



ประสิทธิผลการบำบัด Co-occurring disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน Efficacy of Co-occurring Disorder (COD) Intervention in Patients with Methamphetamine Induced Psychosis

กิตต์กวี โพธิ์โน*, วรท ลำไย*, ปรานี ฉันทพจน์*, สุพัตรา สุขawahา**

Kitkawe Pono*, Warot Lamyai*, Pranee Chantapot*, Supattra Sukhawaha**

* โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

** โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต

* Nakhon Phanom Ratchanakarin Psychiatric Hospital

** Prasimahabodhi Psychiatric Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม Co-occurring disorder (COD) Intervention ในการหยุดการเสพเมทแอมเฟตามีนและการไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วันของผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงทดลอง แบบสุ่มเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์จำนวน 44 ราย ได้รับการจับคู่ตามเพศ ระดับอาการทางจิต และระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง จัดเข้ากลุ่มโดยสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม COD intervention จำนวน 12 ครั้งใน 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามมาตรฐานปกติ ประเมินผลลัพธ์โดยวัดการหยุดเสพเมทแอมเฟตามีนและการไม่กลับเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 90 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและอนุมาน

ผลการศึกษา กลุ่มทดลองมีการหยุดเสพเมทแอมเฟตามีนและไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วัน ร้อยละ 95.45 แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีการหยุดเสพและไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วันร้อยละ 72.73 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($c^2 = 4.25, p = .039$)

สรุป จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม COD intervention มีประสิทธิผลในการทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์หยุดเสพเมทแอมเฟตามีนและไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังสิ้นสุดโปรแกรมใน 90 วัน สามารถนำไปปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่และควรศึกษาเพิ่มเติมโดยติดตามผลต่อเนื่องในระยะยาวกับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

คำสำคัญ เมทแอมเฟตามีน โรคร่วมโรคจิต ความผิดปกติพฤติกรรมการใช้สารเสพติด การบำบัดแบบบูรณาการ

Corresponding author: กิตต์กวี โพธิ์โน

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(2): 127-140

ABSTRACT

Objective : To compared the efficacy of co-occurring disorder intervention (COD intervention) versus treatment as usual on continuing amphetamine abstinence and readmitted in 90 days among patients with methamphetamine induced psychosis.

Methodology : A randomized control trial was conducted. The samples consisted of 44 methamphetamine induce psychosis patients who admitted in Nakhon Phanom Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Samples were matched pair by sex, the severity of psychotic and stage of change. Samples allocated by simple random sampling into the experimental and control group. The experimental group assigned to co - occurring intervention consisted of 12 sessions for 2 weeks compare the control group assigned treatment as usual. The primary outcomes were assessed by continuing methamphetamine abstinent behavior and readmitted in 90 days after completed intervention. Descriptive and inferential statistics were used in data analysis.

Results : The experimental group had significantly more patients in continuing methamphetamine abstinence and non-readmitted in 90 days after completed intervention than the control group; 94.95 % of experimental group compared to 77.7% of control group $p < .05$ ($c^2 = 4.25, p = .039$)

Conclusion : This study demonstrated that COD intervention was more efficacious than treatment as usual in continuing methamphetamine abstinence and non-readmitted in 90 days among methamphetamine induced psychosis patients. This program can be applied to use in other areas depend on its context. For further study, longitudinal study with large samples size is needed for follow up long term outcomes regarding to abstinence

Keywords : Methamphetamine, co-occurring psychosis substance use disorder, integrated treatment

Corresponding author: Kitkawe Pono

J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(2): 127-140

บทนำ

การใช้สารเมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) เป็นปัญหาใหญ่ที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกโดยพบว่ามีประชากรกว่า 33.8 ล้านคนเสพยาชนิดนี้¹ เมทแอมเฟตามีนเป็นยาผิดกฎหมายที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกเป็นอันดับสองรองจากกัญชาซึ่ง 2-3 ของผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนอยู่ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทำให้เป็นปัญหายาเสพติดอันดับ 1 ของประเทศเอเชีย โดยเฉพาะบรูไน กัมพูชา ญีปุ่นและประเทศไทย เนื่องจากมีช่องทางการค้าที่เพิ่มขึ้นในจีนและเวียดนาม²

มีการเสพยาเมทแอมเฟตามีนได้หลายแบบทั้งโดยการกิน สูดดม การฉีด และสูบบุหรี่ ในประเทศไทย พบว่าผู้ใช้ยาเมทแอมเฟตามีนมีอายุน้อยลงโดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนที่มีอายุ 15-19 ปีและอายุต่ำกว่า 15 ปี มีการใช้เมทแอมเฟตามีนชนิดเม็ดหรือไอซ์มากขึ้น ซึ่งมีความบริสุทธิ์ของเมทแอมเฟตามีนอยู่ที่ 90% เมื่อเทียบกับเมทแอมเฟตามีนชนิดเม็ดหรือยาบ้าที่มีความบริสุทธิ์ของเมทแอมเฟตามีนอยู่ที่ประมาณ 10-30% จึงทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและสภาวะทางจิตได้มากกว่ารุนแรงกว่า³ จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556⁴ พบความชุกชั่วชีวิต (life time prevalence) ของพฤติกรรมเสพยาชนิดในกลุ่มคลัสต์กอล์ฟ/ยาบ้าแท่ง ร้อยละ 6.9 หรือประมาณการประชากร 3.5 ล้านคน จำแนกเป็นเพศชายร้อยละ 93.7 เพศหญิง ร้อยละ 6.3 ช่วงอายุพบมากที่สุด คือ อายุ 25-34 ปี ทำให้มีผลต่อการเกิดอาการทางจิตจากสารเสพติดได้มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากจำนวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2558-2560 มีแนวโน้มมากขึ้น จำนวน 10,261, 26,518 และ 118,056 ราย ตามลำดับ⁵ และจากสถิติผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ ปีงบประมาณ

2558-2560 พบจำนวน 303, 301, และ 389 รายตามลำดับ โดยเมื่อจำแนกชนิดสารเสพติดพบการวินิจฉัยจิตเวชจากเมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 28.38, 32.56 และ 35.48 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁶

การเสพยาเมทแอมเฟตามีน โดยการฉีดและสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดพิษได้มากกว่าวิธีอื่น เพราะการใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นสาเหตุในการเพิ่มระดับโดปามีนเข้าสู่ synaptic cleft ให้เข้มข้นมากขึ้น นอกจากนี้เมทแอมเฟตามีน ยังเป็นตัวส่งผ่านโดปามีนเข้าสู่ storage vesicles ดังนั้นจะเพิ่มระดับความเข้มข้นของโดปามีนมากขึ้นไปอีก จึงทำให้เกิดพิษในระบบประสาท (neurotoxicity) ระดับรุนแรงได้มากขึ้น⁷ ทำให้สัมพันธ์กับความเสื่อมในด้านความนึกคิด สมาธิ ความเฉื่อยฉลาด และด้านอารมณ์ ความจำ และการใช้ภาษา ความเสื่อมนี้สัมพันธ์กับระยะเวลาและจำนวนที่ใช้ความสามารถในการทำงานและการส่งงานต่างๆ ของสมอง ซึ่งความเสื่อมในการทำงานของระบบประสาทด้านความนึกคิดนี้ หากเสียไปแล้ว อาจต้องใช้เวลาราว 9 เดือนหรือมากกว่าในการทำให้หาย⁷ ที่สำคัญคือการทำให้อาการทางจิต หากใช้ในปริมาณมากและบ่อย จะก่อให้เกิดโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง หลงผิด และประสาทหลอน โดยคนที่ใช้วิธีการฉีดและมีประวัติคนในครอบครัวเคยมีอาการทางจิต จะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคจิตจากการใช้เมทแอมเฟตามีนมากขึ้น⁸ ลักษณะอาการโรคจิตที่พบได้บ่อยที่สุดคือ อาการความคิดหวาดระแวง หลงผิด ประสาทหลอน จนถึงระดับที่มีอาการทางจิตรุนแรง สูญเสียความหยิ่งรู้ในตนเอง จากลักษณะอาการดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างฉับพลัน หรือมีการทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายบุคคลอื่นได้ นอกจากนี้ยังพบว่า เมทแอมเฟตามีนทำให้เกิดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล หรือพยายามฆ่าตัวตายได้⁹

ปัจจุบันพบชัดเจนว่าผู้ใช้ยาเสพติดโดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน ส่วนใหญ่มักจะได้รับ การวินิจฉัยโรค ร่วม (co-occurring substance use disorders : COD disorder) โดยผู้ที่มีการใช้ยาเสพติดในชั่วชีวิต (life time substance) ถึงร้อยละ 50 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทและโรคทางจิตเวชอื่น ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่ม COD มักมีอัตราอาการกลับซ้ำสูง การต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การก่อความรุนแรงที่สูง รวมทั้งมักเกิดโรคติดเชื้อ HIV และไวรัสตับอักเสบบี C มีคดี จำคุก อยู่ในสภาพเรือนจำไม่มีที่พักอาศัย เป็นภาวะต่อครอบครัว มีปัญหาเศรษฐกิจและต้องใช้ต้นทุนสูงในการรักษา¹⁰

จากหลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันพบว่า ยังไม่มียาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดเมทแอมเฟตามีน ซึ่งรวมถึงไม่มียาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาในระยะการขาดยา (withdrawal) ด้วย ดังนั้นสิ่งจำเป็นในการรักษาผู้ป่วยคือการใช่วิธีการ รักษาทางสังคมจิตใจ ซึ่งพบว่าวิธีการทางสังคมจิตใจที่มีการนำมาใช้เพื่อลดการเสพติดเมทแอมเฟตามีนได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) การทำครอบครัวบำบัด การสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจิตใจ และพฤติกรรมบำบัด²

การหาแนวทางในการบำบัดผู้ป่วย COD ที่มีประสิทธิภาพจึงจำเป็นอย่างยิ่ง จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในปัจจุบันถึงการบำบัดรักษาทางจิตสังคมในผู้ป่วย COD พบว่าการรักษาทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการทางจิต และป้องกันการกลับซ้ำ ต้องใช้การบำบัดแบบผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางสังคมจิตใจที่มีการผสมผสานรูปแบบการบำบัดร่วมกัน¹¹ ควรเป็นการดำเนินงานแบบทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทั้งเรื่อง ยาเสพติดและโรคจิตจัดกรดูแลภายใต้การผสมผสานการบำบัดที่เฉพาะสำหรับแต่ละระยะของการเจ็บป่วย และการบำบัดเฉพาะ สำหรับผู้ป่วย COD¹² นอกจากนี้

พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วย COD ไม่ตอบสนองต่อการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งอาจเกิดจากการขาดโครงสร้างในการรักษาและขาดผู้ดูแลในชุมชน จำเป็นต้องรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งต้องมีการสนับสนุนระดับประคอง และใช้เวลานานในการบำบัดรักษา¹⁰ อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การบำบัดทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตและติดสารเสพติดมีความหลากหลายของ intervention ตามกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่มีการผสมผสานระหว่างโปรแกรม motivation interview, cognitive behavioral therapy, family therapy, case management, group counseling โดยนำการศึกษาที่ศึกษาในรูปแบบการทดลอง มีกลุ่มเปรียบเทียบและมีการสุ่ม หลายการศึกษา ซึ่งพบว่าได้ผลในการลดการใช้สารเสพติด หรือป้องกันการกลับซ้ำ แต่อาจไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ ในประเทศไทย มีการพัฒนาโปรแกรมบูรณาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช พบว่าได้ผลในการหยุดเสพยาและป้องกันการกลับซ้ำของผู้ป่วย¹⁴ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ จึงได้มีการนำโปรแกรมดังกล่าวมาปรับและศึกษาผลเบื้องต้น (pilot study) ในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน โดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และเภสัชกรของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ ใช้ชื่อว่าโปรแกรม Co-occurring disorder (COD) Intervention จำนวน 12 กิจกรรม ระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยมีการทดลองใช้โปรแกรม COD Intervention กับผู้ป่วยสารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ระหว่างเดือนเมษายน 2558 ถึง เดือนกันยายน 2558 จำนวน 14 ราย พบว่า ไม่กลับไปเสพซ้ำภายใน 1 เดือนจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 78.57) และไม่มีอาการโรคจิตกำเริบซ้ำ จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 71.43) แต่โปรแกรมจะมีความน่าเชื่อถือมากขึ้นหาก

ศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่มีการเปรียบเทียบสองกลุ่มและติดตามผลในระยะยาวขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาคั้งนี้เพื่อต้องการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม COD Intervention ในการหยุดเสพยาเมทแอมเฟตามีนและการไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วัน โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบกับบริการในระบบปกติของโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง แบบสุ่มเลือกเข้ากลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยติดตามผลของการหยุดเสพยาเมทแอมเฟตามีน และการไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วัน กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบบูรณาการ COD intervention กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ (treatment as usual) การศึกษานี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชชนครินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ NPRPHEC 2558-011

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน (F15.5x) โดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก International Classification of Diseases and related health problems : ICD 10 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนไทยทั้งเพศชาย และหญิง อายุ 18-60 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์แบบผู้ป่วยในระหว่างเดือนมีนาคม 2559-มีนาคม 2560 มีอาการทางจิตในระยะโรคสงบ จากการประเมิน brief psychotic rating scale (BPRS) คะแนน ≤ 36 ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วย MMSE สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงนาม

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีปัญหาในการได้ยิน มีอาการทางจิตกำเริบ เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น โดยมีผลการประเมิน BPRS > 36 คะแนน มีโรคแทรกซ้อนทางกายร้ายแรงในระยะเฉียบพลัน ไม่สมัครใจเข้ารับการศึกษา หรือเป็นผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ตาม พรบ.สุขภาพจิต หรือ พรบ.คุมประพฤติ

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมศึกษา (discontinuation) เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ต่อเนื่องน้อยกว่าร้อยละ 80 ตั้งแต่เริ่มเข้าโครงการวิจัยจนติดตามผลการศึกษาในระยะ 90 วันหลังจำหน่าย เสียชีวิต ย้ายที่อยู่ ขอลถอนตัวจากการศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{\{z_{1-\alpha} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

โดยอ้างอิงจากการศึกษาของบุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ¹⁴ โดย $P_1 =$ อัตราการหยุดเสพยาเมทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม=0.73, $P_2 =$ อัตราการหยุดเสพยาเมทในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม=0.28 เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของกลุ่มตัวอย่างที่อาจออกจากการศึกษา ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย

เครื่องมือในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini-mental state examination (MMSE-Thai 2002) เป็นแบบทดสอบที่สร้างโดย Folstein and McHugh (1975) แปลโดยคณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ¹⁵ ซึ่งเป็นแบบคัดกรองตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ ใช้ประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นเพื่อคัดเข้าการวิจัย หากไม่มีภาวะเสื่อม และคัดออกจากการศึกษาหากพบว่า มีภาวะสมองเสื่อม

2. แบบประเมินอาการทางจิต brief psychotic rating scale (BPRS) เป็นแบบประเมินที่ใช้โดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับพยาธิสภาพทางจิตทั่วไปจำนวน 10 ข้อ กลุ่มอาการด้านบวกจำนวน 6 ข้อ กลุ่มอาการด้านลบจำนวน 2 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน โดยพยาบาลผู้วิจัยประเมิน 2 ครั้งก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย และหลังสิ้นสุดโปรแกรม ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. แบบวัดขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรับการรักษาปัญหาการเสพติด Stage of change reading and treatment eagerness scale โดยพันธุภากิตติรัตน์ไพบุลย์ ได้ดัดแปลงจากพันโท นพ.พิชัย แสงชาญชัย ที่แปลจาก Assessing drinkers' motivation for change : The stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES-8A) ของ Miller และ Tonigan, 1996 ใช้เพื่อประเมินความพร้อม

การเปลี่ยนแปลงประเมินโดยพยาบาลผู้วิจัย 1 ครั้ง ก่อนแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการศึกษา

4. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

5. แบบบันทึกการหยุดเสพสารเสพติด และการไม่กลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 90 วัน หลังจำหน่าย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองเพื่อใช้ในการติดตามกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มว่ามีอาการหยุดเสพ และการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน โดยไม่ได้รับการนัดหมายภายใน 90 วัน ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม และจำหน่ายจากโรงพยาบาล

6. โปรแกรม COD intervention

เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัย ปรับปรุงจากโปรแกรมบูรณาการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ICOD-R model) ของบุญศิริ จันบุญศิริ และคณะ นำมาปรับปรุงโปรแกรม เพื่อทดลองใช้การบำบัดผู้ป่วยโรคจิตจากสารเมทแอมเฟตามีนของหน่วยงาน โดยแนวคิดพื้นฐานของโปรแกรมคือการผสมผสานระหว่างแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจูงใจ (motivation interview) และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) แนวคิดการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด (group therapy) แนวคิดครอบครัวบำบัด (family therapy) และแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho education) ประกอบด้วยการบำบัด 12 กิจกรรม ในรูปแบบกลุ่มต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์แรกทำกิจกรรม 1-6 สัปดาห์ที่ 2 ทำกิจกรรม 7-12 โดยมีการดำเนินงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย

กิจกรรมที่	หัวข้อในการ	ระยะเวลา	ผู้บำบัด
แทรกเข้าโปรแกรม	วินิจฉัย ให้การรักษาด้วยยา antipsychotic		จิตแพทย์
1	ประเมินแรงจูงใจสร้างได้ (stage of change)	1 ชม.	จิตแพทย์
2	นัดหมายการบำบัด	1.30 ชม.	พยาบาล
3	ให้ความรู้โรคสมองติดยา	45 นาที	พยาบาล
4	ให้ความรู้การจัดการตัวกระตุ้นภายนอก/ภายใน (1)	1 ชม.	พยาบาล
5	การสอนทักษะสังคม	1 ชม.	นักสังคมสงเคราะห์
6	ให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการความเครียด (เครียดได้...ก็หายได้)	1 ชม.	พยาบาล
7	ให้ความรู้เรื่องยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา	45 นาที	เภสัชกร
8	ฝึกทักษะการจัดการตัวกระตุ้นภายนอก/ภายใน (2)	1 ชม.	พยาบาล
9	Projective group psycho therapy	1 ชม.	นักจิตวิทยา
10	ให้คำปรึกษาครอบครัว	1.30 ชม.	จิตแพทย์/พยาบาล
11	พฤติกรรมเปลี่ยนได้...โดยใช้ความคิด (CBT)	1 ชม.	นักจิตวิทยา
12	เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน	1 ชม.	พยาบาล

6. โปรแกรมการรักษาตามปกติ (treatment as usual: TAU)

เป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม ราชนครินทร์จัดให้ผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การรักษา ด้วยยา การได้รับคำแนะนำเรื่องโรคจิต สารเสพติด การรักษา การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านขณะรับไว้รักษาใน โรงพยาบาลและการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดแบบผู้ป่วยใน เช่น กลุ่มนัดหมายการ กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มเสริม แรงจูงใจ เป็นต้น ซึ่งดำเนินการโดยพยาบาลจิตเวชที่ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ

1. การอบรมนักวิจัยทีมสหวิชาชีพจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และเภสัชกร ในการบำบัดผู้ป่วยตาม โปรแกรม 12 กิจกรรม ผ่านการอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ การบำบัดโดยค่า kappa 0.87

2. อบรมนักวิจัยที่เป็นผู้ประเมินผลการบำบัด ซึ่งเป็นคนละคนกับผู้บำบัดและไม่ทราบว่าคุณสมบัติ

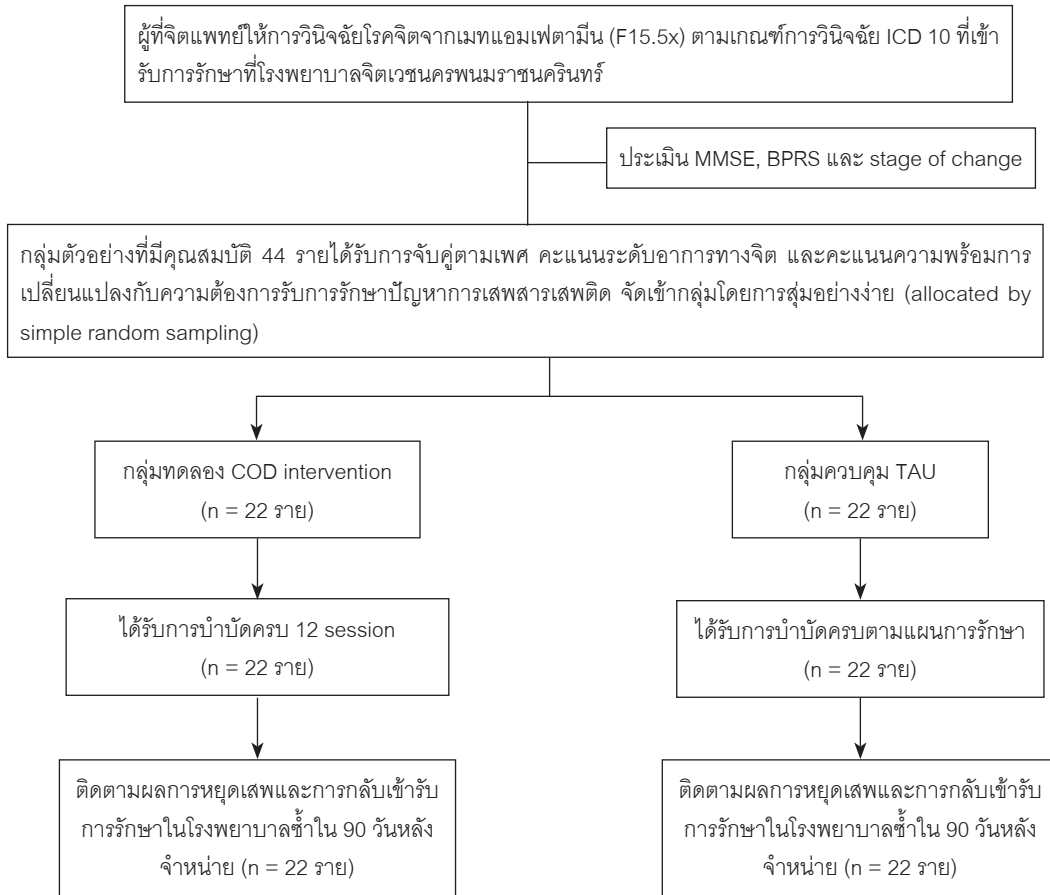
ที่ประเมินเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยมี คุณสมบัติเป็นพยาบาลจิตเวช มีประสบการณ์ทำงาน ไม่น้อยกว่า 2 ปี โดยอบรมการใช้แบบประเมินอาการ ทางจิต BPRS แบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการ เปลี่ยนแปลงกับความต้องการรับการรักษาปัญหาเสพ สารเสพติด SOCRATES-8A แนวทางการประเมินการ หลุดเสพและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน 3 เดือน หลังจำหน่าย

ขั้นตอนการศึกษา

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ที่กำหนด จำนวน 44 ราย เพื่อให้ได้กลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยคัดเลือกให้มีความคล้ายคลึงกันใน เรื่องเพศ คะแนนระดับอาการทางจิตจากแบบประเมิน BPRS และคะแนนความพร้อมการเปลี่ยนแปลงกับ ความต้องการรับการรักษาปัญหาการเสพสารเสพติด จากแบบประเมิน SOCRATES-8A จากนั้นจึงทำการ แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมจนครบ ตามจำนวนที่กำหนดโดยแบ่งตามสัปดาห์ที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาล ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็น ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน

2. ผู้วิจัยที่เป็นผู้บำบัดทำการบำบัดกลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรม COD intervention ในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุม ให้การบริการแบบปกติตามมาตรฐานการบริการของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

3. ผู้วิจัยที่เป็นผู้ประเมิน ประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมและจำหน่ายจากโรงพยาบาล 90 วัน ขั้นตอนการวิจัยแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลทั่วไป ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน วิเคราะห์เพื่อหาความแตกต่างในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนด

นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยเปรียบเทียบค่าพื้นฐานเบื้องต้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้ Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างสองกลุ่ม ด้านการหยุดเสพยา และการไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ใช้ chi-square

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 ราย แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในจำนวนที่เท่ากันคือ กลุ่มละ 22 คน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ในกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 32 ปี อายุที่เริ่มเสพ 25 ปี อายุที่เริ่มมีอาการทางจิต 30 ปี ยังมีอาการทางจิตในระดับน้อย จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสโสด ทำอาชีพรับจ้าง เสพแอมเฟตามีนโดยการสูบทางปาก เสพทุกวัน

(ตารางที่ 1-2)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 และตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่กลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่เคยรับไว้รักษาครั้งรองมากกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ วิธีการเสพเมทแอมเฟตามีน ความถี่ของการเสพเมทแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)		χ ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.000	.651
ชาย	18	81.80	18	81.80		
หญิง	4	18.20	4	18.20		
ระดับการศึกษา					6.366	.095
ประถมศึกษา	17	77.30	9	40.90		
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	18.20	10	45.50		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	4.50	2	9.10		
ปริญญาตรี	-	-	1	4.50		
สถานภาพสมรส					1.143	.887
โสด	13	59.10	13	59.10		
สมรส	3	13.60	4	18.20		
แยกกันอยู่ หย่า หม้าย	6	16.0	5	9.10		
อาชีพ					6.644	.355
ทำงานประจำ	1	4.5	-	-		
ทำงานส่วนตัว/รับจ้าง	12	54.54	8	18.2		
นักศึกษา	3	13.6	4	18.2		
แม่บ้าน	1	4.5	-	-		
ว่างงาน	5	22.7	10	45.5		
วิธีการเสพเมทแอมเฟตามีนที่ใช้บ่อยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา						
สูบทางปาก	22	100	22	100		
ความถี่การเสพเมทแอมเฟตามีนในช่วง 3 เดือนก่อนมา					2.385	.665
เสพ 2-3 ครั้งต่อเดือน	1	4.50	2	9.10		
เสพลับตาหัดละครั้ง	7	31.80	4	18.20		
เสพ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	4	18.20	6	27.30		
เสพ 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์	3	13.60	5	22.70		
เสพทุกวัน	7	31.80	5	22.70		
ประวัติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน					13.446	.020*
ครั้งแรก	8	36.40	18	81.80		
ครั้งรอง	14	63.60	4	13.60		

p < .05

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ อายุที่เริ่มเสพเมแทบอลิซึม อายุที่เริ่มมีอาการทางจิต คะแนนระดับอาการทางจิต คะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการการรักษาปัญหาการเสพสารเสพติด และปริมาณยาต้านโรคจิตที่ได้รับต่อวันเมื่อเทียบกับขนาดยา Chlorpromazine

	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)		Mann-Whitney U Test)
	Mean	SD	Mean	SD	
อายุ	32.18	10.45	28.68	9.68	.259
	Min=18 Max= 53		Min=19 Max= 56		
อายุที่เริ่มเสพเมแทบอลิซึม	25.64	9.70	25.59	9.78	.934
	Min=15 Max= 49		Min=15 Max= 50		
อายุที่เริ่มมีอาการทางจิต	30.95	10.62	28.14	9.17	.359
	Min=17 Max= 50		Min=18 Max= 51		
คะแนน Brief psychotic Rating Scale	20.36	1.14	21.73	4.80	.870
	Min=19 Max= 22		Min=19 Max= 39		
คะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรับการรักษาปัญหาการเสพสารเสพติด	26.68	3.55	26.14	3.30	.603
	Min=21 Max= 35		Min=21 Max= 33		
ปริมาณยา Antipsychotic ที่ได้รับต่อวันเมื่อเทียบกับขนาดยา Chlorpromazine	326.33	174.84	261.67	116.97	.305
	Min=100 Max= 888.33		Min=50 Max= 450		
จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล	23.95	4.93	23.73	3.28	.569
	Min=19 Max=35		Min=20 Max=33		

p < .05

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างของการหยุดเสพเมแทบอลิซึมภายใน 90 วันและการไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วัน หลังจำหน่ายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การหยุดเสพเมแทบอลิซึมภายใน 90 วัน					4.247	0.039*
- หยุดเสพ	21	95.45	16	72.73		
- ไม่หยุดเสพ	1	4.55	6	27.27		
การไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วัน					4.247	0.039*
ไม่กลับมารักษาซ้ำ	21	95.45	16	72.73		
กลับมารักษาซ้ำ	1	4.55	6	27.27		

p < .05

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลอง มีการหยุดเสพและไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบ

ตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนถึงสิ้นสุดการศึกษา ไม่มีการ drop out โดยมีผู้ป่วย 1 ราย ในกลุ่มทดลอง และ 6 รายในกลุ่มควบคุมที่ไปเสพยาอีก จนได้กลับมารับไว้รักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 90 วัน

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าโปรแกรมการบำบัด COD intervention ช่วยผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนในการหยุดเสพยาเมทแอมเฟตามีนภายใน 3 เดือน และการไม่กลับมาซ้ำในโรงพยาบาล โดยโปรแกรมมีจุดเด่นในการผสมผสานแนวความคิดการบำบัดหลายแนวคิดเข้าด้วยกันแต่ละแนวคิดมีเป้าหมายแตกต่างกันแต่ได้ผลลัพธ์ในภาพรวมที่นำมาเชื่อมต่อกันได้ โดยแนวคิดประกอบด้วยการเสริมแรงเชิงบวกในการเลิกใช้แอมเฟตามีน การปรับความคิด อารมณ์ พฤติกรรมในการมองและจัดการกับปัญหา การให้ความรู้และทักษะในการจัดการกับตัวกระตุ้นและปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตและครอบครัว รวมทั้งเพิ่มทักษะทางสังคม ซึ่งในแต่ละแนวคิดได้ใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของทีมนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และเภสัชกร ผลที่ได้จึงสามารถช่วยให้ผู้ป่วยหยุดเสพยา และไม่กลับมาซ้ำใน 3 เดือนที่เห็นผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับบริการตามมาตรฐานปกติ

สอดคล้องกับการศึกษาหลายวิจัยที่พบว่า การบำบัดแบบผสมผสานมีประสิทธิภาพในการในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ได้รับสารเสพติดเป็นโรคจิตจากสารเสพติด co morbidity ในผู้ป่วย severe mental illness^{10, 11} ซึ่งส่วนใหญ่ที่พบคือการผสมผสานรูปแบบการบำบัดโดยใช้ MI และ CBT ที่มีประโยชน์ในการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการถอนยา โดย CBT จะช่วยผู้ป่วยที่ใช้เมทแอมเฟตามีนรู้จักโครงสร้างความคิด ความคิดอัตโนมัติที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน มีการปรับเปลี่ยนความคิดที่เหมาะสม นำมาสู่พฤติกรรมที่ดีไม่กลับไปใช้เมทแอมเฟตามีน จึงได้ผลในการป้องกันการกลับซ้ำ (relapse prevention)¹⁶ การทำ CBT แบบสั้น ได้ผลในการลดการถอนยาเมทแอมเฟตามีนหลัง follow up 6 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับบริการปกติ¹⁷ และมีประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้นเมื่อนำมา

บำบัดแบบผสมผสานควบคู่กับการให้ยา การเสริมทักษะทางสังคม เช่น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ผักทักษะการปฏิเสธ และฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยด้วย¹⁸ ในขณะที่ MI ช่วยผู้ป่วยใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การทำให้ผู้ป่วยรู้ว่ามีผู้ที่เห็นอกเห็นใจ (expressing empathy) การเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยมอง ด้วยการมองโลกให้เหมือนตาที่ผู้ป่วยมองเอง การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความสามารถของตัวเอง (supporting self-efficacy) โดยผู้ป่วยมีความรับผิดชอบที่จะเลือกและแสดงพฤติกรรมออกไปเพื่อเปลี่ยนแปลงตัวเอง การหมุนไปตามแรงต้านของผู้ป่วย (rolling with resistance) โดยไม่จำเป็นต้องสู้กับแรงต้านของผู้ป่วย แต่หมุนไปตามนั้น และประเด็นสุดท้ายคือการพัฒนามุมมองที่ให้เห็นความแตกต่าง ระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และสิ่งที่ผู้ป่วยอยากเป็น ซึ่งผู้บำบัดต้องช่วยผู้ป่วยประเมินตัวเองว่าสิ่งที่เป็นอยู่กับเป้าหมายในอนาคตที่อยากให้เป็นมันแตกต่างกันอย่างไรเพื่อเสริมแรงเชิงบวกให้เลิกยาเสพติด¹⁹

อย่างไรก็ตามมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกรวิจัยเชิงทดลองที่ใช้รูปแบบการผสมผสานการบำบัด ในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน ซึ่งพบว่ามีการศึกษาวิจัยจำนวนน้อย อีกทั้งมีค่า effect size ไม่มากพอ จึงทำให้ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ^{20, 21} โดยเฉพาะเมื่อติดตามในระยะยาว เมื่อประเมินการหยุดเสพยาหรือการกลับซ้ำพบว่าได้ผลในการรักษาแตกต่างจากการรักษาปกติแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ได้ช่วยลดเรื่องการเสพยาในระยะยาว แต่มีผลในการลดอัตราการถูกจับ กักขัง¹⁹ แต่ทั้งนี้ทุกการศึกษาในปัจจุบันมีข้อจำกัดในด้านความแตกต่างของ intervention วิธีการศึกษา ผลลัพธ์การบำบัดและเครื่องมือวัดที่ใช้¹¹ ดังนั้นการได้ผลการรักษาแตกต่างอาจเนื่องจากบริบทและระยะเวลาการประเมินผลลัพธ์การบำบัดที่แตกต่างกัน

การศึกษานี้มีจุดเด่นที่มีการออกแบบการกรรการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและพยายามลดปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการวัดผลลัพธ์หลักของการวิจัยได้ โดยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม มีการจับคู่ตัวแปรที่อาจเกี่ยวข้องกับกรรกลับซ้ำและแสดงให้เห็นด้วยวิธีการทางสถิติ แม้จะมีข้อจำกัดในการไม่สามารถควบคุมตัวแปรอื่นที่อาจมีผลต่อการกรรศึกษา เช่น จำนวนครั้งของการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรกกับครั้งรอง โดยการกรรศึกษานี้พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาครั้งรองมากกว่าครั้งแรก ในขณะที่กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่รับไว้รักษาครั้งแรกมากกว่าครั้งรอง ซึ่งการรับไว้รักษาครั้งรองจะเป็นผู้มีปัญหาซับซ้อน มีการติดสารเสพติดเรื้อรังมากกว่า อย่างไรก็ตาม ผลการกรรศึกษาพบว่า โปรแกรม COD สามารถช่วยผู้ป่วยติดสารเสพติดเรื้อรังในการหยุดเสพ ไม่กลับมารับกรรรักษาซ้ำใน 90 วันหลังจำหน่ายได้ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมซึ่งส่วนใหญ่รับไว้รักษาครั้งแรก แสดงให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยจะมีปัญหาติดสารเสพติดเรื้อรัง ซับซ้อน โปรแกรมนี้ยังสามารถช่วยในการหยุดเสพและกลับมารับกรรรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 3 เดือนได้ ข้อจำกัดอีกประการของการกรรศึกษานี้คือการไม่สามารถปกปิด (blind) ทั้งสองทางและเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองเป็นผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงเดียวกัน อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิด co intervention ได้ แต่ผู้วิจัยได้พยายามลดความเสี่ยงดังกล่าวโดยแยกกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ให้อยู่คนละส่วนของหอผู้ป่วย เพื่อลดการปฏิสัมพันธ์กันในช่วงที่ดำเนินการกรรศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการกรรศึกษาไปใช้ โปรแกรม COD intervention เหมาะกับผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น ไม่มีผู้ดูแล เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเองผู้อื่นและเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดเรื้อรัง จึงต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล อาจใช้ต้นทุนที่สูงเมื่อเทียบกับการกรรรักษาแบบ OPD แต่ได้ผลในการป้องกันระยะยาว การนำไป

ใช้ควรปรับให้เหมาะสมตามบริบทความจำเป็นในพื้นที่ โดยเฉพาะควรใช้ผู้ป่วยที่มีปัญหาติดสารเสพติดเรื้อรัง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการหยุดเสพและป้องกันกรรกลับมารับกรรรักษาซ้ำ และอาจมีการกรรศึกษาวิจัยเพิ่มเติม โดยการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง และเพิ่มการประเมินเป็น 6 เดือน 1 ปี และประเมินผลการลดอาการทางจิตของผู้ป่วยด้วย

สรุป

โปรแกรมการบำบัด COD intervention ช่วยในการหยุดเสพเมทแอมเฟตามีนภายใน 3 เดือนและการไม่กลับมารับกรรรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนที่มารับกรรรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชนครินทร์ สามารถนำไปปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่และศึกษาผลการกรรวิจัยเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime, editor. World Drug Report. Vienna: United Nations; 2015.
2. Rawson RA. Current research on the epidemiology, medical and psychiatric effects, and treatment of methamphetamine use. J Food Drug Anal 2013; 21: S77-S81.
3. Office of the narcotics control board. Thailand narcotics control annual report 2016. Bangkok: Office of the narcotics control board; 2010.
4. Kittiratanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S, et al. Prevalence of mental disorders and mental health problems : Results from Thai national mental health survey 2013. Bangkok: Department of mental health 2016.

5. Health data center Ministry of public health. accessibility of psychiatric patients report.: Ministry of public health; 2017 [cited 2017 12 october 2017]. Available from: ???
6. Nakhon Phanom Rajanagarindra Psychiatric Hospital Nakhon Phanom Rajanagarindra Psychiatric Hospital annual report 2017. Nakhonphanom: Nakhon Phanom Rajanagarindra Psychiatric Hospital 2017.
7. Wang GJ, Volkow ND, Chang L, Miller E, Sedler M, Hitzemann R, et al. Partial Recovery of Brain Metabolism in Methamphetamine Abusers After Protracted Abstinence. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 242-8.
8. McKetin R, McLaren J, Lubman DI, Hides L. The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. *Addiction* 2006; 101: 1473-8.
9. Zweben JE, Cohen JB, Christian D, Galloway GP, Salinardi M, Parent D, et al. Psychiatric Symptoms in Methamphetamine Users. *Am J Addict* 2004; 13: 181-90.
10. Brunette M, Mueser K, Drake R. A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug Alcohol Rev* 2004; 23: 471-81.
11. Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34: 123-38.
12. Minkoff K. Best Practices: Developing Standards of Care for Individuals With Co-occurring Psychiatric and Substance Use Disorders. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 597-9.
13. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(10): CD001088.
14. Junsirimongkol B, Suriyachai S, Withayathawornwong L, Darakorn na ayodthaya P, kornkumjairit k, kunarak A. The effect of integrated Co-occurring psychiatric substance and alcohol use disorders rehabilitation program (ICOD-R) on drinking behavior and psychotic symptom in Co-occurring disorder patients. Bangkok: Somdet Chaopraya institute of psychiatry; 2557.
15. institute of geriatric medicine. Mini-Mental State Examination : Thai version (MMSE-Thai 2002). Department of medical services; 1999.
16. Lee NK, Rawson RA. A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Rev* 2008; 27: 309-17.
17. Baker A, Lee NK, Claire M, Lewin TJ, Grant T, Pohlman S, et al. Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction* 2005; 100: 367-78.
18. Jhanjee S. Evidence Based Psychosocial Interventions in Substance Use. *Indian J Psychol Med* 2014; 36: 112-8.

19. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (5):CD008063.
20. Woodhouse R, Neilson M, Martyn-St James M, Glanville J, Hewitt C, Perry AE. Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental health problems: a systematic review and economic appraisal. *Health Justice* 2016; 4: 10.
21. Baker A, Bucci S, Lewin TJ, Kay-Lambkin F, Constable PM, Carr VJ. Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 439-48.