

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

The Continuity of Care Model Development for Drug Users

(Received: March 22,2025 ; Revised: March 27,2025 ; Accepted: March 28,2025)

รัตนา ดีปัญญา¹, จรุงรักษ์ ยี่ภู¹, ไพวัล อาษาหาญ¹, ลักขณา กลางคาร², กาญจนา ภูยาธร³

สุกัญญา เวียงอินทร์⁴

Rattana Deepanya¹, Charunrak Yeepoo¹, Paiwan Athan¹, Lakkana Klangkan², Kanchana Puyaton³

Sukanya Wiangin⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการแบบเฉพาะเจาะจง ตามที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย ผู้ป่วยยาเสพติด 74 คน ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย 74 คน บุคลากรทางการแพทย์ 56 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็น แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม ความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ ความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด การวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ t-test

ผลการศึกษา ขั้นตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าปัญหาก่อนจำหน่าย คือ ขาดการวางแผนเสริมสร้างทักษะที่จำเป็น ขาดกิจกรรมที่จะช่วยลดภาวะเสี่ยง ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสกลับไปเสพติดซ้ำ และขาดการเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการเลิกยาเสพติด และปัญหาหลังจำหน่าย ได้แก่ ไม่มีการติดตามดูแลผู้ป่วย (ทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้าน) ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องประกอบด้วย 19 กิจกรรมสำหรับผู้ป่วย 11 กิจกรรม คือ 1) รู้จักกันพาคลายเครือญาติ 2) อารมณ์ดีชีวิรมีสู่สุข 3) พลังบวกด้วยใจเข้มแข็ง 4) สานฝันสู่เป้าหมาย 5) สู้ต่อลมหายใจของครอบครัว 6) ปัญหาไม่มีแก้ 7) คุณค่าในตนเอง 8) โทรถามยามไกล 9) เต็มพลังใจก้าวต่อ 10) โทรไปให้ใจสู้ 11) เรียนรู้สู่ความสำเร็จ ส่วนกิจกรรมสำหรับครอบครัว 8 กิจกรรม คือ 1) รู้จักกันพาคลายเครือญาติ 2) รู้ทันสารเสพติดและสมองติดยา 3) ครอบครัวนี้มีสุข 4) สู้ต่อลมหายใจของครอบครัว 5) โทรถามตามเยี่ยม-1 6) ห่วงใย ใส่ใจกัน 7) โทรถามตามเยี่ยม-2 8) สู้เส้นชัยก้าวไปด้วยกัน และขั้นตอนที่ 3 ผลการประเมิน ในกลุ่มผู้ป่วยพบว่าความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ ความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด การทำหน้าที่ของครอบครัวและความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด หลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มครอบครัวพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวและความพึงพอใจ หลังการทดลองใช้รูปแบบกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง, ผู้ป่วยยาเสพติด

Abstract

This quasi experiment research aimed at developing a continuing care model for drug addicts. The sample group was selected by purposive sampling according to the specified criteria, consisting of 74 drug addicts, 74 family caregivers, and 56 medical personnel. The instruments used for data collection were interviews, questionnaires on resilience, perceived self-efficacy in preventing relapse, self-care behaviors to prevent relapse, intention to drug abstinence, family functioning assessment, and a satisfaction questionnaire on the continuing care model for drug

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

² นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

³ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

⁴ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

addicts. Data were analyzed using content analysis, percentages, means, standard deviations, and t-tests to compare data before and after the experiment.

The study results revealed that: 1) Baseline information on continuing care for drug addicts: Problems before discharge included a lack of planning to strengthen necessary skills, a lack of activities to help reduce risk factors that could lead to relapse, and a lack of reinforcement to build self-confidence in quitting drug use. Problems after discharge included a lack of follow-up care for patients (via telephone and home visits). 2) Development of a continuing care model: The model consisted of 19 activities for patients, including 11 activities: 1) Getting to know each other and relieving stress; 2) Good mood, happy life; 3) Positive energy with a strong heart; 4) Dreams come true to goals; 5) Into the embrace of the family; 6) Problems are meant to be solved; 7) Self-worth; 8) Phone calls from afar; 9) Recharge your heart and move forward; 10) Call to cheer you up; 11) Learning to success. There were also 8 activities for families: 1) Getting to know each other and relieving stress; 2) Understanding drugs and the addicted brain; 3) This family is happy; 4) Into the embrace of the family; 5) Phone calls and follow-up visits-1; 6) Caring for each other; 7) Phone calls and follow-up visits-2; 8) Towards the finish line together. 3) Evaluation results: In the patient group, it was found that resilience, perceived self-efficacy in preventing relapse, self-care behaviors to prevent relapse, intention to quit drug use, family functioning, and satisfaction with the continuing care model for drug addicts after the experiment using the continuing care model, the experimental group had higher average scores. The experimental group had significantly higher average scores than the control group. In the family group, it was found that family functioning and satisfaction after the experiment using the model, the experimental group had higher average scores and the experimental group had significantly higher average scores than the control group (p-value <.05).

Keywords Model Development of the Continuity of Care, Drug Addiction Patients

บทนำ

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาที่มีผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความมั่นคงระหว่างประเทศ ปัจจุบันทั่วโลกต้องเผชิญกับสถานการณ์ยาเสพติดที่สูงขึ้น ในปี 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการใช้สารเสพติดซึ่งเทียบได้กับจำนวน 1 ในทุกๆ 18 คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 26 เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมามี¹ ประเทศไทยก็ยังคงมีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางและรุนแรงมากขึ้น แม้ว่ารัฐบาลจะกำหนดให้เป็นนโยบายเร่งด่วน โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเฉียบขาดกับผู้กระทำความผิดในการค้ายาเสพติดแล้วก็ตาม แต่สถานการณ์ปัญหายังไม่มีแนวโน้มจะลดลง ด้วยกลยุทธ์การค้าของกลุ่มผู้ค้ายาเสพติดทำให้มีผู้เสพยาใหม่เข้าสู่วงจรยาเสพติดมากขึ้นถึงร้อยละ 25 จากปีที่ผ่านมา ใน

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 -2567 พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติด จำนวน 127,779 คน 196,088 คน และ 213,024 คน ตามลำดับ²

การแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทยปัจจุบันดำเนินงานตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564³ โดยมีแนวคิดที่ว่าผู้เสพยาเสพติดเป็นผู้ป่วยสามารถกลับเป็นซ้ำได้ (chronic relapsing disease) ตามแนวคิดสากล โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก มีการจัดตั้งหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษาประกอบด้วย ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน⁴ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี มุ่งลดผลกระทบต่อสุขภาพ ชุมชน และสังคม ปัญหาที่เกิดขึ้นยาวนานส่วนหนึ่งเกิดจากผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาแล้วกลับไปเสพยาซ้ำ ดังข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่สถาบัน

บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาลำดับปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 -2567 คิดเป็นร้อยละ 36.49 37.09 38.18 ตามลำดับ⁵ ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ที่ผ่านการบำบัดแล้ว แบ่งเป็น 3 ปัจจัยสำคัญ คือ ด้านบุคคลเป็นหลัก รองลงมาคือด้านครอบครัว และด้านสังคม ดังนั้นการป้องกันการกลับมาเสพติดซ้ำ ต้องเริ่มที่ตัวบุคคลเป็นอันดับแรก ต้องสร้างความตระหนักและเจตคติเชิงลบต่อยาเสพติดและเสริมสร้างสภาพจิตใจที่เข้มแข็งสามารถควบคุมตนเอง ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอีกทั้งช่วยลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว และให้โอกาสผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้มีงานทำ⁶ โรคสมองติดยา เป็นโรคเรื้อรังเป็นผลจากการ ที่สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากการใช้ยาเสพติด และการเปลี่ยนแปลงนี้ยังคงอยู่ แม้ว่าจะหยุดใช้ยาเสพติดไปแล้ว เหมือนโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ไม่สามารถรักษา ให้หายขาดได้ แต่สามารถรักษาให้ เป็นปกติได้ การกลับไปเป็นซ้ำสามารถพบได้บ่อยในโรคเรื้อรัง ดังนั้น เรามักจะพบว่าผู้ป่วยโรคสมองติดยา มักมีพฤติกรรมกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำได้บ่อย ซึ่งอัตราการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ มีความใกล้เคียงกับอัตราการกลับไปเป็นซ้ำของโรคเรื้อรังอื่นๆ⁷

กลไกของการกลับไปเสพติดซ้ำ⁸ ผู้ป่วยติดยาเสพติดที่หยุดใช้ยาเสพติดเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงทั้งที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลนั้น สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้เกิดความเชื่อพื้นฐานว่าการใช้ยาเสพติดแล้วทำให้มีความสุขคลายทุกข์ได้และทำให้เกิดความคิดแบบอัตโนมัติ ทำให้ไปใช้ยาเสพติดครั้งคราว มีผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (Self-efficacy) ลดลง ผู้ป่วยคิดว่ามันไม่มีประโยชน์ที่จะหักห้ามใจ ในสุดท้ายก็จะต้องกลับไปใช้ยาเสพติดอยู่ดี ประกอบกับความรู้สึกละเอียดอ่อนที่ตนเองพลาดพลั้งใช้ยาเสพติด ทำให้มีแนวโน้มที่จะกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้ ในปัจจุบันของผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่ขาดการดูแลต่อเนื่อง⁹ การติดตามดูแลยังขาดความ

ต่อเนื่อง ผู้บำบัดไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ และขาดความเชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่ายในพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำและก่อความรุนแรงซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นได้ การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยในปัจจุบัน ผู้รับผิดชอบหลักเป็นบุคลากรสาธารณสุขมากกว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หากต้องการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืนได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรเครือข่ายในพื้นที่ติดตาม ดังนั้นจึงต้องพัฒนาแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือและการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว มีการติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายในพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรม¹⁰ ศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ประกอบด้วยโปรแกรมเจริญสติ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการติดตามเยี่ยมบ้าน การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการเสพติดซ้ำ การติดตามเยี่ยมด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่าผู้ป่วยสุราที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่กลับเสพยาซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ¹¹ ที่ได้ศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดประกอบด้วย การให้คำปรึกษาในรูปแบบผู้ป่วยนอก การให้คำปรึกษาตลอดเวลาทางโทรศัพท์ การติดตามเยี่ยมบ้านด้วยสหวิชาชีพ การบำบัดด้วย 12 step การจัดตั้งศูนย์การดูแลต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาและให้ความรู้ด้วยเทคโนโลยี

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) มีระบบบริการการติดตามการรักษา ซึ่งดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการติดตามการรักษาภายใต้ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) ได้แก่ การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปสู่การดูแลในชุมชน¹² ผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งภาวะสุขภาพดีขึ้นจนสามารถกลับบ้านได้ มีความต้องการได้รับการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องมีคุณภาพจากโรงพยาบาลไปสู่การ

ดูแลตัวเองที่บ้านและมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใกล้บ้านของผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง¹³ การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดของ สบยช. มีรูปแบบการติดตาม มีการวางแผนการติดตามร่วมกับครอบครัว โดยนัดหมายติดตาม 7 ครั้งใน 1 ปี หรือตามแผนการดูแลของทีมบำบัด วิธีการติดตาม ประกอบด้วย การนัดพบที่โรงพยาบาล โทรศัพท์/ Application line ติดตามกรณีไม่มาพบตามนัด และการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีภาวะยุ่งยากซับซ้อน กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเมื่อมาพบที่โรงพยาบาล เช่น การประเมินเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยและครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว คุณภาพชีวิต และการใช้ยาเสพติด รวมทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคล รายการกลุ่มตามสภาพปัญหา การช่วยเหลือกรณีเสพติดซ้ำ การส่งต่อพบแพทย์ นักจิตวิทยาเภสัชกรและการติดตามปัญหาของผู้ป่วย¹³

การที่ผู้ผ่านการบำบัดมีบุคคลในครอบครัว ชุมชนให้การยอมรับ ช่วยเหลือกัน มีความสัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำ จะช่วยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการกำหนดเป้าหมายในการบำบัดฟื้นฟูของผู้เข้ารับการบำบัด เช่น การให้ความรู้อย่างจริงจัง และการฝึกปฏิบัติแก่สมาชิกในครอบครัว และชุมชนถึงแนวทางการดูแลผู้ติดยาเสพติด หลังเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเรียบร้อยแล้ว เพื่อลดการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ¹⁴ และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของบุคคลโดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ การวางแผนจำหน่ายเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากในโรงพยาบาล เชื่อมโยงมาถึงระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยใช้เครื่องมือทางการพยาบาล เช่น แผนการดูแล (Guide line) การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เป็นแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาและทีมการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน มีการปรับให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตามสถานะโรค ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยฟื้นฟูหรืออยู่ต่อไป¹⁵

จากเหตุผลดังกล่าว ประกอบกับประสบการณ์ทำงานในการร่วมกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ผู้วิจัยพบว่าบุคคลเหล่านี้ยังคงมีความต้องการที่จะเลิกเสพยาเสพติด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่เข้ารับการบำบัดนั้นสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ ภายหลังที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเสร็จสิ้น แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่ามีผู้เข้ารับการบำบัดอีกจำนวนหนึ่งวนกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำและกลับเข้ารับการบำบัดซ้ำอีกหลายครั้ง¹⁶ ผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าว จึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่มีพฤติกรรมเสพยาเสพติดซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถลดการเกิดปัจจัยเสี่ยงในการกลับไปเสพยาซ้ำได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi Experiment) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด 2) พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึง ธันวาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์ที่กำหนดคือ เป็น

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าใช้ยาเสพติด ดังนี้ 1) ผู้ป่วยยาเสพติด 74 คน 2) ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย 74 คน 3) บุคลากรทางการแพทย์ 56 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับแนวคิดของการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด มีดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพรายได้ ประวัติการใช้ยาเสพติด ประวัติการรักษา การพักอาศัยกับครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว

2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว

3) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ กลุ่มวิชาชีพ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด 4) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย ความสำคัญของการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ปัจจัยในการดูแลต่อเนื่อง องค์ประกอบของการดูแลต่อเนื่อง แนวทางการดำเนินการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด มีดังนี้

1) แบบประเมินความสอดคล้องของรูปแบบ ใช้แบบประเมินความสอดคล้องของรูปแบบฯ ของ²¹ แบบประเมินมีทั้งหมด 23 ข้อคำถาม ข้อแต่ละข้อมีคะแนน -1,0,1 ได้ดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67-1.00 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.84) ซึ่งมีความเหมาะสมตามเกณฑ์การพิจารณาของค่าดัชนี IOC ทุกรายการ

2) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ใช้แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบฯ ของ²¹ แบบประเมินมีจำนวน 30 ข้อแต่ละข้อมี

คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน มีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมอยู่ระหว่าง 3.87 - 4.53 (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.10)

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

1) แบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจ ใช้แบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจของ¹⁷ แบบสอบถามมีจำนวน 71 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 71-355 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึงความเข้มแข็งทางใจต่ำ คะแนนสูงหมายถึงความเข้มแข็งทางใจสูง

2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของ¹⁸ แบบแบบสอบถาม มีจำนวน 11 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 11-55 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อต่ำ คะแนนสูงหมายถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำสูง

3) แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำของ¹⁹ แบบแบบสอบถามมีจำนวน 16 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 16-80 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ คะแนนสูงหมายถึงพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำสูง

4) แบบสอบถามความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด ใช้แบบสอบถามความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติดของ¹⁷ แบบแบบสอบถามมีจำนวน 14 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนน

รวมมีค่าเท่ากับ 14-70 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติดต่ำ คะแนนสูงหมายถึงความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติดสูง

5) แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติดใช้แบบวัดเกี่ยวกับองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ของครอบครัวไทยของ²⁰ (Thai Family Functioning Scale; TFFS) แบบสอบถามมีจำนวน 30 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 0-90 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวต่ำ คะแนนสูงหมายถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวสูง

6) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของ²¹ แบบสอบถามมีจำนวน 11 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 11-55 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึงความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ต่ำ คะแนนสูงหมายถึงความพึงพอใจต่อรูปแบบฯสูง

7) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับครอบครัว ใช้แบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อรูปแบบของ²¹ แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อคำถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 10-50 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึงความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องต่ำ คะแนนสูงหมายถึงความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจากแบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ

ป้องกันการติดเชื้อ แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ แบบสอบถามความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ความเหมาะสมและความสอดคล้องของรูปแบบฯ ใช้สถิติ t-test ในการวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สบยช. เลขที่ 021/2566

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับแนวคิดของการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีของการดูแลต่อเนื่องและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ยังไม่มีกระบวนการติดตามดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน ไม่มีเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการดูแลต่อเนื่อง ไม่มีการเข้าถึงข้อมูลที่เป็น ยังมีการจำกัดเนื่องจากขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างสถานพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว ไม่มีการดำเนินงานตามแผนการบำบัดรักษาที่ถูกต้อง

จากการศึกษาเชิงคุณภาพจากผู้ป่วยยาเสพติดครอบครัว พบว่าประเด็นปัญหาที่ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาและกลับไปติดซ้ำมีหลายปัจจัย เช่น ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ขาดการทำหน้าที่ของตนเองที่เหมาะสม เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว ไม่ให้โอกาส การควบคุมที่เข้มงวด อีกทั้งตัวผู้ป่วยเองไม่มีความเชื่อมั่นว่าตัวเองจะเลิกยาได้จิตใจไม่เข้มแข็ง ไม่มีภูมิคุ้มกันและเมื่อมีตัวกระตุ้นก็ไม่สามารถปฏิเสธได้ จึงต้องคอยดูแลอย่างต่อเนื่องให้รู้สึกปลอดภัยและมีกำลังใจในการเลิกยา อยากให้ครอบครัวรักและเข้าใจกันมีทักษะในการพูดคุยกัน ส่วนของครอบครัวต้องการให้สถาบันฯ เพิ่มกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และติดตามเยี่ยมที่บ้าน พยาบาลไปเยี่ยมบ้านหรือ

โทรศัพท์สอบถามอาการ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจปลอดภัย ถ้ามีปัญหาจะได้มีคนช่วยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และเพิ่มกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ได้ ควบคุมความคิดพฤติกรรมได้ และเมื่อเกิดภาวะเครียดมีวิธีการจัดการจัดการความเครียดที่ถูกต้อง

ข้อมูลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าผู้ป่วยส่วนมากขาดการตั้งเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต การจัดการกับอารมณ์ ทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งควรส่งเสริมหรือการพัฒนาให้กับผู้ป่วยทั้งวิธีการผ่อนคลายจิตใจ การมองโลกในแง่ดีจินตนาการถึงความสำเร็จอยู่เบื้องหน้า ผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจในการเลิกยา ครอบครัวยังมีโอกาสและไม่ตอกย้ำในสิ่งที่ผ่านมา ชุมชนให้โอกาสและไม่ตีตรา เจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำ แนะนำแนวทางในการเลิกยา และเพิ่มบทบาทการเชื่อมสัมพันธ์ต่อกันให้มากขึ้นเพื่อลดช่องว่างของครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดการสนับสนุนด้านจิตใจที่เพียงพอ ซึ่งส่งผลสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การแก้ปัญหาเหล่านี้จึงมีความสำคัญเพื่อสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 นำมาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

กิจกรรม	ขณะบำบัดรักษาในโรงพยาบาล	หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล
1. รู้จักกันพาคลายเครือญาติ	✓	
2. อารมณ์ดีมีความสุข	✓	
3. พลังบวก ด้วยใจเข้มแข็ง	✓	
4. สานฝันสู่เป้าหมาย	✓	
5. สู้ต่อมกอดของครอบครัว	✓	

ตารางที่ 1 แสดงการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

กิจกรรม	ขณะบำบัดรักษาในโรงพยาบาล	หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล
6. ปัญหาไว้แก้	✓	
7. คุณค่าในตนเอง	✓	
8. โทรถามยามไกล		✓
9. เต็มพลังใจก้าวต่อ		✓
10. โทรไปให้ใจสู้		✓
11. รู้ตนสู่ความสำเร็จ		✓

ตารางที่ 2 แสดงการจัดกิจกรรมสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติด

กิจกรรม	ขณะบำบัดรักษาในโรงพยาบาล	หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล
1. รู้จักกันพาคลายเครือญาติ	✓	
2. รู้ทันสารเสพติดและสมองติดยา	✓	
3. ครอบครัวนี้มีสุข	✓	
4. สู้ต่อมกอดของครอบครัว	✓	
5. โทรถามตามเยี่ยม 1		✓
6. ห่วงใย ใส่ใจกัน		✓
7. โทรถามตามเยี่ยม 2		✓
8. สู้เส้นชัยก้าวไปด้วยกัน		✓

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด

จัดกิจกรรมแก่กลุ่มทดลองตามรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่พัฒนาขึ้น โดยมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มการทดลอง และเมื่อการทดลองเสร็จสิ้นลง ซึ่งสรุปผลการศึกษาดังนี้

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดโดยผู้ป่วยยาเสพติด

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนน
แบบสอบถามของผู้ป่วยยาเสพติดระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน การติดเชื้อ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติด ความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด การทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังการทดลองสิ้นสุดลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเทียบกับก่อนทดลอง

กลุ่มควบคุมมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ ความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด การทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังการทดลองสิ้นสุดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเทียบกับก่อนทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติด ความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด การทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า ว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพยาเสพติด ความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด การทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังการทดลองสิ้นสุดลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องมีความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มขึ้น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการใช้ซ้ำเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพยา

ติดซ้ำดีขึ้น มีความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น มี
การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น และมีความพึงพอใจ
ต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด
เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการ
บำบัดดังกล่าว

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล
ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดโดยครอบครัวของ
ผู้ป่วยยาเสพติด

คะแนนของครอบครัวกลุ่มทดลองเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวและความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่าครอบครัวกลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังการทดลองสิ้นสุดลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเทียบกับก่อนทดลอง

คะแนนของครอบครัวกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯในกลุ่มทดลอง พบว่าครอบครัวกลุ่มควบคุมมีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังการทดลองสิ้นสุดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเทียบกับก่อนทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของ
ครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล
ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังจากทดลองใช้
รูปแบบฯ ของครอบครัวกลุ่มทดลองและครอบครัว
กลุ่มควบคุมพบว่าครอบครัวกลุ่มทดลองมีคะแนนการ
ทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบ
การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดหลังการ
ทดลองสิ้นสุดลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < .05$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าครอบครัวของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดเมื่อเปรียบเทียบ

กับครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการบำบัดดังกล่าว

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะและความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวผ่านการสอนและการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างเหมาะสมและลดความวิตกกังวลของครอบครัว¹⁰ และการใช้แอปพลิเคชันเพื่อการติดตามอาการและการให้คำแนะนำคำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ ช่วยในการให้การสื่อสารรวดเร็ว ช่วยให้การตัดสินใจในการดูแลเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้องและมีประสิทธิภาพระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว²¹

การสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับมือกับปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวที่เกิดขึ้น การให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญและการสนับสนุนจากครอบครัว ช่วยลดความเครียดและสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย นอกจากการสื่อสารและการประสานงานระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้การดูแลเป็นไปอย่างราบรื่น การสนับสนุนจากครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง^{9,22} การที่ครอบครัวได้รับความรู้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลทำให้ครอบครัวมีความผูกพันและตระหนักในภาระความรับผิดชอบของตนเองเพิ่มขึ้น และที่สำคัญมีความเชื่อมั่นมากขึ้นในการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดเมื่อกลับบ้านแล้ว รวมทั้งการให้ความร่วมมือที่ดีกับทางโรงพยาบาลในการติดตามเยี่ยมและประเมินผลผู้ป่วยยาเสพติดเพราะคุ้นเคยกันมาระดับหนึ่งแล้ว ดังนั้นการให้การช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวควรเริ่มตั้งแต่ตอนที่ผู้ป่วยยาเสพติดยังคงพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีการจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัว การใช้ทรัพยากรที่เพียงพอและการใช้เทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องล้วนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างเสริมศักยภาพของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด การสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณที่มีความละเอียดอ่อน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหา ความทุกข์ที่เกิดกับผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังจากการจำหน่ายออกจากสถาบันฯ แต่ยังเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้โดยไม่กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่องสามารถทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยา พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ ความตั้งใจในเลิกใช้ยาเสพติด การทำหน้าที่ของครอบครัว และความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การบริหารในระดับนโยบายควรวางแผนกลยุทธ์ จัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกระยะการบำบัดฟื้นฟู
2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านยาเสพติดในระดับบุคคล ควรส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน ผู้ดูแล (caregiver) มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาเสพติด
3. ควรมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดให้มีความรู้และทักษะปฏิบัติตาม

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ

4. ผู้ป่วยควรได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องในลักษณะการจัดการรายกรณี (case management) ในทุกประเภทสารเสพติด เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องเฉพาะราย และ/หรือจัดกลุ่ม

5. ควรมีการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลเพื่อติดตามผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

6. ควรมีการนำเทคโนโลยีการสื่อสาร สื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ และ applications มาใช้ในการรูปแบบงานนี้เพิ่มขึ้น

7. ควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ไปใช้กับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชหรือกลุ่มโรคเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัยจากผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม จึงขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2022. [Internet]. [cited 2024 July 9]. Available Source:: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html> December 30,
2. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบการบำบัดรักษายาเสพติด(บสต. ปิงปประมาณ พ.ศ. 2565 -2567;2567 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก https://antidrug.moph.go.th/_
3. ราชกิจจานุเบกษา 8 พฤศจิกายน 2564. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด ฉบับปี 2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก <https://oakt.dtam.moph.go.th/index.php/law/268-law2564-1>
4. กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and x.. (CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.); 2567 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/1u3m0cybpj9c4skgk4.pdf
5. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. สถิติผู้ป่วย 2567. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category§ionid=2&id=9&Itemid=53
6. ศิริลักษณ์ ปัญญา. ปัจจัยเสี่ยงของการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก https://mis.ratchathani.ac.th/file_re/HVGOWM6Wed103104.pdf
7. ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สมอและกลไกการเสพติด; 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567], เข้าถึงได้จาก http://www.ihr.chula.ac.th/t3_files/brain_drug.pdf
8. G. Alan Marlatt, George A, J.R., EDS. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York: Guilford Press ;1985.
9. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ฉบับทดลองใช้). กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอริส พลัส จำกัด; 2563
10. Jame R. McKay. Impact of Continuing Care on Recovery From Substance Use Disorder. [Internet]. 2021 [cited 2024 July 9]. Available Source: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7813220/>
11. St. Joseph Institute. (2018). Understanding the Continuum of Care in Addiction Treatment. [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 23]. Available from <https://stjosephinstitute.com/understanding-the-continuum-of-care-in-addiction-treatment/>

12. กรมการแพทย์. แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรงการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดสำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี กรมการแพทย์; [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2565] เข้าถึงได้จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/221101166727744069.pdf
13. ลซา เรื่องกิจและคณะ. ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการเข้ารับการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ติดยาเสพติด Methamphetamine วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม [อินเทอร์เน็ต]. ม.ค.-เม.ย.2017 [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2565] ;14(1) เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/204592>
14. ธนิตา หิรัญเทพและคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567] เข้าถึงได้จาก <https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/58-2/03-Thanita.pdf>
15. อรรถพรณ โดสิงห์. การดูแลอย่างต่อเนื่องและบทบาทของพยาบาลในยุคนิรโทษกรรมสุขภาพ. ในวันเพ็ญ พิเชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546
16. สายสุตา โกชนากรณ์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ. วิทยานิพนธ์ ป.ด. (พัฒนศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2563
17. นันทิชาติสันต์ สกฤตพงศ์. พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง: การวิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดและประสิทธิภาพการปรึกษาแบบกลุ่มบูรณาการ. ปริญญานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2559.
18. ศักดินา บุญเยี่ยม. การศึกษาการเปลี่ยนแปลงจิตลักษณะของผู้ติดยา (เมทแอมเฟตามีน) ในระหว่างกระบวนการบำบัดตามแนวจิตบำบัดในระบบบังคับแบบผู้ป่วยใน. ปริญญานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2548.
19. สุกุม่า แสงเดือนฉาย. ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน. นนทบุรี: บริษัทเดอะกราฟฟิคซิดเต็มจำกัด; 2557
20. Suttiamnuaykul WP. (2002). Measuring family functioning in Thailand: developing the Thai Family Functioning Scale (TFFS) and comparing its psychometric properties to those of the Thai version of the Family Assessment Device (FAD) [Doctoral dissertation]. State University of New York at Buffalo, Nursing & Allied Health Database; ProQuest Dissertations & Theses Global. Available from: <https://search.proquest.com/docview/252173472?accountid=46528>.
21. จินตามาศ โกศลขึ้นวิจิตร. การพัฒนารูปแบบการดูแลการเรียนการสอนโดยบูรณาการหลัก พุทธธรรมเพื่อปลูกฝัง พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล. ปริญญานิพนธ์ กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2551.
22. คณิวรรณ ภูษาและณัชนพวรรณ ปลื้มรุ่งโรจน์. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดระยะต่อเนื่องโดยมีส่วนร่วมของผู้ดูแล. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. ม.ค.-เม.ย.2017. [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2568] 9(1), 453-462, เข้าถึงจาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2214/1626>
23. Glanz, K. and Bishop, D. The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions. Annual Review of Public Health, [Internet]. 2021 [cited 2024 July 9]. Available Source: Available from <https://www.scrip.org/reference/referencespapers?referenceid=1606400>