็นกระบวนการของการกำกับความใส่ใจเพื่อที่จะดึงการตระหนักรู้มายังประสบการณ์ / เหตุการณ์ในปัจจุบันขณะอยู่เสมอ โดยไม่ขยายหรือเชื่อมโยงไปยังประสบการณ์ในช่วงเวลาอื่น หรือประสบการณ์ของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

จากความหมายข้างต้น จึงอาจสรุปความหมายของสติได้ว่า กระบวนการดึงความใส่ใจ / การตระหนักรู้ทั้งความคิด อารมณ์ ความรู้สึก รวมถึงปฏิกิริยาการตอบสนองทางกายของตนเองที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะอย่างไม่ตัดสิน และให้การยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น

องค์ประกอบของสติ

German ได้อธิบายว่าสติจะเกิดขึ้น ได้ต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วนที่เกี่ยวข้องกัน ได้แก่

1. ความมีสติเกี่ยวข้องกับความตระหนักรู้ คือ การรู้สึกตัว
2. ความรู้สึกตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรอบตัวในปัจจุบัน ไม่ใช่กับเหตุการณ์ในอดีตที่ผ่านมา หรือในอนาคตที่ยังไม่เกิดข
3. การตระหนักรู้ต่อเหตุการณ์ในปัจจุบัน ต้องเป็นการรับรู้อย่างยอมรับ เปิดใจ ไม่ตัดสินผิด-ถูกจากการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของสติของ Baer และคณะ (88) ระบุว่าสติน่าจะประกอบด้วย 5 ทักษะที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่

1. การสังเกตถึงความรู้สึก / ความคิดที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะ
2. การใช้คำพูดหรือภาษาในการอธิบายถึงความรู้สึก / ความคิดที่เกิดขึ้น
3. การรับรู้ถึงอิริยาบถของตนเองที่แสดงออกเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
4. การยอมรับสิ่งที่เกิดโดยไม่ตัดสินผิด-ถูกตามความรู้สึก
5. การปล่อยวาง หรือไม่ตอบสนองต่อความรู้สึก / ความคิดที่เกิดขึ้น

จากความหมายและองค์ประกอบของ “การตระหนักรู้ในตนเอง” และ “สติ” ข้างต้นพบว่า มีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน คือ เป็นการรู้ตัวที่มุ่งความสนใจเข้าสู่ตนเอง เป็นสภาวะที่รับรู้ตนเองในปัจจุบันขณะ โดยมีลักษณะเป็นการยอมรับ เปิดใจ ไม่ตัดสิน แต่แตกต่างกันที่การตระหนักรู้ในตนเองจะเกิดขึ้นชั่วคราวตามสถานการณ์หรือเหตุการณ์ ในขณะที่สติเป็นกระบวนการที่จะเกิดขึ้นอยู่เสมอ หรือก่อนข้างถาวรจากการฝึก ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า สติ คือ การตระหนักรู้ในตนเองที่เกิดขึ้นเป็นประจำจนพัฒนากลายเป็นบุคลิกของบุคคล ผู้วิจัยจึงมีความเชื่อว่าการพัฒนาระดับสติย่อมส่งเสริมระดับการตระหนักรู้ในตนเองเช่นกัน

การบำบัดโดยใช้แนวคิดเรื่องการเจริญสติ

ความเป็นมาของการบำบัดโดยใช้แนวคิดเรื่องการเจริญสติ

การพัฒนาวิธีการบำบัดโดยใช้สติเริ่มมีตั้งแต่ปี พ.ศ.2513 (ค.ศ.1970) ทั้งในสาขาจิตวิทยาคลินิกและจิตเวชศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะทางจิต ต่อมาในปี พ.ศ.2522 (ค.ศ.1979) ศ.ดร.จอห์น คาบัต-ซินน์ (Jon Kabat-Zinn) ได้ริเริ่มพัฒนาหลักการฝึกสติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยประยุกต์จากหลักการเจริญอานาปานสติของพุทธศาสนาเถรวาทและแนวทางของเซน คือ โปรแกรมการลดความเครียดโดยใช้สติ (Mindfulness-based stress reduction; MBSR) ที่เป็นการบำบัดเชิงจิตวิทยาที่ผสมผสานเทคนิคการฝึกสติ นั่งสมาธิ เพื่อจัดการความเครียด ความเจ็บปวด และความเจ็บป่วยทางร่างกาย จนได้รับความนิยมและมีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดในรูปแบบอื่นๆ ออกมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งใน โรงเรียน สถานศึกษา เรือนจำ ศูนย์ทหารผ่านศึก สถานพยาบาล ในเวลาต่อมา

แบบวัดระดับการรับรู้สติ

จากความหมายและองค์ประกอบของสติที่มีขอบเขตที่ค่อนข้างกว้าง ไม่ชัดเจน ทำให้เป็นการยากที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับระดับการรับรู้สติ ในต่างประเทศจึงได้มีการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือในการวัดการรับรู้สติอย่างต่อเนื่อง (88) โดยมุ่งเน้นให้เครื่องมือดังกล่าวสามารถแสดงผลของการเปลี่ยนแปลงของระดับการรับรู้สติเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการฝึกเจริญสติของผู้เข้าร่วมทดสอบ โดยแบบวัดการรับรู้สติที่พบในปัจจุบัน ได้แก่

1. The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) เป็นแบบวัดการรับรู้สติที่พัฒนาขึ้นโดย Buchheld และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบบประเมินค่า 4 ระดับคะแนน ตรวจวัดเฉพาะในมิติของการสังเกต (Observation), การไม่ตัดสินคิด-ถูก (Nonjudgmental) และการเปิดใจยอมรับในเหตุการณ์เชิงลบ (Openness to negative experience) เป็นแบบวัดที่ถูกต้องแบบเพื่อใช้ในกลุ่มนักปฏิบัติธรรมที่มีประสบการณ์ในการเจริญสติ มีค่า Internal consistency ก่อนและหลังการฝึกเจริญสติ คือ 0.93 และ 0.94
2. The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) พัฒนาขึ้นโดย Brown และ Ryan เป็นแบบวัดระดับความสนใจและความตระหนักรู้ในปัจจุบันขณะจากการดำเนินกิจกรรมประจำวันเพียงมิติเดียว ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบบประเมินค่า 6 ระดับคะแนน มีค่า Internal consistency เท่ากับ 0.82
3. The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย Bear และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 39 ข้อ ตรวจวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่เคยผ่านการฝึกเจริญสติมาก่อน ใน 4 มิติ คือ การสังเกต (Observing), การใช้คำพูดอธิบายความรู้สึก /

ความคิด (Describing), การรับรู้ปริยาย (Acting with awareness) และการไม่ตัดสินผิด-ถูก (Nonjudging) ประเมินด้วยค่าคะแนน 5 ระดับคะแนน มีค่า Internal consistency อยู่ระหว่าง 0.76-0.91 ทั้ง 4 มิติ

4. The Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS) พัฒนาขึ้นโดย Feldman และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถามประเมินวัดในมิติด้านความสนใจ ความตระหนักรู้ การอยู่ในปัจจุบัน และการเปิดใจยอมรับรวม 12 ข้อ ประเมินด้วยค่าคะแนน 4 ระดับ โดยแม้ว่าแบบวัดนี้จะประเมินในหลายมิติ แต่การแสดงผลค่าคะแนนเป็นแบบคะแนนรวม ไม่ได้แยกออกในแต่ละมิติ ค่า Internal consistency อยู่ระหว่าง 0.74-0.80
5. The Mindfulness Questionnaire (MQ) พัฒนาขึ้นโดย Chadwick และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ตรวจวัดในมิติด้านความคิดและภาพที่ทำให้เป็นทุกข์ (Distressing thoughts and images) ซึ่งแบ่งย่อยเป็น 4 มิติ คือ การสังเกต, การปล่อยให้ผ่านไป, การไม่เกลียดชัง และการไม่ตัดสินถูก-ผิด ประเมินค่า 7 ระดับคะแนน แสดงผลในภาพรวม ไม่ได้แยกออกในแต่ละมิติ มีค่า Internal consistency =.89
6. Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดย Baer ประกอบด้วยข้อคำถาม 39 ข้อ ประเมินใน 5 มิติ คือ การสังเกต, การใช้คำพูดอธิบายความคิดความรู้สึก, การรับรู้ปริยาย, การไม่ตัดสินผิด-ถูก และการไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรู้สึก แสดงผลทั้งในภาพรวมและแยกในแต่ละมิติ ประเมินค่า 5 ระดับคะแนน มีค่า Internal consistency อยู่ระหว่าง 0.75-0.91
7. Five Facet Mindfulness Questionnaire - Short Form (FFMQ-SF) เป็นแบบวัดที่ Bohlmeijer พัฒนาขึ้นจากแบบวัด FFMQ มีข้อคำถาม 24 ข้อ ประเมินใน 5 มิติ ประเมินค่า 5 ระดับคะแนน แสดงผลทั้งในภาพรวมและแยกในแต่ละมิติเช่นเดียวกับ FFMQ
8. Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับคะแนน ในมิติของการตระหนักรู้ และการยอมรับ มีค่า Internal consistency อยู่ระหว่าง 0.87-0.89

เนื่องจาก แบบวัด FFMQ-SF เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นจากแบบวัด FFMQ ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นแบบวัดที่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของสติมากที่สุด และได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยพบว่าคะแนนโดยรวมของแบบวัดมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับแบบวัดต้นฉบับ คือ มีค่า r ในมิติของการสังเกต, การใช้คำพูดบรรยายความรู้สึก, การรับรู้ปริยาย, การไม่ตัดสินผิด-ถูก และการไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรู้สึก เท่ากับ .89, .98, .92, .96 และ .95 ตามลำดับ รวมถึง Confirmatory factor analyses (CFA) แสดงค่าความสัมพันธ์ของทั้ง 5 ปัจจัยต่อแบบวัด FFMQ และ

ยืนยันผลความถูกต้องของโครงสร้างของแบบวัด FFMQ-SF (27) ผู้วิจัยจึงเลือกแบบวัดนี้ในการดำเนินการวิจัย

การศึกษาเกี่ยวกับผลของการเจริญสติ

Joshua, Gary และ Pierre (19) ได้ทำการศึกษาผลของการเจริญสติต่อสมองในนักบวชผู้ที่มีความชำนาญการเจริญสติจำนวน 17 คน และอาสาสมัครกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เจริญสติจำนวน 18 คน โดยการถ่ายภาพสมองด้วยเทคนิค MRI พบว่าส่วนเนื้อสีเทาของเปลือกสมองใน Dorsal anterior cingulate cortex (dACC) ของนักบวชผู้ที่มีความชำนาญการเจริญสติจะมีความหนากว่าผู้ที่ไม่ได้เจริญสติ นอกจากนี้ยังพบว่าในนักบวชที่มีประสบการณ์ในการเจริญสติมากจะมีเนื้อสีเทาของเปลือกสมองหนากว่านักบวชที่มีประสบการณ์น้อยกว่า (ภาพที่ 8)

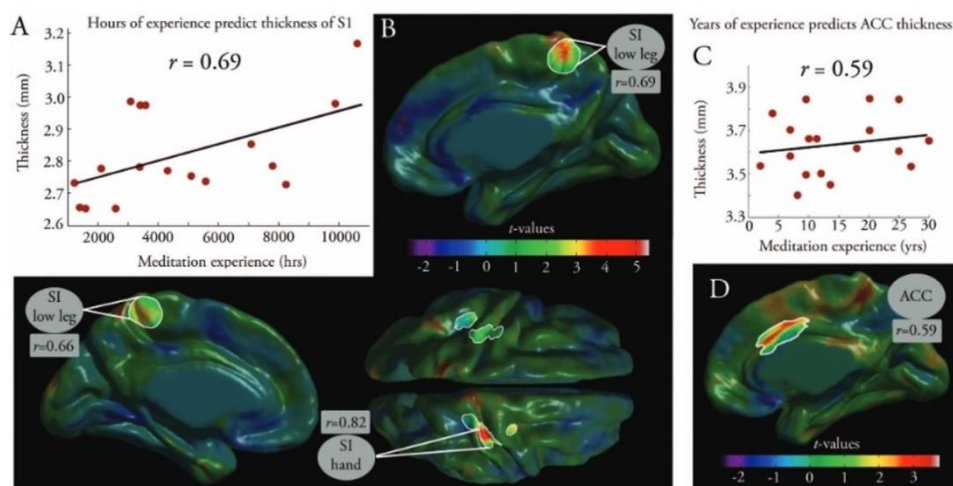


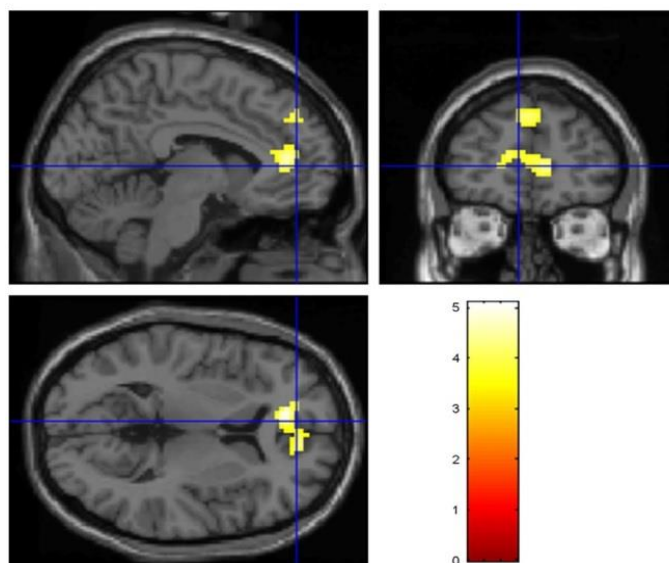
Figure 3. Meditation experience predicts thickness of sensory and emotion regions. A. A positive correlation between hours of lifetime meditation practice and cortical thickness in the right primary somatosensory cortex (SI) leg area. B. Medial and overhead views illustrating areas where cortical thickness significantly relates to meditation experience in hours (more hours = thicker cortex). C. A positive correlation between years of practice and cortical thickness in the right anterior cingulate cortex (ACC). D. Medial view of right hemisphere illustrating the area of ACC where more meditation experience in years is associated with thicker cortex. Peak coordinates and statistical values are reported in Table 3. All effects are adjusted for age including Pearson r_s (i.e., partial correlation).

ภาพที่ 8 ภาพถ่ายสมองของนักบวชผู้ที่มีความชำนาญการเจริญสติ

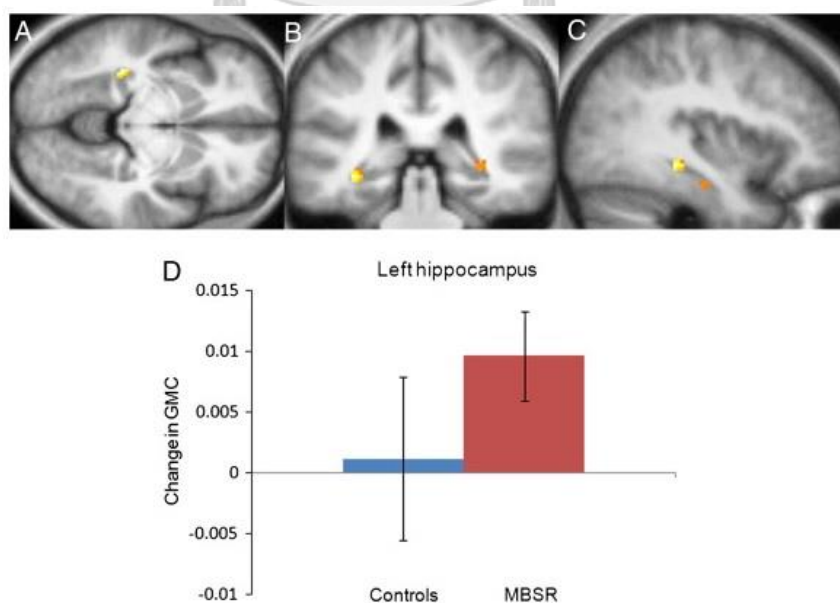
(ที่มา: https://www.researchgate.net/figure/Meditation-experience-predicts-thickness-of-sensory-and-emotion-regions-A-A-positive_fig3_41415749)

ต่อมา Britta และคณะ (20) ได้ศึกษาการทำงานของสมองของผู้ปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ฝึกปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน 15 คน ด้วยวิธีถ่ายภาพสมองด้วยเทคนิค fMRI ในระหว่างที่ฝึกปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน พบว่าในระหว่างที่ฝึก การทำงานของสมองในส่วน Rostral anterior cingulate cortex (rACC) และ Medial prefrontal cortex (MPFC)

เพิ่มขึ้น ซึ่งบ่งชี้ว่าการฝึกเจริญสติสามารถส่งเสริมการทำงานของสมองให้มีการประมวลสิ่งเร้าและควบคุมอารมณ์อารมณ์ให้ดีขึ้นได้ (ภาพที่ 9) นอกจากนี้ได้มีการศึกษาต่อพบว่าในผู้ที่เริ่มเจริญสติเป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบความหนาของเนื้อสีเทาของสมองส่วน Hippocampus และสมองส่วน Temporo-parietal junction เพิ่มมากขึ้น (23) (ภาพที่ 10)



ภาพที่ 9 การทำงานของสมองที่เพิ่มขึ้นในระหว่างที่ฝึกปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน (ที่มา: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030439400700451X>)



ภาพที่ 10 เนื้อสีเทาของสมองที่หนาขึ้นหลังจากฝึกเจริญสติเป็นเวลา 8 สัปดาห์ (ที่มา: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092549271000288X>)

Gina และคณะ (89) ได้ทำการศึกษาผลของการฝึกเจริญสติต่อระดับการตระหนักรู้ใน นักศึกษาหญิง 30 คน (กลุ่มควบคุม 16 ราย และกลุ่มทดลอง 14 ราย) โดยทำการฝึกเจริญสติ ทำ สมาธิ สังเกตลมหายใจ และปฏิกิริยาทางกายที่เกิดขึ้นเป็นเวลา 3 ชั่วโมง / สัปดาห์ รวมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ แล้วทำการเปรียบเทียบเวลาในการตอบสนองต่อการตระหนักรู้ถึงความรู้สึก และปฏิกิริยา ทางกายที่เกิดขึ้นในระหว่างมอรูปภาพที่กำหนด พบว่า นักศึกษากลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกเจริญ สติ มีการตระหนักรู้ถึงปฏิกิริยาตอบสนองของตนเองได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุม รวมถึงมีสมาธิจดจ่อ ความสามารถในการตัดสินใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความรู้สึก ซึมเศร้าและความกังวลต่างๆ ในนักศึกษากลุ่มดังกล่าวลดลง

Hyde, Hankins, Deaie และ Marteau (9) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการเลิกใช้สารเสพติด คือ ความสามารถในการ เผชิญกับความเครียด โดยหากผู้ใช้สารเสพติดได้รับการฝึกให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมี ประสิทธิภาพจะทำให้การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการเลิกใช้สารเสพติดสูงขึ้น

จากการศึกษาของ Nicole และ Maurice (90) ที่ทำการศึกษาผลของการฝึกเจริญสติ / ทำสมาธิ ต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในอาสาสมัคร 97 คน พบว่าระดับสติที่ประเมินได้มีค่า ความสัมพันธ์เป็นลบกับแนวคิดในการทุจริต / โกงของกลุ่มอาสาสมัคร ซึ่งสามารถกล่าวได้ว่าการ ฝึกเจริญสติส่งผลให้อาสาสมัครตระหนักรู้ถึงแนวคิดในเชิงจริยธรรมของตนเองได้มากขึ้น

Christopher, Analise และ Penelope (91) ได้ทำการศึกษาผลในการพัฒนาด้านการรับรู้คุณค่า ในตนเอง (Self-esteem) โดยใช้วิธีการเจริญสติในนักศึกษาปริญญาตรีจำนวน 329 คน พบว่าหลัง การฝึกเจริญสติ ค่าคะแนนระดับการรับรู้สติที่วัดโดยใช้แบบวัด FFMQ, ค่าคะแนนระดับการรับรู้ คุณค่าในตนเองที่วัดโดยใช้แบบวัด RSES และค่าคะแนนระดับความสุขในชีวิตที่วัดโดยแบบวัด SWLS ต่างมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นระดับการรับรู้สติมีความสัมพันธ์กับ ระดับการรับรู้คุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งต่อการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขของผู้ที่ฝึก

Katie และคณะ (24) ได้ศึกษาผลการบำบัดตามแนวความคิดเรื่องสติต่อความกระหายอยาก ต้องการกลับไปเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่มีปัญหาการเสพยาเสพติด โดยให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมเป็น เวลา 2 ชั่วโมง เป็นจำนวน 8 ครั้งจนสิ้นสุดโปรแกรม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความกระหายอยาก ต้องการจะกลับไปเสพยาเสพติดน้อยลง สามารถมีสติรับรู้ ยอมรับและไม่ตัดสินใจในสิ่งต่างๆ ได้ มากขึ้น

Andrew (18) ได้ระบุว่า จากการศึกษาค้นคว้าผลของการเจริญสติในผู้สูบบุหรี่เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยใช้เวลารวมกัน 5 ชั่วโมง สามารถลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ถึง 60% และลดความอยากสูบ บุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างลงได้ โดยเมื่อทำการตรวจกลไกการทำงานของสมองของอาสาสมัคร พบว่า

การทำงานของสมองส่วน PFC มีระดับการทำงานสูงขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครมีความสามารถในการควบคุมตนเองมากขึ้น

นอกจากนี้ นั้ตรวิบูลย์ (92) ได้ศึกษาผลของการฝึกเจริญสติต่อระดับความสุขในนักศึกษา 39 คน โดยให้นักศึกษากลุ่มทดลองได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการตามโปรแกรมสัปดาห์ละ 2 วัน วันละ 2 ชั่วโมง รวมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าค่าคะแนนความสุขเฉลี่ยของนักศึกษากลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความสุขก่อนและหลังการฝึกเจริญสติพบว่าค่าคะแนนความสุขหลังจากเข้ารับการฝึกมีค่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเจริญสติสามารถช่วยเพิ่มระดับความสุขในชีวิตของผู้ฝึกได้

ธณรัตน์ (26) ได้ทำการวิจัยให้การบำบัดตามแนวทางเจริญสติเพื่อลดความเครียดและความต้องการดื่มในผู้ติดสุรา พบว่าระดับระดับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด ความอยากดื่มสุรา รวมถึงระดับสารชีวเคมีที่สัมพันธ์กับระดับของความเครียดในอาสาสมัครกลุ่มทดลองลดลงในช่วงที่ทำการศึกษา



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experimental research study) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการร่วมกิจกรรมโปรแกรมการตระหนักรู้ในตนเองในผู้ป่วยมีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีน คือ ยาบ้า หรือยาไอซ์ ที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine Dependence หรือ F15.2)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine Dependence หรือ F15.2) ซึ่งผ่านกระบวนการบำบัดขั้นต้นจนพ้นยา และอยู่ระหว่างขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสารเสพติดตามแนวทางการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มขั้นทางสายใหม่ (FAST model) เป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าร่วมงานวิจัย และไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การยุติการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การเข้าร่วมงานวิจัย

- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine Dependence หรือ F15.2) ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

- เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน และร่วมกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสารเสพติดตามแนวทางการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
- เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี
- เป็นผู้ผ่านการประเมินจากเจ้าหน้าที่ของสถาบันฯ แล้วว่าอาการทางจิตสงบ ไม่เป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ คือ ผลการทำแบบประเมิน Brief psychiatric rating scale (BPRS) ได้ค่าคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน
- เป็นผู้ผ่านการประเมินจากเจ้าหน้าที่ของสถาบันฯ แล้วว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ไม่เป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ คือ ผลการทำแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 ได้ค่าคะแนนไม่ต่ำกว่าเกณฑ์คะแนนซึ่งแบ่งตามระดับการศึกษา ดังนี้
 - กรณีไม่ได้รับการศึกษาตามระบบ / เขียนไม่ได้ (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10) ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 14 คะแนน
 - กรณีศึกษาระดับประถมศึกษา ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน
 - กรณีศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษา ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน
- สมัครงใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย

- เป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นๆ อยู่ก่อน
- เป็นผู้ที่ได้รับการจัดแบ่งหน้าที่ตามกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสารเสพติดตามแนวทางการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) ทำให้ไม่สะดวกที่จะเข้าร่วมกิจกรรมจนครบ โปรแกรม

เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมงานวิจัยหรือยุติการศึกษา

- ในช่วงระยะเวลาร่วมโครงการ มีอาการเจ็บป่วย หรือมีภาวะทางจิต ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนและต่อเนื่อง จนทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบ โปรแกรม
- เป็นผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมตามเวลาที่นัดหมาย เกินกว่า 2 ครั้ง
- เป็นผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือ หรือกระทำการที่สื่อถึงเจตนาในการรบกวนการดำเนินกิจกรรมในกลุ่ม
- เป็นผู้ขอถอนตัวออกจากโครงการ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

อ้างอิงจากผลการศึกษาของ วิภาสิริ (93) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการฝึกปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานที่มีต่อการรับรู้ของสติโดยใช้แบบวัดการรับรู้ของสติใน 5 ด้าน (The 5 facet mindfulness questionnaire : short form) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบวัดผลก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 คนมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากสูตรคำนวณ

$$D = (\bar{X}_t - \bar{X}_c) / SD$$

$$D = (\text{ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังฝึก} - \text{ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนฝึก}) / SD$$

$$D = (80.87 - 74.85) / 12.183$$

$$D = 0.49413$$

จากค่าอิทธิพลพบว่ามีค่าความใกล้เคียง 0.5 ประมาณค่าอิทธิพลขนาดกลาง จึงใช้ค่าอิทธิพล = 0.5 เทียบกับตารางเพื่อประมาณค่าขนาดตัวอย่าง (94) โดยกำหนดค่า two-tailed $\alpha = 0.05$ และค่า power = 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 32 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างระหว่างทำการศึกษา จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine Dependence หรือ F15.2) ซึ่งผ่านกระบวนการบำบัดขั้นถอนพิษยา และอยู่ระหว่างขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสารเสพติดตามแนวทางการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) เป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าร่วมงานวิจัย ไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออกจากงานวิจัย จนกว่าจะครบจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 35 คน แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ให้ความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัยเป็นจำนวนมาก จึงมีจำนวนอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัยมากกว่าจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 47 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามและแบบประเมิน

ประกอบด้วยแบบสอบถาม และแบบประเมิน 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลส่วนบุคคล ด้านประวัติการเสพยา

เสพติดและการเข้ารับการบำบัดรักษา และด้านประสบการณ์การทำกิจกรรมเจริญสติ / ฝึกสมาธิ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ด้านข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ศาสนา, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, อาชีพ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัว
- ด้านประวัติการเสพสารเสพติดและการเข้ารับการบำบัดรักษา ประกอบด้วย อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรก, ประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษา และระยะเวลาที่สามารถหยุดเสพสารได้หลังจากการบำบัดครั้งสุดท้าย
- ด้านประสบการณ์การทำกิจกรรมเจริญสติหรือฝึกสมาธิ ประกอบด้วย ประสบการณ์การทำกิจกรรมเจริญสติหรือฝึกสมาธิ, ความถี่ในการเจริญสติหรือฝึกสมาธิ และระยะเวลาที่ใช้ในการเจริญสติโดยเฉลี่ยต่อครั้ง

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ของสติใน 5 ด้านฉบับภาษาไทย (The 5 facet mindfulness questionnaire : short form)

เป็นแบบวัดที่วิภาสิริ (93) แปลจากแบบวัด FFMQ-SF ของ Bohlmeijer E. (27) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมิน FFMQ โดยคะแนนรวมของแบบวัด FFMQ-SF มีความสัมพันธ์สูงกับแบบวัดต้นฉบับ โดยมีค่า r ในมิติของการสังเกต, การใช้คำพูดบรรยายความรู้สึก, การรับรู้อิริยาบถ, การไม่ตัดสินผิด-ถูก และการไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรู้สึก เท่ากับ 0.89, 0.98, 0.92, 0.96 และ 0.95 ตามลำดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ประเมินตามความบ่อยที่เกิดขึ้นของเหตุการณ์ต่างๆ ในช่วงเวลา 1 เดือน มีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

- ในข้อที่ 1, 2, 3, 6, 9, 10, 13, 15, 16, 18, 20, 21 ให้คะแนน 1 คะแนน กรณีตอบ “ไม่เคย”, 2, 3, 4, 5 คะแนน กรณีตอบ “เกือบไม่เคย”, “บางครั้ง”, “บ่อยครั้ง” และ “เกือบทุกครั้ง” ตามลำดับ
- ในข้อที่ 4, 5, 7, 8, 11, 12, 14, 17, 19, 22, 23, 24 ให้คะแนน 5 คะแนน กรณีตอบ “ไม่เคย”, 4, 3, 2, 1 คะแนน กรณีตอบ “เกือบไม่เคย”, “บางครั้ง”, “บ่อยครั้ง” และ “เกือบทุกครั้ง” ตามลำดับ

โดยสามารถแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่

- ข้อ 6, 10, 15 และ 20 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการสังเกต (Observing)
- ข้อ 1, 2, 5, 11 และ 16 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการบรรยาย (Describing)
- ข้อ 8, 12, 17, 22 และ 23 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้อิริยาบถ (Acting with awareness)
- ข้อ 4, 7, 14, 19 และ 24 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการไม่ตัดสิน (Non-judging of inner experience)

- ข้อ 3, 9, 13, 18 และ 21 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการไม่มีปฏิกิริยาสนองตอบต่อความรู้สึก (Non-reactivity to inner experience)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ST-5)

เป็นแบบประเมินที่ อรรพรรณ (28) พัฒนาขึ้นจากแบบวัดความเครียดสวนปรุงฉบับย่อ 20 ข้อ มีค่า Cronbach alpha เท่ากับ 0.85 และมีความตรงตามเกณฑ์กับแบบวัด Hospital anxiety depression (HAD) ทั้งสองส่วน คือ HAD-anx และ HAD-dep เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ แทบไม่มี = 0 คะแนน, เป็นครั้งคราว = 1 คะแนน, บ่อยครั้ง = 2 คะแนน และเป็นประจำ = 3 คะแนน โดยมีค่าคะแนนรวมต่ำสุด 0 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุด 15 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งระดับความเครียด ดังนี้

คะแนน 0-4	ไม่มีความเครียด / เครียดน้อย
คะแนน 5-7	เครียดปานกลาง
คะแนน 8-9	เครียดมาก
คะแนน 10-15	เครียดมากที่สุด

โปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง

โปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์การฝึกเจริญสติ เช่น การนั่งสมาธิ การสังเกตถึงลมหายใจ ปฏิบัติที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย ความคิด และอารมณ์ของตนเอง ในขณะที่เคลื่อนไหวหรือประกอบกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคนิค Self-monitoring (95) เข้ากับการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรม เช่น การให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการสังเกต บันทึก และบอกเล่าถึงปฏิกิริยาทางกาย ความคิด ความรู้สึกของตนเอง เป็นระยะทั้งในระหว่างที่ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และให้กลับไปฝึกปฏิบัติเป็นการบ้าน โดยเป็นการให้ทำกิจกรรมแบบกลุ่ม มีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรม และมีสมาชิกกลุ่มไม่เกิน 10 คน ทำกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 1 ถึง 15 ตุลาคม 2561 ประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกการตระหนักรู้ 4 หัวข้อตามลำดับ ได้แก่ การรับรู้ในตนเอง, การฝึกปล่อยวางอารมณ์ รู้ทันความคิด, การตระหนักรู้ในชีวิตประจำวัน และการวางแผนการดำเนินชีวิตในระยะยาว โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

ข้อตกลงระหว่างร่วมกิจกรรมกลุ่ม

1. ผู้เข้าร่วมงานวิจัย ต้องเข้าร่วมโปรแกรมครบจำนวน 4 ครั้ง โดยหากมีเหตุสุดวิสัยทำให้ไม่สะดวกเข้าร่วมโปรแกรมตามเวลาที่นัดหมายได้ ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องแจ้งผู้วิจัยเพื่อทำการนัดมาเข้ารับการฝึกตามโปรแกรมร่วมกับกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มต่อมาในภายหลัง
2. ผู้เข้าร่วมงานวิจัยไม่พูดคุยกันเองเป็นกลุ่มย่อยๆ

3. การแสดงออกในกลุ่มกิจกรรม ขอให้ผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันแสดงความคิดเห็นทั่วถึงกัน โดยมี การส่งสัญญาณ เช่น การยกมือ หรือพูดขออนุญาตก่อนแสดงความคิดเห็นเสมอ
4. ผู้เข้าร่วมงานวิจัยไม่ใช่ด้อยค่ารุนแรง ต่อว่า ชั่วร้าย หรือล้อเลียน ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมงานวิจัยคนอื่น
5. ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมงานวิจัยในกลุ่มกิจกรรมจะต้องถือเป็นความลับ ไม่นำไปเผยแพร่ เล่าต่อ หรือหยอกล้อภายหลังเลิกกลุ่มกิจกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 1 การรับรู้ในตนเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถรับรู้ถึงอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเอง รวมถึงสามารถบอกเล่าอารมณ์ ความรู้สึกเหล่านั้น ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

หลักการและเหตุผล

โดยทั่วไป ในขณะที่ดำเนินกิจกรรมต่างๆ เรามักไม่ได้สังเกตหรือรู้เท่าทันความคิด อารมณ์ และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในร่างกายของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดความเครียด ความตื่นตัว จากสิ่งเร้าภายนอก จนอาจทำให้แสดงอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพ หรือการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกการสังเกต และรับรู้ถึงความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ตลอดจนปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายในร่างกายในขณะที่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเล่นเกมตีกอล์ฟ (Jenga) ซึ่งเป็นตัวอย่างสถานการณ์ที่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะถูกกระตุ้นด้วยการแข่งขัน เกิดความต้องการที่จะเอาชนะ เกิดความเครียดในระหว่างที่เล่นจากแรงกดดันทั้งจากตนเอง และคนรอบข้าง ซึ่งหากผู้เข้าร่วมงานวิจัยสามารถสังเกต และตระหนักรู้ถึงความคิด ความรู้สึก อารมณ์ รวมถึงปฏิกิริยาทางกายที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้ จะสามารถช่วยลดปัญหาต่างๆ เช่น ความผิดพลาดในการทำงาน การทะเลาะเบาะแว้งลงได้ นอกจากนี้มีการประยุกต์ใช้เทคนิค Self-monitoring โดยให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยกลับไปสังเกต และจดบันทึกความคิด อารมณ์ รวมถึงปฏิกิริยาทางกายที่เกิดขึ้นในระหว่างดำเนินชีวิตประจำวันเป็นการบ้านเพื่อให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ฝึกการตระหนักรู้ถึงตนเองและได้เห็นถึงพัฒนาการจากการฝึกของตนเองด้วย

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตนเองกับผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมแจ้งวัตถุประสงค์ของกลุ่มกิจกรรม (5 นาที)
2. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกคนแนะนำตัวเอง (5 นาที)
3. ผู้วิจัยชี้แจงกติกาการเล่นเกมตีกอล์ฟ (Jenga) ดังนี้

- 3.1 ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคนผลัดกันดึงบล็อกไม้ออกทีละ 1 ชิ้น แล้วนำไปวางต่อด้านบน โดยต้องวางให้เต็มชั้น ชั้นละ 3 ชิ้น สลับไปเรื่อยๆ สร้างให้สูงที่สุด ผู้เข้าร่วมวิจัยคนใดทำล้มถือว่าเกมยุติ
- 3.2 ในการดึงแต่ละครั้ง ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคนต้องใช้เพียง 2 นิ้วของมือข้างที่ไม่ถนัด ห้ามใช้นิ้วอื่น และมือข้างที่ถนัดช่วยในการดึง
4. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนร่วมกันเล่นเกมตีกล่ม จนเกมยุติ (10 นาที)
5. ผู้วิจัยแจกใบกิจกรรม 1.1 พร้อมปากกาให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนบันทึกความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และปฏิกิริยาทางกายที่เกิดขึ้นในระหว่างที่เล่นเกม และส่งใบกิจกรรมคืนให้ผู้วิจัย (10 นาที)
6. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในความเงียบสงบ และฝึกทำสมาธิ (5 นาที) ดังนี้
 - 6.1 ผู้เข้าร่วมวิจัยนั่งในท่าที่ผ่อนคลาย วางมือลงบนตัก / หน้าขาทั้งสองข้าง หลับตาลง หายใจเข้าออกยาวๆ 5-6 ลมหายใจ ก่อนจะปรับลมหายใจให้เป็นปกติ
 - 6.2 ผู้เข้าร่วมวิจัยมุ่งความสนใจไปที่การรับรู้ลมหายใจที่บริเวณปลายจมูก สังเกตความรู้สึกว่าลมหายใจผ่านเข้า-ออกข้างไหนที่รู้สึกชัดเจนกว่า แล้วให้มุ่งความสนใจไปยังตำแหน่งที่รู้สึกถึงลมหายใจที่ชัดเจนที่สุดนั้น
 - 6.3 ผู้เข้าร่วมวิจัยจรดปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหากัน สังเกตความรู้สึกเกร็ง / ดึงที่มือทั้งสองข้าง ในขณะที่เดียวกันก็ยังคงมุ่งความสนใจไปยังปลายจมูกตำแหน่งที่รู้สึกถึงลมหายใจที่ชัดเจนที่สุด
 - 6.4 ผู้เข้าร่วมวิจัยค่อยๆ เปลี่ยนการจรดนิ้วจากปลายนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้เป็นปลายนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วกลาง นิ้วนาง และนิ้วก้อยตามลำดับ สังเกตความรู้สึกเกร็ง / ดึงที่มือทั้งสองข้าง ในขณะที่เดียวกันก็ยังคงมุ่งความสนใจไปยังปลายจมูกตำแหน่งที่รู้สึกถึงลมหายใจที่ชัดเจนที่สุด
 - 6.5 หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มั่นใจ / ไม่สามารถสังเกตถึงการรับรู้ลมหายใจที่บริเวณปลายจมูก ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยหายใจเข้าออกยาวๆ 5-6 ลมหายใจ ก่อนจะปรับลมหายใจให้เป็นปกติ แล้วมุ่งความสนใจไปที่การรับรู้ลมหายใจที่บริเวณปลายจมูก สังเกตความรู้สึกว่าลมหายใจผ่านเข้า-ออกข้างไหนที่รู้สึกชัดเจนกว่า ก่อนจะมุ่งความสนใจไปยังตำแหน่งที่รู้สึกถึงลมหายใจที่ชัดเจนที่สุดนั้นอีกครั้ง
 - 6.6 ผู้เข้าร่วมวิจัยค่อยๆ สัมผัสขึ้น
7. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนร่วมกันเล่นเกมตีกล่ม จนเกมยุติอีกครั้ง โดยในระหว่างเล่นให้สังเกตถึงความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และปฏิกิริยาทางกายที่เกิดขึ้น (10 นาที)

8. ผู้วิจัยแจกใบกิจกรรม 1.2 ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนบันทึกความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และ ปฏิกริยาทางกายที่เกิดขึ้นในระหว่างที่เล่นเกม และส่งใบกิจกรรมคืนให้ผู้วิจัย รวมถึงร่วมกัน บรรยายถึงความแตกต่างระหว่างการเล่นเกมนอบแรกและรอบที่สอง (10 นาที)
9. ผู้วิจัยอธิบายผลดี และประสิทธิภาพในการฝึกทำสมาธิเพื่อตระหนักรู้ในความคิด ความรู้สึก ของตนเอง จากนั้นนำผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกนั่งสมาธิเพื่อสังเกตลมหายใจ ความคิด อารมณ์ และ ความรู้สึกของตนเองอีกครั้ง (10 นาที)
10. ผู้วิจัยให้การบ้านฝึกการตระหนักรู้ในตนเองประจำวัน “ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกทำสมาธิอย่าง น้อยวันละ 5-10 นาที” เพื่อฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง
11. ผู้วิจัยตอบข้อซักถามจากผู้เข้าร่วมวิจัย และนัดหมายกำหนดการทำกิจกรรมครั้งต่อไป (5 นาที)

กิจกรรมครั้งที่ 2 การฝึกู้ทันความคิด ปล่อยวางอารมณ์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยสามารถรับรู้ถึงอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกของตนเอง รวมถึง สามารถปล่อยวางอารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้

หลักการและเหตุผล

อารมณ์เชิงลบ เช่น ความวิตกกังวล และความเครียด ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่ ผ่านกระบวนการบำบัดรักษาแล้วกลับไปเสพ กิจกรรมนี้จึงมุ่งเน้นการฝึกปล่อยวางอารมณ์ และ ความคิดที่เกิดขึ้นผ่านการทำกิจกรรมการเล่นเกมนอบเร็ว ซึ่งต้องใช้สมาธิในการคำนวณหา คำตอบ รวมถึงมีความกดดันจากทั้งระยะเวลาที่จำกัด ความรู้สึกไม่ต้องการที่จะถูกทำโทษ และ ความกดดันจากเพื่อนๆ รอบข้าง ส่งผลให้ในขณะที่ร่วมเล่นเกมจะไม่ได้ฝึก / ระลึกถึงลักษณะบ้านใน ฝันที่ตนได้เขียนบรรยายไว้ โดยหากประยุกต์นำหลักการดังกล่าวไปใช้ในการปล่อยวางความคิด และอารมณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นทั้งจากการระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต หรือการประสบเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ในปัจจุบัน จะสามารถช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดการกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกกระหายอยาก กลับไปเสพสารเสพติดลงได้

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบรรยายความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ของตนเองก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรม (5 นาที)
2. ผู้วิจัยทบทวนการบ้านของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคน และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ ผลของการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองประจำวัน (10 นาที)

3. ผู้วิจัยแจกใบกิจกรรม 2.1 พร้อมปากกาให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเขียนบรรยายถึงลักษณะบ้านในฝันของตนเอง และส่งคืนให้กับผู้วิจัย (5 นาที)
4. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนั่งล้อมวง แล้วชี้แจงกติกาการเล่นเกมนิยามใจ ดังนี้
 - 4.1 ผู้วิจัยจะทำการสุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยทีละ 1 คน พร้อมขานจำนวนตัวเลข
 - 4.2 ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ถูกสุ่มเลือกทำการขานผลลัพธ์ ตัวเลขที่ผู้วิจัยขานลบลด้วย 7 ภายในเวลา 10 วินาที
 - 4.3 ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ขานผลลัพธ์ผิดหรือไม่ทันเวลา ให้ลุกขึ้นเดิน จนกว่าจะมีผู้เข้าร่วมวิจัยคนอื่นขานผลลัพธ์ผิด
5. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเล่นเกมนิยามใจ จนเกมยุติ (20 นาที)
6. ผู้วิจัยสุ่มถามถึงความคิด การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะบ้านในฝันของผู้เข้าร่วมวิจัยที่เขียนลงในใบกิจกรรมที่ส่งกลับมาในขณะที่เล่นเกมจนครบทุกคน (10 นาที)
7. ผู้วิจัยอธิบายถึงการรับรู้ถึงความคิด และอารมณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเชื่อมโยงเข้าถึงเรื่องของการประโยชน์ในการรู้ทันความคิด และการปล่อยวางอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้น (10 นาที)
8. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในความเงียบสงบ ฝึกทำสมาธิ สังเกตความคิด และปล่อยวางอารมณ์ (5 นาที) ดังนี้
 - 8.1 ผู้เข้าร่วมวิจัยนั่งในท่าที่ผ่อนคลาย วางมือลงบนตัก / หน้าขาทั้งสองข้าง หลับตาลง หายใจเข้าออกยาวๆ 5-6 ลมหายใจ ก่อนจะปรับลมหายใจให้เป็นปกติ
 - 8.2 ผู้เข้าร่วมวิจัยมุ่งความสนใจไปที่การรับรู้ลมหายใจที่บริเวณปลายจมูก สังเกตความรู้สึกว่าลมหายใจผ่านเข้า-ออกข้างไหนที่รู้สึกชัดเจนกว่า แล้วให้มุ่งความสนใจไปยังตำแหน่งที่รู้สึกถึงลมหายใจที่ชัดเจนที่สุดนั้น
 - 8.3 เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้ยินเสียงกระดิ่ง ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยปล่อยวางอารมณ์และความคิดที่เกิดขึ้น แล้วหายใจเข้าออกยาวๆ 3-4 ลมหายใจ ก่อนจะปรับลมหายใจให้เป็นปกติ และมุ่งความสนใจไปยังปลายจมูกตำแหน่งที่รู้สึกถึงลมหายใจที่ชัดเจนที่สุดอีกครั้ง
 - 8.4 หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีความคิดใดๆ เกิดขึ้น ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเพียงแต่รับรู้ว่ามีความคิดเกิดขึ้น แต่ไม่คิดตาม / คิดต่อ เตือนตนเองให้กลับมามุ่งความสนใจที่ลมหายใจ โดยหายใจเข้าออกยาวๆ 3-4 ลมหายใจ ก่อนจะปรับลมหายใจให้เป็นปกติ และมุ่งความสนใจไปยังปลายจมูกตำแหน่งที่รู้สึกถึงลมหายใจที่ชัดเจนที่สุดอีกครั้ง
 - 8.5 ผู้เข้าร่วมวิจัยค่อยๆ สัมผัสขึ้น แต่ยังคงมุ่งความสนใจไปยังปลายจมูกตำแหน่งที่รู้สึกถึงลมหายใจที่ชัดเจนอีกประมาณ 1 นาที

9. ผู้วิจัยให้การบ้านฝึกการตระหนักรู้ในตนเองประจำวัน “ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกทำสมาธิ สังเกตความคิด และปล่อยวางอารมณ์ด้านลบอย่างน้อยวันละ 5 รอบ รอบละ 3-5 นาที พร้อมบันทึกปฏิกิริยาทางกาย ความคิด อารมณ์ของตนเอง รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในขณะฝึก” เพื่อฝึกการรู้ทันความคิด และปล่อยวางอารมณ์
10. ผู้วิจัยตอบข้อซักถามจากผู้เข้าร่วมวิจัย และนัดหมายกำหนดการทำกิจกรรมครั้งต่อไป (5 นาที)

กิจกรรมครั้งที่ 3 การตระหนักรู้ในชีวิตประจำวัน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยสามารถประยุกต์นำหลักการฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง การทำสมาธิ และปล่อยวางความคิดและอารมณ์ไปใช้เมื่อประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน รวมถึงยอมรับแนวความคิดของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

หลักการและเหตุผล

การกลับไปเข้าสู่ชุมชนหลังจากสิ้นสุดกระบวนการบำบัดรักษาแล้ว ผู้เข้าร่วมงานวิจัยย่อมต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างที่มีแนวความคิดที่แตกต่างกับตนเอง มีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เกิดการกระตุ้นอารมณ์และความรู้สึกเชิงลบ ซึ่งหากผู้เข้าร่วมงานวิจัยไม่สามารถตระหนักรู้ในความคิด ความรู้สึก อารมณ์ ตลอดจนปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น และการปล่อยวางความคิดเมื่อประสบเหตุการณ์เหล่านี้ได้ ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ขึ้นได้ กิจกรรมนี้จึงมุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้สังเกตถึงความคิด อารมณ์ และปฏิกิริยาของตนเอง ร่วมกับการแสดงความคิดเห็นถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาของผู้เข้าร่วมงานวิจัยต่อเหตุการณ์สมมติ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้เข้าใจและยอมรับถึงแนวความคิดของผู้อื่น

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบรรยายความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ของตนเองก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรม (5 นาที)
2. ผู้วิจัยทบทวนการบ้านของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคน และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลของการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองประจำวัน (10 นาที)
3. ผู้วิจัยอ่านเหตุการณ์สมมติให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟัง และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคนนำเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับความคิด และอารมณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์สมมติ พร้อมให้ผู้เข้าร่วมวิจัยคนอื่นร่วมออกความเห็นเกี่ยวกับความคิดดังกล่าว (30 นาที)

4. ผู้วิจัยอธิบายถึงความสำคัญในการรับรู้ความคิด และอารมณ์ รวมถึงการรู้ทันความคิด
ปล่อยวางอารมณ์ด้านลบของตนเอง และเชื่อมโยงไปยังเรื่องการนำไปประยุกต์ใช้ใน
ชีวิตประจำวัน และการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น (5 นาที)
5. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในความเงียบสงบ และฝึกทำสมาธิ (10 นาที) ดังนี้
 - 5.1 ผู้เข้าร่วมวิจัยนั่งในท่าที่ผ่อนคลาย วางมือลงบนตัก / หน้าขาทั้งสองข้าง หลับตาลง
หายใจเข้าออกยาวๆ 5-6 ลมหายใจ ก่อนจะปรับลมหายใจให้เป็นปกติ
 - 5.2 ผู้เข้าร่วมวิจัยมุ่งความสนใจไปที่การรับรู้ลมหายใจที่บริเวณปลายจมูก สังเกตความรู้สึก
ว่าลมหายใจผ่านเข้า-ออกข้างไหนที่รู้สึกชัดเจนกว่า แล้วให้มุ่งความสนใจไปยัง
ตำแหน่งที่รู้สึกถึงลมหายใจที่ชัดเจนที่สุดนั้น
 - 5.3 เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้ยินเสียงกระดิ่ง ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยปล่อยวางอารมณ์และความคิดที่
เกิดขึ้น แล้วหายใจเข้าออกยาวๆ 3-4 ลมหายใจ ก่อนจะปรับลมหายใจให้เป็นปกติ และ
มุ่งความสนใจไปยังปลายจมูกตำแหน่งที่รู้สึกถึงลมหายใจที่ชัดเจนที่สุดอีกครั้ง
 - 5.4 หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีความคิดใดๆ เกิดขึ้น ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเพียงแต่รับรู้ว่ามีความคิด
เกิดขึ้น แต่ไม่คิดตาม / คิดต่อ เตือนตนเองให้กลับมามุ่งความสนใจที่ลมหายใจ โดย
หายใจเข้าออกยาวๆ 3-4 ลมหายใจ ก่อนจะปรับลมหายใจให้เป็นปกติ และมุ่งความ
สนใจไปยังปลายจมูกตำแหน่งที่รู้สึกถึงลมหายใจที่ชัดเจนที่สุดอีกครั้ง
 - 5.5 ผู้เข้าร่วมวิจัยค่อยๆ สืบตาคขึ้น แต่ยังคงมุ่งความสนใจไปยังปลายจมูกตำแหน่งที่รู้สึกถึง
ลมหายใจที่ชัดเจน
 - 5.6 ผู้เข้าร่วมวิจัยค่อยๆ ยืนขึ้น สังเกตความรู้สึกที่ฝ่าเท้าทั้งสองข้างสัมผัสกับพื้นรองเท้า /
พื้นห้อง ในขณะที่เดียวกันก็ยังคงมุ่งความสนใจไปยังปลายจมูกตำแหน่งที่รู้สึกถึงลม
หายใจที่ชัดเจนที่สุด
 - 5.7 ผู้เข้าร่วมวิจัยค่อยๆ เดินไปรอบๆ ห้อง สังเกตความรู้สึกที่ฝ่าเท้าทั้งสองข้างสัมผัสกับ
พื้นรองเท้า / พื้นห้อง ในขณะที่เดียวกันก็ยังคงมุ่งความสนใจไปยังปลายจมูกตำแหน่งที่
รู้สึกถึงลมหายใจที่ชัดเจนที่สุด
 - 5.8 หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มั่นใจ / ไม่สามารถสังเกตถึงการรับรู้ลมหายใจที่บริเวณปลายจมูก
ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยหายใจเข้าออกยาวๆ 3-4 ลมหายใจ ก่อนจะปรับลมหายใจให้เป็นปกติ
แล้วมุ่งความสนใจไปที่การรับรู้ลมหายใจที่บริเวณปลายจมูก สังเกตความรู้สึกว่าลม
หายใจผ่านเข้า-ออกข้างไหนที่รู้สึกชัดเจนกว่า ก่อนจะมุ่งความสนใจไปยังตำแหน่งที่
รู้สึกถึงลมหายใจที่ชัดเจนที่สุดนั้นอีกครั้ง
 - 5.9 ผู้เข้าร่วมวิจัยหยุดเดิน แล้วกลับมานั่งประจำที่นิ่งๆ เดิมของตน

6. ผู้วิจัยให้การบ้านฝึกการตระหนักรู้ในตนเองประจำวัน “ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกสังเกตความคิดและปล่อยวางอารมณ์ด้านลบ ในการทำกิจวัตรในแต่ละวัน” เพื่อฝึกการประยุกต์ใช้การตระหนักรู้ในตนเองและการยอมรับผู้อื่นในเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน
7. ผู้วิจัยตอบข้อซักถามจากผู้เข้าร่วมวิจัย และนัดหมายกำหนดการทำกิจกรรมครั้งต่อไป (5 นาที)

กิจกรรมครั้งที่ 4 การวางแผนการดำเนินชีวิตในระยะยาว

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้ถึงจุดเด่น จุดด้อยของตนเอง และสามารถนำไปวางแผนในการดำเนินชีวิตในอนาคต

หลักการและเหตุผล

ผู้ที่มีปัญหาเสพสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษามักมีแนวคิดตีตราลดคุณค่าของตนเองลง เป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ขาดความมั่นใจ หรือขาดความเชื่อว่าตนเองจะสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ ซึ่งกิจกรรมนี้มีการสะท้อนให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้รับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง มีกำลังใจมากขึ้น รวมถึงสิ่งที่ควรปรับปรุงของตนเองผ่านกระบวนการแสดงความคิดเห็นเพื่อภายในกลุ่ม นอกจากนี้มีการให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้วางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตทั้งในระยะสั้น และระยะยาว เพื่อเป็นการตั้งเป้าหมายในการใช้ชีวิตเบื้องต้นหลังจากผู้เข้าร่วมงานวิจัยกลับสู่ชุมชน เมื่อสิ้นสุดกระบวนการบำบัดรักษาแล้ว

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบรรยายความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ของตนเองก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรม (5 นาที)
2. ผู้วิจัยแจกใบกิจกรรม 4.1 พร้อมปากกาให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยเขียนบรรยายจุดเด่น จุดด้อย และความสามารถของตนเอง (10 นาที)
3. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคนบอกเล่าถึงจุดเด่น จุดด้อย และความสามารถที่เขียนในใบกิจกรรม (20 นาที)
4. ผู้วิจัยแจกใบกิจกรรม 4.2 ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเขียนบรรยายถึงจุดเด่นของผู้เข้าร่วมวิจัยคนอื่นก่อนจะส่งคืนให้ผู้วิจัย (5 นาที)
5. ผู้วิจัยอ่านจุดเด่นของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละคนที่เขียนในใบกิจกรรมให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับฟังพร้อมชื่นชม และชี้ให้เห็นถึงจุดเด่นที่ตนเองอาจไม่ได้สังเกตเห็น (10 นาที)
6. ผู้วิจัยแจกใบกิจกรรม 4.3 ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เขียนบรรยายแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตของตนเอง ก่อนจะส่งคืนให้ผู้วิจัย (10 นาที)

7. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง (10 นาที)

การขอพิจารณาจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ COA no.006/2018, IRB no. 269/60 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม พร้อมได้รับการพิจารณาอนุญาตจากผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในการดำเนินการเข้าเก็บข้อมูล ณ หอผู้ป่วยมรกต, ทองเนื้อเก้า, โอปอล และหยก สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2561 ตามหนังสือเลขที่ จว.1054/2561 ลงวันที่ 11 กันยายน 2561

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูล โดยรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ตำรา ผลงานวิจัย รวมถึงเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและชัดเจน
2. จัดทำหนังสือจากภาควิชา เพื่อขอพิจารณารับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พร้อมทำหนังสือขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัยในสถาบันฯ
3. ขอความยินยอมจากอาสาสมัคร โดยมีการชี้แจงถึงกระบวนการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ใช้เพื่อประกอบการศึกษาวิจัยเท่านั้น และจะเก็บข้อมูลดังกล่าวเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลกับบุคคลอื่นที่มิได้เกี่ยวข้อง อธิบายถึงข้อปฏิบัติต่างๆ ของผู้เข้าร่วมงานวิจัย รวมถึงสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนเริ่มทำการเก็บข้อมูล และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนต่อไปนี้
 - 3.1 ผู้วิจัยแนะนำตัว พร้อมทำการอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดงานวิจัย รวมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า และไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออกจากงานวิจัย ณ แผนกผู้ป่วยใน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา

ยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยจะให้เวลาผู้เข้าร่วมวิจัยได้ไตร่ตรองก่อนจะลงนาม เพื่อยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยอย่างอิสระ

- 3.2 ผู้วิจัยแจกชุดแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคล, แบบวัดการรับรู้ของสติใน 5 ด้าน ฉบับ ภาษาไทย และแบบประเมินความเครียด โดยผู้วิจัยจะ อธิบายเกี่ยวกับการทำ แบบสอบถาม และอ่านข้อคำถามในแต่ละข้อพร้อมให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามที่ ได้รับแจกและรอรับคืนจากผู้เข้าร่วมวิจัย (5 นาที)
- 3.3 ผู้วิจัยนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยเรื่องวันเวลาดำเนินการวิจัยตาม โปรแกรมการฝึกการ ตระหนักรู้ในตนเอง
4. ผู้วิจัยนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยในการทำแบบประเมินหลังเข้าร่วม โปรแกรม
5. ผู้วิจัยแจกชุดแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดการรับรู้ของสติใน 5 ด้าน ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินความเครียด และอ่านข้อคำถามในแต่ละข้อ พร้อมให้ ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามที่ได้รับแจกและรอรับคืนจากผู้เข้าร่วมวิจัย (5 นาที)
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สำหรับ นำมาคิดคำนวณทางสถิติวิเคราะห์ และอภิปรายผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมมาตรวจสอบความถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับการรับรู้สติและ ระดับความเครียด ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยวิธี pair t-test
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation analysis) ระหว่างลักษณะประชากรกับผลต่างของค่า คะแนนที่ประเมินได้ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อการรับรู้สติ 5 ด้าน และความเครียดของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยเปรียบเทียบผลการประเมินระดับการรับรู้สติและระดับความเครียด ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีผู้เข้าร่วมงานวิจัย 47 คน โดยทุกคนเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่ผ่านกระบวนการบำบัดขั้นถอนพิษยา และอยู่ระหว่างฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสารเสพติดตามแนวทางการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) เป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน แต่มีผู้ถูกถอนออกจากโครงการเนื่องจากจำหน่ายออกจากสถาบันฯ จำนวน 3 คน มีอาการป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง 1 คน และไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนครบ 3 คน จึงเหลือผู้เข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งสิ้น 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ถึง 15 ตุลาคม พ.ศ.2561 นำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบของตารางพร้อมคำบรรยาย ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง

ส่วนที่ 3 ผลความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรและผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมงานวิจัย	จำนวน (N = 40)	
	N	%
เพศ		
- ชาย	30	75.0
- หญิง	10	25.0
อายุ (ปี)		
- อายุไม่เกิน 20 ปี	5	12.5
- อายุตั้งแต่ 21 ปี แต่ไม่เกิน 30 ปี	10	25.0

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมงานวิจัย	จำนวน (N = 40)	
	N	%
- อายุตั้งแต่ 31 ปี แต่ไม่เกิน 40 ปี	13	32.5
- อายุตั้งแต่ 41 ปี แต่ไม่เกิน 50 ปี	10	25.0
- อายุมากกว่า 50 ปี	2	5.0
Mean±SD = 34.28±9.31, Min = 19, Max = 54, Median = 35.00		
ศาสนา		
- พุทธ	37	92.5
- อิสลาม	2	5.0
- คริสต์	1	2.5
การศึกษา		
- ไม่ได้รับการศึกษาตามระบบ	1	2.5
- จบการศึกษาระดับประถมศึกษา	20	50.0
- จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	10	25.0
- จบการศึกษตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	9	22.5
สถานภาพสมรส		
- โสด	23	57.5
- สมรส หรืออยู่ด้วยกัน โดยไม่ได้สมรส	11	27.5
- หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าร้าง	5	12.5
- หม้าย	1	2.0
อาชีพ		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	12.5
- รับจ้างทั่วไป	22	55.0
- กำขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	11	27.5
- อื่นๆ	2	5.0

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมงานวิจัย	จำนวน (N = 40)	
	N	%
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
- น้อยกว่า 15,000 บาท	35	87.5
- ตั้งแต่ 15,000 บาทขึ้นไป	5	12.5
Mean±SD = 11975.00±12568.76, Min = 2000, Max = 80000, Median = 9000		
โรคประจำตัว		
- ไม่มี	32	80.0
- มี	8	20.0

จากตารางที่ 1 ผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่มีคุณสมบัติและเข้าโปรแกรมครบ มีจำนวนทั้งสิ้น 40 คน เป็นเพศชาย 30 คน (ร้อยละ 75), เพศหญิง 10 คน (ร้อยละ 25) มีอายุเฉลี่ย 34.28±9.31 ปี โดยมีผู้ที่อายุไม่เกิน 20 ปี จำนวน 5 คน, อายุ 21-30 ปี จำนวน 10 คน, อายุ 31-40 ปี จำนวน 13 คน, อายุ 41-50 ปี จำนวน 10 คน, อายุ 51-60 ปี จำนวน 2 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 12.5, 25.0, 32.5, 25.0 และ 5.0 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธ 37 คน (ร้อยละ 92.50), ศาสนาคริสต์ 1 คน (ร้อยละ 2.50), ศาสนาอิสลาม 2 คน (ร้อยละ 5.0) ไม่มีโรคประจำตัว 32 คน มีโรคประจำตัว 8 คน คิดเป็นร้อยละ 80 และ 20 ตามลำดับ มีผู้ไม่ได้รับการศึกษาตามระบบ 1 คน, จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 20 คน, จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 10 คน, จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า 6 คน, จบการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า 2 คน และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5, 50.0, 25.0, 15.0, 5.0 และ 2.5 ตามลำดับ สถานภาพสมรสของผู้เข้าร่วมงานวิจัย เป็นโสด 23 คน, สมรส 5 คน, อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้สมรส 6 คน, หย่าร้าง 3 คน, แยกกันอยู่โดยมิได้หย่าร้าง 2 คน, หม้าย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5, 12.5, 15.0, 7.5, 5.0 และ 2.5 ตามลำดับ โดยเป็นผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 5 คน, รับจ้างทั่วไป 22 คน, ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว 11 คน, อื่นๆ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5, 55.0, 27.5 และ 5.0 ตามลำดับ ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท จำนวน 35 คน, มีรายได้ตั้งแต่ 15,000-25,000 บาท จำนวน 3 คน, มีรายได้ระหว่าง 25,001-45,000 บาท จำนวน 1 คน และมีรายได้มากกว่า 45,000 บาท จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5, 7.5, 2.5, และ 2.5 ตามลำดับ

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านประวัติการเสพสารเสพติดและการเข้ารับ
การบำบัดรักษาของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ข้อมูลด้านประวัติการเสพสารเสพติดและการเข้ารับ การบำบัดรักษา	จำนวน (N = 40)	
	N	%
อายุเมื่อเริ่มใช้สารครั้งแรก (ปี)		
- อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	33	82.5
- อายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป	7	17.5
Mean±SD = 18.33±6.14, Min = 13, Max = 40, Median = 16.00		
ประวัติการเข้ารับการบำบัด (ครั้ง)		
- เข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก	23	57.5
- เคยรับการบำบัดมาก่อน	17	42.5
Mean±SD = 1.68±1.00, Min = 1, Max = 6, Median = 1.00		

จากตารางที่ 2 ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเริ่มใช้สารครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 18.33 ± 6.14 ปี โดยใช้สารครั้งแรกขณะมีอายุไม่เกิน 20 ปี จำนวน 33 คน (ร้อยละ 82.5), ใช้สารครั้งแรกขณะมีอายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.0), ใช้สารครั้งแรกขณะมีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.5) โดยมีประวัติการเข้ารับการบำบัดเฉลี่ย 1.68 ± 1.00 ครั้ง ซึ่งเป็นเข้ารับการบำบัดครั้งแรก 23 คน (ร้อยละ 57.5) ในกลุ่มผู้ที่เข้ารับการบำบัดแล้วกลับมาเสพซ้ำ จำนวน 17 คน (ร้อยละ 42.5) เป็นผู้ที่เคยรับการบำบัดไม่เกิน 3 ครั้ง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 88.24) เคยรับการบำบัดมากกว่า 3 ครั้ง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 11.76)

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านระยะเวลาที่หยุดเสฟได้หลังจากการบำบัดครั้งสุดท้ายของผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่เข้ารับการบำบัดซ้ำ

ข้อมูลด้านระยะเวลาที่หยุดเสฟได้ หลังจากการบำบัด ครั้งสุดท้าย	จำนวน (N = 17)	
	N	%
ระยะเวลาที่หยุดเสฟได้ หลังจากการบำบัดครั้งสุดท้าย (เดือน)		
- หยุดเสฟได้ ต่ำกว่า 1 เดือน	5	29.4
- หยุดเสฟได้ 1 - 3 เดือน	6	35.3
- หยุดเสฟได้ 4 - 6 เดือน	1	5.9
- หยุดเสฟได้ 7 -12 เดือน	2	11.8
- หยุดเสฟได้ 13-24 เดือน	3	17.6
Mean±SD = 6.94±8.93, Min = 0, Max = 24, Median = 3.00		

จากตารางที่ 3 ระยะเวลาที่สามารถหยุดเสฟได้หลังจากการบำบัดครั้งสุดท้ายของผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่เข้ารับการบำบัดซ้ำ จำนวน 17 คน พบว่า ผู้เข้าร่วมงานวิจัยสามารถหยุดเสฟได้ก่อนกลับมาเสฟซ้ำเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 6.94 ± 8.93 เดือน โดยมีผู้เข้าร่วมที่ไม่สามารถหยุดเสฟได้ไม่เกิน 1 เดือน จำนวน 5 คน (ร้อยละ 29.4), หยุดเสฟได้ 1- 3 เดือน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 35.3), หยุดเสฟได้ 4-6 เดือน จำนวน 1 คน (ร้อยละ 5.9), หยุดเสฟได้ 7-12 เดือน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 11.8) และหยุดเสฟได้ 13-24 เดือน จำนวน 3 คน (ร้อยละ 17.6)

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลด้านประสบการณ์การทำกิจกรรมเจริญสติหรือฝึกสมาธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ข้อมูลด้านประสบการณ์การทำกิจกรรมเจริญสติหรือฝึกสมาธิ	จำนวน (N = 40)	
	N	%
ประสบการณ์การฝึกเจริญสติ (ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม)		
- ไม่มีประสบการณ์เจริญสติมาก่อน	11	27.5
- มีประสบการณ์การเจริญสติมาก่อน	29	72.5
ความถี่ในการฝึกเจริญสติต่อสัปดาห์ (วัน / สัปดาห์)		
- เจริญสติน้อยกว่า 2 วัน	11	27.5
- เจริญสติ 3-4 วัน	2	5.0
- เจริญสติ 5-6 วัน	3	7.5
- เจริญสติทุกวัน	13	32.5
ระยะเวลาในการฝึกเจริญสติต่อครั้ง (นาที)		
- 1 นาที	4	13.8
- 2 นาที	9	31.0
- 3 นาที	2	6.9
- 5 นาที	13	44.8
- 10 นาที	1	3.4

Mean±SD = 3.55±2.05, Min = 1, Max = 10, Median = 3.00

จากตารางที่ 4 พบว่ามีผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การฝึกเจริญสติมาก่อนเข้าร่วมโครงการ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 27.5), มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่มีประสบการณ์การฝึกเจริญสติมาก่อน จำนวน 29 คน (ร้อยละ 72.5), โดยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีผู้ฝึกเจริญสติ / ทำสมาธิ น้อยกว่า 2 วัน จำนวน 11 คน (ร้อยละ 27.5), เป็นผู้ฝึกเจริญสติ / ทำสมาธิ 3-4 วัน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.0), เป็นผู้ฝึกเจริญสติ / ทำสมาธิ 5-6 วัน จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.5) และเป็นผู้ฝึกเจริญสติ / ทำสมาธิทุกวัน จำนวน 13 คน (ร้อยละ 32.5) ระยะเวลาที่ใช้ในการเจริญสติแต่ละครั้งเฉลี่ย 3.55 ± 2.05 นาที โดยมีผู้ใช้เวลาในการฝึกเจริญสติ / ทำสมาธิ 1 นาที/ครั้ง จำนวน 4 คน, ใช้เวลาเจริญสติ / ทำ

สมาธิ 2 นาที / ครั้ง จำนวน 9 คน, ใช้เวลาเจริญสติ / ทำสมาธิ 3 นาที / ครั้ง จำนวน 2 คน, ใช้เวลาเจริญสติ / ทำสมาธิ 5 นาที / ครั้ง จำนวน 13 คน, ใช้เวลาเจริญสติ / ทำสมาธิ 10 นาที / ครั้ง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 13,8, 31.0, 6.9, 44.8 และ 3.4 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่านัยสำคัญทางสถิติ ของค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สติและค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ก่อน เข้าร่วม โปรแกรม	หลัง เข้าร่วม โปรแกรม	<i>P</i> -value
การรับรู้สติโดยรวม (Total)	81.10 ± 8.89	85.33 ± 7.81	.001*
- การรับรู้สติด้านการสังเกต (Observing)	15.85 ± 2.87	16.60 ± 2.51	.113
- การรับรู้สติด้านการใช้คำพูดบรรยาย ความรู้สึก (Describing)	17.03 ± 3.14	17.93 ± 2.90	.035*
- การรับรู้สติด้านการรับรู้อิริยาบถ (Acting with awareness)	17.55 ± 3.80	18.75 ± 3.15	.037*
- การรับรู้ด้านการไม่ตัดสินผิิด-ถูกตาม ความรู้สึก (Non-judging of inner experience)	13.33 ± 2.36	13.83 ± 2.81	.281
- การรับรู้สติด้านการไม่ตอบสนองต่อ ความรู้สึก (Non-reactivity to inner experience)	17.35 ± 3.11	18.23 ± 2.53	.049*
ความเครียด (Stress)	4.43 ± 2.78	3.58 ± 2.27	.008*

จากตารางที่ 5 พบว่าภายหลังจากผู้เข้าร่วมงานวิจัยเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สติโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) คือ จากคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 81.10±8.89 เพิ่มขึ้นเป็น 85.33±7.81 ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สติด้านการสังเกตเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .113$) จาก 15.85±2.87 เป็น 16.60±2.51 คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สติด้านการใช้คำพูดบรรยายความรู้สึก

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.035$) จาก 17.03 ± 3.14 เป็น 17.93 ± 2.90 คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สติด้านการรับรู้อิริยาบถเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$) จาก 17.55 ± 3.80 เป็น 18.75 ± 3.15 ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สติด้านการไม่ตัดสินใจคิด-ถูกเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.281$) จาก 13.33 ± 2.36 เป็น 13.83 ± 2.81 และค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สติในด้านการไม่ตอบสนองต่อความรู้สึกมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .049$) จาก 17.35 ± 3.11 เป็น 18.23 ± 2.53 ในขณะที่เดียวกันค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$) จาก 4.43 ± 2.78 เหลือ 3.58 ± 2.27

ส่วนที่ 3 ผลค่าสหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับผลต่างของค่าคะแนนที่ประเมินได้

จากข้อมูลค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สติ และความเครียดของผู้เข้าร่วมงานวิจัยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยมีความสนใจว่าลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยเฉพาะข้อมูลด้านประสบการณ์การทำงานหรือฝึกสมาธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีความสัมพันธ์ต่อผลการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองหรือไม่ จึงได้ทำการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบ Pearson ระหว่างลักษณะประชากรและผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

ตาราง 6 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างอายุ และผลต่างของค่าคะแนนของการรับรู้สติและความเครียด ก่อน-หลังเข้าร่วม โปรแกรม

ผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม	อายุ	
	r	p-value
การรับรู้สติโดยรวม (Total)	.149	.360
- การรับรู้สติด้านการสังเกต (Observing)	-.078	.631
- การรับรู้สติด้านการใช้คำพูดบรรยาย ความรู้สึก (Describing)	.163	.314
- การรับรู้สติด้านการรับรู้อิริยาบถ (Acting with awareness)	.131	.421
- การรับรู้ด้านการไม่ตัดสินคิด-ถูกตาม ความรู้สึก (Non-judging of inner experience)	.182	.260
- การรับรู้สติด้านการไม่ตอบสนองต่อความรู้สึก (Non-reactivity to inner experience)	-.023	.888
ความเครียด (Stress)	.138	.397

* $p < .05$, ** $p < .01$

ตาราง 7 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายได้ต่อเดือน และผลต่างของค่าคะแนนของการรับรู้สติและความเครียดก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม	รายได้ต่อเดือน	
	r	p-value
การรับรู้สติโดยรวม (Total)	-.125	.441
- การรับรู้สติด้านการสังเกต (Observing)	-.209	.195
- การรับรู้สติด้านการใช้คำพูดบรรยาย ความรู้สึก (Describing)	-.035	.832
- การรับรู้สติด้านการรับรู้อิริยาบถ (Acting with awareness)	-.090	.581

ผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม	รายได้ต่อเดือน	
	r	p-value
- การรับรู้ด้านการไม่ตัดสินคิด-ถูกตาม ความรู้สึก (Non-judging of inner experience)	.199	.219
- การรับรู้สติด้านการไม่ตอบสนองต่อความรู้สึก (Non-reactivity to inner experience)	-.184	.256
ความเครียด (Stress)	.094	.563

* $p < .05$, ** $p < .01$

ตาราง 8 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรก และผลต่างของค่าคะแนนของการรับรู้สติและความเครียดก่อน-หลังเข้าร่วม โปรแกรม

ผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม	อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรก	
	r	p-value
การรับรู้สติโดยรวม (Total)	.171	.291
- การรับรู้สติด้านการสังเกต (Observing)	.050	.758
- การรับรู้สติด้านการใช้คำพูดบรรยาย ความรู้สึก (Describing)	-.017	.916
- การรับรู้สติด้านการรับรู้วิริยะ (Acting with awareness)	.260	.105
- การรับรู้ด้านการไม่ตัดสินคิด-ถูกตาม ความรู้สึก (Non-judging of inner experience)	.165	.308
- การรับรู้สติด้านการไม่ตอบสนองต่อความรู้สึก (Non-reactivity to inner experience)	-.076	.642
ความเครียด (Stress)	.184	.255

* $p < .05$, ** $p < .01$

ตาราง 9 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างประวัตินการเข้ารับการบำบัดรักษาปัญหาเสพติด และผลต่างของค่าคะแนนของการรับรู้สติและความเครียดก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม	ประวัตินการเข้ารับการบำบัดรักษา ปัญหาเสพติด	
	r	p-value
การรับรู้สติโดยรวม (Total)	-.006	.973
- การรับรู้สติด้านการสังเกต (Observing)	.066	.687
- การรับรู้สติด้านการใช้คำพูดบรรยาย ความรู้สึก (Describing)	-.045	.781
- การรับรู้สติด้านการรับรู้อิริยาบถ (Acting with awareness)	-.064	.694
- การรับรู้ด้านการไม่ตัดสินผิค-ถูกตาม ความรู้สึก (Non-judging of inner experience)	.151	.354
- การรับรู้สติด้านการไม่ตอบสนองต่อความรู้สึก (Non-reactivity to inner experience)	.021	.897
ความเครียด (Stress)	.039	.814

* $p < .05$, ** $p < .01$

ตาราง 10 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่สามารถหยุดเสพได้ หลังจากการบำบัดครั้งสุดท้าย และผลต่างของค่าคะแนนของการรับรู้สติและความเครียดก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม	ระยะเวลาที่สามารถหยุดเสพได้ หลังจากการบำบัดครั้งสุดท้าย	
	r	p-value
การรับรู้สติโดยรวม (Total)	.277	.282
- การรับรู้สติด้านการสังเกต (Observing)	.235	.365
- การรับรู้สติด้านการใช้คำพูดบรรยาย ความรู้สึก (Describing)	.375	.138

ผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม	ระยะเวลาที่สามารถหยุดเสฟได้ หลังจากการบำบัดครั้งสุดท้าย	
	r	p-value
- การรับรู้สติด้านการรับรู้อิริยาบถ (Acting with awareness)	.018	.947
- การรับรู้ด้านการไม่ตัดสินผิ-ถูกตาม ความรู้สึก (Non-judging of inner experience)	.220	.396
- การรับรู้สติด้านการไม่ตอบสนองต่อความรู้สึก (Non-reactivity to inner experience)	-.039	.882
ความเครียด (Stress)	.049	.851

* $p < .05$, ** $p < .01$

ตาราง 11 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำกิจกรรมเจริญสติ / ฝึกสมาธิ และผลต่างของค่าคะแนนของการรับรู้สติและความเครียดก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม	ประสบการณ์การทำกิจกรรม เจริญสติ / ฝึกสมาธิ	
	r	p-value
การรับรู้สติโดยรวม (Total)	.124	.445
- การรับรู้สติด้านการสังเกต (Observing)	-.150	.355
- การรับรู้สติด้านการใช้คำพูดบรรยาย ความรู้สึก (Describing)	.129	.429
- การรับรู้สติด้านการรับรู้อิริยาบถ (Acting with awareness)	.213	.186
- การรับรู้ด้านการไม่ตัดสินผิ-ถูกตาม ความรู้สึก (Non-judging of inner experience)	.127	.433
- การรับรู้สติด้านการไม่ตอบสนองต่อความรู้สึก (Non-reactivity to inner experience)	-.029	.861
ความเครียด (Stress)	.078	.633

ผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม	ประสบการณ์การทำกิจกรรม	
	เจริญสติ / ฝึกสมาธิ	
	r	p-value

* $p < .05$, ** $p < .01$

ตาราง 12 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการเจริญสติ / ฝึกสมาธิ และผลต่างของค่าคะแนนของการรับรู้สติและความเครียดก่อน-หลังเข้าร่วม โปรแกรม

ผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม	ความถี่ในการเจริญสติ / ฝึกสมาธิ	
	r	p-value
การรับรู้สติโดยรวม (Total)	-.151	.434
- การรับรู้สติด้านการสังเกต (Observing)	.169	.382
- การรับรู้สติด้านการใช้คำพูดบรรยาย ความรู้สึก (Describing)	-.212	.269
- การรับรู้สติด้านการรับรู้อิริยาบถ (Acting with awareness)	-.161	.405
- การรับรู้ด้านการไม่ตัดสินคิด-ถูกตาม ความรู้สึก (Non-judging of inner experience)	-.014	.941
- การรับรู้สติด้านการไม่ตอบสนองต่อความรู้สึก (Non-reactivity to inner experience)	-.172	.373
ความเครียด (Stress)	.304	.109

* $p < .05$, ** $p < .01$

ตาราง 13 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ใช้ในการเจริญสติโดยเฉลี่ยต่อครั้ง และผลต่างของค่าคะแนนของการรับรู้สติและความเครียดก่อน-หลังเข้าร่วม โปรแกรม

ผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม	ระยะเวลาที่ใช้ในการเจริญสติโดยเฉลี่ย	
	r	p-value
การรับรู้สติโดยรวม (Total)	-.147	.447
- การรับรู้สติด้านการสังเกต (Observing)	-.078	.688

ผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม	ระยะเวลาที่ใช้ในการเจริญสติโดยเฉลี่ย	
	r	p-value
- การรับรู้สติด้านการใช้คำพูดบรรยาย ความรู้สึกรู้สึก (Describing)	-.237	.215
- การรับรู้สติด้านการรับรู้อิริยาบถ (Acting with awareness)	-.202	.294
- การรับรู้ด้านการไม่ตัดสินผิด-ถูกตาม ความรู้สึกรู้สึก (Non-judging of inner experience)	.019	.924
- การรับรู้สติด้านการไม่ตอบสนองต่อความรู้สึก (Non-reactivity to inner experience)	.129	.504
ความเครียด (Stress)	.197	.306

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 6-13 แสดงผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบ Pearson ไม่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรและผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

บทที่ 5

อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะประชากรผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อการรับรู้สติ 5 ด้าน และความเครียดของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยเปรียบเทียบผลการประเมินระดับการรับรู้สติและระดับความเครียด ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 40 คน เป็นผู้ป่วยที่ผ่านกระบวนการบำบัดขั้นถอนพิษยา และอยู่ระหว่างขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสารเสพติดตามแนวทางการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) เป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน เป็นเพศชาย 30 คน (ร้อยละ 75) เป็นเพศหญิง 10 คน (ร้อยละ 25) มีอายุเฉลี่ย 34.28 ± 9.31 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือช่วงวัยทำงาน ส่วนใหญ่เป็นโสดหรือไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส (โสด 23 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5) ซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับการศึกษาลักษณะของผู้มีปัญหาความผิดปกติของการใช้สารเสพติดของ Celeb และคณะ (96) ที่รายงานไว้ว่าผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่มักเป็นคนโสดหรืออาศัยอยู่คนเดียว และแม้ว่าจะเคยสมรสหรืออาศัยอยู่ร่วมกับคู่ครองโดยไม่ได้สมรส ก็มักประสบปัญหาด้านความสัมพันธ์ เนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติด โดยเฉพาะสารกลุ่มกระตุ้นประสาท เช่น แอมเฟตามีน ที่มีกลไกยับยั้งการเก็บกลับของ Catecholamine และการทำงานของ Monoamine oxidase ตลอดจนมีการกระตุ้นการหลั่งของสาร Dopamine และ Norepinephrine ที่ปลายประสาท ทำให้ปริมาณของสารสื่อประสาทดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีความสุข มีความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น (37) ประกอบกับการทำงานที่ผิดปกติของ Ventromedial prefrontal cortex (vmPFC) และ Rostral anterior cingulate cortex (rACC) จากการใช้สารเสพติด ทำให้ผู้เสพยาเสพติดการตระหนักรู้ในตนเอง มุ่งแต่จะแสวงหาความสุขจากการเสพยา จนมีพฤติกรรมที่ไม่สนใจต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมรอบข้าง จนก่อให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพจนต้องหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ในที่สุด (97) ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50) กล่าวได้ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีพื้นฐานความรู้ในระดับการศึกษาภาคบังคับ ตามแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2520 (98) แต่มีพื้นฐานความรู้ต่ำกว่าการศึกษาระดับภาคบังคับ ตามพระราชบัญญัติการศึกษาระดับภาคบังคับ พ.ศ.2545 (99) ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับผลการศึกษาของบังอรในปี พ.ศ. 2533 (12) ที่ระบุว่าผู้เข้ารับการรักษาปัญหาการใช้สารเสพติดที่พบส่วนใหญ่ก็มีความรู้ในระดับประถมศึกษา ซึ่งจัดว่ามีความรู้ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์การศึกษาขั้นต่ำที่กำหนดไว้ในปัจจุบัน

จึงมีความเสี่ยงในการถูกชักจูงให้ไปใช้สารเสพติดได้ง่ายกว่าผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ในระดับอาชีวศึกษา หรือระดับมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 55) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท จึงมีความเป็นไปได้ว่าผู้เข้าร่วมงานวิจัย มีแนวโน้มทำงาน ลักษณะใช้แรงงาน ทำให้อาจต้องมีชั่วโมงทำงานที่สูง มีเวลาพักผ่อนน้อย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยเลือกพิจารณาฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทของสารเสพติดเพื่อใช้ลดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย และเพิ่มชั่วโมงการทำงานให้มากขึ้น

ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อค่าคะแนนการรับรู้สติ 5 ด้าน

ผลต่อค่าคะแนนการรับรู้สติโดยรวมทั้ง 5 ด้าน (Total)

จากข้อมูลค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สติโดยรวมทั้ง 5 ด้านของผู้เข้าร่วมงานวิจัยภาย หลังจากเข้าร่วม โปรแกรมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ จากคะแนนเฉลี่ย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 81.10 ± 8.89 เพิ่มขึ้นเป็น 85.33 ± 7.81 ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม เป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของ โปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ใน ตนเองว่าสามารถพัฒนาระดับการรับรู้สติโดยรวมของผู้ที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟ ตามีนที่อยู่ระหว่างขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาลได้ สอดคล้องกับแนวคิดที่ เชื่อว่าการเจริญสติ / ฝึกสมาธิ สามารถส่งเสริมกระบวนการรู้คิดด้านการรับรู้ ความเข้าใจ (Cognitive awareness) ในบุคคล ส่งผลให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของ ตนเอง นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดการยอมรับในความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น (100-102)

ผลต่อการรับรู้สติในด้านการสังเกต (Observing)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างผลคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สติในด้านการสังเกต ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากผลการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ของสติและสภาวะทางจิตของ Baer (103) ที่ได้ทำการเปรียบเทียบค่าคะแนนของการรับรู้สติใน กลุ่มอาสาสมัคร 3 กลุ่ม คือ กลุ่มนักศึกษาทั่วไปที่ไม่มีประสบการณ์การฝึกเจริญสติ, กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิตที่ไม่มีประสบการณ์การฝึกเจริญสติ และกลุ่มผู้ปฏิบัติธรรมที่มีการเจริญสติอย่าง สม่าเสมอ พบว่าหลังการเจริญสติมีเพียงกลุ่มผู้ปฏิบัติธรรมเท่านั้นที่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติของค่าคะแนนการรับรู้สติในด้านการสังเกต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Matthew (104) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าผลของการฝึกเจริญสติในอาสาสมัคร 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ใหญ่สุขภาพดีที่ไม่มี ประสบการณ์การเจริญสติ, กลุ่มผู้ใหญ่สุขภาพดีที่มีประสบการณ์ในการเจริญสติ และกลุ่มผู้ที่มี ปัญหาซึมเศร้าซ้ำๆ ที่เข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัด ซึ่งพบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของค่าคะแนนการรับรู้สติในด้านการสังเกตเฉพาะในผู้ที่มีประสบการณ์ในการเจริญสติเท่านั้น จึง

อาจกล่าวได้ว่าค่าคะแนนของการรับรู้สติในด้านการสังเกตมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในการเจริญสติ คือ จะพบความเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนที่ชัดเจนในผู้ที่มีประสบการณ์การฝึกการเจริญสติอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอเป็นเวลานาน ซึ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เริ่มฝึกเจริญสติ / ทำสมาธิหลังจากเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพที่สถาบันฯ ได้ไม่นาน จึงส่งผลให้ความเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนการรับรู้สติในด้านการสังเกตที่ประเมินได้ไม่ชัดเจน

ผลต่อการรับรู้สติในด้านการใช้คำพูดบรรยายความคิด / ความรู้สึก (Describing)

จากข้อมูลค่าคะแนนการรับรู้สติในด้านการใช้คำพูดบรรยายความคิด / ความรู้สึกของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 17.03 ± 3.14 เป็น 17.93 ± 2.90 แสดงให้เห็นว่าการให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้สังเกต บันทึก และบอกเล่าถึงปฏิกิริยาทางกาย ความคิด ความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรมต่างๆ มีส่วนช่วยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถสังเกต รวมถึงสามารถระบุถึงความคิด / ความรู้สึกของตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น โดยการใช้คำพูดในการบรรยายความคิด / ความรู้สึกของตนเองที่สังเกตได้นั้น ถือเป็นกระบวนการบ่งชี้ให้เกิดการรับรู้ และเข้าใจถึงอารมณ์ด้านลบ เช่น ความเศร้า ความกังวล ความเครียดของตนเองที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้สามารถหาแนวทางในการจัดการปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม และส่งผลถึงการดำรงชีวิตอย่างผาสุกต่อไปได้ (105, 106)

ผลต่อการรับรู้สติในด้านการรับรู้อิริยาบถ (Acting with awareness)

จากผลการเปรียบเทียบระหว่างผลคะแนนการรับรู้สติในด้านการรับรู้อิริยาบถก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 17.55 ± 3.80 เป็น 18.75 ± 3.15 และผู้เข้าร่วมการวิจัยบางคนได้รายงานเพิ่มเติมว่าผลการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันมีความราบรื่นยิ่งขึ้น เกิดความผิดพลาดน้อยลง ซึ่งคาดว่าเกิดจากการประยุกต์ใช้เทคนิค Self-monitoring โดยให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยสังเกต บันทึก บอกเล่าถึงปฏิกิริยาทางกายที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำกิจกรรมต่างๆ ภายในกลุ่มรวมถึงในระหว่างประกอบกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูภายในสถาบันฯ ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดการตระหนักรู้ สังเกตเห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (95) ให้มีความละเอียด รอบคอบในการทำกิจกรรมต่างๆ มากยิ่งขึ้น สนับสนุนแนวคิดของ Mcfall (107) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลเริ่มให้ความสนใจในพฤติกรรมของตนเองอย่างใกล้ชิด มีแนวโน้มจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้น แม้ว่าจะไม่ปรารถนาที่จะเปลี่ยนก็ตาม ซึ่งจากหลักการและผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยข้างต้น แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าการเข้าร่วมโปรแกรมจะไม่ได้ส่งผลในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงความคิด แต่มีส่วนช่วยให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยสามารถปรับพฤติกรรม

ตลอดจนมีความสามารถในการติดตามความคิด และรับรู้ถึงอิริยาบถ / พฤติกรรมของตนเองอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้

ผลต่อการรับรู้สติในด้านการไม่ตัดสินผิด-ถูกตามความรู้สึก (Nonjudging of inner experience)

จากการเปรียบเทียบระดับการรับรู้สติในด้านการไม่ตัดสินผิด-ถูกของผู้เข้าร่วมงานวิจัยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่กล่าวว่าการฝึกเจริญสติ / ทำสมาธิเป็นกระบวนการฝึกที่มุ่งเน้นในเรื่องการรับรู้ถึงปัจจุบันขณะ ส่งผลให้ผู้ฝึกเกิดความเข้าใจ และตระหนักรู้ถึงความเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากภาพเหตุการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดการยอมรับ ตลอดจนสามารถปล่อยวางความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้โดยไม่ตัดสินผิด-ถูกนั้น (83, 100-102, 108, 109) ซึ่งจากผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยข้างต้นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย อาจบอกได้ว่าผู้เข้าร่วมงานวิจัยยังคงมีความกังวล ไม่ยอมรับต่อภาพเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต และมีแนวความคิดยึดติดที่จะต้องตัดสินผิด-ถูกในสิ่งต่างๆ ซึ่งคาดว่าเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ หรือการถูกปลูกฝังลักษณะแนวความคิดจากการดำรงชีวิตในสังคมภายนอกที่มักมีการตัดสิน เลือกลงปฏิบัติ หรือติตราต่อผู้ที่เคยกระทำผิด / มีพฤติกรรมที่ไม่ตรงกับความคาดหวังของสังคม โดยเฉพาะในผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด อย่างแปลกแยก รุนแรง โดยจากการศึกษาของดลชัย (110) ที่ได้ศึกษาลักษณะของพฤติกรรมการติตราในผู้ใช้สารเสพติดที่อยู่ในกระบวนการบำบัด พบว่ามักพบการติตราในลักษณะที่มีความเชื่อมโยงเป็นรูปแบบที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามลำดับ คือ ในผู้ที่มีประสบการณ์ถูกติตราจากสถานการณ์จริงในสังคมจะสังสมความเครียด ความกังวลมากขึ้น จนเกิดเป็นความเชื่อฝังใจว่าตนเคยมีพฤติกรรมอย่างนี้จึงต้องได้รับผลอย่างนั้นเสมอ เกิดการติตราในรูปแบบของการลดคุณค่าในตนเองลง และจะยังคงสังสมต่อไปจนเกิดเป็นความกลัวต่อการที่ตนจะได้รับการปฏิบัติที่แปลกแยก แยกต่าง ถูกกีดกัน หรือถูกปฏิเสธจากคนอื่นๆ ในสังคมต้องกลับไปสู่สังคมในอนาคต ซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมงานวิจัยบางคนที่มีมุมมองในเชิงลบทั้งต่อตนเองและสังกรมรอบข้าง คือ ขาดความมั่นใจในตนเอง เชื่อว่าตนไม่มีความสามารถในการทำกิจกรรมเหมือนคนอื่น หรือมีความเชื่อว่าจะถูกคนในชุมชนกีดกันเมื่อกลับเข้าสู่ชุมชน โดยจากลักษณะแนวคิดที่ได้รับการเรียนรู้ และถูกปลูกฝังจากสังกรมรอบข้างมาเป็นเวลานาน อาจส่งผลให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีความคุ้นเคย ยึดติดกับการตัดสินเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความรู้สึกของตนเองเป็นอย่างมาก ถ้าฟังเพียงโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองที่ใช้ระยะเวลาเพียง 2 สัปดาห์ อาจไม่เพียงพอต่อการพัฒนาระดับการรับรู้สติในด้านการไม่ตัดสินผิด-ถูกตามความรู้สึกของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ผลต่อการรับรู้สติในด้านการไม่มีปฏิกิริยาสนองต่อความรู้สึก (Nonreactivity to inner experience)

จากข้อมูลค่าคะแนนการรับรู้สติในด้านการไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 17.35 ± 3.11 เป็น 18.23 ± 2.53 ประกอบกับผู้เข้าร่วมการวิจัยบางคนได้รายงานเพิ่มเติมว่าสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น นิ่งขึ้น สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การเจริญสติ / ทำสมาธิ ที่ฝึกให้เพียงรับรู้การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง โดยไม่มีการติดตามหรือสนใจต่อความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อ (87, 101, 103) จะสามารถเพิ่มระดับการรับรู้สติในด้านการไม่มีปฏิกิริยาสนองต่อความรู้สึก ส่งผลให้รู้สึกสงบ ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ต่างๆ เช่น การเฟลอกลับไปใช้สารเสพติดลดลง โดยจากการศึกษาของ Cali (111) พบว่าในผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ / มีลักษณะนิสัยที่ควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดี มักจะมีระดับการรับรู้สติในด้านการไม่มีปฏิกิริยาสนองต่อความรู้สึกที่สูง นอกจากนี้จากผลการศึกษาของ Luca (112) พบว่าระดับการรับรู้สติในด้านการไม่มีปฏิกิริยาสนองต่อความรู้สึกมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความสุขและความผาสุกในการใช้ชีวิต และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความกังวลและความรู้สึกที่ว่าตนเองอ่อนแอ ซึ่งต่างสนับสนุนแนวคิดที่ว่า การฝึกเจริญสติ / ทำสมาธิมีส่วนช่วยส่งเสริมให้จิตใจสงบ รู้สึกมีความสุขในการใช้ชีวิต

ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อค่าคะแนนความเครียด

จากการเปรียบเทียบระหว่างค่าคะแนนความเครียดเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่พบว่าค่าคะแนนความเครียดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือจาก 4.43 ± 2.48 เหลือ 3.58 ± 2.27 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผลของการเข้าร่วมโปรแกรมที่มีการประยุกต์แนวความคิดเรื่องการเจริญสติ / ทำสมาธิมาประกอบใช้ในการดำเนินกิจกรรมสามารถช่วยลดระดับความเครียดของผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้ สอดคล้องกับแนวความคิดที่ว่า การฝึกเจริญสติ / ทำสมาธิ ถือเป็นการพัฒนาการรู้คิดในด้านอารมณ์ (Cognitive-affective) ทางอ้อม โดยผู้ฝึกจะได้รับรู้ถึงความหมกมุ่น / การมุ่งให้ความสนใจต่อความคิดและอารมณ์ด้านลบของตนเองผ่านกระบวนการสังเกตตนเองอย่างใกล้ชิด แล้วจึงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากกระบวนการปล่อยวาง ซึ่งช่วยลดความคิดและอารมณ์ด้านลบเหล่านั้นพร้อมทั้งเสริมสร้างอารมณ์ด้านบวกด้วยกระบวนการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่ตัดสิน (109, 113, 114) โดยจากกระบวนการข้างต้น มีความเป็นไปได้ที่จะนำกิจกรรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยใช้สารเสพติดเพื่อลดความรู้สึกเครียด กังวล ละอารมณ์ด้านลบอื่นๆ ส่งผลช่วยลดอัตราการเกิดความเสี่ยงในการกลับมาเสพติดซ้ำต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรและผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบ Pearson ที่พบว่าลักษณะประชากรทั้งลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ประวัติการเสพยาเสพติดและการเข้ารับการรักษา รวมถึงประสบการณ์การฝึกเจริญสติ / ทำสมาธิ ไม่มีความสัมพันธ์กับผลต่างของค่าคะแนนก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งค่าคะแนนการรับรู้สติโดยรวม การรับรู้สติแยกตามองค์ประกอบต่างๆ รวมถึงความเครียด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยในข้อที่ 3 ที่คาดว่าประสบการณ์การฝึกเจริญสติ / ทำสมาธิมีผลต่อผลของการเข้าร่วม โปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง แสดงให้เห็นว่าลักษณะของกลุ่มประชากรไม่ได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนการรับรู้สติและความเครียดจากการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง จึงอาจกล่าวได้ว่าโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองนี้สามารถใช้เพื่อพัฒนาระดับการรับรู้สติโดยรวมในผู้ป่วยทุกกลุ่ม รวมถึงในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์การฝึกเจริญสติหรือทำสมาธิ

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง แบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง ไม่ได้มีการติดตามศึกษาพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมงานวิจัยหลังสิ้นสุดกระบวนการบำบัดรักษา จึงไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนถึงผลของการเข้าร่วม โปรแกรมต่อพฤติกรรมกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำของผู้เข้าร่วมงานวิจัย แต่จากค่าคะแนนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองที่พบว่า การรับรู้สติ ซึ่งก็คือการตระหนักรู้ในตนเองต่อเหตุการณ์ในปัจจุบันขณะของผู้เข้าร่วมการวิจัยมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบกับผลการศึกษาที่ระบุว่า การพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองจะส่งผลให้ระดับการรับรู้ความสามารถในตนเองซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (8-14) เพิ่มขึ้นได้ (16, 17, 80) จึงอาจอนุมานได้ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีแนวโน้มที่จะสามารถรับรู้ต่อปัญหาต่างๆ รวมถึงมีพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาดังกล่าว รวมถึงมีความเครียดและความกังวลลดน้อยลง ส่งผลให้ความต้องการพึ่งพาสารเสพติดเพื่อลดระดับความเครียดและความไม่สบายใจต่างๆ ลดลงด้วยเช่นกัน ประกอบกับลักษณะกิจกรรมในโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองเป็นกิจกรรมที่ประยุกต์จากการฝึกเจริญสติ / ทำสมาธิ ที่มีการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศแล้วว่ามีส่วนช่วยลดความกระหายอยากกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่มีปัญหาสารเสพติดที่ผ่านระบบการบำบัดรักษาแล้วได้อย่างมีประสิทธิภาพ (10, 24, 26, 92, 93, 113, 115-117) ผู้วิจัยจึงเชื่อเป็นอย่างยิ่งว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองครั้งนี้จะช่วยลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในผู้เข้าร่วมงานวิจัยลงได้

ข้อเสนอแนะ

ผู้ที่สนใจงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอนาคต หากกลุ่มตัวอย่างมีปริมาณมากเพียงพอ ควรทำเป็นการศึกษาเชิงทดลองที่มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินกิจกรรมในประชากรกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง ทั้งในผู้ที่มีปัญหาเสพสารเสพติดและบุคคลทั่วไป เพื่อให้ศึกษาผลของการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีความชัดเจน ครอบคลุมทั้งกลุ่มผู้เสพสารเสพติดและกลุ่มบุคคลทั่วไป อีกทั้งควรมีกระบวนการติดตามผลของการเข้าร่วมโปรแกรมต่อพฤติกรรมการกลับมาเสพซ้ำภายหลังจากจำหน่ายออกจากสถานพยาบาล เพื่อศึกษาผลของการดำเนินกิจกรรมในระยะยาว รวมถึงเป็นการศึกษาความเป็นไปได้ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำกิจกรรมไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของผู้เข้าร่วมอีกทางหนึ่ง



บรรณานุกรม

1. ข้อมูลการให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ปีงบประมาณ 2557-2559 [Internet]. 2016 [cited 20 มกราคม 2560]. Available from:
http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2377&Itemid=61.
2. 10 อันดับโรคแรก สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในยาเสพติด ปีงบประมาณ 2559 [Internet]. 2016 [cited 20 มกราคม 2560]. Available from:
http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2373&Itemid=61.
3. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดของสถาบันราชัญญารักษ์ จำแนกตามปีงบประมาณ 2555-2559 [Internet]. 2016 [cited 20 มกราคม 2560]. Available from:
http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2362&Itemid=61.
4. ไพบุลย์ คุ่มฉาษา. แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2559. In: ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ, editor. 2558.
5. เฉลิม อยู่บำรุง. แผนปฏิบัติการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด ปี 2557. In: ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ, editor. 2556.
6. เฉลิม อยู่บำรุง. แผนยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด พ.ศ.2555. In: ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ, editor. 2554.
7. ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.1-5) : รายงานสถานการณ์เริ่มจากจำหน่ายทั่วประเทศ [Internet]. Available from:
http://antidrug.moph.go.th/beta2/report/reportIndex_New.php?sectionid=&stday=01/10/2556&spday=30/09/2557&minid=0&areatype=5&areatype2=12&minid=0&reportgroup=3&reportname=106.
8. G.Alan Marlatt DMD. Relapse Prevention Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. 2 ed2007.
9. HYDE J, HANKINS M, DEALE A, M.MARTEAU T. Interventions to increase self-efficacy in the context of addiction behaviors: A systematic literature review. Journal of Health Psychology. 2008;13(5):607-23.
10. เพ็ญภา กุลกานต์สวัสดิ์. การตระหนักรู้ในตนเองและกลวิธีเผชิญปัญหาที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติด: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
11. ทิพาวดี เอมะวรรณชะ. จิตวิทยาการปรึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด. 2 ed. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547. 195 p.

12. บังอร บุญรักษาศักดิ์. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไม่เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2533.
13. ศิริลักษณ์ ปัญญา. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2 "การวิจัย 40 เพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน" 2017. p. 161-9.
14. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไทร. ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดและติดยาของผู้เข้ารับการรักษาพิษสุราในระบอบบังคับบำบัด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556;58(4):371-84.
15. กฤษดา ทองทับ. ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดในการป้องกันการเสพยาต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกใช้สารแอมเฟตามีน: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
16. Hanem A. A. Ahmed, Yosr M. Elmasri. Effect of self awareness education on self efficacy and sociotropy autonomy characteristics of nurses in psychiatry clinic. Life Science Journal. 2011;8(2).
17. Fatimah Hatami, Leila Ghahremani, Mohammad Hossein Kaveh, Sarah Keshavarzi. The effect of self-awareness training with painting on self-efficacy among orphaned adolescents. PRACTICE in CLINICAL PSYCHOLOGY. 2016;4(2).
18. Andrew Merluzzi. Breaking Bad Habits 2014. Available from: <http://www.psychologicalscience.org/observer/breaking-bad-habits>.
19. Grant JA, Courtemanche J, Duerden EG, Duncan GH. Cortical Thickness and Pain Sensitivity in Zen Meditators. American Psychological Association. 2010;10(1):43-53.
20. Holzel BK, Ott U, Hempel H, Hackl A, Wolf K, Stark R, et al. Differential engagement of anterior cingulate cortex and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and nonmeditators. Neuroscience Letters. 2007;421:16-21.
21. Hiroshi Asada, Yutaka Fukuda, Shigeru Tsunoda, Masahiko Yamaguchi, Mitsuo Tonoike. Frontal midline theta rhythms reflect alternative activation of prefrontal cortex and anterior cingulate cortex in humans. Neuroscience Letters. 1999;374:29-32.
22. Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH, Gray JR, DouglasN.Greve, Treadway MT, et al. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. Neuroreport. 2005;16:1893-7.

23. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry research*. 2011;191(1):36-43.
24. Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addict Behav*. 2013;38(2):1563-71.
25. Harenski CL, Hamann S. Neural correlates of regulating negative emotions related to moral violations. *NeuroImage*. 2006;30(1):313-24.
26. ธนารัตน์ พลัฒพลไชย, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, รุ่งนภา ศาณิตรัตน์. การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานเพื่อลดความเครียดจากความต้องการดื่มในผู้ติดสุรา: การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2556;58:207-18.
27. Bohlmeijer E., ten Klooster P.M., Fledderus M., Veehof M., Baer R. Psychometric properties of the five facet mindfulness questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment*. 2011;18(3):308-20.
28. อรวรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความเครียดฉบับศรีษะอยุธยา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2551;16.
29. วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร กัทธรากร, ถิ่นชำ ลักษณ์ภินชัช, ฉวีวรรณ ปัญญาบุญ, กิมสูงเนิน น. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
30. พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522, (2549).
31. สำนักงานบัณฑิตยสภา. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554-2558 [cited 2017 24 Jan]. Available from: <http://www.royin.go.th/dictionary/>.
32. Olds J, Milner P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of comparative and physiological psychology*. 1954;47(6):419-27.
33. Robert G. Heath. Pleasure and brain activity in man. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1972;154(1):3-18.
34. Wise RA, Rompre PP. Brain dopamine and reward. *Annu Rev Psychol*. 1989;40(1):191-225.
35. Mary C.Wetzel. Self-stimulation's anatomy: Data needs. *Brain Research*. 1968;10(3):287-96.
36. ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สมอและกลไกการเสพติด. 2544.
37. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. 4 ed: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.

38. Kendler KS, Prescott CA, Myers J, Neale MC. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(9):929-37.
39. รัศมีน กัลยาศิริ. ปัจจัยทางพันธุกรรมในการติดยาเสพติด. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*. 2546;47(11).
40. สุกุมมา แสงเดือนฉาย. การศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุราและเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา. 2544.
41. อัมพร เบญจพลพิทักษ์. ความรู้เรื่องยาบ้า. 1 ed. นนทบุรี: ร.ส.พ.; 2544.
42. เฉลิมศรี ราชนาจันทร์, ศรีวรรณ มีคุณ. ประสบการณ์ชีวิตของเยาวชนผู้เสพยาบ้า. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม*. 2553;6(1).
43. วิทยา ปฐมนิละ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาเสพติด (ยาบ้า) ของผู้ต้องขังวัยรุ่นชาย ในทัณฑสถานบำบัดพิเศษ ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
44. จำเนียร สุรวรางกูร. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยเสพยาเสพติดสารแอมเฟตามีน. 2552.
45. Rajita Sinha. How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*. 2001.
46. Afsaneh Hassanbeigi, Jafar Askari, Dordaneh Hassanbeigi, Zahra Pourmovahed. The relationship between stress and addiction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013;84.
47. อัญชลี โตเอี่ยม, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. ปัจจัยทำนายการเสพยาแอมเฟตามีนของเยาวชนในชุมชนแออัด. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย* ปีที่ 9. 2559;2.
48. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2548.
49. สมิต อาชวณิชกุล. เครียด...เป็นบ้า. 3, editor. กรุงเทพฯ: ดับเบิ้ลนาวัน พรินติ้ง; 2542.
50. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. 4, editor. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
51. กรมสุขภาพจิต. คู่มือคลายเครียด. 6, editor. กรุงเทพฯ: ดีไซน์คอนดักชั่น; 2541.
52. Gordon A. Comorbidity of mental disorders and substance use : a brief guide for the primary care clinician. 2008.
53. Gary Wand. The influence of stress on addiction. *Alcohol research and health*. 2008;31(2):118-36.
54. Nick E. Goeders. The impact of stress on addiction. *European Neuropsychopharmacology*. 2003;13(6):435-41.

55. ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์และเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คู่มือ "การป้องกันการเสพติดซ้ำ" (Relapse Prevention) หลักสูตร BCM+ สำหรับบุคลากร ในระบบยุติธรรม 2553. Available from: http://www.i-mapthailand.org/site/media/knowledge/network/just_system/book_relapse-prevention_jul-2553.pdf.
56. สถานการณ์การเข้ารับการบำบัดยาเสพติดทั่วประเทศ [Internet]. [cited 3 พฤศจิกายน 2560]. Available from: http://antidrug.moph.go.th/beta2/report/reportIndex_New.php?userview.
57. จำนวนและอัตราการเปลี่ยนแปลงคดีอาญาประเภทคดีชีวิต ร่างกายและเพศ คดีประทุษร้ายต่อทรัพย์ และ คดียาเสพติด ปี พ.ศ. 2550 - 2559 [Internet]. 2559 [cited 28 มกราคม 2560]. Available from: http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=1173&template=2R2C&yeartype=M&subcatid=45.
58. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ข้อมูลสถิติคดีในพื้นที่ จำนวนกรณียาเสพติดของสำนักงานคุมประพฤติทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2550-2559 [updated 28 มีนาคม 2559; cited 2560 8 กุมภาพันธ์]. Available from: <https://data.go.th/DatasetDetail.aspx?id=54856cb2-e10d-4eb5-865c-af8032b84a5d>.
59. กระทรวงสาธารณสุข. ระบุชื่อและประเภทยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522. In: กระทรวงสาธารณสุข, editor. 2539.
60. มานพ คณะโต, บสพร อนุสรณ์พานิชกุล, วรพล หนูนุ่น. เอกสารประมวลความรู้เรื่องไอซ์. 1, editor2553.
61. วิโรจน์ สุ่มใหญ่. ยาบ้า มหันตภัยข้ามศตวรรษ. 1, editor2543.
62. บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์. แนวปฏิบัติ: การดูแลภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชในผู้มีปัญหาสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน. 2 ed: แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน; 2556.
63. George King, Daniel Alicata, Christine Cloak, Linda Chang. Neuropsychological deficits in adolescent methamphetamine abusers. *Psychopharmacology*.212(2):243-9.
64. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, วสุ จันทศักดิ์, กิตติพงศ์ สานิชวรรณกุล, สมุทราสินธุ์ ไ. การติดตามผลการดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน 6 เดือน และปัจจัยเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำ. 2545.
65. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
66. นันทวัช สิทธิรักษ์ กว, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม จิตเวช ศิริราช DSM-5. 2 ed: ประมวลสารสันไทย การพิมพ์; 2558.
67. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>.
68. สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประกอบการใช้ ICD 10.

69. สุวิทย์ เสวตสุนทร. การบังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยการคุมประพฤติ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2536.
70. ฉัฐพล ชิ่งกล้า. กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545. 2561.
71. พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545, (2545).
72. ปราโมทย์ เชาวศิลป์, รณชัย คงสกนธ์. กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์; 2542.
73. จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว. กลุ่มบำบัดกับพยาบาลจิตเวช. 2557.
74. Irvin D. Yalom. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 4, editor1995.
75. Albert Bandura. Self-Efficacy. Encyclopedia of human behavior. 1994;4.
76. Bandura. SOCIAL FOUNDATIONS OF THOUGHT & ACTION. A SOCIAL COGNITIVE THEORY.
77. Jane M. Berry. A self-efficacy model of memory performance. the American Psychological Association meetings; 1 September 1987; New York1987.
78. Steven Lattimore McShane, Mary Ann Young Von Glinow. Organization behavior: Emerging realities for the workplace revolution. 2 ed2003.
79. Tella A, C.O.Ayeni. The Impact of Self-Efficacy and Prior Computer Experience on the Creativity of New Librarians in Selected Universities Libraries in Southwest Nigeria2006. Available from: <http://www.webpages.uidaho.edu/~mbolin/tella.htm>.
80. Zahra Abdolvahabi, Sara Bagheri, Firouz Kioumars. Relationship between emotional intelligence and self-efficacy in research among Tehran physical education teacher. European Journal of Experimental Biology. 2012;2(6):2337-43.
81. World Health Organization. Life Skills Education in Schools. Geneva: Devision of Mental Health and Prevention of Substance Abuse; 1997.
82. Peter Salovey. Emotional Intelligence: Key Readings on the Mayer and Salovey Model2004.
83. Cary Cherniss, Danial Goleman. The Emotionally Intelligent Workplace. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
84. กรมสุขภาพจิต. คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำหรับครู. กรุงเทพฯ2541.
85. กองสุศึกษา. แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2542.

86. Kirk Warren Brown, Ryan RM. The Benefits of Being Present - Mindfulness and Its role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003;84.
87. Scott R. Bishop, Mark Lau, Shauna Shapiro, Linda Carlson, Nicole D. Anderson, James Carmody, et al. mindfulness - a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004;11(3).
88. Ruth A. Baer, Gregory T. Smith, Jaclyn Hopkins, Jennifer Krietemeyer, Leslie Toney. using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *SAGE journals*. 2006;13(1).
89. R.Gina Silverstin, Ann-Catharine H Brown, Harold Roth, Britton WB. Effect of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli. *Psychosomatic Medicine*. 2011;73(9):817-25.
90. Nicole E. Ruedy, Schweitzer ME. In the moment: The effect of mindfulness on ethical decision making. *Journal of Business Ethics*. 2011.
91. Christopher A. Pepping, Analise O'Donovan. The positive effects of mindfulness on self-esteem. *The Journal of Positive Psychology*. 2013;8(5):376-86.
92. นัศรวิญญูย์ไพจ์เชล, ชีรารรณ ชีระพงษ์, พิมพ์ชนก เครือสุคนธ์. ผลของการฝึกเจริญสติต่อความสุขในชีวิต: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
93. วิภาสิริ สุกิจจวนิช. การฝึกปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานระดับพื้นฐานที่มีต่อการรับรู้ของสติ: สถาบันนันทจิตพัฒนาบริหารศาสตร์; 2558.
94. Denise F. Polit, Hungler BP. *Nursing Research: Principles and Methods*. 3 ed1987.
95. Kathryn L. Humphreys, Marx B.P., Lexington J.M. Self-monitoring as a treatment vehicle. In: 2, editor. *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. New York2008. p. 478-85.
96. Caleb Ademola Gbiri, Fatai Adesina Badru, Harry T O Ladapo, Adefolakemi A Gbiri. Socio-economic correlates of relapsed patients admitted in a Nigerian mental health institution. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2011;15(1):19-26.
97. Scott J. Moeller, Rita Z. Goldstein. Impaired self-awareness in human addiction: Deficient attribution of personal relevance. *Trends Cogn Sci*. 2014;18(12):635-41.
98. ประกาศ ให้ใช้แผนการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2520, (2520).
99. พ.ร.บ.การศึกษาภาคบังคับ พ.ศ.2545, (2545).

100. Eric L. Garland, Susan A Gaylord, Charlotte A. Boettiger, Matthew O. Howard. Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. *J Psychoactive Drugs*. 2010;42(2):177-92.
101. Jon Kabat-Zinn. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10(2):144-56.
102. Eric L. Garland, Susan Gaylord, Jongbae Park. The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore (NY)*. 2009;5(1):37-44.
103. Ruth A. Baer, Gregory T. Smith, Emily Lykins, Danial Button, Jennifer Krietemeyer, Shannon Sauer, et al. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*. 2008;15(3):329-42.
104. Matthew J. Williams. Examining the factor structures of the five facet mindfulness questionnaire and the self-compassion scale. *Psychological Assessment*. 2014;26(2).
105. Nicholas Van Dam, Sean C. Sheppard, John P. Forsyth, Mith Earleywine. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*. 2011;25(1):123-30.
106. Morgan Cash, Koa Whittingham. What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious and stress related symptomatology? *Mindfulness*. 2010;1(3).
107. Mcfall Richard M. Effects of self-monitoring on normal smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1970;35(2):135-42.
108. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness: Bantam Dell a Division of Random House, Inc.; 2005. Available from: [http://www.shadowsgovernment.com/shadows-library/Jon%20Kabat-Zinn/Full%20Catastrophe%20Living%20\(704\)/Full%20Catastrophe%20Living%20-%20Jon%20Kabat-Zinn.pdf](http://www.shadowsgovernment.com/shadows-library/Jon%20Kabat-Zinn/Full%20Catastrophe%20Living%20(704)/Full%20Catastrophe%20Living%20-%20Jon%20Kabat-Zinn.pdf).
109. Merve Tiriskan, Yulet Aksu Cetin, Nilgun Onnar, Itir Tari Comert. The importance of mindfulness in prevenring substance-abuse relapse: a literature review. *The Turkish Journal on Addictions*. 2015;2(2):132-42.


110. คลชัย สะวังกู, อธิชาติ จำรัสฤทธิรงค์, ดุสิตา พึ่งสำราญ. สถานการณ์การติดยาทางสังคมของผู้ใช้ยาเสพติด: กรณีศึกษาผู้เข้ารับการรักษาในโครงการบริการเมทาโดนฐานชุมชน. *Journal of Public Health*. 2017;47(3).
111. Cali L. Anicha, Scott Ode, Sara K. Moeller, Robinson MD. Toward a cognitive view of trait mindfulness: Distinct cognitive skills predict its observing and nonreactivity facets. *Journal of Personality*. 2012;80(2).
112. Luca Iani, Marco Lauriola, Valentina Cafaro, Fabrizio Didonna. Dimensions of mindfulness and their relations with psychological well-being and neuroticism. *Mindfulness*. 2017;8:664-76.
113. Vujanovic AA, Niles B, Pietrefesa A, Schmertz SK, Poter CM. Mindfulness in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Among Military Veterans. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2011;42(1).
114. Shapiro S.L., Brown K.W., Beigel G.M. Teaching self-care to caregiver: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*. 2007;1:105-15.
115. Bahram Iranshahri, Hossein Jenaabadi. The effectiveness of mindfulness therapy in controlling under treatment addicts' drug craving. *Open Journal of Medical Psychology*. 2015;4:88-98.
116. Katy Tapper. Mindfulness and craving: effects and mechanism. *Clinical Psychology Review*. 2018;59:101-17.
117. Wen Li, Matthew O. Howard, Eric L. Garland, Patricia McGovern, Michael Lazar. Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2017.

ภาคผนวก ก.

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และ
เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p> <p>หน้า 1 / 4</p>
--	---

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับการรับรู้สติ 5 ด้านและความเครียดของผู้ป่วยมีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ผู้ทำวิจัย


ชื่อ นายพดล โสภณวรกิจ
ที่อยู่ 126 หมู่บ้านรวมพล ซ.รัชดาภิเษก 16 แขวงวัดท่าพระ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร 10600
เบอร์โทรศัพท์ 0814545308

แพทย์ผู้ทำวิจัยหลัก

ชื่อ อาจารย์นายแพทย์อรพต สุนคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์ 02-6741001

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้เข้ารับการรักษาภาวะติดสารเสพติด และเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสารเสพติดตามแนวทางการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ และท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p> <p>หน้า 2 / 4</p>
--	---

เหตุผลความเป็นมา

ปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาผู้ติดสารเสพติดเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงขึ้น แม้ว่าจะมีหลายหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนและร่วมมือแก้ไขปัญหานี้ แต่สถิติผู้เสพยาเสพติดก็ไม่ได้ลดน้อยลงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากผ่านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วก็มีผู้ป่วยหลายรายที่ต้องกลับมาเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำ เนื่องจากการกลับไปเสพยาเสพติดอีก ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของการเสพยาซ้ำมักเกิดจากการตระหนักรู้ และรับรู้ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย ประกอบกับพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยนั้นมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล รู้สึกว่าความสามารถของตนเองลดต่ำลง ไม่พร้อมจะแก้ไขปัญหานี้ จึงต้องกลับไปเสพยาซ้ำอีกครั้งเพื่อลดอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นลง


ในต่างประเทศได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดผู้ติดสารเสพติดด้วยแนวทางการเจริญสติ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความกระหายอยากเสพยาเสพติด และเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพบว่าผลการบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการเลิกใช้สารเสพติดสูงขึ้น และเมื่อทำการตรวจกลไกการทำงานของสมองของผู้ป่วยพบว่าการทำงานของสมองส่วน PFC มีระดับการทำงานสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าความสามารถในการควบคุมตนเองของผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้การกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ป่วยลดลง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการเสริมสร้างสติ และการตระหนักรู้ถึงปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายในร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถจัดการกับความเครียดและอารมณ์ทางลบต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จะลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษามูลของโปรแกรมการฝึกกระตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับการรับรู้สติ 5 ด้าน และความเครียดของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยเปรียบเทียบผลการประเมินระดับการรับรู้สติและระดับความเครียด ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม **วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย**

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกและยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบประเมิน ซึ่งประกอบด้วย 1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ 2.แบบวัดการรับรู้ของสติใน 5 ด้าน (The 5 facet mindfulness questionnaire : short form) ฉบับภาษาไทย จำนวน 24 ข้อ และ 3.แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ST-5) จำนวน 5 ข้อ เพื่อเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยให้ท่านทำแบบประเมินครบทุกข้อในกำหนดเวลา 5 นาที ก่อนจะทำการนัดหมายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเรื่องวันเวลาในการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกการตระหนักรู้ 4 หัวข้อตามลำดับ ได้แก่ การรับรู้ในตนเอง, การฝึกปล่อยวางอารมณ์ รู้ทันความคิด, การตระหนักรู้ในชีวิตประจำวัน และการวางแผนการดำเนินชีวิตในระยะยาว ครั้งละ 60-90 นาที ใช้เวลา 2 สัปดาห์ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรม ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่ของสถาบันฯ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว ท่านจะได้รับแบบประเมิน ซึ่งประกอบด้วย 1.แบบวัดการรับรู้ของสติใน 5 ด้าน (The 5 facet mindfulness questionnaire : short form) ฉบับภาษาไทย และ 2.แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ST-5) เพื่อเก็บข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยให้ท่านทำแบบประเมินครบทุกข้อในกำหนดเวลา 5 นาที

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) หน้า 3 / 4</p>
--	--

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยหรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในการวิจัยใดๆ ก็ตาม ย่อมมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน (minimal risks) เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก เป็นต้น โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อาจส่งผลให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเกิดความรู้สึกอึดอัดจากการร่วมกิจกรรมการฝึกสมาธิได้

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางบำบัดเพื่อลดความเครียด และพัฒนาสติ ความรู้ตัวในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด
2. เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาระบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดที่มากเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ
3. เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาระบบการบำบัดเพื่อลดการกลับมาเสพสารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด
4. อาสาสมัครจะได้รับแนวทางการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน หลังจำหน่ายออกจากสถาบันฯ

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

1. ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
2. หากท่านไม่สะดวกในการอ่านข้อความด้วยตัวท่านเอง ท่านสามารถขอให้ผู้วิจัยอ่านข้อความให้ฟัง โดยท่านเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
3. หากท่านมีข้อซักถามประการใด สามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย


หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและรับรักษาอย่างเหมาะสมทันที

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ แต่จะได้รับค่าชดเชยจากการเสียเวลา หลังจากการสิ้นสุดการเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้เป็นจำนวนเงิน 100 บาท

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษา ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยการแจ้ง หรือส่งบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอมมายังผู้วิจัย ซึ่งการขอลงตัวออกจากโครงการวิจัย จะไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของท่านแต่อย่างใด ทั้งนี้ผู้วิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยได้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant) หน้า 4 / 4</p>
--	--

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่จะนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นายนพดล โสภณวรภิก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 หรือโทร 0814545308


หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

1. ท่านจะได้รับทราบถึงข้อมูลและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับการรับรู้สติ 5 ด้านและความเครียดของผู้ป่วยมี
ความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่ และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วย
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือ
จากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาส
เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่บีบบังคับจน
ข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่
เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้า
ร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก
ข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของ
ข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วม
การศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ เพิ่มเติม หลังจากข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ
ให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิใน
การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ


ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน
กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และ
การรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์
เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลง
นามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(นายนพดล โสภณวรกิจ) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ข.
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และใบกิจกรรม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หมายเลขผู้เข้าร่วมวิจัย: _____

แบบสอบถามงานวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดเติมตัวเลข หรือข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดไว้ และทำเครื่องหมาย ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ ชาย (1)
หญิง (2)
2. อายุ _____ ปี
3. ศาสนา พุทธ (1)
คริสต์ (2)
อิสลาม (3)
อื่นๆ (4) โปรดระบุ: _____
4. ระดับการศึกษา
- | | |
|---|---|
| ไม่ได้รับการศึกษาตามระบบ <input type="checkbox"/> (1) | ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> (2) |
| มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> (3) | มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. <input type="checkbox"/> (4) |
| อนุปริญญา / ปวส. <input type="checkbox"/> (5) | ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> (6) |
| ปริญญาโท <input type="checkbox"/> (7) | ปริญญาเอก <input type="checkbox"/> (8) |
5. สถานภาพสมรส โสด (1) สมรส (2)
อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้สมรส (3) หย่าร้าง (4)
แยกกันอยู่โดยไม่ได้หย่าร้าง (5) หม้าย (6)
6. อาชีพ
- | | |
|--|--|
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> (1) | |
| นักเรียน / นักศึกษา <input type="checkbox"/> (2) | |
| รับจ้างทั่วไป <input type="checkbox"/> (3) | |
| ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย <input type="checkbox"/> (4) | |
| รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> (5) | |
| อื่นๆ <input type="checkbox"/> (6) โปรดระบุ: _____ | |
7. รายได้เฉลี่ย / เดือน _____ บาท
(ในกรณีมีรายได้มากกว่า 1 ช่องทาง ให้ระบุรายได้จากช่องทางที่ได้รับบ่อยครั้ง / ได้รับมาเป็นเวลานานที่สุด)

8. โรคประจำตัว ไม่มี (1)
 มี (2) โปรดระบุ: _____
9. อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรก (ยกเว้นบุหรี่ และเหล้า) _____ ปี
10. ประวัติการเข้ารับการรักษาปัญหาเสพติด
 เข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก (1) (ข้ามไป ข้อที่ 12)
 เคยเข้ารับการรักษามาก่อน (2) การบำบัดครั้งนี้เป็นครั้งที่ _____
11. ระยะเวลาที่สามารถหยุดเสพยาได้ หลังจากการบำบัดครั้งสุดท้าย
 ต่ำกว่า 1 เดือน (1)
 ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป (2) โปรดระบุ: _____
12. ประสบการณ์การทำกิจกรรมเจริญสติ / ฝึกสมาธิ
 ไม่เคย (1) (ข้ามไป ส่วนที่ 2)
 เคย (2)
13. ความถี่ในการเจริญสติ / ฝึกสมาธิ
 เป็นประจำทุกวัน (1)
 5 - 6 วัน / สัปดาห์ (2)
 3 - 4 วัน / สัปดาห์ (3)
 1 - 2 วัน / สัปดาห์ (4)
14. ระยะเวลาที่ใช้ในการเจริญสติโดยเฉลี่ย / ครั้ง _____ นาที

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ของสติใน 5 ด้าน ฉบับภาษาไทย (ffmq-sf)

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านที่สุดในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อ	รายการคำถาม	ประสบการณ์				
		ไม่จริงเลย	ไม่ค่อยจริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริงที่สุด
1.	ท่านสามารถหาคำพูดมาอธิบายความรู้สึกของท่านได้โดยไมยาก					
2.	ท่านสามารถอธิบายความคิด ความเชื่อ และความคาดหวังของท่านออกมาเป็นคำพูดให้คนอื่นเข้าใจได้ง่าย					
3.	ท่านติดตามเฝ้าดูความรู้สึกของท่านได้โดยไม่หลงเข้าไปในความรู้สึกนั้น					
4.	ท่านบอกตัวเองว่า ท่านไม่ควรมีความรู้สึกอย่างที่กำลังรู้สึกอยู่					
5.	เป็นการยากที่จะอธิบายความคิดของท่านออกมาเป็นคำพูด					
6.	ท่านใส่ใจในสัมผัสต่างๆ เช่น เมื่อลมต้องผมของท่าน หรือแสงอาทิตย์ที่ส่องบนใบหน้าของท่าน					
7.	ท่านมักตัดสินความคิดของท่านว่า ดี หรือ ไม่ดี					
8.	ท่านพบว่าท่านบังคับตัวเองให้สนใจในสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันได้ยาก					
9.	เมื่อเกิดความวิตกกังวล ท่านไม่ให้ความวิตกกังวลนั้นครอบงำท่านได้					
10.	โดยปกติ ท่านมีความใส่ใจต่อเสียงรอบข้าง เช่น เสียงนาฬิกาเดิน เสียงนกร้อง เสียงรถแล่น					
11.	เมื่อท่านรับรู้ถึงความรู้สึกบางอย่างที่เกิดขึ้นกับร่างกายของท่าน ท่านไม่สามารถหาคำพูดที่เหมาะสมเพื่ออธิบายอาการนั้นได้					

ข้อ	รายการคำถาม	ประสบการณ์				
		ไม่จริงเลย	ไม่ค่อยจริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริงที่สุด
12.	มันเหมือนกับว่า “ท่านทำทุกอย่างไปตามอัตโนมัติ” โดยไม่รู้ที่กำลังทำอะไรอยู่					
13.	เมื่อเกิดความวิตกกังวล หลังจากนั้นไม่นานท่านรู้สึกสงบลงได้					
14.	ท่านบอกกับตัวเองว่า ท่านไม่ควรคิดแบบที่คิดอยู่นั้นเลย					
15.	ท่านรับรู้ถึงกลิ่น และความหอมของสิ่งต่างๆ ได้					
16.	แม้ในขณะที่ท่านกำลังโกรธ ท่านก็สามารถอธิบายความรู้สึกออกมาเป็นคำพูดได้					
17.	ท่านเร่งรีบทำกิจกรรมต่างๆ โดยไม่ได้มีความใส่ใจในสิ่งที่ทำนั้นอย่างแท้จริง					
18.	เมื่อท่านเกิดความวิตกกังวล ท่านสามารถรับรู้ความวิตกกังวลนั้นได้โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง					
19.	ท่านคิดว่าอารมณ์บางอย่างของท่านแต่และไม่เหมาะสม และท่านก็ไม่ควรมีอารมณ์เช่นนั้น					
20.	ท่านสังเกตเห็นองค์ประกอบของภาพในงานศิลปะ หรือธรรมชาติ เช่น สี รูปร่าง รายละเอียด หรือแนวของแสงและเงา					
21.	เมื่อท่านเกิดความวิตกกังวล ท่านสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกนั้น และปล่อยให้ผ่านไป					
22.	ท่านทำงาน หรือปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ อย่างอัตโนมัติ โดยไม่ค่อยรู้ตัวที่กำลังทำอะไรอยู่					
23.	ท่านพบว่าท่านทำสิ่งต่างๆ โดยไม่ใส่ใจในสิ่งนั้น (ทำไปอย่างนั้นเอง)					
24.	ท่านไม่ยอมรับตัวเอง เมื่อมีความคิดที่ไม่เหมาะสม					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ST-5)

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านที่สุดในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อ	รายการคำถาม	ความบ่อย			
		แทบไม่มี	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1.	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมาก				
2.	มีสมาธิน้อยลง				
3.	รู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวาย ไร้หัวใจ				
4.	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5.	ไม่อยากพบปะผู้คน				

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือในการตอบแบบประเมิน

การรับรู้ในตนเอง

ใบกิจกรรม 1.1

โปรดเขียนบรรยายความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และปฏิกิริยาในร่างกายของท่านในระหว่างที่เล่นเกมติดส่ม

ความคิด	
ความรู้สึก	
อารมณ์	
ปฏิกิริยาในร่างกาย	

การรับรู้ในตนเอง

ใบกิจกรรม 1.2

โปรดเขียนบรรยายความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และปฏิกิริยาในร่างกายของท่านในระหว่างที่เล่นเกมดังกล่าว

ความคิด	
ความรู้สึก	
อารมณ์	
ปฏิกิริยาในร่างกาย	

การฝึกชี้ให้เห็นความคิด ปถ่ายวางอารมณ์

ใบกิจกรรม 2.1

โปรคเขียนบรรยาย “บ้านในฝัน” ของท่าน

การตระหนักรู้ในชีวิตประจำวัน

ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟังเหตุการณ์สมมติต่อไปนี้ แล้วจินตนาการเป็นบุคคลในเหตุการณ์นั้นๆ

เหตุการณ์สมมติ:

ท่านออกไปซื้อของที่ห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่ง วันนี้มีคนมาจับจ่ายซื้อของจำนวนมาก ท่านได้เลือกซื้อของหลายอย่างจนเต็มตะกร้าและกำลังเดินไปต่อแถวที่เคาท์เตอร์เพื่อจะชำระค่าสินค้า แม้ว่าที่ช่องเคาท์เตอร์อื่นๆ มีคนต่อแถวรอชำระค่าสินค้าเป็นจำนวนมากเกือบทุกช่อง ท่านก็สังเกตเห็นช่องเคาท์เตอร์หนึ่งที่มีคนต่อแถวมากแต่ปริมาณสินค้าของแต่ละคนค่อนข้างน้อย ท่านจึงตัดสินใจเลือกที่จะเข้าไปต่อแถวในช่องเคาท์เตอร์นั้น แต่ในขณะที่กำลังจะถึงคิวของท่าน ท่านได้ทำของในตะกร้าตกลงพื้นกิ้งออกป็นอกแถว ท่านจึงต้องเดินออกไปเก็บกลับเข้าตะกร้า และเมื่อลุกขึ้นมาก็พบว่า มีผู้หญิงคนหนึ่งได้เข็นรถที่บรรจุสินค้าจนเต็มมายืนแทนที่ตำแหน่งของท่านไปเสียแล้ว

การวางแผนการดำเนินชีวิตในระยะยาว

ใบกิจกรรม 4.1

โปรดเขียนบรรยายถึงคุณลักษณะต่อไปนี้ของท่าน

จุดเด่น / ข้อดี	
จุดด้อย / ข้อเสีย	
ความสามารถของตนเอง	

การวางแผนการดำเนินชีวิตในระยะยาว

ใบกิจกรรม 4.3

1. ท่านวางแผนว่าในแต่ละวันต่อจากนี้ ท่านจะทำสิ่งเหล่านี้ให้สำเร็จลุล่วง

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____

2. ภายในระยะเวลา 1 ปีหลังจากนี้ ท่านมีเป้าหมายที่ต้องการจะทำสิ่งใดให้สำเร็จลุล่วง

โดยมีแผนดำเนินการ ดังนี้ _____

3. ภายในระยะเวลา 3-5 ปีหลังจากนี้ ท่านมีเป้าหมายที่ต้องการจะทำสิ่งใดให้สำเร็จลุล่วง

โดยมีแผนดำเนินการ ดังนี้ _____

ภาคผนวก ค.
การติดต่อขออนุญาตใช้เครื่องมือ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

? | A | X | ?
🏠 | Outlook

ค้นหาในกล่องขาเข้าและบุคคล
🔍

📁 **โฟลเดอร์**

- 📧 กล่องจดหมายเข้า 1
- 📧 อีเมลขยะ
- 📧 แคมเปญ
- 📧 รายการที่ส่ง
- 📧 รายการที่ถูกลบ 79
- 📧 Archive
- 📧 Business
- 📧 Entertainment
- 📧 Somdet - Chumchon

Thesis

- 📧 เก็บถาวร
- 📧 ประวัติการสนทนา

📁 **ประเภท**

- 📧 เลตสาร

📧 **อีเมลเป็นแบบฟรีอีเมล**

📧 **Re: ขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ**

bsorod@gmail.com
st. 25/3/2017, 23:19
 อีเมล: vipasiri_lam@msakmm.co.th

📧 **คุณพนพด**

ตามที่คุณเขียนขออนุญาตการใช้แมมวอร์ด 5 Facet mindfulness นั้น เป็นเรื่องน่ายินดีที่จะมีการนำไปศึกษาเพิ่มเติมค่ะ แต่มีข้อหาก็คือ แมมวอร์ดนี้ คุณโรสภัสริทำการแปลเพื่อนำมาใช้ โดยได้รับอนุญาตจากเจ้าของคือ Prof. Ernst Bohlmeier (e.t.bohlmeier@utwente.nl) ก่อนทำการแปล คิดว่า คุณพนพดอาจต้องอนุญาตผู้ที่เป็นเจ้าของต้นฉบับตามข้อกำหนดของมหาวิทยาลัยก่อน ซึ่งท่านใจดีให้ใช้โดยไม่ได้อิติดค่าไม่จ่ามค่ะ

ส่วนฉบับแปลนั้น คุณโรสภัสริและดิฉันไม่ใช่อีเมลของโรงเรียนแต่ในการนำไปใช้ ขอให้อ่านใจซึ่งอีเมลโรสภัสริในถูกต้องด้วยนะคะ โดยสามารถอ้างแหล่งที่มาได้ และหากเป็นไปได้ เมื่อคุณพนพด ได้เสร็จเรียบร้อยแล้ว ขอ โปรดแจ้งให้ทราบด้วย เพื่อเป็นการเรียนรู้ด้วยนะคะ

ขอไม่ประสบความสำเร็จตามความคาดหวังนะคะ

อ.บังอร

ส่งจาก iPhone ของดิฉัน

เมื่อ 22 มี.ค. 2560 เวลา 14:58 Noppadon Sophonworakij <nsk19850724@hotmail.com> เขียน:

เรียน อ.บังอร โสฬส

ข้าพเจ้า นายพนพด โสฬสวรกรกิจ นักศึกษา ภา.โท สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้อ่านงานวิจัยในหัวข้อ "การฝึกปฏิบัติสติปัญญาธรรมฐานระดับพื้นฐานที่มีต่อการรับรู้สติ" ของ คุณโรสภัสริ สุกิจฉวนิช และมีความสนใจเกี่ยวกับประยุกต์ใช้กิจกรรมการเจริญสติในการนำไปประยุกต์จากสารเสพติด โดยจะทำการศึกษารวิจัยในหัวข้อ "ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อระดับการรับรู้สติ 5 ด้านและความเครียดของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคจิตติจากการใช้สารเสพติด" ฝากเรียนขอปรึกษาคุณบังอรและคุณอ.บังอรด้วยค่ะ

asking a permission to translate questionnaire.

NS Noppadon Sophonworakij
 พ.ศ. 6/4/2017, 11:47
 e.t.bohlmeijer@utwente.nl

Dear Prof. Ernst Bohlmeijer,

I am a master's degree student in mental health, department of psychiatry, faculty of medicine, Chulalongkorn University in Thailand. I found your questionnaire: The five facet mindfulness questionnaire - short form (fmmq-sf), which is very useful for my dissertation. I plan to present my thesis proposal under the topic "Effect of mindfulness-based intervention on 5 factors of mindfulness and stress to patients with amphetamine induced psychosis in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry". It will be an intervention study under the supervision of my thesis advisor, doctor Atapoi Sughondhabriom, M.D.. I also contacted and got a suggestion from doctor Atapoi for asking a permission from you to translate the fmmq-sf result for cognitive enhancement, which will be utilized as the major instrument in my research.

If you have any question or suggestion, please let me know on my email address and I would like to thank you in advance for your kind consideration.

Best regard,

Noppadon Sophonworakij
 nsk19850724@hotmail.com, Tel- 668-1454-5308

Dashboard | Mail | Calendar | Contact | File | Preference

วิชาหอสมุดมหาวิทยาลัย Chulalongkorn University Pillar of the Kingdom

Received: Nov 13, 2017 3:47 PM

INBOX

Previous Next

Conversation

Noppadon Sophonworakij
e.t.bohlmeyer@utwente.nl
Noppadon Sophonvor
Noppadon Sophonworakij

Subject: Re: Request permission to translate and use your questionnaire for thesis

From: e.t.bohlmeyer@utwente.nl
To: Noppadon.So@student.chula.ac.th

Reply Forward Mark as Unread Delete Move To Action

Dear Noppadon, that is fine. Good luck! Ernst Bohlmeyer

VanNoppadon Sophonworakij <Noppadon.So@student.chula.ac.th>
Verzonden: donderdag 9 november 2017 01:37
Aan: Bohlmeyer, E.T. (BMS)
Onderwerp: Request permission to translate and use your questionnaire for thesis

Dear Prof Bohlmeyer,

I am a master's degree student in mental health, department of psychiatry, faculty of medicine, Chulalongkorn University in Thailand. I found your questionnaire: The five facet mindfulness questionnaire - short form (fmq-sf), which is very useful for my dissertation. I plan to present my thesis proposal under the topic "Effect of mindfulness-based intervention on 5 factors of mindfulness and stress to patients with amphetamine induced psychosis in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry". It will be an intervention study under the supervision of my thesis advisor, doctor Atapol Sughondhapirom, M.D. I also contacted and got a suggestion from doctor Atapol for request permission from you to translate the fmq-sf result for cognitive enhancement, which will be utilized as the major instrument in my research.

If you allow or have any question or suggestion, please let me know on my email address and I would like to thank you in advance for your kind consideration.

I look forward to hearing from you soon.

Best regard,

Noppadon Sophonworakij
nsk19860724@hotmail.com, Tel- 668-1454-5308

Folders

INBOX	7/20
Drafts	0/0
Sent	0/3
Trash	0/0
Junk	0/0
Quarantine	0/0

ภาคผนวก ง.

เอกสารรับรองโครงการวิจัย และเอกสารรับรองโครงการวิจัยส่วนเพิ่มเติม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



COA No. 006/2018

IRB No. 269/60

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับการรับรู้สติ 5 ด้านและความเครียดของผู้ป่วยมีภาวะโรคจิตจากการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นายนพตล โสภณวรกิจ

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 11.0 Date 19 December 2017
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 11.0 Date 19 December 2017
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 11.0 Date 19 December 2017
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 11.0 Date 19 December 2017

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



5. เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยทางจิตและปัญญาอ่อน (SVEF) และแนวทางในการปฏิบัติ Version 11.0 Date 19 December 2017
6. ตารางแสดงโปรแกรมบูรณาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ICOD-Rr model) Version 11.0 Date 19 December 2017
7. แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Version 11.0 Date 19 December 2017
8. แบบประเมินภาวะความเสื่อมสมอง Thai Mental State Examination (TMSE) Version 11.0 Date 19 December 2017
9. แบบสอบถามและแบบประเมินที่ใช้ในงานวิจัย Version 11.0 Date 19 December 2017
10. ใบบันทึก Version 11.0 Date 19 December 2017
11. Curriculum Vitae and GCP Training
 - Mr. Noppadon Sophonworakij
 - Atapol Sughondhabirom, M.D.
 - Chuntagarn Yooyen, M.D.

ลงนาม *อนิ สุวณิช*
 (ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)
 ประธาน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม *สมพงษ์ ธีร*
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรณ รัชตะปิติ)
 กรรมการและเลขานุการ
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 9 มกราคม 2561
 วันหมดอายุ : 8 มกราคม 2562

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก



COA No. 006/2018

IRB No. 269/60

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

 1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : Effect of self-awareness training program on 5 factors of mindfulness and stress to patients with amphetamine induced psychosis in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Study Code : -

Principal Investigator : Mr. Noppadon Sophonworakij

Affiliation of PI : Department of Psychiatry,
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

Review Method : Full board

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Research Proposal Version 11.0 Date 19 December 2017
2. Protocol Synopsis Version 11.0 Date 19 December 2017
3. Information sheet for research participant Version 11.0 Date 19 December 2017
4. Informed consent for participating volunteers Version 11.0 Date 19 December 2017

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



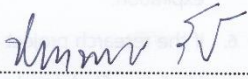
5. Criteria for mental and mental retardation (SVEF) and practices Version 11.0 Date 19 December 2017
6. Schedule of Integrated Therapy for Alcohol and Substance Abuse with (ICOD-Rr model) Version 11.0 Date 19 December 2017
7. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Version 11.0 Date 19 December 2017
8. Thai Mental State Examination (TMSE) Version 11.0 Date 19 December 2017
9. Questionnaire and assessment form used in research Version 11.0 Date 19 December 2017
10. Activity Sheet Version 11.0 Date 19 December 2017
11. Curriculum Vitae and GCP Training
 - Mr. Noppadon Sophonworakij
 - Atapol Sughondhabirom, M.D.
 - Chuntagam Yooyen, M.D.

Signature 

(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD)

Chairperson

The Institutional Review Board

Signature 

(Assistant Professor Prapapan Rajatapiti MD, PhD)

Member and Secretary

The Institutional Review Board

Date of Approval : January 9, 2018

Approval Expire Date : January 8, 2019

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any), interview outlines and/or questionnaires bearing the Institutional Review Board's seal of approval ; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Institutional Review Board (IRB) for the record;
3. Report to the Institutional Review Board any serious adverse event or any changes in the research activity within five working days;
4. Provide reports to the Institutional Review Board concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested;
5. If the study cannot be finished within the expire date of the approval certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least one month before the date of expiration.
6. If the research project is completed, the researcher must be form the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

* A list of the Institutional Review Board members (names and positions) present at the meeting of Institutional Review Board on the date of approval of this study has been attached. All approved documents will be forwarded to the principal investigator.



IRB. No. 269/60

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 02-256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัยส่วนเพิ่มเติม

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรอง/รับทราบ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับการรับรู้สติ 5 ด้านและความเครียดของผู้ป่วยมีภาวะโรคจิตจากการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชินี

เลขที่โครงการวิจัย :-

ผู้วิจัยหลัก : นายนพดล โสภณวรกิจ

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรอง :

1. โครงการวิจัย version 14.0 dated 11 June 2018
2. แบบสอบถาม version 14.0 dated 11 June 2018
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย version 14.0 dated 11 June 2018
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร version 12.0 dated 30 Apr 2018

ลงนาม ลงนาม

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรณ รัชตะปิติ)

ประธาน

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง: 3 กรกฎาคม 2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร โยนินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสลับภาษา และ หรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. เอกสารทุกฉบับที่ได้รับการรับรองครั้งนี้ หมดอายุตามอายุของโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองก่อนหน้านี้ (หมายเลขโครงการ.....๒๕๖๐)

๒๕ มกราคม

วิมลรัตน์ ภา.



IRB. No. 269/60

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
1873 Rama IV Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Approval of Documents related to Study Protocol

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved/acknowledged the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : Effect of self-awareness training program on 5 factors of mindfulness and stress to patients with amphetamine induced psychosis in the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

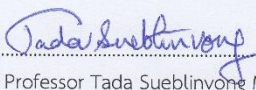
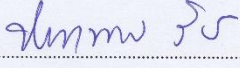
Study Code : -

Principal Investigator : Noppadon Sophonworakij

Affiliation of PI : Department of Psychiatry
 Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Document Reviewed :

1. Protocol version 14.0 dated 11 June 2018
2. Questionnaire version 14.0 dated 11 June 2018
3. Information sheet for research participant version 14.0 dated 11 June 2018
4. Consent form version 12.0 dated 30 Apr 2018

Signature  (Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD) Chairperson The Institutional Review Board	Signature  (Assistant Professor Prapapan Rajatapiti MD, PhD) Member and Secretary The Institutional Review Board
--	---

Date of Approval : July 3, 2018

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any), interview outlines and/or questionnaires bearing the Institutional Review Board's seal of approval ; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Institutional Review Board (IRB) for record keeping;
3. Report to the Institutional Review Board any serious adverse event or any changes in the research activity within five working days;
4. Provide reports to the Institutional Review Board concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested;
5. If the study cannot be finished within the expiring date of the approval on the certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least one month before the date of expiration.
6. All the above approved documents expire on the same date of the previously approved protocol (Protocol Number... 269/60....)

28/11/2016

for approval (date)



IRB. No. 269/60

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 1873 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 02-256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัยส่วนเพิ่มเติม

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรอง/รับทราบ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับการรับรู้สติ 5 ด้านและความเครียดของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชินี

เลขที่โครงการวิจัย :

ผู้วิจัยหลัก : นายนพดล โสภณวรกิจ

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรอง :

1. โครงการวิจัย Version 16.0 Date 28 August 2018
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 15.0 Date 28 August 2018
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 16.0 Date 28 August 2018
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 14.0 Date 28 August 2018
5. แบบสอบถาม Version 16.0 Date 28 August 2018

ลงนาม *Tim Burdoot* ลงนาม *ปิยภ.*

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์) (รองศาสตราจารย์.ดร.แพทย์หญิงอรอนงค์ ฤกษ์พัฒน์)
 ประธาน กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง: 11 กันยายน 2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. เอกสารทุกฉบับที่ได้รับการรับรองครั้งนี้ หมดอายุตามอายุของโครงร่างการวิจัยที่ได้รับการรับรองก่อนหน้านี้ (หมายเลขโครงการ...269/60)



IRB. No. 269/60

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University****1873 Rama IV Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493****Approval of Documents related to Study Protocol**

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved/acknowledged the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : Effect of self-awareness training program on 5 factors of mindfulness and stress to patients with amphetamine use disorder in the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Study Code : -

Principal Investigator : Mr. Noppadon Sophonworakij

Affiliation of PI : Department of Psychiatry,
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Document Reviewed :

1. Protocol Version 16.0 Date 28 August 2018
2. Protocol synopsis Version 15.0 Date 28 August 2018
3. Information sheet Version 16.0 Date 28 August 2018
4. Consent form Version 14.0 Date 28 August 2018

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any), interview outlines and/or questionnaires bearing the Institutional Review Board's seal of approval ; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Institutional Review Board (IRB) for record keeping;
3. Report to the Institutional Review Board any serious adverse event or any changes in the research activity within five working days;
4. Provide reports to the Institutional Review Board concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested;
5. If the study cannot be finished within the expiring date of the approval on the certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least one month before the date of expiration.
6. All the above approved documents expire on the same date of the previously approved protocol (Protocol Number 289/160.....)



5. Questionnaire Version 16.0 Date 28 August 2018

Signature *Tada Sueblinong* Signature *Ananong Kulaputana*
(Emeritus Professor Tada Sueblinong MD) (Associate Professor Ananong Kulaputana MD, PhD)
Chairperson Member and Assistant Secretary, Acting Secretary
The Institutional Review Board The Institutional Review Board

Date of Approval : September 11, 2018

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any), interview outlines and/or questionnaires bearing the Institutional Review Board's seal of approval ; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Institutional Review Board (IRB) for record keeping;
3. Report to the Institutional Review Board any serious adverse event or any changes in the research activity within five working days;
4. Provide reports to the Institutional Review Board concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested;
5. If the study cannot be finished within the expiring date of the approval on the certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least one month before the date of expiration.
6. All the above approved documents expire on the same date of the previously approved protocol (Protocol Number 269/60.....)

ภาคผนวก จ.

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย และ
เอกสารขอความอนุเคราะห์เข้าถึงข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ สธ ๐๓๑๓/ ๓๕๕๕



สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
ตำบลประชาจิปัตย์ อำเภอธัญบุรี
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๓๐

๑๑ กันยายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ จว.๕๕๘/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง นายนภดล โสภณวรกิจ นิสิต ว.ม.สาขาสุขาภพจิต ปีที่ ๒ ภาคนอก
เวลาราชการ ได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับการรับรู้สติ ๕
ด้านและความเครียดของผู้ป่วยมีภาวะโรคจิตจากการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบัน
บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ขอเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เพื่อขอ
อนุมัติดำเนินการ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันฯ ได้มีมติให้แก้ไขตามข้อเสนอแนะ
ซึ่งนายนภดล โสภณวรกิจ ได้ดำเนินการแก้ไขและส่งให้คณะกรรมการฯ พิจารณาอีกครั้งแล้ว นั้น

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณา และมีมติให้ออกเอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย ตามสิ่งที่
ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา)

ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

เรียน
เพื่อ ทราบ พิจารณา
 ดำเนินการ

กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี
โทร. ๐ ๒๕๓๑ ๐๐๘๐ ๘ ต่อ ๔๗๕, ๔๙๒
โทรสาร ๐ ๒๕๙๘ ๙๓๑๔

(ผศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)
หัวหน้าภาควิชา/ฝ่ายจิตเวชศาสตร์
19 ก.ย. 2561



รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี	
เลขที่รับรอง	61038
เอกสารใบรับรอง	050 / 2561
วันที่	4 / ๓๖ / 2561

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

รหัสโครงการวิจัยที่ 61038
 เอกสารใบรับรองที่ 050/2561

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ / โครงการวิจัย

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ผลของ โปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับการรับรู้สติ 5 ด้านและความเครียดของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ) Effect of self-awareness training program on 5 factors of mindfulness and stress to patients with amphetamine use disorder in the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

2. ชื่อผู้วิจัย (นาย, นาง, นางสาว)..... นพ.ดล โสภณวรกิจ.....

สาขา.....สุขภาพจิต..... คณะ.....แพทยศาสตร์.....

3. หน่วยงานที่สังกัด..... จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ /โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

รับรองเอกสารดังต่อไปนี้

- โครงร่างการวิจัยฉบับแก้ไขส่งให้คณะกรรมการฯ วันที่ 4 กันยายน 2561
- เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร (Information Sheet) และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) ฉบับแก้ไขส่งให้คณะกรรมการฯ วันที่ 4 กันยายน 2561

5. วันที่ให้การรับรอง.....4..... เดือน.....กันยายน.....พ.ศ.....2561.....

วันที่ที่หมดอายุ3.....เดือน.....กันยายน.....พ.ศ.....2562.....

ลงนาม

(... นพ.ลำชา ... ลักษณะากชนชัช ...)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(.....นางสำเนา นิลบรรพ์.....)

เลขาฯคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

1. ผู้วิจัยต้องยินยอมให้คณะกรรมการฯ เข้าตรวจสอบการดำเนินงานได้ตลอดเวลา
2. คณะกรรมการฯ มีสิทธิระงับหรือให้ยุติโครงการหากเห็นว่าโครงการวิจัยไม่เคารพในสิทธิ
ไม่ปกป้องสิทธิประโยชน์ของอาสาสมัครหรือเห็นว่าอาจเกิดอันตรายต่ออาสาสมัครได้

ภาคผนวก ฉ.

เอกสารการรับต้นฉบับเพื่อพิจารณาลงพิมพ์ในจุพาลงกรณ์เวชสาร และ
เอกสารการรับรองต้นฉบับเพื่อลงพิมพ์ในจุพาลงกรณ์เวชสาร



จุพาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ วส. 098/2561



หน่วยวารสาร
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ
เขตปทุมวัน กทม. 10330

22 ตุลาคม 2561

เรื่อง การรับต้นฉบับเพื่อพิจารณาลงพิมพ์ในจุฬาลงกรณ์เวชสาร
เรียน นายนพดล โสภณวรกิจ

ตามที่ท่านได้ส่งต้นฉบับเรื่อง "ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับการรับรู้สติ 5 ด้านและความเครียดของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี" เพื่อลงพิมพ์ในจุฬาลงกรณ์เวชสารนั้น ทางกองบรรณาธิการได้รับเรียบร้อยแล้ว และดำเนินการพิจารณาของคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

อารยา สุวรรณฤทธิ

(นางอารยา สุวรรณฤทธิ)

บรรณาธิการบริหาร

ตึกอำนวยการ ชั้น 5 โทร. 02 - 2564479

E-mail: chulamed@hotmail.com

ที่ วส. 134/2561



หน่วยวารสาร
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เขตปทุมวัน กทม.10330

15 พฤศจิกายน 2561

เรื่อง การรับรองต้นฉบับเพื่อลงพิมพ์ในจุฬาลงกรณ์เวชสาร
เรียน นายนพดล ไสภณวรกิจ

หน่วยวารสาร คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอรับรองว่าต้นฉบับเรื่อง "ผลของโปรแกรมการฝึกการตระหนักรู้ในตนเองต่อระดับการรับรู้สติ 5 ด้านและความเครียดของผู้ป่วยมีความผิดปกติของการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี" ได้ผ่านการประเมินจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว และขอรับรองว่าต้นฉบับดังกล่าวได้ตีพิมพ์ในจุฬาลงกรณ์เวชสาร ปีที่ 63 พ.ศ. 2562

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศ.นพ. สิตธิศักดิ์ หรรษาเวก)

ประธานคณะกรรมการจุฬาลงกรณ์เวชสารและบรรณาธิการ

นางอารยา สุวรรณฤทธิ
ตึกอำนวยการ ชั้น 5 โทร 02-2564479
E-mail: chulamed@hotmail.com

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นพดล โสภณวรกิจ
วัน เดือน ปี เกิด	24 กรกฎาคม 2528
สถานที่เกิด	กรุงเทพฯ
วุฒิการศึกษา	พ.ศ.2552 วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาเคมีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ
	ปัจจุบัน วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่อยู่ปัจจุบัน	126 หมู่บ้านรวมพล ซ.รัชดาภิเษก 16 ถ.รัชดาภิเษก แขวงวัดท่าพระ เขต บางกอกใหญ่ กรุงเทพฯ 10600
ผลงานตีพิมพ์	-
รางวัลที่ได้รับ	-