

การพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า

The Development of Care Approaches for Treating Drug Users with Depression

กัญญฤดี ไ้วศิริ , ดาวเรือง จัตตชัย

Kulrudee Ngowsiri , Daoruang Juttuchai

โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

Kosumphisai hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของ ผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า พัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า และ ประเมินผลแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ประชากร คือ ผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะ ซึมเศร้ายกระดับเล็กน้อย-ระดับรุนแรง ทุกวัย ที่อยู่ในพื้นที่ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เครื่องมือที่ใช้คือ แนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) แบบ ประเมินความเครียด (ST-5) และแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) Chi-Square Test และ Paired t-test

ผลการวิจัย ได้รูปแบบการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า กิจกรรม ทั้งหมด มี 8 กิจกรรม จัดลักษณะกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลาครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ จะมีการประเมินหลังการทำกิจกรรมและมีการบ้านทุกครั้งหลังการฝึก พบว่า การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล ผู้มีผลบวกของ การคัดกรองลดลงจาก 24 ราย ร้อยละ 100 เหลือ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.8 ผลเปรียบเทียบการคัดกรอง โรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร่าก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนว ทางการดูแล พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference =6.92, 95%CI 5.77- 8.06, p -value<0.05) การคัดกรองด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) หลังเข้าร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ย คะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference=4.46, 95%CI 3.69-5.23, p -value<0.05) การ คัดกรองด้วยแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองหลังเข้าร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference=-0.78, 95%CI -0.99 ถึง -0.56, p -value <0.05) แต่การคัดกรองด้วย แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาพบว่า หลังผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล มี การเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ผลการคัดกรองซึมเศร้าและความเครียดดีขึ้น จึงควรใช้แนวทางการดูแลนี้ อย่างต่อเนื่อง และเผยแพร่ไปใช้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลอื่นต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ใช้สารเสพติด, ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This research is an action research study aimed at examining the situation of drug users with depression, developing care strategies for treating drug users with depression, and evaluating the effectiveness of these care strategies. The population consists of drug users with depression ranging from mild to severe, all of whom are in the Huakwang sub-district, Kosumphisai district, Maha Sarakham province. The tools used include care strategies for treating drug users with depression, a 2-question (2Q) depression screening, a 9-question (9Q) depression screening, an 8-question (8Q) suicide assessment, a stress assessment (ST-5), and a self-esteem questionnaire scores. The statistics used in data analysis are percentage, mean, standard deviation, Chi-Square Test, and Paired t-test.

The research found that depression screening with 2 questions (2Q) among drug users with depression after participating in the care strategy development program had a positive effect on screening, reducing from 24 to 11 cases, which is 45.8%. The comparison of depression screening with 9 questions (9Q) among drug users with depression before and after participation showed a statistically significant mean score reduction (Mean difference = 6.92, 95%CI 5.77-8.06, p-value<0.05). The stress assessment (ST-5) scores after participation also significantly decreased (Mean difference = 4.46, 95%CI 3.69-5.23, p-value<0.05). The self-esteem questionnaire scores increased significantly after participation (Mean difference = -0.78, 95%CI -0.99 to -0.56, p-value <0.05), but the suicide assessment (8Q) scores before and after participation did not differ significantly.

The study concluded that after drug users with depression participated in the care strategy development program, they experienced increased self-esteem, and improved depression and stress screening results. Therefore, this care approach should be continuously used and disseminated for use in community health-promoting hospitals or other hospitals.

Keywords : Drug user, Depression

บทนำ

โรคจิตจากสารเสพติดนับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยประมาณ 29.5 ล้านคนหรือร้อยละ 0.6 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก กำลังประสบปัญหาจากโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017) และเมื่อพิจารณาสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างปีงบประมาณ 2559-2561 พบว่า ผู้ป่วยติดสารเสพติดมารับบริการสูงสุดเป็นอันดับหนึ่ง มีจำนวน 56,887 คน, 359,257 คน และ 606,014 คนตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี(กรมสุขภาพจิต, 2563) การสำรวจประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบการเกิดภาวะซึมเศร้าตลอดช่วงชีวิตในผู้เสพยาบ้าร้อยละ 41.6 (Conway KP และคณะ, 2006) ในประเทศออสเตรเลียพบว่า ผู้เสพยาเสพติดชนิดยาบ้ามีประวัติซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 79.0 (Hall W และคณะ, 1996) และพบว่าผู้เสพยาเสพติดชนิดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดของประเทศจีนร้อยละ 42.0 มีอาการซึมเศร้า (Bao YP, 2013) ซึ่งการใช้เมทแอมเฟตามีน มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต หรือเรียกว่าเกิด “ภาวะโรคจิตเวชสารเสพติด” ซึ่งเมื่อสารดังกล่าวผ่านเข้าสู่สมอง มีผลทำให้สารสื่อประสาท หรือ สารโดปามีน ในสมองผิดปกติ เกิดอาการทางจิตแบบมีภาวะหวาดระแวง ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด (กรมสุขภาพจิต, 2563) ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้ากับการใช้เสพยาเสพติด ยังไม่มีข้อสรุปถึงทิศทางที่ชัดเจนว่าอาการซึมเศร้า ทำให้มีการใช้ยาบ้าหรืออาการนี้เป็นผลมาจากการใช้ยาบ้า หรือมีความเป็นไปได้ทั้งสองทาง (Sutcliffe CG, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์นี้ เช่น ทฤษฎีการใช้สารเสพติดเพื่อบำบัดตัวเอง (the self-medication hypothesis) อธิบายว่าบุคคลที่มีปัญหาซึมเศร้า มีแนวโน้มจะใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้าเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น (Khantzian M, 1997) และพบว่าอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นหนึ่งของอาการขาดยา (withdrawal syndrome) ในบุคคลที่ได้รับการบำบัดเพื่อเลิกยา (cessation) (Markou A, Kenny PJ, 2002) อีกทั้งการศึกษาพยาธิสรีรวิทยาของระบบประสาท พบว่าสารเสพติดชนิดยาบ้าออกฤทธิ์โดยตรงต่อการควบคุมสารสื่อประสาทชนิดโมโนเอมีนในสมอง ทำให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้าเทียม (pseudodepressive state) ตามมา เช่น มีอารมณ์หดหู่ รู้สึกสิ้นยินดี ขาดแรงจูงใจ กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย การนอนหลับและรับประทานอาหารผิดปกติ เป็นต้น (Bamford NS, 2008) โดยพบว่าอาการซึมเศร้าในผู้ใช้สารเสพติดเกิดจากมีอัตราการเผาผลาญน้ำตาลต่ำกว่าปกติในบริเวณสมองส่วน anterior cingulate และ insular lobe แต่พบการเผาผลาญมากกว่าปกติในสมองส่วน lateral orbital, middle and posterior cingulate, amygdala, ventral striatum และ cerebellum (London ED และคณะ, 2004) อีกทั้งพบว่าคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้เสพยาเสพติด มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอัตราการเผาผลาญน้ำตาลในสมองส่วน limbic เช่น บริเวณ perigenual anterior cingulate gyrus และ amygdala cerebellum (London ED, 2004) บุคคลที่ใช้สารเสพติดซึ่งมีอาการซึมเศร้าหากไม่ได้รับความช่วยเหลือจะทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น บำบัดยาบ้าไม่สำเร็จ การกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ และรุนแรงที่สุดคือนำไปสู่การฆ่าตัวตายตามมา (Glasner-Edwards S, 2009) โดยการศึกษาในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นที่ใช้สารเสพติดซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการในต่างประเทศ มุ่งไปที่ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้เสพยาเสพติดที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า พบว่า ผู้ใช้สารเสพติดเพศหญิงมีอาการซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย (เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ, 2561) อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด การหยุดใช้สารเสพติดได้ และระยะเวลาที่หยุดใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า (Bao YP, 2013) การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน ความถี่ในการใช้สารเสพติด ปริมาณยาที่เสพ และจำนวนครั้งของการกลับมาเสพยา มี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า (เพ็ญพักตร์ อุทิศ และคณะ, 2561) อีกทั้งพบว่าการใช้สารเสพติดหลายชนิดรวมกัน มีความสัมพันธ์อาการซึมเศร้า (Bao YP, 2013)

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีสถิติจำนวนผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ของผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลในคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 3 ปี ย้อนหลัง ในปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน ร้อยละ 10.1, 12.06 และ 12.18 ตามลำดับ (คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลโกสุมพิสัย, 2566) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น ทางผู้วิจัยเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและระดมความคิดจากหน่วยบริการ จึงจัดทำ การพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ของผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลในคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคามขึ้น โดยมุ่งหวังให้เกิดแนวทางการดูแล มีระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพเชื่อมโยงกับเขตสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า
- 2) เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า
- 3) เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา มี 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย-ระดับรุนแรง ทุกราย ที่อยู่ในพื้นที่ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงเวลาการวิจัย

2) กลุ่มผู้ร่วมพัฒนา จำนวน 10 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกบำบัดยาเสพติด จำนวน 2 คน ญาติสายตรงที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้เข้ารับการรักษาพยาบาล จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 2 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวมจำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) คือ ผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย-ระดับรุนแรง ทุกราย ที่อยู่ในพื้นที่ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงเวลาการวิจัยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วย รหัส F15.00-F15.07 และ F3200-F322 ที่สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถอ่าน-เขียนหนังสือได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร

เกณฑ์การยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) 1. มีอาการถอนพิษยาขณะตอบแบบสอบถาม 2. มีอาการทางจิตเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

สถานที่และระยะเวลาดำเนินการ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม และเยี่ยมบ้านผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา สถานการณ์ ทิศทางสังคมและศักยภาพของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า

1. การเตรียมพื้นที่วิจัย โดยจัดการประชุมชี้แจงความเป็นมาของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินงานกับผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม อสม. พยาบาลวิชาชีพคลินิกบำบัดยาเสพติด ผู้นำชุมชน ครอบครัวของผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลในชุมชน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างการวิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้นำชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม อสม. พยาบาลวิชาชีพคลินิกบำบัดยาเสพติด ครอบครัวของผู้เข้ารับการรักษาพยาบาล รวมจำนวน 10 คน จำแนก ดังนี้

2.1 กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

2.1.1 กลุ่มครอบครัวของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ในพื้นที่ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยคัดเลือกผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหา สถานการณ์ และทิศทางสังคม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 2 คน

2.1.2 ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำศาสนา โดยคัดเลือกผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหา สถานการณ์ และทิศทางสังคม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 2 คน

2.1.3 เจ้าหน้าที่ภาครัฐ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 2 คน และ อสม. จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพคลินิกบำบัดยาเสพติด จำนวน 2 คน เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหา สถานการณ์ และทิศทางสังคม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวมจำนวน 6 คน

2.2 การสนทนากลุ่ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้นำชุมชน ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหัวขวาง อสม. พยาบาลวิชาชีพคลินิกบำบัดยาเสพติด ครอบครัวของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหา สถานการณ์ และทิศทางสังคม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวมจำนวน 10 คน โดยประเด็นในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2.2.1 ศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหา สถานการณ์ ทิศทางสังคมและศักยภาพของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า 2.2.2 สถานการณ์การใช้สารเสพติดของชุมชนในอดีตและปัจจุบันทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ 2.2.3 ปัจจัย/เงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดและโรคซึมเศร้า 2.2.4 ศักยภาพของชุมชนของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า 2.2.5 แนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า

2.3 กลุ่มที่ทำการศึกษาการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ทุกวัยที่อยู่ในพื้นที่ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การยกร่างรูปแบบฯ ผู้วิจัยนำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและข้อมูลจากการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 1 มายกร่างเป็นการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า

2. กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการประชุมแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ครอบครัวผู้เข้ารับการรักษาเสพติดในพื้นที่ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้ 2.1 การคืนข้อมูลสู่ชุมชน ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลจากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 ต่อที่ประชุม ในศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุ เข้าใจปัญหาเชิงประจักษ์และเติมเต็มข้อมูลให้สมบูรณ์ และเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการให้ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบฯที่ผู้วิจัยนำเสนอ 2.2 ผู้วิจัยนำเสนอการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ที่ประชุมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนและ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการแสดงความคิดเห็นมาปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้มีความสมบูรณ์ โดยจะประกอบไปด้วยขั้นตอนและกิจกรรมที่จะปฏิบัติต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การนำพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ทุกรายในพื้นที่ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ ตลอดจนปัญหาอุปสรรครวมทั้งข้อเสนอแนะแนวทางที่พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 นำผลจากการวิเคราะห์ทางสถิติ เรื่องการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า มาปรับปรุงแก้ไขและเขียนรายงานการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือให้การทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งใช้แนวคิดทฤษฎีของลาซาร์สและโพล์คแมน ในการช่วยผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองในการประเมินเหตุการณ์ให้ลดความรุนแรงลงและเพิ่มแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการเผชิญปัญหาผ่านกลไก 4 ประการ คือ 1. การปรับความคิด (Cognitive therapy) 2. การปรับพฤติกรรม (Behavioral therapy) 3. การกระตุ้นเชิงพฤติกรรม (Behavioral activation) และ 4. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) กิจกรรมในโปรแกรมนี้ผู้วิจัย ดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ กิจกรรมทั้งหมด มี 8 กิจกรรม จัดลักษณะกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลาครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ โดยกิจกรรมแต่ละครั้งจะให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมด้วยทุกครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า สัปดาห์ที่ 2 การเห็นคุณค่าในตัวเอง สัปดาห์ที่ 3 การเผชิญความเครียด มุ่งจัดการปัญหา โดยใช้ความสามารถตนเอง สัปดาห์ที่ 4 ความเข้มแข็งของครอบครัว สัปดาห์ที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม/เพื่อน สัปดาห์ที่ 6 พลังต้านการเสพยา สัปดาห์ที่ 7 การเปลี่ยนทัศนคติ/วิธีคิด สัปดาห์ที่ 8 จิตบำบัดแบบปรับพฤติกรรมมีการประเมินหลังการทำกิจกรรมและมีการบ้านทุกครั้งหลังการฝึก

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับกิจกรรมของโปรแกรม (Index of item – objective congruence [IOC]) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ แพทย์เฉพาะทางจิตเวช/ยาเสพติด และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช/ยาเสพติด รพ.โกสุมพิสัย โดยค่า IOC ของแต่ละกิจกรรมเท่ากับ 0.67-1 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ที่ 0.5

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อใช้เก็บข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติการเจ็บป่วย 2) แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง ของบิงอร์ สุปรีดา ที่ดัดแปลงจากนาคยา วงศ์สถิตย์ (2532) ซึ่งแปลมาจาก Coopersmith Self Esteem Inventory Adult Form (1984) เป็นแบบสอบถามการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้าน

ทั่วไป ด้านครอบครัวและด้านสังคม ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้เสพติดยาบ้า ได้ทดลองใช้กับผู้เสพติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจอมทองโรงพยาบาลสันป่าตอง และศูนย์บำบัดรักษาเสพติดยาจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.813) แบบสอบถามวัดภาวะสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 3.1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ 3.2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ 3.3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ 3.4) แบบประเมินความเครียด (ST-5) จำนวน 5 ข้อ 4) แบบบันทึกการใช้ยาของผู้ใช้สารเสพติดยาที่มีภาวะซึมเศร้า ของศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลหัวขวาง อำเภอโกสัมพีนัย จังหวัดมหาสารคาม

3. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ภาครัฐ พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหัวขวาง อสม. พยาบาลวิชาชีพคลินิกบำบัดยาเสพติดยา ครอบครัวของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดยาในชุมชน เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบริบทชุมชน สภาพปัญหา แนวทางการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่ใช้สารเสพติดยา และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการปัญหาการใช้ยาเสพติดยาในหลากหลายมุมมองตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

4. การใช้เทคนิค SWOT Analysis ระดมสมองกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของการดำเนินงาน และ การใช้เทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control: AIC) เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาการใช้ยาเสพติดยา

5. การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 4 วิธี ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยจะเชิญผู้ให้ข้อมูลทุกคนเข้าร่วมเวทีอภิปรายกลุ่ม เพื่อนำเสนอข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์และเรียบเรียงข้อมูลเป็นข้อความเชิงพรรณนาแล้ว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมเวทีได้อภิปรายแสดงความคิดเห็น วิพากษ์วิจารณ์ผลการศึกษาและเติมเต็มข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) Chi-Square Test และ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลโกสัมพีนัย เลขที่ 06/2566 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูล ว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลเสียต่อการรักษา จากนั้นให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ หากเข้ายินดีเข้าร่วมจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารความยินยอม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกปกปิด จะมีการเข้ารหัสเป็นตัวเลขแทนที่จะเป็นชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในตู้เก็บเอกสารที่ล็อกไว้ในห้องทำงานของผู้วิจัย เอกสารจะถูกทำลายหลังจากเผยแพร่บทความวิจัยเป็นเวลาสามปี และการรายงานผลการวิจัยจะรายงานผลเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า

1.1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย-ระดับรุนแรงทั้งหมด 24 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.80 เป็นเพศหญิง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.20 มีอายุเฉลี่ย 32.21 ปี (SD=9.67) ระยะเวลาการใช้สารเสพติดเฉลี่ย 13.46 ปี (SD=9.13) อายุที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกเฉลี่ย 18.75 ปี (SD=6.26) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 50 รองลงมาคือสมรส ร้อยละ 37.50 ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาปีที่3 ร้อยละ 41.70 รองลงมาจบชั้นประถมศึกษาปีที่6 ร้อยละ 29.20 มีอาชีพทำนาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 29.20 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5001-10000 บาท ร้อยละ 58.30 รองลงมาคือไม่มีรายได้ ร้อยละ 16.70 ส่วนใหญ่เข้ารับคำปรึกษา 8 ครั้ง ร้อยละ 62.50 รองลงมาคือ 9 ครั้ง ร้อยละ 29.20 มีการดื่มสุราร่วมด้วย ร้อยละ 50 บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือส่วนใหญ่คือมารดา และมารดาคู่กับบิดา ร้อยละ 20.80 ความสัมพันธ์ของบิดาและมารดาผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือบิดาเสียชีวิต ร้อยละ 33.3 ความสัมพันธ์ของผู้ใช้สารเสพติดกับบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันไม่ราบรื่น ร้อยละ 50 รองลงมาคือราบรื่น ร้อยละ 41.70 สาเหตุที่ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่คืออยากลอง ร้อยละ 41.70 รองลงมาคือเพื่อนชวน และเพื่อนชวนคู่กับอยากลอง ร้อยละ 20.8 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 และใช้สารเสพติดชนิดยาบ้า ร้อยละ 100 ผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้ามีภาวะแทรกซ้อนคือหูแว่วเห็นภาพหลอนทั้งหมด 5 ราย ร้อยละ 20.80 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 19 ราย ร้อยละ 79.20 ได้รับยาซึมเศร้า 3 ราย ร้อยละ 12.50 ไม่ได้รับยาซึมเศร้า 21 ราย ร้อยละ 87.50 ได้รับยาระงับอาการทางจิต 5 ราย ร้อยละ 20.80 ไม่ได้รับยาระงับอาการทางจิต 19 ราย ร้อยละ 79.20

1.2 ผลการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนและการได้รับยาของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ดื่มสุราและไม่ดื่มสุรา พบว่า ผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าวรร่วมกับดื่มสุรา มีภาวะแทรกซ้อน 5 ราย ร้อยละ 41.7 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 7 ราย ร้อยละ 58.3 ผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่ดื่มสุรา มีภาวะแทรกซ้อน 0 ราย ร้อยละ 0 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 12 ราย ร้อยละ 100 ผลการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าวรร่วมกับดื่มสุรามีความแตกต่างกันกับไม่ดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=6.316, P<.05$)

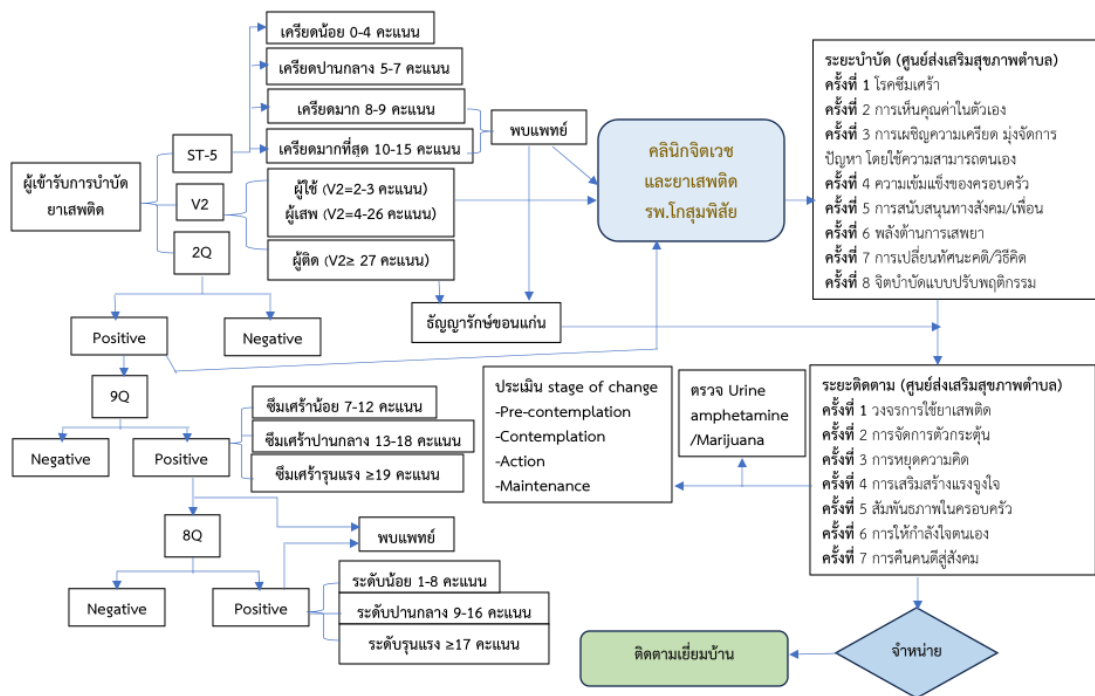
ผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าวรร่วมกับดื่มสุรา ได้รับยาซึมเศร้า 1 ราย ร้อยละ 8.3 ไม่ได้รับยาซึมเศร้า 11 ราย ร้อยละ 91.7 ผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่ดื่มสุรา ได้รับยาซึมเศร้า 2 ราย ร้อยละ 16.7 ไม่ได้รับยาซึมเศร้า 10 ราย ร้อยละ 83.3 ผลการเปรียบเทียบการได้รับยาซึมเศร้าผู้ดื่มสุราไม่แตกต่างกับไม่ดื่มสุรา

ผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าวรร่วมกับดื่มสุรา ได้รับยาระงับอาการทางจิต 5 ราย ร้อยละ 41.7 ไม่ได้รับยาซึมเศร้า 7 ราย ร้อยละ 58.3 ผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่ดื่มสุรา ได้รับยาระงับอาการทางจิต 0 ราย ร้อยละ 0 ไม่ได้รับยาซึมเศร้า 12 ราย ร้อยละ 100 ผลการเปรียบเทียบการได้รับยาระงับอาการทางจิตของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าวรร่วมกับดื่มสุรามีความแตกต่างกันกับไม่ดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=6.316, P<.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนและการได้รับยาของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีการดื่มสุราร่วมด้วย

การดื่มสุรา	ดื่ม	ไม่ดื่ม	χ^2	P
	n(%)	n (%)		
1.ภาวะแทรกซ้อน			6.316	.012*
มี	5(41.7)	0(0)		
ไม่มี	7(58.3)	12(100)		
2.ได้รับยาซึมเศร้า			.381	.537
ได้รับ	1(8.3)	2(16.7)		
ไม่ได้รับ	11(91.7)	10(83.3)		
3.ได้รับยาระงับอาการทางจิต			6.316	.012*
ได้รับ	5(41.7)	0(0)		
ไม่ได้รับ	7(58.3)	12(100)		

2. แนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การคัดกรองเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา หลังจากนั้นดำเนินการบำบัดโดยลักษณะกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลาครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ และติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชนเพื่อติดตามประเมินเพื่อคืนคนดีสู่สังคม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า

3. ประเมินผลแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า

3.1. ผลการศึกษาการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม(2Q) ของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล พบว่า ผลการศึกษาการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม(2Q) ของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล ผล positive 24 ราย ร้อยละ 100 ผล Negative 0 ราย ร้อยละ 0 ผลการศึกษาการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม(2Q) ของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล ผล positive 11 ราย ร้อยละ 45.8 ผล Negative 13 ราย ร้อยละ 54.2

3.2 ผลการเปรียบเทียบการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) การประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม(8Q) การประเมินความเครียด(ST-5) และการสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล

การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม(9Q) ก่อนเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 10.83 คะแนน SD 3.80 หลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล มีคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 3.91 คะแนน SD 2.01 เมื่อเปรียบเทียบการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม(9Q) ของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล มีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences=6.92 ,95%CI 5.77-8.06 ,P <.05)

การคัดกรองด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ก่อนเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 0.33 คะแนน SD 1.05 หลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล มีคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 0.00 คะแนน SD 0.00 เมื่อเปรียบเทียบการคัดกรองด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล มีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงไม่แตกต่างกัน (Mean differences=0.33 ,95%CI -0.11-0.78 ,P >.05)

การคัดกรองด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) ก่อนเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 8.08 คะแนน SD 2.08 หลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล มีคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 3.63 คะแนน SD 0.86 เมื่อเปรียบเทียบการคัดกรองด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) ของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล มีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences=4.46 ,95%CI 3.69-5.23 ,P <.05)

ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ก่อนเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล มีคะแนนเฉลี่ย 2.88 คะแนน SD 0.58 หลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.67 คะแนน SD 0.37 เมื่อเปรียบเทียบการคัดกรองด้วยแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences=-0.78 ,95%CI -0.99 ถึง -0.56 ,P <.05) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม(9Q) การประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม(8Q) การประเมินความเครียด(ST-5) และการสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล

แบบคัดกรอง	ก่อนรับการดูแล	หลังรับการดูแล	Mean differences	95%CI		P
	mean±SD	mean±SD		Lower	Upper	
1.แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)	10.83±3.80	3.91±2.01	6.92	5.77	8.06	.000*
2.แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)	0.33±1.05	0.00±0.00	0.33	-0.11	0.78	0.133
3.แบบประเมินความเครียด (ST-5)	8.08±2.08	3.63±0.86	4.46	3.69	5.23	.000*
4.แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง	2.88±0.58	3.67±0.37	-0.78	-0.99	-0.56	.000*

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพในการบำบัด ซึ่งความสำเร็จเกิดขึ้นจากการสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ และร่วมลงมือปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพภายใต้การวิเคราะห์สถานการณ์ทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า เริ่มตั้งแต่การมองเห็นปัญหาาร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) และการสนทนากลุ่ม (focus group) แล้วมีการนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาเป็นข้อมูลเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา และกำหนดเป้าหมายที่ต้องการพัฒนาเกิดเป็นแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า

ทั้งนี้เนื่องจากแนวทางทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ที่พัฒนาขึ้นนี้มีการกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมดูแลผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น โดยสมาชิกทีมสหสาขาวิชาชีพและญาติจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ภายใต้บทบาทของตนเอง อีกทั้งมีการสนับสนุนและติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานงานหลักและทีมพัฒนา นอกจากนี้ยังมีการจัดระบบบริการโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลประเมินความรุนแรงของโรค ความเสี่ยง ประเมินสภาวะ วางแผนการดูแลและประสานทีมในการดูแลร่วมกันตามสภาพปัญหาผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ดำเนินการประสานงานส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องทั้งในระดับโรงพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชน ให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า และญาติ

แนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม จัดลักษณะกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลาครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ โดยกิจกรรมแต่ละครั้งจะให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมด้วยทุกครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า สัปดาห์ที่ 2 การเห็นคุณค่าในตัวเอง สัปดาห์ที่ 3 การเผชิญความเครียด มุ่งจัดการปัญหา โดยใช้ความสามารถตนเอง สัปดาห์ที่ 4

ความเข้มแข็งของครอบครัว สัปดาห์ที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม/เพื่อน สัปดาห์ที่ 6 พลังด้านการเสพยา สัปดาห์ที่ 7 การเปลี่ยนทัศนคติ/วิธีคิด สัปดาห์ที่ 8 จัดบำบัดแบบปรับพฤติกรรม จะมีการประเมินหลังการทำกิจกรรมและมีการบ้านทุกครั้งหลังการฝึก หลังการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบการได้รับยาซึมเศร้าพบว่าผู้ที่ดื่มสุราร่วมด้วยไม่แตกต่างกับไม่ดื่มสุรา แต่ภาวะแทรกซ้อนและการได้รับยาระงับอาการทางจิตของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศราร่วมกับดื่มสุรามีความแตกต่างกันกับไม่ดื่มสุร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล ผู้มีผลบวกของการคัดกรอง ลดลงจาก 24 ราย ร้อยละ 100 เหลือ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.8 ผลเปรียบเทียบการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ของผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร่าก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาแนวทางการดูแล พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การคัดกรองด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) หลังเข้าร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การคัดกรองด้วยแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองหลังเข้าร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การคัดกรองด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณษา พูลพิพัฒน์, อังคินันท์ อินทรกำแหง, สุภาพร ณะชานันท์ (2556) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม กับเวลา พบว่า มีความแตกต่างของภาวะซึมเศร่ากับระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2) ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีภาวะซึมเศร่า ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯกับระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯกับระยะติดตามผลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีภาวะซึมเศร่าที่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมกับระยะติดตามผล พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 4) ไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร่าระหว่างเพศชายและเพศหญิงในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมและระยะติดตามผล

ข้อเสนอแนะ

- 1.แนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร่าได้ผลลัพธ์ที่ดี แต่ต้องใช้เวลาในการบำบัดทั้งสองกลุ่มคือผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร่าและญาติผู้ดูแล ผ่านทีมเยี่ยมบ้านสหวิชาชีพ หัวหน้าส่วนราชการ และชุมชน ในรูปแบบระบบสุขภาพอำเภอเป็นกลไกขับเคลื่อน
- 2.การส่งเสริมสุขภาพจิตควรมีการดูแลในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดควบคู่กันไปด้วย
- 3.ควรศึกษาเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้างเคียงเพื่อให้ทราบความแตกต่างของการดำเนินงานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
- 4.ควรศึกษาและพัฒนารูปแบบต่อไปในระยะเวลาเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี : พรอสเพอริสพลัส.
เพ็ญพักตร์ อุทิศ, สุนิศา สุขตระกูล, กงจักร สอนลา, และมะลิ แสงผล. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(6), 965-977.

- สุพรรณษา พูลพิพัฒน์, อังคิณันท์ อินทรกำแหง, และสุภาพร ณะชานันท์. (2556). ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนา*, 5(1), 241-254.
- Bao YP, Qiu Y, Yan SY, Jia ZJ, Li SX, Lian Z, et al. *Pattern of drug use and depressive symptoms amongamphetamine type stimulants users in Beijing and Guangdong province, China*. PLOS ONE [Internet]. 2013 [cited 2023 Aug 10];8:e60544. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3621819/pdf/pone.0060544.pdf>
- Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. (2006). Life-time comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 67, 247-57.
- Glasner-Edwards S, Marinelli-Casey P, Hillhouse M, Ang A, Mooney LJ, Rawson R. (2009). Depression among meth-amphetamine users: association with outcomes from the Methamphetamine Treatment Project at 3-year follow-up. *J Nerv Ment Dis*, 197, 225-31.
- Hall W, Hando J, Darke S, Ross J. (1996). Psychological morbidity and route of administration among amphetamine users in Sydney, Australia. *Addiction*, 91, 81-7.
- Khantzian M. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-44.
- London ED, Simon SL, Berman SM, Mandelkern MA, Lichtman AM, Bramen J, et al. (2004). Mood disturbances and regional cerebral metabolic abnormalities in recently abstinent methamphetamine abusers. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 73-84.
- Markou A, Kenny PJ. (2002). Neuroadaptations to chronic exposure to drugs of abuse: relevance to depressive symptomatology seen across psychiatric diagnostic categories. *Neurotox Res*, 4, 297-313.
- Sutcliffe CG, German D, Sirirojorn B, Latkin C, Aramrattana A, Sherman SG, et al. (2009). Patterns of methamphetamine use and symptoms of depression among young adults in northern Thailand. *Drug Alcohol Depend*, 101, 146-51.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). 29.5 million people globally suffer from drug use disorders, opioids the most harmful. Retrieved January 19, 2023. From <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.htm>