

การพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน
Development of a nursing model for drug patients at home, home ward
(Received: March 11,2025 ; Revised: March 17,2025 ; Accepted: March 20,2025)

สำเนา นิลบรรพ์¹ สุดารัตน์ อรัญญา² นันทา ชัยพิชิตพันธ์³ สุวพร แผลมภู⁴
Sumnao Nilaban¹, Sudarat Arunya², Nanta Chaipichitpan³, Suwaporn Leampoo⁴

บทคัดย่อ

การศึกษานี้วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ถึงกันยายน 2567 กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่งานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่บ้าน (home ward) จำนวน 414 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 4 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ชุดที่ 2-3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการ และชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือนในแต่ละปีด้วยสถิติ Chi-square test การคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี ด้วยสถิติ Fisher's exact test ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยสถิติ repeated measure ANOVA และคุณภาพชีวิตด้วยสถิติ independent t-test

ผลการศึกษา 1) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (home ward) ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้านมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะบำบัดยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตาม โดยใช้ระบบการพยาบาลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) 2) ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน ในระยะเวลา 3 ปี (ปี 2565–2567) พบว่า การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน (readmission) ลดลง ร้อยละ 14.74, 12.50 และ 3.85 ตามลำดับ และปี 2566–2567 ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (retention) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 93.83 และ 96.25 ตามลำดับ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับในระดับมากที่สุด รวมทั้งผู้ป่วยยาและสารเสพติดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการและคุณภาพชีวิตในแต่ละปีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี และความพึงพอใจของครอบครัวต่อการบริการทั้ง 3 ปี ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ผู้ป่วยยาเสพติด

Abstract

This study aimed to develop and study the effects of a nursing model for the rehabilitation of individuals with substance use disorders at home, home ward. The study was conducted from January 2022, to September 2024. The target group for this study consisted of 414 individuals with substance use disorders. There are 4 sets of instruments used in the study: Set 1, general information recording form, Set 2-3, patient and family satisfaction with the service, and Set 4: Quality of Life Questionnaire. Data was analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, comparing to readmissions for inpatient treatment within 3 months by Chi-square test, remaining in the follow-up system for 1 year by Fisher's exact test, Patient satisfaction and family satisfaction with services by repeated measure ANOVA, and quality of life by independent t-test.

Results : 1) The nursing model for drug patients at home (home ward) consists of a multidisciplinary team. Home ward for drug addicts has 3 phases: drug treatment phase, rehabilitation phase, and follow-up period using

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

Corresponding author, E-mail: nilabansumnao@gmail.com

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราช

³ ที่ปรึกษา สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ (ข้าราชการบำนาญ)

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

a nursing system with case management. 2) Results of the home ward nursing model for drug patients over a 3-year period (2022–2024) found that readmissions for inpatient treatment within 3 months decreased by 14.74, 12.50, and 3.85 percent, respectively, and in 2023–2024, patients remaining in the follow-up system for 1 year (retention) increased by 93.83 and 96.25 percent, respectively. Patients and their families were satisfied with the services they received at high and the highest level including overall quality of life of such patients was at a good level comparing to readmissions for inpatient treatment within 3 months. Patient satisfaction with services and quality of life in each year were significantly different at the .05 level, however, retention rate in the follow-up system for 1 year and family satisfaction with services for all 3 years were no different

Key word: Nursing Model, Home ward, drug-addicted patient

บทนำ

ยาและสารเสพติดก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ จากรายงานปัญหาสารเสพติดโลก พบว่าในปี ค.ศ. 2023 มีประชากร 292 ล้านคนทั่วโลกเกี่ยวข้องกับยาเสพติดผิดกฎหมายมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ใน 10 ปีที่ผ่านมา ยาและสารเสพติดที่นิยมใช้กันทั่วโลก 3 อันดับแรกคือ กัญชา (cannabis) ฝิ่น/อนุพันธ์ของฝิ่น (opioids/opiated) และแอมเฟตามีน (amphetamine) โดยประมาณการผู้ใช้กัญชาทั่วโลกจำนวน 228 ล้านคน ผู้ใช้ฝิ่น/อนุพันธ์ของฝิ่น จำนวน 60 ล้านคน และผู้ใช้แอมเฟตามีน จำนวน 30 ล้านคน ทั้งนี้ผู้ใช้อยาและสารเสพติดที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพติด (drug use disorder) มีจำนวน 64 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ในห้าปีที่ผ่านมา โดยในกลุ่มนี้มีโอกาสเข้ารับการรักษาเพียง 1 คนใน 11 คน เท่านั้น¹ สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดปี พ.ศ. 2562 รายงานว่า ผู้ที่มีประสบการณ์ “เคยใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง” ซึ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติดมีจำนวนประมาณ 3,749,618 คน คิดเป็นอัตราส่วน 74.56 ต่อ 1,000 ของประชากรอายุ 12–65 ปี ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้ยาและสารเสพติด “30 วันก่อนสัมภาษณ์” มีจำนวนมากถึง 1,318,016 คน คิดเป็นสัดส่วน 26.21 ต่อ 1,000 ประชากร โดยเป็นผู้ใช้สารเสพติดประเภทยาบ้ามากที่สุด ในอัตราส่วน 31.91 ต่อ 1,000 ประชากร² สอดคล้องกับสถิติผู้เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้

ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) กรมการแพทย์ ปีงบประมาณ 2565–2567 มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 6,106 ราย เป็น 7,139 และ 7,344 ราย ตามลำดับ โดยในปี 2567 มีจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 55.72 และบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 44.28³ จากการทบทวน พบว่า ผู้ป่วยเสพติดส่วนใหญ่เมื่อผ่านการบำบัดในระยะบำบัดด้วยยามักปฏิเสธการเข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีเพียงร้อยละ 30-38 เท่านั้นที่ยินยอมเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพภายในโรงพยาบาล โดยให้เหตุผลว่าตนเองเป็นเสาหลักของครอบครัวต้องกลับไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัว มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ยังไม่พร้อมที่จะเข้ารับการรักษาฟื้นฟูฯ เป็นระยะเวลานาน ๆ หรือให้เหตุผลว่า ตนเองไม่มีอาการถอนพิษยาเสพติด แข็งแรงดีแล้วขอกลับไปรักษาตัวที่บ้าน เป็นต้น

ในช่วงปี 2562–2564 โลกเกิดวิกฤติ COVID-19 ผู้คนเจ็บป่วยล้มตาย โรงพยาบาลทุกประเทศทั่วโลกไม่มีเตียงเพียงพอในการรองรับผู้ป่วย ประเทศไทยเช่นเดียวกันจำนวนเตียงในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนามไม่เพียงพอ วงการสาธารณสุขจึงเกิดแนวคิด home isolation ขึ้น โดยเน้นให้ผู้ป่วยกักตัวและรับการรักษาอยู่ที่บ้าน หากอาการไม่ดีขึ้นให้มาตรวจซ้ำ ในบางพื้นที่มีการพัฒนา home isolation โดยเพิ่มระบบการดูแลผู้ป่วย อาทิ มีระบบส่งยา ส่งอาหาร พัฒนาระบบการตรวจรักษา สอบถามและบันทึกอาการ ด้วยการติดต่อสื่อสารผ่านโทรศัพท์มือถือและโทรศัพท์ภาพ (video calling) ต่อมาได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วย home isolation ให้มี

การบริหารจัดการคล้ายหอผู้ป่วย แตกต่างกันที่ผู้ป่วยยังคงอาศัยอยู่ในบ้าน มีแพทย์ตรวจอาการ พยาบาลทำหน้าที่ให้คำปรึกษา สอบถามอาการ ให้สุขศึกษา และตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผ่านทางโทรศัพท์หรือโทรศัพท์ภาพ เรียกการบริการนี้ว่า “Home ward” นับเป็นช่องทางบริหารจัดการทรัพยากร และเป็นแนวทางการแก้ปัญหาเตียงเต็มได้เป็นอย่างดี ปัจจุบัน home ward หมายถึง การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยตัวผู้ป่วยพักอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นการดูแลที่มีมาตรฐานเทียบเคียงได้กับการดูแลให้การพยาบาลในโรงพยาบาล (In Patient Department; IPD) ให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษาของแต่ละวิชาชีพ โดยอาศัยความร่วมมือจากญาติหรือผู้ดูแล (care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยและสื่อสารกับทีมแพทย์⁴

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) เป็นกระบวนการดูแลสุขภาพซึ่งนักวิชาชีพจะช่วยพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วย โดยการประสานและบูรณาการสนับสนุนการบริการผู้ป่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพและด้านจิตสังคม⁵ มีการนำแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อม⁶⁻⁷ ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชและยาเสพติด⁸⁻⁹ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹⁰ เป็นต้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการพยาบาล โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (nurse case manager) และเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพในการประเมินปัญหา การวางแผน การจัดการดูแล การประเมินผล และติดตาม เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายคือการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลดการทำงานแบบแยกส่วน ลดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย ลดอัตราการกลับมารักษาและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความพึงพอใจในระบบการพยาบาล รวมถึงระบบการส่งต่อระหว่างชุมชน เพื่อส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วย

กลับไปพักรักษาตัวภายหลังการรักษาตัวในโรงพยาบาล ก่อให้เกิดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

สยบช. เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ได้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัสรูปแบบ home isolation ภายหลังจากที่เสร็จสิ้นภาระกิจการดูแลผู้ป่วยโควิดแล้ว ได้เปิดให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามภารกิจเดิม ซึ่งในระยะแรกยังไม่สามารถเปิดให้บริการได้เต็มกำลัง ประกอบกับผู้ป่วยยาเสพติดส่วนหนึ่งไม่จำเป็นต้องรับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นแต่ปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมักเกิดความขัดแย้งกับครอบครัวที่ต้องการให้ผู้ยอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้พ้นจากสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงไปเสพยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการมากยิ่งขึ้น และได้รับการรักษาโดยพักอาศัยอยู่ที่บ้านที่มีความสะดวกสบาย สยบช. ในฐานะที่เป็นสถาบันหลักมีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดรวมถึงมีบทบาทเชิงวิชาการด้านการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย สร้างนวัตกรรม ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูฯ คณะผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาลภารกิจด้านการพยาบาล สยบช. มีบทบาทหน้าที่ในการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนางานวิชาการด้านการพยาบาล และถ่ายทอดองค์ความรู้ รวมถึงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน จึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (home ward) ขึ้น โดยมี

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA)¹¹ ซึ่งพัฒนาโดย Edwards W. Deming เรียกว่าวงจรนี้ว่า “วงจร

Deming” ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน (Check) และการปรับปรุง (Act) กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยและสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาในรูปแบบ home ward สบายช. ในระหว่างปี 2565-2567 จำนวน 414 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือในการศึกษา มี 4 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ซึ่งคณะผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 ข้อมูลการเสพยาเสพติด ชุดที่ 2-3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)¹² ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน มีข้อความทั้งหมด 17 ข้อ มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1-1.50 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 มีความพึงพอใจน้อย ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 มีความพึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 มีความพึงพอใจมาก และค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 มีความพึงพอใจมากที่สุด¹³ นำแบบสอบถามมาใช้ในผู้ป่วยยาเสพติด ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ .781 ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวต่อการบริการ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .881 ชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ของกรมสุขภาพจิต¹⁴ ซึ่งพัฒนาโดยแปลเป็นภาษาไทย ผ่านการการทดสอบและนำมาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐาน มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ แปลผลโดยกำหนดเป็นค่าเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1-2.33 หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง และค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี ซึ่งได้นำแบบสอบถาม

คุณภาพชีวิตมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.923¹⁵

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งการดำเนินการออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษานำร่อง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้านที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในสถานการณ์จริง และหาข้อบกพร่อง ปัญหา อุปสรรค มาปรับปรุงแก้ไขให้สามารถนำรูปแบบการพยาบาลไปทดลองกับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นการวางแผน (Plan) ทีมงานวิชาการของสถาบันฯ ซึ่งผู้ศึกษาเป็นหนึ่งในทีมงาน มีการประชุมวางแผนการจัดบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดภายหลังสถานการณ์โควิดเบาบางลง ได้วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา ที่หอผู้ป่วยบางหอถูกปิดลง ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟู รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนกฎหมายยาเสพติดที่ยึดผู้เสพยาเป็นผู้ป่วย ยกเลิกการบำบัดในระบบบังคับบำบัด ส่งผลให้มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพน้อยลง และวิเคราะห์ต้นทุนการบำบัด พบว่า ต้นทุนการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ทีมได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมการบำบัดรูปแบบ home ward หรือในบางประเทศเรียกว่า care@home สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเลิกเสพยาได้ภายใน 6 เดือนหลังเข้ารับการรักษาร้อยละ 78 และร้อยละ 95 รายงานว่า ครอบครัวผู้ผ่านการบำบัดมีสัมพันธภาพดีขึ้น¹⁶ มีความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการลดการตีตรา ให้การดูแลเป็นรายบุคคล มีสิ่งแวดล้อมที่เป็นบ้านส่งผลให้การบำบัดมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และความเครียดในขณะที่บำบัด ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น โดยนำเทคโนโลยีมาช่วยให้การทำงานสะดวกมากขึ้น องค์ประกอบในการบำบัด ได้แก่ การบำบัดด้วยยา (medical detoxification) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) และการบริการสนับสนุน (service support) โดยใช้ระบบการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี¹⁷ อีกทั้งยังมีประสบการณ์ในการดำเนินงาน home

isolation จึงมีมติเห็นว่าควรนำรูปแบบนี้มาพัฒนา เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ได้วางแผน การดำเนินงาน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการติดยาเสพติดไม่รุนแรง ไม่ จำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีอาการทาง จิต และสามารถสื่อสารผ่านทางอินเทอร์เน็ตได้ คัดเลือกผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกให้ เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดยแพทย์ตรวจ รักษา และให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ คลินิก พิเศษการบำบัดผู้ป่วยด้วยโปรแกรมเมทริกซ์ (Matrix program) ดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินอาการขาดยา (withdrawal symptoms) ให้ คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหา ให้ คำแนะนำเพื่อช่วยให้หยุด/เลิกยาและสารเสพติด ผ่านทาง application line และโทรศัพท์ โดยใน 2 สัปดาห์แรกจะโทรศัพท์ติดตามประเมินอาการขาดยา ทุกวัน สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ติดตามประเมินอาการ สัปดาห์ละ 2 วัน

ขั้นปฏิบัติ (Do) นำไปทดลองใช้ในเดือน มกราคม 2565 กับผู้ป่วยจำนวน 3 คน เป็นผู้ป่วย สุรา 1 คน ผู้ป่วยเสพยาบ้า 1 คน และผู้ป่วยเสพ ติดยา 1 คน

ขั้นตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน (Check) ประเมินผลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในประเด็นความ พึงพอใจต่อการให้บริการและการเสพยาเสพติด พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ ด้วยวิธีนี้ เนื่องจากไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง และไม่ ขาดงาน ผู้ป่วยเสพติดยาสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ส่วนผู้ป่วยสุราและยาบ้าลดปริมาณการเสพได้ทั้งสอง ราย ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยไม่สะดวกพูดคุยกับ พยาบาลในช่วงเวลากลางวัน เนื่องจากต้องทำงาน บางรายสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ทำให้การ พูดคุยไม่ต่อเนื่อง รวมถึงพยาบาลผู้ปฏิบัติซึ่งมีภาระ งานประจำที่คลินิกและไม่พร้อมที่จะติดต่อกับผู้ป่วย ในช่วงนอกเวลาราชการ

ขั้นการปรับปรุง (Act) นำผลการดำเนินการ มาเสนอในที่ทีมงาน และร่วมกันพิจารณาปรับปรุง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน

ขั้นการวางแผน (Plan) ทีมงานวิชาการร่วมกัน พิจารณาปรับปรุง ได้ร่างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย ยาเสพติดในที่บ้าน และวางแผนการดำเนินงานใน วงรอบที่ 1 ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะทำงาน care @ home ขึ้น ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคม สงเคราะห์ ซึ่งผู้ศึกษาได้ร่วมเป็นคณะทำงานและ ได้รับมอบหมายให้ดำเนินงานด้านวิชาการ

2. กำหนดเกณฑ์ การคัดเข้า (inclusion criteria) ให้มีความชัดเจน ดังนี้ 1) ผู้ป่วยนอกที่มี ความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ ขาดความพร้อมในการอยู่รับการบำบัดภายใน โรงพยาบาล 2) ผู้ป่วยในระยะบำบัดยาที่ต้องการลด จำนวนวันนอน ต้องการกลับไปรักษาตัวที่บ้านโดย เป็นกลุ่มผู้ป่วยในรหัสโรค F10-F19 ตามการประเมิน ICD-10 3) เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่มีอาการขาดยา (withdrawal symptoms) หรือมีอาการขาด ยาเสพติดอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 4) มีโรค แพทย์ซ่อนทางกายและจิตเวชที่ไม่รุนแรง หากมี อาการทางจิตต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบ ไม่มีหูแว่ว ประสาทหลอน และไม่มีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรง (SMI-V) และ 5) บุคคลในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

3. พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ในที่บ้าน โดยดำเนินการใน 3 ระยะ

3.1 ระยะบำบัดด้วยยา ใช้เวลา 2-4 สัปดาห์ กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ประเมินอาการขาดยา และอาการอยากยา ให้การประคับประคองทางจิตใจ แก่ปัญหาเป็นรายบุคคล ทำกิจกรรมสุขศึกษา และ สุขภาพจิตศึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด โรคที่ เกิดจากยาเสพติด การรับประทานยา โดย 2 สัปดาห์ แรก จะติดต่อบุคคลทุกวัน สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ติดต่อบุคคล สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

3.2 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้เวลา 3-4 เดือน กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย การเสริมสร้าง แรงจูงใจ (Motivational Interviewing; MI) ทักษะ

ป้องกันการกลับไปเสพยา การจัดการชีวิต และการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

3.3 ระยะติดตาม ส่งผู้ป่วยเข้าระบบการติดตามของสถาบันฯ โดยงานติดตามการรักษา กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์

มีกิจกรรมสำหรับครอบครัว โดยการให้ความรู้และคำแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด และการรับประทานยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่รับจากแผนกผู้ป่วยนอก จะเริ่มให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะบำบัดยา หากเป็นผู้ป่วยในจะเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากผ่านการบำบัดในระยะบำบัดยามาจากหอผู้ป่วยแล้ว ให้บริการตรวจรักษาและการพยาบาลผ่านระบบ DMS telemedicine

4. จัดหาบุคลากรพยาบาลมาปฏิบัติงานเฉพาะในแบบเต็มเวลา (full time) โดยมอบให้ภารกิจด้านการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการ

5. กำหนดตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาล ได้แก่ 1) การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน (readmission) 2) การคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (retention) 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการ และ 4) ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการบริการ

ขั้นปฏิบัติ (Do) ภารกิจด้านการพยาบาลได้กำหนดให้การบริการรูปแบบนี้เป็นงานหนึ่งของกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เป็นผู้ปฏิบัติงาน ดำเนินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-กันยายน 2565 มีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดจำนวน 187 คน

ขั้นตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน (Check) ในการติดต่อผู้ป่วยผ่านระบบ DMS telemedicine เกิดปัญหาความขัดข้องทางเทคนิค ทีมจึงแก้ปัญหาโดยสร้างกลุ่มไลน์ผู้ป่วย home ward ขึ้นมาเพื่อความสะดวกในการติดต่อสื่อสารและให้การพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาและอาการ

ทางจิตกำเริบซ้ำ บางรายมีปัญหาทางด้านสังคม จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์ และผู้ป่วยได้รับการบำบัดในระยะบำบัดยาเสร็จสิ้นจากหอผู้ป่วยแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่จะปฏิเสธการเข้ารับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล มีการส่งต่อมารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่ home ward จำนวนมาก ซึ่งบางรายมีคุณสมบัติไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด บุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ ผู้ป่วยกลับไปเสพยา และขาดนัด (drop out) สูง

ขั้นการปรับปรุง (Act) นำผลการดำเนินงานเข้าประชุมในคณะกรรมการสหวิชาชีพการดูแลผู้ป่วยใน (Patient Care Team; PCT) ร่วมกันพิจารณาปรับปรุง

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่บ้าน

ขั้นการวางแผน (Plan) ทีมงานวิชาการได้วางแผนดำเนินการวงรอบที่ 2 ดังนี้

1. กำหนดการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของแต่ละวิชาชีพอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม

2. ปรับระบบการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) กำหนดให้พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ประสานทีมสหวิชาชีพในการร่วมดูแลผู้ป่วย เพิ่มกิจกรรมการพยาบาลในระยะติดตามร่วมกับกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ใช้ระยะเวลาในการติดตามนาน 1 ปี ด้วยกิจกรรมปัญญาสังคม โดยมีการประสานกับชุมชน และครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลและการติดตามเยี่ยมบ้าน

3. เปิดบริการงานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่บ้าน (home ward) จัดบุคลากรปฏิบัติงานประจำเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน แพทย์ 2 คน และจัดพยาบาลขึ้นเวรปฏิบัติงานนอกเวลาจนถึงเวลา 20.30 น. จัดทำ line official account home ward ใช้ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย รวบรวมสื่อวีดิทัศน์

ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและทักษะต่างๆ ของสถาบันฯ และสื่อสาธารณะให้ผู้ป่วยศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม เพิ่มเมนูสายด่วนยาเสพติด 1165 ลงใน line OA เพื่อให้สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้สะดวกและรวดเร็ว

4. เพิ่มตัวชี้วัดความสำเร็จอีก 1 ตัวชี้วัด คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ขั้นปฏิบัติ (Do) นำแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติกับผู้ป่วยยาและสารเสพติดระหว่างเดือนตุลาคม 2565–กันยายน 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวน 120 คน

ขั้นตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check) การดำเนินการระยะนี้ได้มีการผลักดันการบริการผู้ป่วยในบ้านให้เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยการจัดประชุมวางแผนพัฒนางานร่วมกัน จัดทำคู่มือการบริการ พัฒนาแพลตฟอร์มในการตรวจรักษาและบันทึกข้อมูล (Assistant Technology and Medical Device Research Center : A-MED) สามารถผลักดันการบริการรูปแบบนี้ให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจนประสบความสำเร็จ ขึ้นทะเบียน home ward ยาเสพติดและเบิกค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาได้ตั้งแต่ 11 สิงหาคม 2566 เป็นต้นมา โดยสถานพยาบาลสามารถเบิกค่าชดเชยบริการได้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) ในระยะบำบัดยาที่มีจำนวนวันนอนไม่เกิน 30 วัน ส่วนปัญหาการบริการที่พบในระยะนี้ คือ ยังมีหน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบ home ward ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น ผู้ป่วยที่ยังมีอาการทางจิตเวช ไม่มีโทรศัพท์ smartphone หรือคอมพิวเตอร์ ไม่มีญาติดูแล เป็นต้น

ขั้นการปรับปรุง (Act) ทีมงานวิชาการและผู้ปฏิบัติงาน home ward ได้ร่วมประชุมสรุปผลการดำเนินงานในรอบปี ปรับปรุง และวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 4 การขยายผล

ขั้นการวางแผน (Plan) คณะผู้ศึกษาและผู้ปฏิบัติงาน home ward ได้วางแผนดำเนินการ ดังนี้

1. จัดทำกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement; CQI) ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วย home ward ให้หน่วยงานทราบ และมีการประเมินคัดกรองผู้ป่วยซ้ำก่อนเข้ารับการรักษา

2. จัดช่องทางพิเศษในการจองเตียงหากผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในสถาบันฯ

3. จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการจัดบริการผู้ป่วยยาเสพติดในบ้าน เพื่อขยายผลการดำเนินการไปยังสถานพยาบาลทั่วประเทศ

ขั้นปฏิบัติ (Do) ดำเนินการจัดอบรมให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาลที่มีความสนใจขยายงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดเปิดหอผู้ป่วย home ward จำนวน 3 รุ่น ให้บุคลากรผู้สนใจเข้าร่วมศึกษาดูงาน รวมทั้งให้คำแนะนำ และช่วยเหลือให้โรงพยาบาลสามารถเปิดบริการรูปแบบนี้ได้เป็นผลสำเร็จ ในระยะนี้มีผู้ป่วยยาและสารเสพติดเข้ารับการรักษาระหว่างเดือนตุลาคม 2566–กันยายน 2567 จำนวน 104 คน

ขั้นตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Check) มีโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมอบรมจำนวน 184 โรงพยาบาล จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ 490 คน ตลอดจนมีบุคลากรจากหน่วยงานและผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรต่างๆขอมาศึกษาดูงาน ทั้งในสถานที่จริงและผ่านระบบออนไลน์จำนวนมากกว่า 345 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน (readmission) การคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (retention) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการ และคุณภาพชีวิต ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการด้วยสถิติ repeated measure ANOVA ซึ่งเมื่อทดสอบความแตกต่างของความแปรปรวนพบว่าไม่นัยสำคัญ จึงพิจารณาจากค่า Greenhouse-Geisser และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี bonferroni

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิต ซึ่งทดสอบการกระจายเป็นโค้งปกติ (normality) จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test

4. เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน (readmission) ด้วยสถิติ Chi-square test และเปรียบเทียบการคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (retention) พบว่ามีเซลล์ที่มีค่าน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 25 จึงใช้สถิติ Fisher's exact test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจ คณะผู้ศึกษาชี้แจงให้ข้อมูลวิธีการบำบัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบและลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์

อักษรในการยินยอมเข้ารับการรักษา และผู้ปกครองหรือญาติลงลายมือชื่อเป็นพยาน กรณีที่ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี ผู้ปกครองหรือญาติเป็นผู้ลงลายมือชื่อยินยอมให้การบำบัด การพูดคุยในไลน์กลุ่มมีระบบการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยอื่นและผู้ไม่เกี่ยวข้องได้เห็นข้อมูลหรือข้อความในการพูดคุยของผู้อื่น กำหนดเฉพาะผู้บำบัดที่ปฏิบัติงานใน home ward ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ และมีรหัสในการเข้าไลน์กลุ่มผู้ป่วย home ward เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา รายงานผลการศึกษาเป็นภาพรวมไม่ได้เจาะจงเฉพาะบุคคลใด

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน ประกอบด้วย 1) ทีมสหวิชาชีพ 2) การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะบำบัดยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตาม โดยใช้ระบบการพยาบาลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) สรุปได้ดังภาพที่ 1

| การพยาบาลด้วยการจัดการรายกรณี (case management) และผ่านระบบ DMS telemedicine | | |
|---|--|--|
| ระยะบำบัดยา ระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ | ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะเวลา 3-4 เดือน | ระยะติดตาม ระยะเวลา 1 ปี |
| <p>กิจกรรมสำหรับผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการทางกายจิต สังคม ทุกวัน ผ่าน line OA และโทรศัพท์ - ประเมินระดับแรงจูงใจ (stage of change) - พบแพทย์ผ่าน DMS telemedicine เพื่อส่งการรักษา กรณีมียาประสานเภสัชกร จัดส่งยาทางไปรษณีย์ - ให้คำแนะนำการรับประทานยาและสังเกตอาการข้างเคียง - กิจกรรมบำบัดเฉพาะราย - การจัดการอาการขาดยาและอาการอยากยา - การเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับยาเสพติด - การจัดการตัวกระตุ้น - การจัดการอารมณ์โกรธ - ให้คำปรึกษาผู้ป่วยรายบุคคลตามสภาพปัญหา <p>กิจกรรมสำหรับครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้คำปรึกษาคครอบครัวและร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย | <p>กิจกรรมสำหรับผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการทางกายจิต สังคม สัปดาห์ละ 2 วัน ผ่าน line OA และโทรศัพท์ - ประเมินระดับแรงจูงใจ (stage of change) - ส่งพบแพทย์ผ่าน DMS telemedicine กรณีที่ต้องให้การรักษาต่อเนื่อง - ให้คำแนะนำการรับประทานยาและสังเกตอาการข้างเคียง - กิจกรรมบำบัดเฉพาะราย - การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) - ทักษะในการป้องกันการเสพยา - การบำบัดความคิดและพฤติกรรม - การเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัว - ส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต - ให้คำปรึกษาผู้ป่วยรายบุคคลตามสภาพปัญหา <p>กิจกรรมสำหรับครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้คำปรึกษาคครอบครัวและร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย | <p>กิจกรรมสำหรับผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามการรักษา 4-7 ครั้ง ด้วยกิจกรรมปัญหาสังคมผ่าน line OA และโทรศัพท์ หรือส่งต่อเครือข่ายให้ติดตาม - ประเมินระดับแรงจูงใจ (stage of change) - ส่งพบแพทย์ผ่าน DMS telemedicine กรณีที่ต้องให้การรักษาต่อเนื่อง - ให้คำแนะนำการรับประทานยาและสังเกตอาการข้างเคียง - ให้คำปรึกษาผู้ป่วยรายบุคคลตามสภาพปัญหา <p>กิจกรรมสำหรับครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้คำปรึกษาคครอบครัวและร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย |
| ประชุมวางแผนการดูแลรายบุคคลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และให้การดูแลผู้ป่วยตามวิชาชีพ | | |

ภาพที่ 1 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน

2. ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน

2.1 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลรูปแบบ home ward ในปี 2565-2567 มีจำนวน 414 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.57 มีอายุระหว่าง 20–29 ปี มากที่สุด ร้อยละ 44.20 รองลงมาคือช่วงอายุ 30–39 ปี ร้อยละ 32.37 อายุเฉลี่ย 30.74 ± 9.08 ปี เสด็จมาเสพติดประเภทยาบ้ามากที่สุด ร้อยละ 46.14 รองลงมาคือ กัญชา และ ไอซ์ ร้อยละ 19.57 และ 13.29 ตามลำดับ โดยเสพติด 1 ชนิด ร้อยละ 72.71 หน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา home ward คือ หอผู้ป่วย ซึ่งเป็นการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.2 การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน ร้อยละ 14.74, 12.50 และ 3.85 ตามลำดับ

2.3 การคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี ร้อยละ 93.83 และ 96.25 ตามลำดับ

2.4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการ พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

2.5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาแบบ Home ward พบว่า ปี 2567 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาแบบ home ward สูงขึ้นกว่าในปี 2566 ซึ่งในปี 2567 คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี แต่ในปี 2566 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง

2.6 ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาแบบ home ward กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน ในปี 2565, 2566 และ 2567 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.7 ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาแบบ home ward มีการคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี ในปี 2566 และ 2567 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.8 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการในปี 2565, 2566 และปี 2567 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความพึงพอใจของครอบครัวทั้ง 3 ปี แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการเป็นรายคู่ด้วยวิธี bonferroni พบว่า ปี 2565 กับ ปี 2567 และปี 2566 กับปี 2567 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปี 2565 และ ปี 2566 ไม่แตกต่างกัน

2.9 ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาแบบ home ward ปี 2566 และ 2567 มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน ประกอบด้วย 1) ทีมสหวิชาชีพ 2) การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน ซึ่งแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะบำบัดยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตาม โดยใช้แนวคิดการพยาบาลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) โดยผู้ป่วยยาและสารเสพติดอาจมีปัญหาต่าง ๆ ทั้งปัญหาสุขภาพกาย ปัญหาสุขภาพจิตที่อาจมีมาก่อนและหลังเสพยา ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และปัญหาในครอบครัว การบำบัดผู้ป่วยยาและสารเสพติดให้เกิดประสิทธิผลควรแก้ปัญหาไปพร้อมกัน จึงจำเป็นต้องมีทีมสหวิชาชีพเข้ามาช่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีคอยประสานกับทีมสหวิชาชีพในการให้ความช่วยเหลือ เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและเป็นหน้าที่หลัก สอดคล้องกับ nautilus senior home care¹⁷ ที่ทีมสหวิชาชีพร่วมกันออกแบบการดูแลโดยมีผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแลให้บริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และการศึกษาของอมรรัตน์ มณีนิล¹⁰ พบว่า การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ และเป็นไปในแนวทางเดียวกับอธิบ ลีธี

ระประเสริฐ¹⁸ ใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผู้ป่วยในที่บ้านด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทำหน้าที่ตรวจรักษา พยาบาล ให้ความรู้การจัดการตนเองผ่านสื่อ/ คลิปวิดีโอ นักโภชนากร ให้ความรู้เรื่องอาหาร นักกายภาพ แนะนำการออกกำลังกาย และให้การดูแลเท้า เกสัชกร ส่งมอบยา ค้นหาปัญหา และให้ความรู้เรื่องยา

2. การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน ตลอดระยะเวลา 3 ปี มีจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำลดลง พยาบาลได้โทรศัพท์ประเมินอาการขาดยา และอาการอยากยาทุกวัน โดยเฉพาะในระยะบำบัดยาช่วง 1-2 สัปดาห์แรก ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการอาการดังกล่าว และให้หลีกเลี่ยงการใช้ยา ซึ่งบางรายอาจจะมีการกลับไปเสพยาบ้าง (slip) แต่ไม่มีอาการรุนแรงที่ต้องเข้ามารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ ขุนศรี¹⁹ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการดูแลด้วยการจัดการรายกรณี ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติของการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน พบว่า ใน 3 ปีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้เนื่องจากในปี 2565 มีผู้ป่วยปฏิเสธการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในจึงส่งเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบ home ward เป็นจำนวนมาก ในขณะที่เดียวกันมีพยาบาลปฏิบัติงานเพียง 2 คน และต้องปฏิบัติงานการพยาบาลชุมชน อีกทั้งระบบ DMS telemedicine มักเกิดปัญหาความขัดข้อง ไม่สะดวกในการใช้งาน พยาบาลจึงใช้โทรศัพท์แทน ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถติดต่อในช่วงเวลาราชการได้ ทำให้พยาบาลไม่สามารถโทรศัพท์ประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วน แต่ในปี 2566 ได้จัดตั้งหน่วยงาน home ward เป็นทางการ และมีบุคลากรปฏิบัติงานประจำทั้งในและนอกเวลาราชการ ผู้บริหารให้การสนับสนุนทรัพยากรในการปฏิบัติงาน และจัดทำ Line OA homeward ขึ้น ส่งผลให้สามารถติดต่อ

และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ผู้ป่วยจึงกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำลดลง

3. การคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 93.83 และ 96.25 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2566 สบยช.ได้กำหนดให้จัดตั้งหน่วยงานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่บ้าน (home ward) ขึ้นอย่างเป็นทางการเทียบเท่าหอผู้ป่วย 1 หอ จัดบุคลากรพยาบาลปฏิบัติงานประจำ จำนวน 4 คน และแพทย์ 2 คน ในระยะการติดตามแต่เดิมกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์เป็นหลักในการดำเนินการ มักใช้วิธีการนัดมาติดตามในสถานพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ โดยติดตามผู้ป่วยทุกคนที่มารับการบำบัดใน สบยช. ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดเฉลี่ยปีละ 6,000-7,000 คน³ ผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่มาตามนัดด้วยอัตราค่าจ้างที่มีจำกัดจึงไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบ ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการขาดนัด (drop out) เป็นจำนวนมาก แต่ในการบริการระบบ home ward ระยะติดตามนี้พยาบาลจะเป็นผู้ดำเนินการติดตามด้วยตนเองทางโทรศัพท์ ในประเด็นการเสพยา และให้กิจกรรมบำบัดปัญญาสังคมเพื่อเสริมสร้างทักษะการป้องกันการเสพยาซ้ำ ประสานงานกับชุมชน และมีการเยี่ยมบ้านในรายที่มีความจำเป็นร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติ SMI-V เป็นต้น แม้ผู้ป่วยบางรายจะเปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์ แต่จะขอหมายเลขโทรศัพท์ของคนในครอบครัว ควบคุมไว้ กำหนดเป็นข้อตกลงตั้งแต่ก่อนเข้ารับการบำบัด จึงทำให้สามารถติดตามผู้ป่วยได้ ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี สูงขึ้น แต่ทั้งนี้ในปี 2565 ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดมีอัตราการขาดนัด (drop out) จำนวนมาก ทำให้มีผู้ป่วยที่อยู่รับการบำบัดได้ครบ 1 ปี ในปี 2566 น้อย มีจำนวนใกล้เคียงกับปี 2567 เมื่อเปรียบเทียบจึงไม่พบความแตกต่าง

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้านที่ได้พัฒนาขึ้นนั้นได้ระบุแนวทางการปฏิบัติในระยะบำบัดยาว่า ในช่วงสัปดาห์แรกของการบำบัดพยาบาลจะโทรศัพท์สอบถามประเมินอาการทุกวัน

ในขณะที่เดียวกันก็จะสอดคล้องกับความรู้อื่นๆ ทั้งความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด และให้คำปรึกษา แนะนำ ปัญหาของผู้ป่วย โดยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลจะโทรศัพท์ติดตามและเสริมสร้างทักษะต่างๆ ตลอดจนมีการประสานและให้ความรู้กับครอบครัว ซึ่งมีความรู้สึกทุกซอกทุกซอกกับบุตรหลานที่ติดยาและมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ และไม่มีความรู้ในการดูแลบุตรหลาน ดังนั้นเมื่อพยาบาลโทรศัพท์ไปสอบถามและให้ความรู้ คำแนะนำต่าง ๆ จึงรู้สึกพึงพอใจที่มีคนรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษา ดังเช่น มีผู้ป่วยรายหนึ่งให้ข้อมูลกับพยาบาลว่า ไม่เคยมีใครที่จะพูดคุยกับเขา มีแต่คนกลัวเขา เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเสพยาแล้วจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่นทั้งคนในครอบครัวและชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีเกียรติ ตั้งวงศ์ไชย และสกลสุภา สิงคบุตร¹⁹ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและการดูแลแบบผู้ป่วยที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 85.71) และเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของอชิบ ลีธีระประเสริฐ¹⁸ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลรูปแบบ home ward มีความพึงพอใจโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการบริการมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2567 ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้ในปี 2566 จัดให้มีบุคลากรปฏิบัติงานประจำทั้งในและนอกเวลาราชการจนถึงเวลา 20.30 น. หลังจากเวลานี้ยังสามารถติดต่อพยาบาลได้ในไลน์กลุ่ม โดยจะมีผู้ดูแลคอยตอบปัญหาให้คำปรึกษา หรือหากใช้วิธีการโทรศัพท์จะเชื่อมกับสายด่วนยาเสพติด 1665 ทำให้สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ตลอด 24 ชั่วโมง และในปี 2567 มีการจัดบริการให้กับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่น ระบบการจองเตียง กรณีที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ทำให้เพิ่มความสะดวกสบาย ลดเวลาการรอคอยที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งจากข้อคำถามความพึงพอใจ พบว่าในข้อ “ความใส่ใจของพยาบาลต่อการเจ็บป่วยและความสามารถในการให้การพยาบาล” มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย = 4.88) เมื่อ

เปรียบเทียบจึงพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนความพึงพอใจของครอบครัวในแต่ละปีมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ซึ่งในการจัดบริการสำหรับครอบครัวทั้ง 3 ระยะ จะเป็นการให้คำปรึกษากับครอบครัวในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ยังไม่มีการจัดบริการสำหรับครอบครัวโดยตรง เมื่อเปรียบเทียบจึงไม่พบความแตกต่าง

5. คุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เนื่องจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีจะมีการวางแผนและออกแบบการดูแลเฉพาะรายบุคคล การให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ การรับประทานยา การเสริมสร้างแรงจูงใจให้เลิกยา และการฝึกฝนทักษะในการป้องกันการเสพยา ตลอดจนการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ การแนะนำแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์ในชุมชน การให้คำปรึกษาและการติดตามประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ มณีนิล¹⁰ พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน และโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของสำเนา นิลบรรพ์และคณะ²⁰ พบว่า ผู้เสพติดฝิ่นภายหลังเข้ารับบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของ Jansen et al.⁶ และ Samus et al.⁷ ที่ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่าง (เดือนที่ 6 และ 12) และการศึกษาของสิตาพร พงษ์ประพันธ์ สุภาพ พลสำโรง และวุฒิพงษ์ เจริญวงษ์¹⁵ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด สบายช. ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาในปี 2567 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี และสูงกว่าปี 2566 ซึ่งมีผู้ป่วยยาเสพติดบางรายเป็นโรคทางฝ่ายกายร่วมด้วย

เมื่อพยาบาลสัมภาษณ์ประวัติการเจ็บป่วยพบว่า มีโรคร่วมต่าง ๆ จะประสานแพทย์เพื่อให้การรักษาควบคู่กันไป และประสานเภสัชกรในการจัดส่งยาให้ หากบางรายไม่สามารถให้การรักษาได้จะให้ข้อมูลและคำแนะนำในการไปรักษาหรือทำหนังสือส่งตัวให้ผู้ป่วยไปรักษาต่อ เมื่อผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการรักษาและหยุดการใช้ยา ร่างกายกลับมาแข็งแรง มีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวดีขึ้น ตลอดจนมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบจึงพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ควรเพิ่มความหลากหลายของสื่อการสอนออนไลน์ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการมีส่วนร่วม
2. ควรมีการจัดบริการสำหรับครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระและความอดทนในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ให้มีกำลังใจสามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่ตกอยู่ในห้วงแห่งความทุกข์ทรมาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตตามช่วงเวลาของการบำบัด ตั้งแต่ก่อนบำบัด เมื่อครบการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามครบ 1 ปี เพื่อแสดงถึงความแตกต่างของคุณภาพชีวิตที่ชัดเจน และนำข้อมูลไปวางแผนพัฒนารูปแบบให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น
2. ควรดำเนินการวิจัยระยะยาว มีการติดตามผู้ป่วยหลังการรักษาอย่างน้อย 3-5 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และพัฒนารูปแบบ
3. ศึกษาต้นทุนประสิทธิผลรูปแบบการบำบัดนี้ เพื่อแสดงถึงประสิทธิภาพของการบำบัดที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการ และ ผศ.ดร. วิมลนันท์ พุฒิวณิชพงษ์ ที่กรุณาสละเวลาช่วยตรวจสอบ ให้คำแนะนำ และแก้ไขบทความนี้ให้มีภาษาที่สละสลวย ร้อยเรียงให้อ่านเข้าใจยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol 2024. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva; 2024.
2. มานพ คณະโตและคณะ. รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี พ.ศ.2562. บริษัทจรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (กรุงเทพฯ). กรุงเทพฯ; 2562.
3. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. ข้อมูลสถิติ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 27 พ.ย. 67]. เข้าถึงจาก <http://www.pmnidat.go.th/>
4. ปิยะธิดา ชาญสมบูรณ์ (บรรณาธิการ). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2565.
5. Giardino A.P, Jesus O. D. Case Management [Internet]. 2023 [cited 28 nov. 23]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562214/>
6. Jansen, A. P., van Hout, H. P., Nijpels, G., Rijmen, F., Dröes, R. M., Pot, A. M., et al. Effectiveness of case management among older adults with early symptoms of dementia and their primary informal caregivers: a randomized clinical trial. International journal of nursing studies, 2011;48(8):933-43. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.004
7. Samus, Q. M., Johnston, D., Black, B. S., Hess, E., Lyman, C., Vavilikolanu, A., et al. A multidimensional homebased care coordination intervention for elders with memory disorders: the maximizing

- independence at home (MIND) pilot randomized trial. The American journal of geriatricpsychiatry, 2014;22(4):398–414. DOI: 10.1016/j.jagp.2013.12.175
8. ปารีชาติ ขุนศรี. ผลการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) หอผู้ป่วยใจสว่าง โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2567;27(1):68-82
 9. พิณณัฐ ศรีหรรษา. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร : กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566; 8(1):436-47.
 10. อมรัตน์ มณีนิล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การจัดการตนเองและการจัดการรายกรณี ในการชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(1): 79-89.
 11. ญัณฐ์ณพัชร อ่อนตาม. เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle). วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษา แห่งประเทศไทย. 2562;1(3):39-46.
 12. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) การรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ Patient Experience Program: PEP [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 26 ธ.ค.67]. เข้าถึงจาก <https://www.ha.or.th/TH/Contents>
 13. บุญชม ศรีสะอาด. การแปลผลเมื่อใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลแบบมาตราส่วนประมาณค่า [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 26 ธ.ค. 67]. เข้าถึงจาก <https://so02.tci-thaijo.org/article/download>
 14. กรมสุขภาพจิต. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF- THAI) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 26 ธ.ค.67]. เข้าถึงจาก <https://dmh.go.th/test/whoqol>.
 15. สิตาพร พงษ์ประพันธ์ สุภาพ พลสำโรง และวุฒิพงษ์ เจริญวงษ์. คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดเฮโรอีนที่เข้ารับการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด. วารสารวิชาการเสพติด.2567;8(1):34-47
 16. Aware Recover care. In-home Addiction [internet]. [cited 26 Dec. 24]. Available from: <https://www.awarerecoverycare.com/>
 17. nautilus senior home care. Home-Based Addiction Treatment: A New Approach [internet]. 2023 [cited 26 Dec. 24]. Available from: <https://www.nautilusshc.com/blog/home-based-addiction-treatment>
 18. อธิป สิริระประเสริฐ. ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผู้ป่วยในบ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2568;19(1):188-202.
 19. ทวีเกียรติ ตั้งวงศ์ไชย และสกลสุภา สิงคิบุตร. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพริ้ว จังหวัดอุบลราชธานี วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2567;30(2):168-88
 20. สำเนา นิลบรรพ์ เขาวเรศวร นาคะโยธินสกุล ลัดดา ขอบทอง สุกมา แสงเดือนฉาย ธัญญา สิงโต ศศิธร คุณธรรม และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้เสพติดฝิ่นหลังเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด: กรณีศึกษาโครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(3):1-12.