



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ประชุมวิชาการ

เสริมสร้างศักยภาพเครือข่าย

ระบบบริการยาเสพติด (ด้านการพยาบาล)

Go together: ก้าวไปด้วยกัน

พยาบาลยาเสพติดไทย 2024



Go together



สารจากผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญในการดำเนินการให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุม ได้รับการดูแลเท่าเทียมกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ และสามารถสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยยาเสพติดจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานที่ดี โดยมีเป้าหมายสูงสุดในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ให้ลด ละ เลิกยาเสพติดได้ ภายใต้ความร่วมมือของทุกหน่วยงาน ด้วยการพัฒนาบริการให้ผู้ป่วยยาเสพติด สามารถเข้าถึงบริการ ที่มีคุณภาพ ตั้งแต่ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ และ ศูนย์ฟื้นฟูทางสังคม สอดคล้องกับประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยยาเสพติด ตามมาตรฐานที่รัฐพึงจัดให้ได้ เป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนทุกคนในประเทศที่ทุกหน่วยงานของ กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติและเติมเต็มศักยภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง

กรมการแพทย์ เป็นหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบหลักในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค ทั้ง 6 แห่ง นอกจากบทบาทหน้าที่เป็นหน่วยงานวิชาการ ในการพัฒนา วิชาการและถ่ายทอดเทคโนโลยี องค์ความรู้ ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและผู้เกี่ยวข้องทั่วประเทศให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถนำไปใช้ในการจัดบริการที่มีมาตรฐานในผู้ป่วยยาเสพติดอย่างครอบคลุม ทั่วถึง เท่าเทียม โดยนำ มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เหมือนโรคเรื้อรังที่สามารถกลับเป็นซ้ำได้ เป็นการดูแลที่ยืดหยุ่น เหมาะกับ สภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งมิติสุขภาพและมิติทางสังคม ให้บริการแบบรอบด้าน ต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลด ละ และเลิกได้ในที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกๆ ด้าน

การจัดประชุมเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายระบบบริการยาเสพติด (ด้านการพยาบาล) ครั้งนี้ นับเป็น กิจกรรมทางวิชาการ ที่มีความสำคัญกิจกรรมหนึ่งของพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ในการที่ได้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และต่อยอดความรู้ใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด และเป็นการส่งเสริมสนับสนุน เครือข่าย



(นายสรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา)

ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

สารจากนายกสภาการพยาบาล

ยาเสพติดเป็นปัญหาระดับโลก ทุกประเทศต่างตระหนักถึงผลกระทบจากปัญหาเสพติดที่ก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงต่อมวลมนุษยชาติ การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทยมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องและจากรายงานสุขภาพคนไทยปี 2523 ยาเสพติดได้แพร่ขยายเข้าสู่ชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศเกิดผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ และปัญหาความรุนแรง และที่น่ากังวลเป็นอย่างยิ่ง ยาเสพติดเป็นภัยคุกคามบ่อนทำลายเด็กและเยาวชนซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของประเทศทั้งด้านสุขภาพกาย จิต และสุขภาพปัญญา ตลอดจนปัญหาความรุนแรงในสังคม

สภาการพยาบาลมีความห่วงใยปัญหาเสพติดที่นับเป็นปัญหาเร่งด่วน และต้องให้ความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการป้องกันการติดยาและการบำบัดฟื้นฟู เพื่อผู้เสพยาเสพติดแบบโรคเรื้อรังให้กลับคืนสู่ภาวะสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกัน การเฝ้าระวัง และการบำบัดฟื้นฟูอย่างเนิ่นๆ ในผู้ป่วยเด็กและเยาวชนที่เสพยาและติดยาเสพติด เป็นที่ตระหนักชัดว่าพยาบาลวิชาชีพถือเป็นบุคลากรที่มีส่วนร่วมสำคัญต่อการป้องกัน การเฝ้าระวัง และการบำบัดฟื้นฟู ช่วยแก้ไขปัญหาเสพติดของประเทศได้เป็นอย่างดี พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในทุกขั้นตอนของกระบวนการป้องกัน การเฝ้าระวัง และการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องมีองค์ความรู้และทักษะที่เฉพาะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเสพยาและติดยาเสพติด ให้สามารถลดความรุนแรง และเลิกยาเสพติดได้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้เข้าสู่ความชำนาญ และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ตลอดจนมีการส่งเสริมพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายพยาบาลด้านยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

สภาการพยาบาล ขอชื่นชมการจัดประชุมเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายระบบบริการยาเสพติด (ด้านการพยาบาล) ในครั้งนี้ นับเป็นกิจกรรมสำคัญที่เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับพยาบาลและเครือข่ายพยาบาลที่ทำงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดและเพิ่มพูนความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดทั่วประเทศได้รับการดูแล การป้องกันและการบำบัดฟื้นฟูอย่างมีคุณภาพ เกิดสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี ลดปัญหาความรุนแรงต่างๆ ที่เกิดจากยาเสพติดของสังคมไทย



(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ)

นายกสภาการพยาบาล

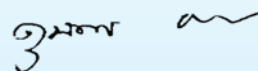
สารจากนายกสมาคมพยาบาลยาเสพติดไทย

การประชุมวิชาการตามโครงการ เสริมสร้างศักยภาพระบบบริการยาเสพติด (ด้านการพยาบาล) นับเป็นการประชุมวิชาการพยาบาลยาเสพติดแห่งชาติที่สำคัญ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จะได้มาพบปะเสวนา ทบทวน และฟื้นฟูความรู้เชิงวิชาการด้านการพยาบาลผู้ช้ยาและสารเสพติดให้ทันสมัย สอดรับกับสถานการณ์และนโยบายการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดของประเทศ

การประชุมวิชาการพยาบาล ประจำปี 2567 ภายใต้หัวข้อเรื่อง “Go together: ก้าวไปด้วยกัน พยาบาลยาเสพติดไทย 2024” ที่จะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 22–23 กุมภาพันธ์ 2567 ตั้งแต่เวลา 08.30–16.30 น. ณ โรงแรมลีการ์เด้น หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา นั้น ซึ่งการประชุมครั้งนี้เกิดจากความมุ่งมั่น ตั้งใจของพยาบาลยาเสพติดไทย (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) และโรงพยาบาลรัฐราษฎร์ภุมิภาคทั้ง 6 แห่ง) ที่จะจัดการประชุมวิชาการครั้งนี้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยเสพติด ครอบครัว และประชาชนสืบไป

การประชุมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และสร้างเครือข่ายแนวร่วมในการทำงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยเสพติด เนื้อหาวิชาการในการประชุมครั้งนี้เต็มเปี่ยมไปด้วยแนวคิดเชิงวิชาการที่ทันสมัย เต็มเต็มนโยบายการเปลี่ยนผ่านตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 อาทิ การบรรยายพิเศษ เรื่องนโยบายด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จากรองอธิบดีกรมการแพทย์ สถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบันและการสนับสนุนการดำเนินงาน “มินิธัญญารักษ์” การเสวนาในหัวข้อทิศทางและความท้าทายในการบริการพยาบาลยาเสพติด และ Smart & Happy Nurse 2024 เป็นต้น รวมถึงยังมีเรื่องราวการ Update ความรู้ด้านยาเสพติด แนวโน้มทิศทางการดูแลผู้ช้ยาและสารเสพติด ตามแนวคิดใหม่ที่กำลังมาแรงในวงวิชาการด้วย

ดิฉันในฐานะนายกสมาคมพยาบาลยาเสพติดไทย ขอชื่นชมในความตั้งใจของทีมงานที่สร้างสรรค์งานประชุมวิชาการครั้งนี้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อวงการวิชาการพยาบาลยาเสพติด และเอื้อประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง ด้วยความปรารถนาอันแรงกล้าที่จะผลักดันให้สังคมปลอดภัยจากยาเสพติด (Drug free world)



(นางดุขณีย์ ชาญปรีชา)

นายกสมาคมพยาบาลยาเสพติดไทย

สารจากรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

จากนโยบายของรัฐบาลในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยประกาศให้เป็นวาระแห่งชาติ ภายใต้ความร่วมมือของทุกหน่วยงาน โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด ด้วยการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่ศูนย์คัดกรองสถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ภายใต้กฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ในการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายในการบำบัดฟื้นฟูของประเทศ เพื่อนำสู่การปฏิบัติพยาบาลนับเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญ และเป็นพลังที่เข้มแข็งของทีมสาธารณสุข ที่มีบทบาทในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดซึ่งอยู่ในสถานบำบัดทุกแห่งในประเทศไทย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรอบรู้ ทั้งเชิงนโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ด้านวิชาการ ศึกษา วิจัย พัฒนานวัตกรรม หาวิธีการบำบัดต่างๆ เพื่อให้การบำบัดผู้ติดยาเสพติดได้ประสิทธิผลที่ดี ด้านการปฏิบัติ นำวิธีการปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based) และเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัว ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment Rehabilitation) การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) การบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) การสร้างแรงจูงใจในการบำบัด (Motivation interviewing) เป็นต้น รวมทั้งมีความสามารถในการปรับตัวก้าวให้ทันกับสถานการณ์ของยาเสพติด ตลอดจนวิทยาการและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป

การจัดประชุมเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายระบบบริการยาเสพติด (ด้านการพยาบาล) ครั้งนี้เป็นเวทีการประชุมวิชาการ ที่ส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการเติมเต็มองค์ความรู้ใหม่ๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม เป็นการยกระดับคุณค่าพยาบาล ในการพัฒนาการพยาบาล ให้เป็นไปตามมาตรฐาน รวมทั้งเป็นการสร้างสายสัมพันธ์เครือข่ายพยาบาลทั่วประเทศ ให้มีความเข้มแข็งสานพลังพัฒนานวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เพิ่มการเข้าถึงบริการ ได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุม สร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยยาเสพติด จะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานที่ดี เป็นธรรม โดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกๆ ด้าน เป็นทุนมนุษย์ที่มีคุณค่า สำคัญต่อการพัฒนาประเทศชาติต่อไป เป็นการดำเนินงานที่สืบสานพระปณิธานของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี “สมเด็จพระย่า” ของปวงชนชาวไทยที่มีพระมหากรุณาธิคุณต่อผู้ติดยาเสพติดอย่างแท้จริง ในการคืนคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมดังพระราชกระแสรับสั่งที่ว่า “คนที่ติดยาเขาเป็นคนหรือเปล่า ในเมื่อเขาเป็นคน...เรามีการช่วยเหลือเขาได้ไหม ถ้าช่วยเหลือเขาได้เท่ากับชุบชีวิตใหม่ให้เขา...เราก็ควรทำ ”



(นางสาวเยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล)

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

คำนำ

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในทุกขั้นตอน โดยเฉพาะขั้นตอนพิษยา และฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต้องดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการถอนพิษยา ภาวะแทรกซ้อนทางกาย หรือทางจิต และการให้การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลด ละเลิกยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ความรู้ ความสามารถเฉพาะทางเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดให้ฟื้นคืนสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนคนไทย

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค ทั้ง 6 แห่ง ร่วมกับสมาคมพยาบาลยาเสพติด มีความตั้งใจในการจัดประชุมวิชาการเสริมสร้างศักยภาพ เครือข่ายระบบบริการยาเสพติด (ด้านการพยาบาล) ในหัวข้อ “Go together: ก้าวไปด้วยกัน พยาบาลยาเสพติดไทย 2024” เพื่อเป็นอีกหนึ่งช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับพยาบาลยาเสพติดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย และเป็นการสร้างเครือข่ายและความร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหายาเสพติด สำหรับพยาบาล ที่ปฏิบัติงานให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ในนามผู้จัดการประชุมครั้งนี้ ต้องขอขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านที่ให้เกียรติเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ คณะกรรมการจัดประชุมหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านจะได้รับความรู้ สามารถนำไปพัฒนาต่อยอด และประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดต่อไป

ด้วยความปรารถนาดี
คณะผู้บริหารและคณะกรรมการผู้จัดการประชุม
กุมภาพันธ์ 2567

สารบัญ

สารจากผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี	1
สารจากนายกสภาการพยาบาล	2
สารจากนายกสมาคมพยาบาลยาเสพติดไทย	3
สารจากรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี	4
คำนำ	5
สารบัญ	6
กำหนดการประชุมวิชาการ	7
ผลงานวิจัย/งานวิชาการ	9
1. ผลของการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด	10
2. การพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำและเสพยาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน	21
3. การพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยใช้ทุนชุมชนเป็นฐานเพื่อป้องกัน ยาเสพติด: กรณีศึกษาชุมชนหนองซ่าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์	38
4. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน	50
บทความวิชาการ	66
1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward)	67
2. บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการร่วม ทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวความรุนแรง (SMI-V)	76

กำหนดการ

การเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายระบบบริการยาเสพติด (ด้านการพยาบาล)

“Go together: ก้าวไปด้วยกัน พยาบาลยาเสพติดไทย 2024”

วันที่ 22-23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ณ โรงแรมลีการ์เด้น หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567

08.30-08.45 น. ลงทะเบียน

08.45-09.00 น. กล่าวต้อนรับผู้เข้าประชุมฯ

โดย นพ.อังกูร ภัทรากร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

09.00-10.00 น. สถานการณ์ยาเสพติดและการสนับสนุนการดำเนินงานมินิธัญญารักษ์

วิทยากร นพ.ลำซำ ลักษณ์ภิชนัช

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

10.00-12.00 น. เสวนาทิศทางและความท้าทายในการบริการพยาบาลยาเสพติด

วิทยากร

1. รศ.ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ นายกสภาการพยาบาล

2. ดร.ธีรพร สิริอังกูร ที่ปรึกษา กองการพยาบาล

ผู้ดำเนินรายการ

พว.เยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

12.00-13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน

13.00-15.00 น. บทบาทของพยาบาลด้านยาเสพติด ในการสนับสนุนมินิธัญญารักษ์

วิทยากร

1. พว.วิราวรรณ ประยูรสวัสดิ์เดช รพ.หาดใหญ่

2. พว.กิริณา กัลยบุตร รพ.เสนางคนิคม

3. พว.วรารณ บัญประเสริฐ รพ.เดิมบางนางบวช

ผู้ดำเนินรายการ

พว.ระเบียบ โตแก้ว หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ยาเสพติด

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

15.00-17.00 น. Smart & Happy Nurse 2024

วิทยากร ผศ. จิรพรรณ พิรุณ

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

17.00-17.30 น. ประชุมสามัญประจำปี สมาคมพยาบาลยาเสพติดไทย

โดย พว.พรรณนอ กลิ่นกุหลาบ ผู้แทนนายกสมาคมพยาบาลยาเสพติดไทย

วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567

08.30-09.00 น. พิธีเปิดการประชุมและบรรยายพิเศษ นโยบาย ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟู

ผู้ติดยาเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โดย นพ.ไพโรจน์ สุริตวนิช รองอธิบดีกรมการแพทย์

09.00-10.30 น. Update ความรู้ด้านยาเสพติด แนวโน้มและทิศทางการดูแลผู้ใช้น้ำยาและสารเสพติด
ทั้งในและต่างประเทศ

วิทยากร ดร.นพ.นพพร ตันติรังสี

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

10.30-12.00 น. นำเสนอ ผลงานวิจัย การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (4 เรื่อง)

ผลงานวิจัย/วิชาการ

1. ผลของการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยยาเสพติด

โดย พว.วิมล ลักษณาภิชนชัย

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

2. การพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำและเสพยาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้
เมทแอมเฟตามีน

โดย พว.เพลิน เสี่ยงโชคอยู่

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

3. การพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยใช้ทุนชุมชนเป็นฐานเพื่อป้องกัน
ยาเสพติด: กรณีศึกษาชุมชนหนองซ่าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

โดย พว.นิพัทธ์ สุปัญบุตร

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

4. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

โดย พว.โสภิตา ดาวสดใส

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

ผู้วิพากษ์

1. รศ.ดร.ผจงศิลป์ เฟิงมาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ดร.บุปผา บุญญามณี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

3. ดร.สำเนา นิลบรรพ์ หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

12.00-13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน

13.00-15.00 น. สัมมนาเครือข่ายพยาบาลยาเสพติดไทย

โดย พว.รัตนา ดีปัญญา และคณะ

15.00 น. พิธีปิดการประชุม

ผลงานวิจัย/งานวิชาการ

ผลของการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด

วิมล ลักขณาภิชนัช *

ฐานี ภาณุภาส *

ศศิภรณ์ วิงวอน *

พิมพ์ อยุธยา *

บทคัดย่อ

การเขียนบัณฑิตทางการพยาบาลมีความสำคัญ พยาบาลวิชาชีพจะต้องบัณฑิตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างถูกต้อง สมบูรณ์ มีคุณภาพ สะท้อนถึงกระบวนการพยาบาลที่มีลักษณะเฉพาะของกิจกรรมเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาพยาบาลอย่างแท้จริง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองวัดผลก่อน หลังการพัฒนาและระยะติดตามผล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพการเขียนบัณฑิตทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจำนวน 85 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายแล้ว 468 แฟ้ม โดยแบ่งเก็บข้อมูลครั้งละ 156 แฟ้มในแต่ละระยะ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบัณฑิตทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด พัฒนาแบบฟอร์มรับผู้ป่วยใหม่ คู่มือบัณฑิตทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ทบทวนการเขียนบัณฑิตทางการพยาบาลแจ้งผลการตรวจประเมินบัณฑิตทางการพยาบาลและคุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาลพร้อมข้อเสนอแนะการปรับปรุงการเขียนบัณฑิตทางการพยาบาล รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบัณฑิตทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดจากพยาบาลวิชาชีพ แบบตรวจประเมินบัณฑิตทางการพยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ยาเสพติดที่จำหน่ายแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที และการทดสอบความแปรปรวนสำหรับการวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบัณฑิตทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนาในทุกประเด็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 2) คะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบัณฑิตทางการพยาบาล หลังการพัฒนาและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ส่วนคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 3) คะแนนเฉลี่ยวิเคราะห์คุณภาพบัณฑิตทางการพยาบาล หลังการพัฒนาและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ส่วนคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาและติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพ, บัณฑิตทางการพยาบาล, ผู้ป่วยยาเสพติด

* สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

RESULT OF QUALITY IMPROVEMENT OF NURSING RECORD FOR DRUG ABUSE PATIENTS

Wimon Lukanapichonchut *

Thapanee Panupas *

Sasiporn Wingworn *

Phimpha Yoosom *

Abstract

Nursing recording is crucial. Registered nurses must record their nursing activities accurately, completely, and with quality. It reflects the specialty of nursing processes. It is useful for nursing cares and patient treatments. This quasi-experimental study aimed to measure the effects before, after and the follow-up period. The objectives were to study the results of the quality improvement of nursing records for drug abuse patients. The sample included 85 registered nurses in wards and medical records of drug abuse patients that have been discharge 468 medical records. These medical records were collected 156 records in each period. Quality improvement activities program consisted of workshop for improving the quality of nursing record for drug abuse patients, develop a new patient admission form, nursing record for drug abuse patients guideline, revised of nursing record, feedback of the results of the assessment of nursing record and quality of nursing record and suggestions for improving nursing record. Data were collected from self-efficacy questionnaires in writing nursing records of drug abuse patients by registered nurses, nursing record assessment forms and nursing records quality analysis form from medical record of patients that have been discharged. Data were analyzed by descriptive, t-test, and Repeated measure ANOVA statistics.

Results: 1) Mean scores of self-efficacy in writing nursing records were significantly improved in all aspects after workshop, $p\text{-value} < .001$ 2) Mean scores of nursing record assessment forms after program and follow-up period were significantly higher than before program, $p\text{-value} < .001$ mean scores after program and follow-up period were not significant difference, $p\text{-value} < .05$ 3) Mean scores of nursing records quality analysis forms after program and follow-up period were significantly higher than before program, $p\text{-value} < .001$ mean scores after program and follow-up period were not significant difference, $p\text{-value} < .05$

Keyword: Quality improvement, Nursing record, Drug abuse patients

* Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

บทนำ

บันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความสำคัญคือ เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลในทีมพยาบาล รวมถึงทีมสุขภาพและผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (อารีย์ วิจารณ์ท์ และกุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์, 2542) เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นต้องได้รับการบันทึกไว้เป็นหลักฐาน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในการปฏิบัติการพยาบาลและในทางกฎหมาย (ถิติ ฉ่ำสูงเนิน, 2552) เป็นส่วนสำคัญในการบริการวิชาชีพที่แสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวเนื่องระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล (Iyer PW, Camp NH, 1995) เป็นเครื่องมือในกระบวนการประกันคุณภาพการดูแลรักษาผู้รับบริการและเป็นหลักฐานในการรับรองคุณภาพบริการพยาบาลและโรงพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560) ดังนั้นการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจึงมีความสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพทุกคน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะต้องบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างถูกต้อง สมบูรณ์ มีคุณภาพ สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการพยาบาลที่มีลักษณะเฉพาะของกิจกรรม ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ เป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาพยาบาลอย่างแท้จริง (อารีย์ วิจารณ์ท์ และกุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์, 2542)

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดอย่างครบขั้นตอน ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาลได้ให้ความสำคัญเรื่องการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดและจัดให้มีการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต่อเนื่องทุกปี โดยปีงบประมาณ 2562 ได้มีการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลตามกระบวนการพยาบาล พบว่ามี 2 หอผู้ป่วย ที่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ 80) และ 11 หอผู้ป่วยที่มีคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ แต่ทุกหอผู้ป่วยยังพบประเด็นข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ ด้านการวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย และความต่อเนื่องของการบันทึก

นอกจากนี้ได้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา และฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 10 คน พบว่าสาเหตุของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ยังขาดคุณภาพเนื่องจาก รู้สึกเบื่อในการต้องมานั่งเขียนทุกวัน เขียนเดิมๆ ทุกวันนี้ผู้ป่วยยาเสพติดมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลต้องใช้เวลามากในการเขียนแต่ละคนทำให้ใช้เวลานานมากขึ้น เสียเวลาในการดูแลผู้ป่วยอื่น ต้องเขียนให้หลายคน ทำให้รีบและการเขียนอาจไม่สมบูรณ์ ดูแลผู้ป่วยใช้เวลาไปแล้ว ไม่มีเวลานั่งเขียนให้ครบถ้วน การเขียนแต่ละคนไม่ไปในทางเดียวกัน มีการตรวจสอบแต่ขาดการแนะนำทุกคนใช้แบบการเขียนของตัวเองไม่รู้จักเขียนอย่างไร เริ่มต้นอย่างไร เขียนไม่ถูกทำให้เบื่อ นีกรูปแบบการเขียนไม่ได้ ควรมีการอบรมให้ความรู้สู่ผู้ปฏิบัติจริงๆ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดถูกต้อง สมบูรณ์ มีข้อมูลเพียงพอที่จะใช้สื่อสารระหว่างทีมรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ประโยชน์ในการทบทวนการดูแลรักษา และประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาล และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายหรือหลักฐานทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดได้ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีคุณภาพ (วิไลรัตน์ จตุสุวรรณศรี, 2546) ในเรื่องของการพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการบันทึกได้ถูกต้องตามหลักการบันทึก การสร้างมาตรฐานการเขียนวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ง่าย

นำมาบันทึกได้รวดเร็ว ปรับปรุงแบบฟอร์ม กำหนดเป็นนโยบายให้ความสำคัญของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริงและมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของพยาบาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) และการประเมินของกองการพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใช้หลักคือ ความถูกต้อง ความครบถ้วน ชัดเจน และได้ใจความ (กองการพยาบาล, 2539) มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองของพยาบาลวิชาชีพในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ระยะก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research One Group Pre-Post and Follow Test Design) วัดผลก่อน หลังการพัฒนา และระยะติดตามผล ทำการศึกษาช่วงเดือนธันวาคม 2562-พฤศจิกายน 2563

ประชากรศึกษา/กลุ่มตัวอย่าง

1) พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยระยะบำบัดด้วยยาหรือระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 2) เวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายครบกำหนด

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดเป็นแบบวัดความมั่นใจของพยาบาลในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด แบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มีความสามารถในการเขียนบันทึกระดับน้อย ค่อนข้างน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก มาก จำนวน 21 ข้อ

2. แบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นแบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายแล้วโดยใช้แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในส่วนของพยาบาล แบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีการบันทึก มีการบันทึกเล็กน้อย มีการบันทึกพอใช้ มีการบันทึกดี จำนวน 24 ข้อ

3. แบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นแบบวิเคราะห์คุณภาพตามเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีการบันทึก มีการบันทึกเล็กน้อย มีการบันทึกพอใช้ มีการบันทึกดี จำนวน 14 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ที่ได้ทั้ง 3 ชุดมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านประกอบด้วย ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล อาจารย์พยาบาลจากคณะพยาบาลศาสตร์ อาจารย์พยาบาลจากกองการพยาบาล และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด 2 คน และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำทดลอง

ตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่กำหนดแล้วจำนวน 30 แฟ้มพบค่าความเชื่อมั่นของแบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเท่ากับ 0.856 แบบวิเคราะห์คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเท่ากับ 0.839 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.970

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบแล้วจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เอกสารใบรับรองที่ 009/2563 วันที่ 11 พฤศจิกายน 2562 และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีให้ดำเนินการวิจัยได้ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีดำเนินการศึกษา และประโยชน์ที่จะได้รับให้ทราบ พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยไม่เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงาน การเก็บข้อมูล ไม่มีการระบุชื่อ ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามจะถูกทำลายทั้งหมดหลังการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันฯ และพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูล การรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทุกหอผู้ป่วยโดยให้ตอบแบบอิสระ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่กำหนดในช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2562 จากทุกหอผู้ป่วยจำนวน 156 แฟ้ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งเป็นตัวแทนพยาบาลวิชาชีพจากทุกหอผู้ป่วย ลดความโน้มเอียงโดยไม่นำคะแนนการตรวจประเมินของพยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยนั้นๆ มารวมวิเคราะห์ด้วยในทุกระยะของการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะหลังการพัฒนา เก็บรวบรวมข้อมูลการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดจากพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง รวบรวมข้อมูลด้วยแบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่กำหนดในช่วงเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2563 จากทุกหอผู้ป่วยจำนวน 156 แฟ้ม

3. ระยะติดตามผล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และแบบวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจากเวชระเบียนผู้ป่วยยาเสพติดที่กำหนดในช่วงเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2563 จากทุกหอผู้ป่วยจำนวน 156 แฟ้ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมินด้วยสถิติเชิงพรรณนาแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองด้วยสถิติการทดสอบทีแบบคู่ (Pair t-test) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผลด้วยสถิติการทดสอบความแปรปรวนสำหรับการวัดซ้ำ (Repeated – Measures ANOVA)

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของเพศ อายุ ระยะเวลาการทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติด และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (N = 85)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	11	12.9
	หญิง	74	87.1
อายุ	20 – 29 ปี	27	31.8
	30 – 39 ปี	16	18.8
	40 – 49 ปี	31	36.5
	50 ปี ขึ้นไป	11	12.9
	ระยะเวลาการทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติด	ไม่เกิน 1 ปี	5
ยาเสพติด	1 - 2 ปี	7	8.2
	มากกว่า 2 ปี - 3 ปี	3	3.5
	มากกว่า 3 ปี - 5 ปี	11	12.9
	มากกว่า 5 ปี	59	69.4
ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย	บำบัดด้วยยา	63	74.1
	ฟื้นฟูสมรรถภาพ	22	25.9

พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.1 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40 - 49 ปี ร้อยละ 36.5 รองลงมาคือช่วง 20 - 29 ปี ร้อยละ 31.8 ระยะเวลาการทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 69.4 รองลงมาคือช่วง มากกว่า 3 ปี - 5 ปี ร้อยละ 12.9 และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาส่วนใหญ่ร้อยละ 74.1

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดก่อน และหลังการพัฒนา (N = 85)

การรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p - value
		มาตรฐาน		
		ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
การบันทึกการประเมินสภาพผู้ป่วย	35	21.57 \pm 2.69	30.19 \pm 3.56	< 0.001
การบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	25	15.01 \pm 2.96	21.80 \pm 2.18	< 0.001
การบันทึกปฏิบัติการกรรมการพยาบาล	20	12.00 \pm 2.28	17.21 \pm 1.86	< 0.001
การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล	15	9.00 \pm 1.61	13.10 \pm 1.46	< 0.001
การบันทึกการวางแผนการจำหน่าย	10	5.98 \pm 1.31	8.62 \pm 0.99	< 0.001

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดของพยาบาลวิชาชีพ หลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ในทุกประเด็น

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล ด้วยการใช้การวิเคราะห์แบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) (N = 156)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p - Value
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	11232.000	2	5616.00	105.722	<.001
ความคลาดเคลื่อน	16467.333	310	53.120		

คะแนนเฉลี่ยของการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผลอย่างน้อย 1 คู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล เป็นรายคู่ (N = 156)

การตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	\bar{X}	SD	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	p - value
ก่อนการพัฒนา	48.79	8.19	10.15	<0.001
หลังการพัฒนา	58.94	5.87		
ก่อนการพัฒนา	48.79	8.19	10.61	<0.001
ติดตามผล	59.41	7.66		
หลังการพัฒนา	58.94	5.87	0.46	0.05
ติดตามผล	59.41	7.66		

คะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนา และติดตามผลมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 และคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาและติดตามไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล ด้วยการใช้การวิเคราะห์แบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) (N = 156)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P - Value
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	3474.363	2	1737.182	85.305	<.001
ความคลาดเคลื่อน	6312.970	310	20.364		

คะแนนเฉลี่ยของการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผลอย่างน้อย 1 คู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001

ตารางที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลระยะก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา และติดตามผล เป็นรายคู่ (N = 156)

คะแนนเฉลี่ยการวิเคราะห์ คุณภาพบันทึกทาง การพยาบาล	\bar{X}	SD	ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย	p - value
ก่อนการพัฒนา	28.87	4.84	5.90	<0.001
หลังการพัฒนา	34.78	4.92		
ก่อนการพัฒนา	28.87	4.84	5.64	<0.001
ติดตามผล	34.52	4.13		
หลังการพัฒนา	34.78	4.92	.26	0.05
ติดตามผล	34.52	4.13		

คะแนนเฉลี่ยการวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนา และติดตามผลมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 และคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาและติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

อภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองของพยาบาลวิชาชีพในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด หลังพัฒนามากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 จึงสนับสนุนแนวคิดการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ (วิลเลียมส์ จตุสุวรรณ์ศรี, 2546) ซึ่งปัจจัยที่เป็นเหตุให้คะแนนเฉลี่ยหลังพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา จากการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งภายหลังการอบรมผู้เข้ารับการอบรมได้ให้ข้อคิดเห็นที่แสดงถึงความเข้าใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลมากขึ้น เช่น การอบรมครั้งนี้ทำให้เข้าใจการเขียน Focus Charting มากขึ้น มีแนวทางในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล จากเมื่อก่อนไม่ทราบว่า จะเขียนบันทึกทางการพยาบาลอย่างไร เห็นความสำคัญการเขียนบันทึกทางการพยาบาลมากขึ้น มีความมั่นใจในการบันทึกทางการพยาบาลมากขึ้น เห็นช่องทางการเขียนบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจน เป็นรูปธรรมตามมาตรฐาน ได้เห็นตัวอย่างที่ใช้อบรมเป็นอย่างดี ทั้งด้าน Focus และ Assessment ที่ชัดเจนและเขียนได้ตรงประเด็น และง่ายต่อการเขียนได้มากขึ้น เป็นข้อมูลปฏิบัติจริง ชัดเจน และสอดคล้อง ครอบคลุมปัญหาที่พบ และแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วย กาย จิต และสังคม อบรมครั้งนี้มีประโยชน์ต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง เกิดความเข้าใจเชื่อมโยงปัญหา ข้อเสนอแนะการพยาบาล และการประเมินผล เกิดความเข้าใจในการเขียนมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (ประภาภรณ์ บุญสม, จินต์จุฑา รอดพาล, พรพิมล ผดุงสงฆ์, สมคิด ตริราภิ และสมทรง บุตรชีวัน, 2555) พบว่าหลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น และการศึกษการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (วิภาวดี วัชรอส, 2550) ภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลพบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ

คะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หลังการพัฒนาและติดตามผลมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาและติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสนับสนุนแนวความคิดการพัฒนาบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีคุณภาพ (วิไลรัตน์ จตุสุวรรณศรี, 2546) ปัจจัยที่เป็นเหตุให้คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนา และติดตามผลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้น จากการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด คู่มือบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด การเพิ่มแบบประเมินแรกรับผู้ป่วยยาเสพติด การทบทวนการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล การแจ้งผลการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และข้อเสนอแนะในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จากข้อมูลการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ 4 หอผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละประเด็นมากกว่าร้อยละ 80 ให้เหตุผลของการมีคะแนนเพิ่มขึ้นจากการที่ได้รับทราบผลการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยจะแจ้งผลให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนรับทราบ และในส่วนของพยาบาลวิชาชีพจะหารือกันเพิ่มเติมถึงการเขียนให้ถูกต้องมากขึ้นและเมื่อทราบว่ามีการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้นทำให้มีกำลังใจในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล นอกจากนี้หอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหญิงมุกดา 1 ให้ข้อมูลว่ามีการตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นระยะๆ สม่่าเสมอทำให้เกิดการพัฒนาการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ (วิทวดี สุวรรณศรล, 2557) พบว่า คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาจากร้อยละ 41.64 เป็นร้อยละ 83.70

สรุป

1) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนาในทุกประเด็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 2) คะแนนเฉลี่ยการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หลังการพัฒนาและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ส่วนคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 3) คะแนนเฉลี่ยวิเคราะห์คุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หลังการพัฒนาและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ส่วนคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาและติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้บริหารองค์กรพยาบาลควรมีนโยบายการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลปีละ 1 ครั้ง โดยสามารถนำกิจกรรมจากการวิจัยไปประยุกต์ใช้ เพื่อให้พยาบาลมีความมั่นใจ และเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วน ควรมีการแต่งตั้งคณะทำงานตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จัดให้มีการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างต่อเนื่อง และสม่่าเสมอ จัดแบบฟอร์มรูปแบบการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้เหมือนหรือเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และควรจัดให้มีรางวัลสำหรับหอผู้ป่วยที่มีคะแนนการตรวจประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ได้คะแนนสูงสุด เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพเห็นความสำคัญของการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และเกิดความภาคภูมิใจในรางวัลที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ควรมีการจัดทำคู่มือบันทึกทางการแพทย์สำหรับเป็นแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน จัดกิจกรรมทบทวนการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการสุ่มตรวจบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และให้คำชี้แจงเมื่อพยาบาลวิชาชีพบันทึกได้ถูกต้องครบถ้วน ชัดเจน ได้ใจความหรือให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาหากพบข้อบกพร่องของการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล การนิเทศทางการแพทย์พยาบาลจากผู้บริหารองค์กรพยาบาล ควรมีนิเทศในประเด็นการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วย เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพได้ให้ความสำคัญในการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีคุณภาพ สามารถสะท้อนคุณภาพการพยาบาลที่ดีให้กับผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่ให้ความสนใจเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพการเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่ร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อน หลังการพัฒนาและระยะติดตามผล

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล. (2539). *คู่มือการจัดบริการพยาบาลจากหลักการสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ประภาภรณ์ บุญสม,จินต์จุฑา รอดพาล, พรพิมล ผดุงสงฆ์, สมคิด ตีร์ราภิ, สมทรง บุตรชิวัน. (2555). *การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลงานผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา*. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, พระนครศรีอยุธยา.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2560). *กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- ยุทธ ไกยวรรณ. (2550). *การสร้างเครื่องมือวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- วรรณิ ตปนียากร, งามนิตย์ รัตนานุกูล. (2552). *การวางแผนและบันทึกทางการแพทย์พยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: ไอกรุปเพรส.
- วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(1), 20-30.
- วิทวดี สุวรรณศรवल. (2557). *การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูกหักเชิงโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่* (รายงานการค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิภาวดี วโรรส. (2550). *การพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด* (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิไลรัตน์ จตุสุวรรณศรี. (2546). *การตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(1), 20-30.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *แนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: ยูเนียนอูลตราไวโอเร็ด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ. (2561). *คู่มือแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2562*. นนทบุรี: สหมิตรพรีนติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- อารีย์ วิรานันท์ และกุลรัตน์ บริรักษ์วานิชย์. (2542). การศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *วารสารกองการพยาบาล*, 26(2): 58-65.
- ฤดี ฉ่ำสูงเนิน. (2552). *การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลปัทมชัย* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- lyer PW, Camp NH. (1995). *Nursing documentation: A nursing process approach*. 2nd ed. St. Louis: Mosby.

การพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำและเสพยา ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน

เพลิน เสียงโชคอยู่ *

วัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ์ *

สาวิตรี สุริยะฉาย *

สาวิตรี แสงสว่าง *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน และศึกษาผลของรูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำและเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 84 คน เป็นกลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยรูปแบบผสมผสานการพยาบาล จำนวน 42 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน แบบประเมินระดับอาการทางจิต และชุดทดสอบสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ติดตามการป่วยซ้ำ และเสพยาหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่ายสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ 4

ผลการศึกษา ได้รูปแบบผสมผสานการพยาบาลพัฒนาเป็นคู่มือ “แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” และเมื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้ผลการทดลองพบว่า การป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่หลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 4 ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีโอกาสป้องกันการป่วยซ้ำเป็น 0.7 เท่าของกลุ่มควบคุม และการเสพยาหลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ระหว่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีโอกาสป้องกันการเสพยาเป็น 0.67 เท่า และ 0.69 เท่าของกลุ่มควบคุม

สรุป รูปแบบการผสมผสานการพยาบาลสามารถป้องกันการป่วยซ้ำและการเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนได้

คำสำคัญ การป่วยซ้ำ, การเสพยา, ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน, รูปแบบผสมผสานการพยาบาล

* สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

THE DEVELOPMENT OF A NURSING-INTEGRATED MODEL FOR RELAPSE AND ADDICTION
RELAPSE FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS WITH METHAMPHETAMINE USE DISORDER

Plearn Sieangchokyoo*

Wattanaporn Piboonarluk*

Sawitree Suriyachai*

Sawitree Saengsawang*

Abstract

Objectives of this research were to develop the nursing integration model for schizophrenia patients with methamphetamine use disorder and to study the result of the nursing integration model on relapse and substance use relapse in schizophrenia patients with methamphetamine use disorder in the field-test phase. This research and development included a sample group of 84 schizophrenia patients with methamphetamine use disorder who met the inclusion criteria were recruited from in patient department. Then were randomly assigned into experimental group and control group, 42 subjects in each group. The experimental group received a nursing integrated model and the control group received regular caring activity. The research instruments consisted of clinical nursing practice guidelines: an integrated model of nursing for schizophrenia patients with methamphetamine use disorder, brief psychiatric rating scale (BPRS), and methamphetamine test strip. Follow-up relapse and relapse substance use after the end of the experiment and discharged 2 and 4 weeks.

The results were Integrated nursing model developed into a manual “Clinical nursing practice guidelines: integrated nursing model for schizophrenia patients with amphetamine use disorder”. And field experiment results found that relapse after 2 weeks was not different between the experimental group and the control group. However, after 4 weeks was significantly different at the 0.05 level, with the experimental group having a 0.7 times chance of being prevented relapse than the control group. Substance use relapse after 2 and 4 weeks of the experiment between the two groups was significantly different at the 0.05 level, with the experimental group having a chance of being prevented substance use relapse again 0.67 times and 0.69 times the control group.

The integrated nursing model can prevent relapse and substance use relapse in schizophrenia patients with methamphetamine use disorder.

Key words: Relapse, Substance use relapse, Schizophrenia patients with methamphetamine use disorder, Nursing integrated model

* Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

ความสำคัญ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งมีมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ ทั่วโลก พบได้มากถึงร้อยละ 0.32 (WHO, 2022) ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วยในอัตราที่สูงขึ้น (Hunt, Large, Cleary, Lai and Saunders, 2018) โดยปัจจัยหนึ่งที่น่ามาซึ่งการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากปัญหาการใช้สารเสพติด (Substance use disorder) (สินเงิน สุขสมปอง, ดุษฎี อุดมอิทธิพิงค์ และพลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2559; Alvarez-Jimenez, M., & et al, 2012) ในปีงบประมาณ 2562-2564 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนมากที่สุดโดยเฉพาะกลุ่มเมทแอมเฟตามีนที่เป็นยาบ้า (กรมสุขภาพจิต, 2565) ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำและการเสพยาได้มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเมทแอมเฟตามีน

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนที่ป่วยซ้ำและเสพยา อธิบายได้ว่าเกิดจากสารเมทแอมเฟตามีนไปกระตุ้น Brain reward system ส่งผลต่อการปลดปล่อยสารโดปามีนแบบชั่วคราวให้เข้มข้นมากขึ้นจนเกิดพิษในระบบประสาทระดับรุนแรง ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดใช้สารเมทแอมเฟตามีน ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตแบบเฉียบพลันได้ง่าย อีกทั้งสารเมทแอมเฟตามีนยังไปยับยั้งประสิทธิภาพการออกฤทธิ์ของยาต้านอาการทางจิต และส่งผลให้เกิดภาวะข้างเคียงจากยาได้ง่าย (Murrie, Lappin, Large and Sara, 2020) เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ร่วมมือใช้ยาตามแผนการรักษา นำไปสู่การพยากรณ์โรคที่แย่งและเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นมากได้ง่าย (Hunt, Large, Cleary, Lai and Saunders, 2018) นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ มุมมองว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วยทางจิตจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีน ขาดเป้าหมายในการเลิกใช้ การเสพยาเมทแอมเฟตามีนเป็นหนทางช่วยลดความเครียดจากปัญหาชีวิต สะท้อนให้เห็นการเผชิญและแก้ไขปัญหาที่ไม่สร้างสรรค์ ตลอดจนความรู้เท่าไม่ถึงการณ์จากความเชื่อผิดๆ จึงสรุปได้ยากว่าการเสพยาสารเมทแอมเฟตามีนเป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำ หรือการป่วยซ้ำจากอาการทางจิตเป็นสาเหตุของการเสพยาสารเมทแอมเฟตามีน

ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนในการดูแลทางการแพทย์ จากหลักฐานเชิงประจักษ์จึงจำเป็นต้องใช้การบำบัดทางจิตสังคมมาใช้ร่วมกับการบำบัดรักษาด้วยยาทางจิตเวช การหาแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการจัดรูปแบบการบำบัดแบบผสมผสานร่วมกัน โดยมุ่งเน้นปัญหาการป่วยซ้ำและเสพยา ให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดดูแลตามสภาพปัญหาที่มีความเฉพาะแต่ละรายตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นเพิกเฉย ขั้นลังเลใจ/ซังใจ และขั้นเตรียมตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนที่จะจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการดำเนินงานกันแบบทีมสหวิชาชีพโดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้จัดการรายกรณี (Drake, O'Neal and Wallach, 2008; เอกอุมา อิมคำ, 2556; วัฒนาภรณ์ พิบูลอลักษณ์, จินตนา ยูนิพันธ์, วิภาวี เผ่ากันทรากกร และวีรพล อุณหรัศมี, 2561) จึงนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบผสมผสานการพยาบาลเพื่อช่วยลดการป่วยซ้ำและเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำและเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน

นิยามเชิงปฏิบัติการ

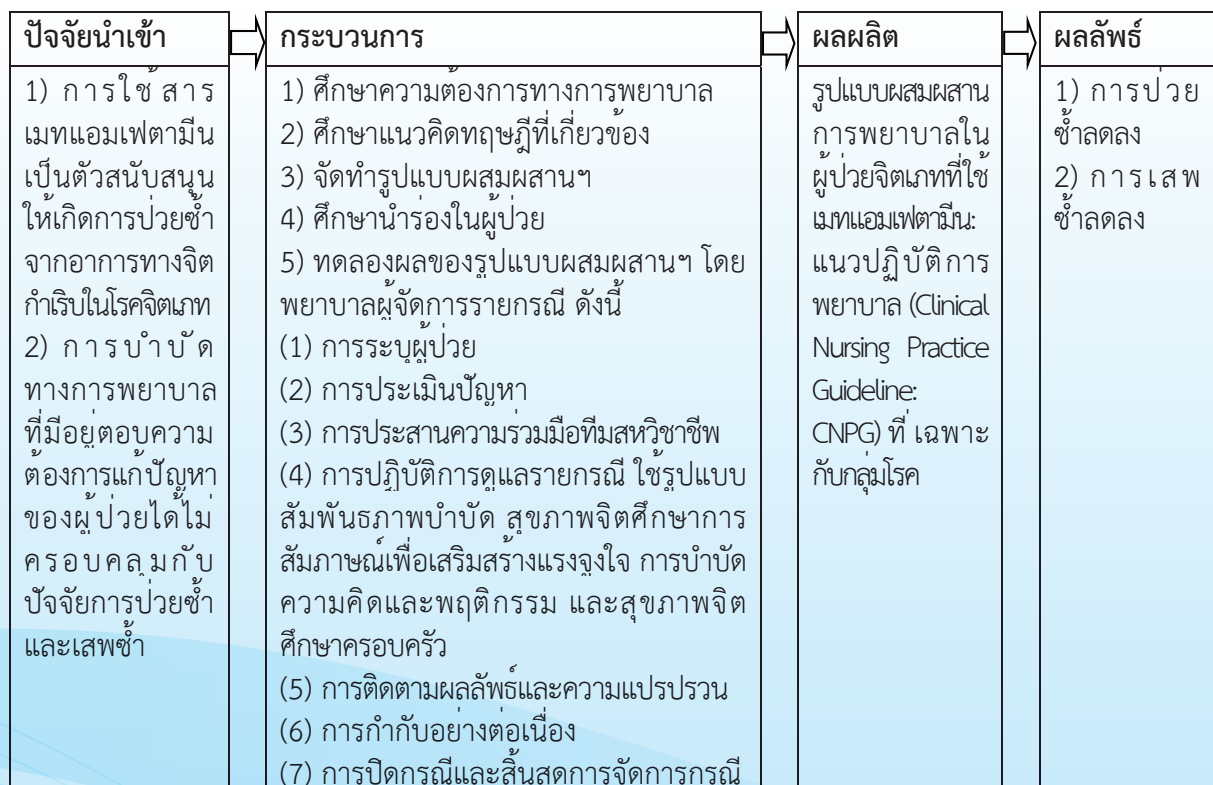
ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน หมายถึง บุคคลที่มีอาการทางจิตที่เกิดขึ้นโดยสัมพันธ์กับการใช้สารเมทแอมเฟตามีน โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยกลุ่มโรคจิตเวชของ ICD-10 หรือ DSM-V โดยอาการทางจิตที่เกิดขึ้นระหว่างที่มีอาการพิษที่รุนแรงที่เกิดจากการเสพเมทแอมเฟตามีน หรือมีอาการที่เกิดขึ้นหลังหยุดใช้สารเมทแอมเฟตามีน ลักษณะอาการทางจิตมีอาการคล้ายกับโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง

การป่วยซ้ำ (Relapse) หมายถึง การเกิดขึ้นอีกครั้งของอาการแสดงด้านบวกในโรคจิตเภท ได้แก่ อาการความคิดสับสน (Conceptual disorganization) ประสาทหลอน (Hallucinatory behavior) และความคิดผิดปกติ (Unusual thought content) วัดได้ด้วยเครื่องมือ The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ในข้อที่ 4, 12 และ 15 พบว่ามีคะแนนในข้อหนึ่งข้อใดมากกว่า 6 คะแนน

การเสพซ้ำ (Addiction relapse) หมายถึง พฤติกรรมของผู้ที่ใช้สารเสพติดที่กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบเดิมตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป หลังจากที่มีการหยุดสารเมทแอมเฟตามีนหรือหลังจากการบำบัดรักษายาเสพติดในรูปแบบต่างๆ มาเป็นเวลาระยะเวลาหนึ่ง วัดได้ด้วยการสอบถามผู้ป่วย หรือการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพที่ประจำการกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด ใช้โปรแกรม Co-Occurring disorder เป็นกลุ่มปิด ระยะเวลาการดำเนินกลุ่มวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ช่วงเวลา เช้า ครั้งละ 1.30 ชม. ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจ 2) การให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคและสมองติดยา 3) การเรียนรู้วงจร CBT และการจัดการตัวกระตุ้น 4) การดูแลตนเองและการรับประทานยา 5) ทักษะชีวิตและความหวังพลังใจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยและรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและเสพยาสารเมทแอมเฟตามีน จำนวน 12 เรื่อง เป็นงานวิจัยทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำจำนวน 7 เรื่อง พบว่า รูปแบบการป้องกันการป่วยซ้ำที่สำคัญ มีลักษณะการจัดระบบการดูแลรายกรณี (Case Management: CM) ร่วมกับรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพบำบัด (Therapeutic Therapy: TR) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบสั้น (Cognitive Behavior Therapy: CBT) สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation Therapy: PE) และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation: FPE) มีผลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ (วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, จินตนา ยูนิพันธุ์, วิภาวี เผ่ากันทรกร และ วีรพล อุณหรัศมี, 2561; Chien, Cheung, Mui, Gray, and Ip G, 2019; Camacho-Gomez and Castellvi, 2020; Abu Sabra and Hamdan-Mansour, 2021; Gumley, & et al., 2022; Rodolico, & et al., 2022) และงานวิจัยทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาสารเมทแอมเฟตามีน พบจำนวน 5 เรื่อง พบว่า การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) สุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยแบบกลุ่ม (PE) และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (FPE) มีผลต่อการป้องกันการเสพยาอย่างมีประสิทธิภาพ (กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปราณี ฉันทพจน์ และสุพัตรา สุขาวท, 2561; โกศล วราอัศวปติ, กิตต์กวี โพธิ์โน, นพพร ตันติรังสี และปราณี จันทะโม, 2565; Harada, Mori, Tsutomu and Wilson, 2018; AshaRani., & et al., 2020; Tran, Luong, Mihn, Dunne and Baker, 2021) ระยะที่ 2 การสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชโดยการสนทนากลุ่ม หัวข้อ “มุมมองพยาบาลจิตเวชต่อการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรพยาบาลจิตเวชที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน จำนวน 15 คน อธิบายได้ว่าระยะอาการทางจิตกำเริบ หรือระยะถอนพิษเมทแอมเฟตามีนผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ และเมื่อเข้าสู่ระยะอาการทางจิตทุเลา ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดทางจิตสังคมรวมกับการรักษาด้วยยา

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน กำหนดแนวคิดที่นำมาประยุกต์เป็นรูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนประกอบด้วย 6 แนวคิด ได้แก่ การจัดการรายกรณี แนวคิดสัมพันธภาพบำบัด กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยจัดเป็นคู่มือ “แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: รูปแบบผสมผสาน การพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ระบบการจัดการรายกรณี และส่วนที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ โดยสมรรถนะของผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชหรือหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ซึ่งการวางแผนนี้จะนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบบำบัดเบื้องต้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาคู่มือการบำบัดเบื้องต้น เป็นคู่มือ “แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ (1) ขั้นตอนการจัดการรายกรณี (2) แนวปฏิบัติการพยาบาลสัมพันธภาพบำบัด (3) แนวปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (4) แนวปฏิบัติการพยาบาลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (5) แนวปฏิบัติการพยาบาลการบำบัด

ความคิดและพฤติกรรม และ (6) แนวปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตครอบครัว มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) แต่ละส่วนระหว่าง .67-1.00

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบและการปรับปรุงรูปแบบบำบัดหลัก ผู้วิจัยทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 5 คน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี ดำเนินการตามขั้นตอนของคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ หลังจากทดลอง พบประเด็นปรับปรุงแก้ไขด้านเนื้อหา ดังนี้ (1) ขั้นตอนการจัดการรายกรณีไม่ชัดเจน จึงปรับรายละเอียดขั้นตอนการจัดการรายกรณีเพิ่มขึ้น และประชุมร่วมกับหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงขั้นตอนการจัดการรายกรณี บทบาทหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี (2) กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจภาษาที่ใช้ตั้งคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เนื่องจากประโยคสั้น ขาดใจความสำคัญในการถาม จึงเพิ่มการขยายความในประโยคคำถามให้มีความชัดเจนขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบและการปรับปรุงรูปแบบการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยประชุมทำความเข้าใจขั้นตอนการจัดการรายกรณีกับบุคลากรหอผู้ป่วยแล้วไปทดลองในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 10 คน ติดตามผลลัพธ์หลังสิ้นสุดการตรวจสอบภาคสนามหลักหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวและกลับไปเสพยา จึงมีการปรับเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนที่มีผู้ดูแลหลักที่อยู่ร่วมบ้านกันหลังจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 6 การทดสอบผลของรูปแบบผสมผสานการพยาบาล ด้วยวิธีการทดลองแบบ Randomized Controlled Trials (RCT) ติดตามผลการป่วยซ้ำและเสพยาหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4

ประชากรศึกษา/กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 42 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 42 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) โดยหมายเลขผู้ป่วยใน (Admission Number: AN) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดถูกนำมาเรียงลำดับจากน้อยไปมาก และถูกการนับหน่วยกลุ่มตัวอย่างเว้นทุก 3 ลำดับสลับเขาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ มีประวัติเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 2 ครั้งขึ้นไป มีอายุ 16-60 ปี มีผลการตรวจสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะแรกรับการรักษาคั้งนี้เป็นบวก หลังจำหน่ายอาศัยอยู่กับครอบครัว หรือมีครอบครัวดูแลรับผิดชอบ และมีผู้ดูแลหลักบรรลุนิติภาวะ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ถูกส่งมาบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต หรือเงื่อนไขคุมประพฤติ หรือได้รับการวินิจฉัยร่วมว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม มีความผิดปกติทางจิตจากระบบประสาทเวชศาสตร์ หรือระดับสติปัญญา

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยรูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 4 สัปดาห์ การติดตามการป่วยซ้ำและการเสพยาเมื่อหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่ายสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4

เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

1. คู่มือ “แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” ประกอบด้วย 6 แนวคิด ได้แก่ การจัดการรายกรณี สัมพันธภาพบำบัด สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับความคิดและพฤติกรรม และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวใช้ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์

2. แบบประเมินระดับอาการทางจิต (The Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ประเมินการป่วยซ้ำจาก 3 อาการ คือ ความคิดสับสน ประสาทหลอน หรือเนื้อหาความคิดผิดปกติ หากพบว่าอาการทางจิตอย่างน้อยหนึ่งในสามอาการนี้ มีระดับรุนแรงมาก (6 คะแนน) ขึ้นไป จึงแปลความว่า “ป่วยซ้ำ” (Moges, S., Belete, T., Mekonen, T., & Menberu M., (2021). ค่า Inter-Rater Reliability (IRR) ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เท่ากับ 1.00

3. ชุดทดสอบสารเสพติดเมแทมเฟตามีนในปัสสาวะ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเสพยาเสพติดเมแทมเฟตามีนซ้ำ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเตรียมตัว ทำความเข้าใจกับผู้จัดการรายกรณีในการใช้เครื่องมือวิจัย โดยนำเครื่องมือการวิจัยไปทดลองใช้ และมาปรึกษาร่วมกันเกี่ยวกับการดำเนินการบำบัดตามกิจกรรม ทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลอง และประชุมร่วมกับหอผู้ป่วยที่มีกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษา ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์จากการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการ

2) ระยะดำเนินการ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วย “รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมแทมเฟตามีน” ระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้วย “การพยาบาลตามปกติ”

3) ระยะสิ้นสุด ผู้ช่วยวิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชยาเสพติดและติดตามการป่วยซ้ำและการเสพยาซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 2 และ 4

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ SD.IRB.APPROVAL. 001/2566 วันที่รับรองวันที่ 1 พฤษภาคม 2566 โดยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ การเก็บข้อมูลเป็นความลับ และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าฐานนิยม ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนการป่วยซ้ำ และจำนวนการเสพยาซ้ำใช้สถิติ Phi Coefficient และความเสี่ยงสัมพันธ์ของอัตราการเกิดการป่วยซ้ำและการเสพยาซ้ำในกลุ่มทดลองเทียบเท่าของกลุ่มควบคุมใช้สถิติ Risk Ratio (RR) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

การพัฒนารูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำและเสพยาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมแทมเฟตามีนทำให้เกิดคู่มือ “แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมแทมเฟตามีน” ซึ่งใช้ระยะเวลาให้การพยาบาล 4 สัปดาห์ มีขั้นตอนและกิจกรรมดังรายละเอียด

ตารางที่ 1 สรุปขั้นตอนและกิจกรรมรูปแบบผสมผสานการพยาบาล

ขั้นตอนกิจกรรมรูปแบบผสมผสานการพยาบาล	
สัปดาห์ ที่ 1	<p>ขั้นตอนที่ 1 การระบุผู้ป่วย</p> <p>: ทำความเข้าใจและให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลเกี่ยวกับรูปแบบผสมผสานการพยาบาล</p> <p>: ระบุตัวตนในเอกสารทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 การประเมิน/ การค้นหาปัญหา</p> <p>: แนวปฏิบัติการพยาบาลสัมพันธ์ภาพบำบัด (TR) ครั้งที่ 1 เพื่อประเมินปัจจัยที่ทำให้ป่วยซ้ำและเสพยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน</p> <p>: ประเมินขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน (stage of change)</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 การประสานความร่วมมือทีมสหวิชาชีพ</p> <p>: ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</p> <p>ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการดูแลรายกรณี</p> <p>: บำบัดตามขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน (stage of change) ดังนี้</p> <p>กรณีขั้นไม่สนใจ*: แนวปฏิบัติการพยาบาลกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (PE) ครั้งที่ 1 โดยให้ความรู้โรคจิตเภทกับการใช้เมทแอมเฟตามีน และครั้งที่ 2 ให้ความรู้เรื่องยาและการจัดการอาการข้างเคียง</p> <p>กรณีขั้นลังเลใจ/ซังใจ**: แนวปฏิบัติการพยาบาลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ครั้งที่ 1 เพื่อประเมินปัญหาและผลกระทบจากการใช้เมทแอมเฟตามีนและประเมินแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติดให้กับผู้ป่วยจิตเภท</p>
สัปดาห์ ที่ 2	<p>ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการดูแลรายกรณี</p> <p>: แนวปฏิบัติการพยาบาลสัมพันธ์ภาพบำบัด (TR) ครั้งที่ 2 ประเมินปัจจัยที่ทำให้ป่วยซ้ำและเสพยา</p> <p>: บำบัดตามขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน ดังนี้</p> <p>กรณีขั้นลังเลใจ/ซังใจ**: แนวปฏิบัติการพยาบาลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ครั้งที่ 2 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระตุ้นการตั้งเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาของผู้ป่วย</p> <p>ครั้งที่ 3 ประเมินความรู้ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนถึงแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยาของตนเอง ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยา</p> <p>กรณีขั้นเตรียมตัว***: แนวปฏิบัติการพยาบาลการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ครั้งที่ 1 ประเมินและสร้างความเข้าใจและการจำแนกความแตกต่างระหว่างความคิดและความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เผชิญของผู้ป่วย</p>
สัปดาห์ ที่ 3	<p>ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการดูแลรายกรณี (ต่อ)</p> <p>: แนวปฏิบัติการพยาบาลสัมพันธ์ภาพบำบัด (TR) ครั้งที่ 3 สร้างความเข้าใจและการรับรู้ปัญหาการป่วยซ้ำร่วมกับการเสพยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน</p> <p>: บำบัดตามขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้เมทแอมเฟตามีน</p> <p>กรณีขั้นเตรียมตัว***: แนวปฏิบัติการพยาบาลการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ครั้งที่ 2 ประเมินตัวกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยงที่อาจทำให้กลับไปเสพยา</p> <p>: แนวปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (FPE) ครั้งที่ 1 สร้างความเข้าใจ ความคิด และความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวต่ออาการป่วยซ้ำและการเสพยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน</p> <p>ขั้นตอนที่ 5 การติดตามผลลัพธ์และความแปรปรวน</p> <p>: ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</p>

ขั้นตอนกิจกรรมรูปแบบผสมผสานการพยาบาล

สัปดาห์ **ขั้นตอนที่ 6** การกำกับอย่างต่อเนื่อง

ที่ 4 : ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 7 การปิดและสิ้นสุดการจัดการรายกรณี

: แนวปฏิบัติการพยาบาลสัมพันธ์ภาพบำบัด (TR) ครั้งที่ 4 สร้างความเข้าใจและการรับรู้ปัญหา การป่วยซ้ำร่วมกับการเสพยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน

: แนวปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (FPE) ครั้งที่ 2 ประเมินความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) และทักษะ (Skill) ของครอบครัวเกี่ยวกับการป่วยซ้ำร่วมกับการเสพยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน

หมายเหตุ

*กรณีขั้นไม่สนใจ เริ่มการบำบัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาล PE, MI และ CBT ตามลำดับ

**กรณีขั้นลังเลใจ/ซังใจ เริ่มการบำบัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาล MI และ CBT ตามลำดับ

***กรณีขั้นเตรียมตัว เริ่มการบำบัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาล CBT

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง		
	กลุ่มทดลอง (N = 42)	กลุ่มควบคุม (N = 42)	รวม (N = 84)
เพศ			
ชาย	33 (78.57)	30 (71.40)	63 (75.00)
หญิง	9 (21.43)	12 (28.60)	21 (25.00)
อายุเฉลี่ย 31.12 ปี อายุมากที่สุด 55 ปี อายุน้อยที่สุด 18 ปี			
สถานภาพสมรส			
โสด	35 (83.32)	39 (92.86)	74 (88.10)
คู่	4 (9.52)	3 (7.14)	7 (8.33)
หย่าร้าง	2 (4.78)	0 (0.00)	2 (2.38)
หม้าย	1 (2.39)	0 (0.00)	1 (1.19)
ระดับการศึกษา			
ปริญญาตรี	3 (7.14)	4 (9.52)	7 (8.33)
อนุปริญญา	6 (14.28)	5 (11.91)	11 (13.09)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	24 (57.12)	30 (71.43)	54 (64.30)
มัธยมศึกษาตอนต้น	8 (19.07)	3 (7.14)	11 (13.09)
ประถมศึกษา	1 (2.39)	0 (0.00)	1 (1.19)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง		
	กลุ่มทดลอง (N = 42)	กลุ่มควบคุม (N = 42)	รวม (N = 84)
อาชีพ			
ว่างงาน/ไม่ทำงาน	32 (76.19)	31 (73.80)	63 (79.77)
รับจ้างรายคาบ/รายวัน	5 (11.90)	8 (4.85)	13 (15.47)
ลูกจ้างประจำ	2 (4.78)	2 (4.78)	4 (4.76)
ค้าขาย/ธุรกิจ	2 (4.78)	1 (2.39)	3 (3.57)
นักเรียน/นักศึกษา	1 (2.39)	0 (0.00)	1 (1.19)
ระยะเวลาการเจ็บป่วย			
1-5 ปี	26 (61.92)	20 (47.61)	46 (54.77)
6-10 ปี	10 (23.80)	15 (35.72)	25 (29.76)
มากกว่า 10 ปี	6 (14.28)	7 (16.67)	13 (15.47)
ประเภทสารเมทแอมเฟตามีนที่ใช้			
ยาบ้า	34 (80.96)	35 (83.33)	69 (82.15)
ไอซ์	5 (11.90)	6 (14.28)	11 (13.09)
ยาบ้าและไอซ์	3 (7.14)	1 (2.39)	4 (4.76)
ความถี่ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน			
เพียง 1-2 ครั้งใน 3 ชั่วโมง	1 (2.39)	0 (0.00)	1 (1.19)
เดือนละ 1-3 ครั้ง	3 (7.14)	2 (4.78)	5 (5.95)
สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	36 (85.69)	35 (83.32)	71 (84.53)
เกือบทุกวัน 5-7 วัน	2 (4.78)	5 (11.90)	7 (8.33)
ผู้ดูแลในครอบครัว			
พ่อ/แม่	32 (76.19)	37 (88.09)	69 (82.15)
สามี/ภรรยา	4 (9.52)	4 (9.52)	8 (9.52)
ลูก	2 (4.77)	0 (0.00)	2 (2.38)
พี่น้อง	4 (9.52)	0 (0.00)	4 (4.76)
ลุง/ป้า/น้า/อา	0 (0.00)	1 (2.39)	1 (1.19)
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ			
2-3 ครั้ง	24 (57.14)	22 (52.38)	46 (54.76)
4-5 ครั้ง	7 (16.67)	10 (23.81)	17 (20.24)
มากกว่า 6 ครั้ง	11 (26.19)	10 (23.81)	21 (25.00)

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษเฉลี่ย 4.44 ครั้ง มากที่สุด 17 ครั้ง น้อยที่สุด 2 ครั้ง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 88.10 จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย ร้อยละ 64.30 ว่างงาน ร้อยละ 79.77 ระยะเวลาเจ็บป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 54.77 ประเภทสารเมทแอมเฟตามีนที่ใช้เป็นประเภทยาบ้าร้อยละ 82.15 ความถี่ที่ใช้เมทแอมเฟตามีน สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง ร้อยละ 84.53 และความสัมพันธ์กับผู้ดูแลในครอบครัว คือเป็นพ่อแม่ ร้อยละ 82.15 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษเฉลี่ย 4.44 ครั้ง น้อยที่สุด 2 ครั้ง มากที่สุด 17 ครั้ง

ตารางที่ 4 การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง หลังสิ้นสุดการทดลอง และจำหน่าย 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์

ระยะเวลา	การเสพยา		RR (95%CI)	p-value
	ป่วยซ้ำ	ไม่ป่วยซ้ำ		
หลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 2 สัปดาห์				
กลุ่มทดลอง	5 (11.90)	37 (88.10)	0.49 (0.15-1.60)	0.24
กลุ่มควบคุม	9 (21.40)	33 (78.60)		
หลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 4 สัปดาห์				
กลุ่มทดลอง	6 (14.30)	36 (85.70)	0.30 (0.10-0.87)	0.02*
กลุ่มควบคุม	15 (35.70)	27 (54.30)		

จากตารางที่ 4 พบว่า การป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 2 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมป่วยซ้ำไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลอง และจำหน่าย 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองป่วยซ้ำร้อยละ 14.30 ส่วนกลุ่มควบคุมป่วยซ้ำร้อยละ 35.70 ทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่ากลุ่มทดลองมีโอกาสป่วยซ้ำ 0.3 เท่าของ กลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบผสมผสานการพยาบาลมีโอกาสป้องกันการป่วยซ้ำเป็น 0.7 เท่า ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการเสพยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง หลังสิ้นสุด การทดลองและจำหน่าย 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์

ระยะเวลา	การเสพยา		RR (95%CI)	p-value
	เสพยา	ไม่เสพยา		
หลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 2 สัปดาห์				
กลุ่มทดลอง	6 (14.30)	36 (85.70)	0.33 (0.11-0.97)	0.04*
กลุ่มควบคุม	14 (33.30)	28 (66.70)		
หลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 4 สัปดาห์				
กลุ่มทดลอง	8 (19.00)	34 (81.00)	0.31 (0.11-0.83)	0.01*
กลุ่มควบคุม	18 (42.90)	24 (57.10)		

*p-value \leq .05

จากตารางที่ 5 พบว่า การเสพยาหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบผสมผสานการพยาบาลมีโอกาสเสพยา 0.33 เท่า และ 0.31 เท่า ของกลุ่มควบคุม หรือมีโอกาสป้องกันการเสพยาเป็น 0.67 และ 0.69 เท่า ของกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์การวิจัย (1) เพื่อการพัฒนา รูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำและเสพยา ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน นำมาซึ่งการพัฒนาคู่มือ “แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” ที่มีจุดเด่นในการผสมผสานการจัดการดูแล (Care management) กับการดูแลโดยตรง (Direct care) ที่เป็นการบำบัดทางจิตสังคมหลายแนวคิดเข้าด้วยกัน โดยแต่ละแนวคิดมีเป้าหมายแตกต่างกัน แต่ได้ผลลัพธ์ในภาพรวมที่นำมาเชื่อมต่อกันได้ในการตอบสนองหรือยับยั้งปัจจัยการป่วยซ้ำ และการเสพยา โดยแนวคิดในรูปแบบผสมผสานการพยาบาล ประกอบด้วย การจัดการรายกรณี เน้นการดูแลอย่างเป็นระบบและสหวิชาชีพ จัดการกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งพบปัญหาแตกต่างกัน โดยเริ่มต้นที่ สัมพันธภาพบำบัด เพื่อเป็นวิธีการเริ่มต้นให้เกิดความไว้วางใจ ค้นหาปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของการป่วยและเสพยาของผู้ป่วยแต่ละราย รวมไปถึงเพื่อวางแผนการเลือกใช้รูปแบบการบำบัดที่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มีแรงจูงใจ จะเริ่มต้นที่การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบถึงปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติดและความรู้เรื่องโรคจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และตระหนักต่อปัญหา เมื่อเริ่มมีแรงจูงใจแล้วผู้ป่วยบางรายยังคงมีความลังเลใจในการเลิก ผู้วิจัยให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของการเสพยาเมทแอมเฟตามีน และข้อดีของการเลิก เพื่อให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขั้นตอนต่อมาจะทำการปรับความคิดและพฤติกรรม การรู้จักแยกแยะความคิด และความรู้สึก และปฏิกิริยาร่างกายที่เกิดขึ้นจากการเจอตัวกระตุ้นและเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสม รวมทั้งการนำสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้และเกิดทัศนคติที่ถูกต้องในการอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยและวิธีการจัดการเมื่อเกิดการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งในแต่ละแนวคิดเป็นการใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของพยาบาลจิตเวชในการทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี การประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และเภสัชกร รวมไปถึงการทำหน้าที่เป็นผู้บำบัดทางจิตสังคม

รูปแบบผสมผสานการพยาบาลสอดคล้องกับหลายการวิจัยที่มีการจัดทำด้วยการผสมผสานรูปแบบการบำบัดเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการผสมผสานระหว่างการจัดการรายกรณี สัมพันธภาพบำบัด ร่วมกับสุขภาพจิตศึกษา (วัฒนาภรณ์ พิบูลลาภลักษณ์, จินตนา ยูนิพันธุ์, วิภาวี เภาถิ่นทรการ และวีรพล อุณหรัศมี, 2561) การจัดการรายกรณีร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมอย่างสั้น (Liu, & et al. 2019) การจัดการรายกรณีกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Abu Sabra AM and Hamdan-Mansour, 2021) สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับรูปแบบการบำบัดอื่นๆ (Camacho-Gomez and Castellvi, 2020) รวมถึงการบำบัดแบบวิถีเดียวด้วยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการร่วมมือใช้ยา (Chien, Cheung, Mui, Gray and Ip G, 2019) ล้วนมีผลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ

เช่นเดียวกับการวิจัยรูปแบบการบำบัดเพื่อป้องกันการเสพยาในผู้ป่วยที่ใช้เมทแอมเฟตามีน ที่เป็นการผสมผสานระหว่างการจัดการรายกรณี การปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Tran, Luong, Mihn, Dunne and Baker, 2021) การผสมผสานการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับความคิดและพฤติกรรม ครอบครัวบำบัด และสุขภาพจิตศึกษาไว้ร่วมกัน (กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปรานี ฉันทพจน์ และสุพัตรา สุขาวท, 2561) การผสมผสานการสัมพันธภาพบำบัด การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไว้ร่วมกัน (โกศล วราอัศวปติ, กิตต์กวี โพธิ์โน, นพพร ตันตริงสี และปรานี จันทะโม, 2565) รวมถึงการบำบัดแบบวิถีเดียวด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Harada, Mori, Tsutomu and Wilson, 2018) ล้วนมีผลต่อการป้องกันการเสพยา

จากวัตถุประสงค์การวิจัย (2) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ และการเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน หลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 2 สัปดาห์ พบว่าการดูแลด้วยรูปแบบผสมผสานการพยาบาลไม่แตกต่างกับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่าระยะโรคกำเริบที่โครงสร้างของสมองยังเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ถึงช่วงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาและยากต่อการฟื้นฟูได้ สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่าการป่วยซ้ำหลังจำหน่ายมีความสัมพันธ์กับเวลาและจำนวนครั้งของการกำเริบของโรคครั้งก่อน โดยจำนวนครั้งของการกำเริบที่เพิ่มขึ้น ผกผันกับเวลาการเกิดอาการกำเริบที่ลดลง (Emsley, Chiliza, Asmal and Harvey, 2013) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในมากกว่า 2 ครั้ง จึงมีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์แรกได้ และผู้ป่วยจะสังเกตด้วยตนเองได้ตั้งแต่ 1-3 วันแรก แต่ผู้ดูแลในครอบครัวจะเริ่มสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงได้ในช่วง 2-4 สัปดาห์ (Emsley, Chiliza, Asmal and Harvey, 2013) จึงช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการจัดการหรือบรรเทาอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ส่งผลให้การป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 4 สัปดาห์ พบว่า รูปแบบผสมผสานการพยาบาลแตกต่างกับการพยาบาลตามปกติ และมีแนวโน้มป้องกันการป่วยซ้ำได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ

ผลของรูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน อธิบายได้ว่าองค์ประกอบของรูปแบบผสมผสานการพยาบาลที่มีความหลากหลายมีผลต่อการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของการป่วยซ้ำ โดยผู้จัดการรายกรณีทำการประสานความร่วมมือในการดูแลระหว่างทีมสหวิชาชีพถึงปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ เกิดความเชื่อมโยงในการวางแผนดูแลอย่างเป็นองค์รวม สำหรับการป้องกันการป่วยซ้ำ รูปแบบสัมพันธ์ภาพบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองจากปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ก่อให้เกิดการพัฒนาตนเองสู่การมีสุขภาวะที่ดี และก่อให้เกิดความเข้าใจความต้องการและความรู้สึกของตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพเชิงบวกต่อผู้บำบัดก็ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดอื่นๆ ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่กำหนด รูปแบบกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นการพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยารักษาอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะความเจ็บป่วย การรักษา เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษา และนำสู่การตัดสินใจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในการป้องกันการป่วยซ้ำ รูปแบบสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและช่วยประคับประคองการเผชิญความเจ็บป่วยของผู้ป่วย สอดคล้องกับหลายการวิจัยที่พบว่าการป้องกันการป่วยซ้ำด้วยรูปแบบการจัดการระบบการพยาบาลและการดูแลโดยตรงที่ให้การบำบัดต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวส่งผลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ (วัตฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์, จินตนา ยูนิพันธ์, วิภาวี เผ่ากันทรากกร และวีรพล อุณหรัศมี, 2561; Chien, Cheung, Mui, Gray and Ip, 2019; Liu, & et al., 2019; Camacho-Gomez and Castellvi, 2020; Abu Sabra and Hamdan-Mansour, 2021; Gumley, & et al., 2022; Rodolico, & et al., 2022)

สำหรับผลการวิจัยการติดตามการเสพยาหลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พบว่าการดูแลด้วยรูปแบบผสมผสานการพยาบาลมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับการพยาบาลตามปกติ และมีแนวโน้มป้องกันการเสพยาได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่าการดำเนินการด้วยการผสมผสานหลายๆ รูปแบบการบำบัด ด้วยการจัดการรายกรณีโดยมีผู้จัดการรายกรณีที่ดำเนินการบำบัดตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกรูปแบบสัมพันธ์ภาพบำบัดช่วยให้ทราบขึ้นแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้เมทแอมเฟตามีนของผู้ป่วยจิตเภทโดยผ่านข้อความจากที่ผู้ป่วยสื่อสารออกมา และนำมาวางแผนการช่วยเหลือได้ตรงต่อปัญหาความต้องการของผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงความพร้อมของผู้ป่วยในการบำบัด ช่วยลดการต่อต้านการบำบัดการป้องกันการเสพยา ทั้งนี้ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกรูปแบบการสัมภาษณ์

เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ช่วยให้ผู้ป่วยชั้นลึกลง/ซึ้งใจตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีนมานาน สอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่าความรู้สึกเหนื่อยกับการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเลิกเสพยา (Battjes, Gordon, O'Grady, Kinlock and Carswell, 2003) ที่ช่วยส่งผลต่อการตัดสินใจในการป้องกันการเสพยาเข้าสู่ขั้นเตรียมตัว เป็นการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกรูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักโครงสร้างความคิดอัตโนมัติที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัญหาความเครียดที่ส่งผลต่อการเสพยา สอดคล้องการวิจัยปัจจัยการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทร่วมสารเสพติดที่พบว่าการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการจัดการกับปัญหาในแง่การใช้เพื่อลดความเครียด (สุภาภรณ์ นียวัฒน์ชาญชัย และปัทมา ศิริเวช, 2562) การช่วยให้ผู้ป่วยปรับความคิดต่อการจัดการความเครียด จึงส่งผลต่อการป้องกันการเสพยาให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่มีการผสมผสานการจัดการรายกรณี สัมพันธภาพบำบัด การเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับความคิด และพฤติกรรมเข้ามาร่วมกันในการป้องกันการเสพยา (กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปราณี ฉันทพจน์ และสุพัทธรา สุขาวท, 2561; โกศล วราอัสวปติ, กิตต์กวี โพธิ์โน, นพพร ตันตริรังสี และปราณี จันทะโม, 2565; Harada, Mori, Tsutomi and Wilson, 2018; AshaRani, Hombali, Seow, Ong, Tan and Subramaniam, 2020; Tran, Luong, Mihn, Dunne and Baker, 2021) นอกเหนือจากการบำบัดผู้ป่วยแล้ว จำเป็นที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องได้รับการบำบัดร่วมด้วย เช่น เพื่อลดปัจจัยของอิทธิพลจากครอบครัวซึ่งเป็นแรงกดดันให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาหลังได้รับการบำบัด (สุภาภรณ์ นียวัฒน์ชาญชัย และปัทมา ศิริเวช, 2562) ผู้ดูแลจึงได้รับการพยาบาลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกรูปแบบสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ทำให้ลดโอกาสการเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนได้อย่างมีประสิทธิภาพหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาารูปแบบผสมผสานการพยาบาล เป็นการสร้างคู่มือ “แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: รูปแบบผสมผสานการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน” ประกอบด้วย การจัดการรายกรณีบูรณาการร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมหลายรูปแบบ โดยมีผู้จัดการรายกรณีดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ช่วยป้องกันการป่วยซ้ำได้หลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 4 และช่วยป้องกันการเสพยาหลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยการพัฒนาารูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำและเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. อัตราการเสพยาสูงขึ้น เมื่อระยะเวลาผ่านไปหลังการทดลอง ดังนั้นเพื่อการคงอยู่ของพฤติกรรมควรมีการ Booster หรือให้การบำบัดต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้อัตราการเสพยาลดลง
2. ควรนำรูปแบบผสมผสานการพยาบาลต่อการป่วยซ้ำและเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนไปขยายผลในสถานบริการระดับปฐมภูมิ หรือทุติยภูมิที่มีผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีนในพื้นที่สุขภาพเขต 13
3. ควรพัฒนาารูปแบบผสมผสานการพยาบาลไปสู่การดูแลในชุมชนหลังผู้ป่วยจำหน่าย หรือ มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก
4. การวิจัยครั้งนี้ติดตามการเสพยา และป่วยซ้ำเพียง 4 สัปดาห์ ควรมีการศึกษาขยายการติดตามผลระยะยาว เช่น หลังสิ้นสุดการทดลองและจำหน่าย 3, 6 หรือ 12 เดือน เพื่อศึกษาประสิทธิผล หรือความคงทนของโปรแกรมในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ.บุญศิริ จันศิริมงคล พว.พรชัย ทูมา และ พว.สกาวัฒน์ เทพประสงค์ ในการเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2562-2564 นนทบุรี: *กรมสุขภาพจิต*; สืบค้นเมื่อ พฤศจิกายน 10, 2564, เข้าถึงข้อมูลจาก <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
- กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, ปราณี ฉันทพจน์ และสุพัตรา สุขาวท (2561). ประสิทธิผลการบำบัด Co-occurring disorder (COD) Intervention ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(2): 127-40.
- โกศล วราอัครปติ, กิตต์กวี โพธิ์โน, นพพร ตันติรังสี และปราณี จันทะโม. (2565). ผลของการบำบัด Start Over and Survive (SOS) ต่อการลดการเสพยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 30(2): 87-99.
- วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, จินตนา ยูนิพันธุ์, วิภาวี เผ่ากันทรากกร และวีรพล อุณหรัศมี. (2561). ผลของการจัดการรายกรณีโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ไทย*, 5(2): 5-18.
- สินเงิน สุขสมpong, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์ และพลภัทร์ โลเสถียรกิจ. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(4): 331-40.
- สุภาภรณ์ นิยวัฒน์ชาญชัย และปัทมา ศิริเวช. (2562). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราหรือสารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมสารเสพติด. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 13(1): 11-20.
- เอกอุมา อิมคำ. (2556). การบำบัดด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 21(7): 697-710.
- Abu Sabra AM, Hamdan- Mansour MA. (2021). The Effectiveness of relapse prevention intervention on the ability of patients and their families to prevent psychotic symptoms of relapse among patients with schizophrenia: systematic literature review. *Medico-Legal Update*, 21(3):392-402.
- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A, Hetrick, S.E., Bendall, S., Killackey, E., & Parker, A.D., (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia research*, 139(1-3), 116–128. Retrieved November 10, 2022, from <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.05.007>
- AshaRani, P. V., Hombali, A., Seow, E., Ong, W. J., Tan, J. H., & Subramaniam, M. (2020). Non-pharmacological interventions for methamphetamine use disorder: A Systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 212, 108060. Retrieved November 15, 2022, from <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108060>.

- Battjes, R. J., Gordon, M. S., O'Grady, K. E., Kinlock, T. W., & Carswell, M. A. (2003). Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment, 24*(3), 221–232.
- Camacho-Gomez, M., & Castellvi, P. (2020). Effectiveness of family intervention for preventing relapse in first-episode psychosis until 24 months of follow-up: A systematic review With meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophrenia bulletin, 46*(1), 98–109. Retrieved August 19, 2022, from <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz038>
- Chien, W. T., Cheung, E. F. C., Mui, J. H. C., Gray, R., & Ip, G. (2019). Adherence therapy for schizophrenia: a randomised controlled trial. *Hong Kong medical journal Xianggang yi xue za zhi, 25 Suppl 2*(1), 4–9.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A Systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment, 34*(1), 123–138. Retrieved December 2, 2022, from <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.01.011>.
- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Harvey, B. H. (2013). The nature of relapse in schizophrenia. *BMC psychiatry, 13*, 50. Retrieved August 31, 2021, <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-50>
- Gumley, A. I., Bradstreet, S., Ainsworth, J., Allan, S., Alvarez-Jimenez, M., Aucott, L., Birchwood, M., Briggs, A., Bucci, S., Cotton, S. M., Engel, L., French, P., Lederman, R., Lewis, S., Machin, M., MacLennan, G., McLeod, H., McMeekin, N., Mihalopoulos, C., Morton, E., & Gleeson, J. (2022). The EMPOWER blended digital intervention for relapse prevention in schizophrenia: a feasibility cluster randomised controlled trial in Scotland and Australia. *The lancet. Psychiatry, 9*(6), 477–486. Retrieved October 1, 2022, from [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(22\)00103-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(22)00103-1.pdf).
- Harada, T., Tsutomi, H., Mori, R., & Wilson, D. B. (2018). Cognitive-behavioural treatment for amphetamine-type stimulants (ATS)-use disorders. *The Cochrane database of systematic reviews, 12*(12), CD011315 Retrieved September 12, 2022, from <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011315.pub2>
- Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. M. X., & Saunders, J. B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence, 191*, 234–258. Retrieved December 1, 2022, from <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011>
- Liu, Y., Yang, X., Gillespie, A., Guo, Z., Ma, Y., Chen, R., & Li, Z. (2019). Targeting relapse prevention and positive symptom in first-episode schizophrenia using brief cognitive behavioral therapy: A pilot randomized controlled study. *Psychiatry research, 272*, 275–283. Retrieved November 23, 2021 from <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.130>

- Moges, S., Belete, T., Mekonen, T., & Menberu M. (2021). Lifetime relapse and its associated factors among people with schizophrenia spectrum disorders who are on follow up at Comprehensive Specialized Hospitals in Amhara region, Ethiopia: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst* 15, 42. Retrieved November 14, 2022, from <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00464-0>
- Murrie, B., Lappin, J., Large, M., & Sara, G. (2020). Transition of substance-induced, brief, and atypical psychoses to schizophrenia: A Systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 46(3), 505–516. Retrieved December 1, 2022, from <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz102>
- Rodolico, A., Bighelli, I., Avanzato, C., Concerto, C., Cutrufelli, P., Mineo, L., Schneider Thoma, J., Siafis, S., Signorelli, M. S., Wu, H., Wang, D., Furukawa, T. A., Pitschel-Walz, G., Aguglia, E., & Leucht, S. (2022). Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 9(3), 211–221. Retrieved October 31, 2022, from [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00437-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00437-5)
- Tran, M. T. N., Luong, Q. H., Le Minh, G., Dunne, M. P., & Baker, P. (2021). Psychosocial interventions for amphetamine type stimulant use disorder: An Overview of systematic reviews. *Frontiers in psychiatry*, 12, 512076. Retrieved September 30, 2022, from <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.512076>
- World Health Organization. *Schizophrenia*. (2022). Retrieved December 12, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.

การพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยใช้ทุนชุมชนเป็นฐานเพื่อป้องกันยาเสพติด: กรณีศึกษาชุมชนหนองช้าง อำเภอสสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

นิพัทธ์พนธ์ สุปัญญาบุตร*

อภิชาติ ใจอารีย์**

ประสงค์ ตันพิชัย**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติดของเด็กและเยาวชนคนภูไทชุมชนหนองช้าง 2) ศึกษาทุนชุมชนในการสร้างทักษะชีวิตแก่เด็กและเยาวชนคนภูไทชุมชนหนองช้าง 3) พัฒนาแนวทางการพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยใช้ทุนชุมชนเป็นฐาน เพื่อป้องกันยาเสพติด ใช้การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พื้นที่วิจัยเป็นชุมชนคนภูไทชุมชนหนองช้าง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เด็กและเยาวชนคนภูไท จำนวน 210 คน โดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม และผู้ให้ข้อมูลหลักจากการสัมภาษณ์ ได้แก่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พระภิกษุสงฆ์ เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ และตัวแทนเด็กและเยาวชนคนภูไทจำนวน 32 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลวิจัยพบว่า 1) ระดับทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติดของเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยทักษะการควบคุมตนเอง ทักษะการเห็นคุณค่าในตัวเอง ทักษะการปฏิเสธ และทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดี ส่วนทักษะการแก้ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง 2) ทุนชุมชนในการเสริมสร้างทักษะชีวิตแก่เด็กและเยาวชนคนภูไทชุมชนหนองช้างประกอบไปด้วย ทุนเครือข่าย/ ทุนมนุษย์ ทุนทางสถาบัน และทุนทางวัฒนธรรมประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น 3) แนวทางการพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทฯ ที่เหมาะสมกับชุมชนหนองช้าง และสามารถนำมาต่อยอดเพื่อพัฒนาชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย (1) การพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยบูรณาการทุนเครือข่าย/ ทุนมนุษย์ (2) การพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยการบูรณาการทุนทางวัฒนธรรม ประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น (3) การพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยการบูรณาการทุนทางสถาบัน (4) การพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยการบูรณาการทุนสถาบันและทุนมนุษย์ (5) การพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และยังมีผลการผลานกับมาตรการทางกฎหมายและกระบวนการเรียนรู้ ทำให้เห็นว่าชุมชนเองให้ความสำคัญกับเด็กและเยาวชน ไม่ปล่อยปละละเลยเด็กจนทำให้เด็กได้รับผลกระทบจากปัญหาต่าง ๆ โดยลำพัง เป็นการใช้ทุนชุมชนที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าและเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวม

สรุป จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า ทุนที่มีอยู่ในชุมชนสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนได้ และต้องมีการบูรณาการทุนต่างๆ มาใช้อย่างเหมาะสม

ขอเสนอแนะ ควรใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR) และขยายผลของกิจกรรมไปยังชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: ทักษะชีวิต, เด็กและเยาวชน, คนภูไท, ทุนชุมชน, การป้องกันยาเสพติด

* นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาศาสตร์พยาบาลมนุษยและชุมชน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพัฒนาศาสตร์มนุษยและชุมชน คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

LIFE SKILLS DEVELOPMENT FOR PHU TAI CHILDREN AND YOUTH BY USING COMMUNITY CAPITAL TO PREVENT DRUG ADDICTION: A CASE STUDY OF NONG CHANG COMMUNITY, SAM CHAI DISTRICT, KALASIN PROVINCE

Nipittapon Supanyabut*

Apichart Jai-aree**

Prasong Tanpichai**

Abstract

The objectives of this research were: 1) to study the level of life skills necessary for the prevention of drug addiction of Phu Tai children and youth of Nong Chang community, 2) to study community capital to build life skills for Phu Tai children and youth of Nong Chang community, 3) to propose guidelines for the development of life skills for Phu Tai children and youth by using community capitals to prevent drug addiction. This study employed research mixed methods. The research area was a Phu Tai community (Nong Chang community). The key informants were 32 people including community leaders, nurses from the district health promotion hospital, subdistrict administrative organization staff, public health volunteers, local scholars, monks, policeman, guardians, teachers, and children and youth. These informants were selected using the purposive sampling. In addition, 210 children were also selected to be the samples by using a cluster sampling. In the analysis of the data, the descriptive analysis and content analysis were employed.

The results showed that the children and youth possessed a good level of life skills. Self-control skills, self-worth skills, refusal skills, and decision-making skills were in a good level, and problem-solving skills were moderate. Community capitals to enhancing life skills for Phu Tai children and youth of the Nong Chang community consisted of network capital/ human capital, institutional capital, cultural and traditional capital, and local wisdom. Guidelines for developing life skills for Phu Tai children and youth suitable of the Nong Chang community and can be further extended to develop the community in a concrete manner, consisting of; (1) Life skills development for Phu Tai children and youth through the integration of network capital/ human capital (2) Life skills development for Phu Tai children and youth by integrating cultural capital, tradition, and local wisdom (3) Life skills development for Phu Tai children and youth by integrating institutional capital (4) Life skills development for Phu Tai children and youth by integrating institutional capital and human capital (5) Life skills development for Phu Tai children and youth using community participation. In addition, legal measures and learning processes are applied to develop the life skills of Phu Tai children and youth to prevent drug addiction.

Keyword: Life skills, Juveniles, Phu Tai Ethnic, Community capitals, Prevent Drug Addiction

* Ph.D. students of Human and Community Resource Development Program, Faculty of Education and Development Sciences, Kasetsart University

** Department of Human and Community Resource Development, Faculty of Education and Development Sciences, Kasetsart University

บทนำ

ปัญหา ยาเสพติด เป็นปัญหาสำคัญยิ่งของทุกๆ ประเทศ และก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC, 2021) ในประเทศไทย ปัญหา ยาเสพติด ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างทางสังคมในลักษณะที่ขาดพลังและขาดความสมดุลในการพัฒนา สถาบันหลักทางสังคมเกิดความอ่อนแอ ทำให้ปัญหา ยาเสพติด แพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2565) จากรายงานของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ปี 2560 – 2563 พบว่า เด็กและเยาวชนเริ่มใช้ยาเสพติดมีอายุน้อยลง ส่วนใหญ่อายุ 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 30-40 ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะมีโอกาสเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด เป็นภัยต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต

เด็กและเยาวชนเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เนื่องจากจะต้องเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ การส่งเสริมความรู้ความสามารถ ทักษะชีวิต เป็นการเตรียมพร้อมเพื่อตั้งรับและป้องกันปัญหาด้านต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น (คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับอรุณวรรณ บุญเทียบทิพย์พร (2549) ศึกษาการพัฒนาทักษะชีวิตของเยาวชนพุทธภวนา กล่าวว่า เด็กและเยาวชนที่มีทักษะชีวิตต่ำ ขาดภูมิคุ้มกันทางสังคมจะมีปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ เกิดความขัดแย้งในชีวิตได้ง่าย และไม่ประสบความสำเร็จในด้านต่างๆ และสอดคล้องกับ Nelson – Jones (2013) ได้กล่าวว่า บุคคลที่มีทักษะชีวิตที่ดีจะมีจิตใจที่เป็นสุข แต่ถ้าขาดทักษะชีวิตที่เหมาะสมจะไม่สามารถเติมเต็มศักยภาพและความต้องการของตนเองได้ จะนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตใจ

จังหวัดกาฬสินธุ์ ติด 1 ใน 3 ของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด อีกทั้งยังปรากฏข่าวสารด้านการค้าและการแพร่ระบาดของยาบ้ามากที่สุด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2562) จากการประเมินสถานะของหมู่บ้านโดยศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พบว่า มีหมู่บ้านสถานะสีแดง จำนวน 249 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 15.37 อยู่ในลำดับที่ 3 ของประเทศ (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2562) มีพื้นที่บางส่วนติดกับเทือกเขาภูพานซึ่งเป็นจุดลักลอบลำเลียง จุดพัก และกระจายยาเสพติดไปยังที่ต่างๆ ทำให้เป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากการลงสำรวจพื้นที่ชุมชนคนภูไทแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เด็กและเยาวชนบางกลุ่มมีการมั่วสุม เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ส่งผลกระทบต่อการศึกษา เรียนไม่จบ ออกกลางคัน เกิดการลักขโมย การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนลดลง และเกิดความไม่สงบขึ้น ผู้วิจัยพร้อมด้วยผู้นำชุมชน และสมาชิกคนอื่นๆ ได้เล็งเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน และมองว่าการแก้ปัญหาต่างๆ ของชุมชนไม่สามารถที่จะพึ่งระบบการดำเนินงานของภาครัฐได้เพียงอย่างเดียว แต่ชุมชนจำเป็นต้องสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทชุมชนของคนภูไท ซึ่งเป็นชาติพันธุ์ที่มีอัตลักษณ์เฉพาะ และเชื่อมโยงไปสู่ความสามารถตามศักยภาพชุมชนโดยใช้ทุนชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไท โดยใช้ทุนชุมชนเป็นฐาน เพื่อป้องกันยาเสพติด โดยให้เด็กและเยาวชนรู้จักโทษพิษภัยยาเสพติด และไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ส่งผลทำให้เกิดพลังอันเป็นพลังแสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของชุมชน ชุมชนเกิดการพัฒนา และนำไปสู่ชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับทักษะชีวิต การป้องกันยาเสพติดของเด็กและเยาวชนคนภูไทชุมชนหนองซ่าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาทุนชุมชนในการสร้างทักษะชีวิตแก่เด็กและเยาวชนคนภูไทชุมชนหนองซ่าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยใช้ทุนชุมชนเป็นฐาน เพื่อป้องกันยาเสพติด ชุมชนหนองซ่าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed methods Research) ที่เก็บข้อมูลอย่างหลากหลาย ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความครอบคลุมและสมบูรณ์มากขึ้น

การวิจัยเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กและเยาวชนคนภูไท ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ ทาโรยามาเน (Yamane, 1973) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 210 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster)

การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชนชาวบ้าน พระภิกษุสงฆ์ เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ และตัวแทนเด็กและเยาวชน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 32 คน

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบประเมินทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติด ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก ดิฐภัทร บวรชัย (2555) ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล สถานภาพทางครอบครัว การจัดการกับปัญหา กิจกรรมยามว่าง การระบอบของยาเสพติด ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด และหน่วยงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติด 5 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการควบคุมตนเอง 2) ทักษะการเห็นคุณค่าในตัวเอง 3) ทักษะการปฏิเสธ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) เลือกตอบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) เห็นด้วย (4) ไม่แน่ใจ (3) ไม่เห็นด้วย (2) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ส่วนทักษะที่ 4) ทักษะการตัดสินใจ เป็นแบบทดสอบหลายตัวเลือก จำนวน 10 ข้อคำถาม ถ้าเลือกข้อที่เป็นการตัดสินใจที่ดีที่สุด ได้ 2 คะแนน และถ้าเลือกตัดสินใจถูกรองลงมา ได้ 1 คะแนน แต่ถ้าเลือกตัดสินใจผิด ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์หลักการของ Bloom (1971) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับผ่าน (ร้อยละ 60-79) ระดับควรปรับปรุง (ต่ำกว่าร้อยละ 60) และ 5) ทักษะการแก้ปัญหา เป็นข้อสอบ จำนวน 10 ข้อคำถาม ถ้าตอบ “ถูก” ได้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบ “ผิด” ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์หลักการของ Bloom (1971) แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ คือ ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60) นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน โดยมีค่า IOC (Index of Item Object Congruence) อยู่ระหว่าง 0.6-1.00 และนำไปทดลองใช้กับเด็กและเยาวชนคนภูไทที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability)

จำนวน 30 ชุด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach) (Hair, et al., 2006) ค่าเท่ากับ 0.95

2. แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง/ แนวคำถามการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

3. แบบบันทึกภาคสนาม (Field note)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1) ศึกษาค้นคว้าจากตำรา หนังสือ ทบทวนเอกสารแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) หนังสือยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจจากเด็กและเยาวชน ผู้ปกครอง และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองช้าง

3) การเก็บข้อมูลจากแบบประเมินทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติดของเด็กและเยาวชนคนภูไท จำนวน 210 คน

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย นักวิชาการศึกษา 1 คน นักพัฒนาชุมชน 1 คน และครูการศึกษาอนุบาล 1 คน

2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชนชาวบ้าน พระภิกษุสงฆ์ เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ จำนวน 22 คน และตัวแทนเด็กและเยาวชน จำนวน 10 คน รวมจำนวน 32 คน ในประเด็นเกี่ยวกับทุนชุมชน และทุนที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาเด็กและเยาวชนคนภูไท เพื่อป้องกันยาเสพติด โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง

3) สนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชนชาวบ้าน พระภิกษุสงฆ์ เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ จำนวน 22 คน และตัวแทนเด็กและเยาวชน จำนวน 10 คน รวมจำนวน 32 คน เพื่อหาแนวทางการพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยใช้ทุนชุมชนเป็นฐานเพื่อป้องกันยาเสพติด ชุมชนหนองช้าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลหนองช้าง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการขอรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เอกสารใบรับรอง 033/2563

ผลการศึกษา

1) ระดับทักษะชีวิตในการป้องกันยาเสพติดของเด็กและเยาวชนคนภูไทหนองช้าง

ข้อมูลทั่วไปของเด็กและเยาวชนคนภูไท เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.29 เพศหญิง ร้อยละ 45.71 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาสายสามัญ ร้อยละ 81.43 สายอาชีพ ร้อยละ 16.67 สถานภาพทางครอบครัว บิดาและมารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 81.43 บิดาและมารดาแยกทางกัน บิดาและมารดาเสียชีวิต ร้อยละ 18.57 ผู้ปกครองประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 69.05 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 57.14 แหล่งที่มาของเงินที่ได้จากพ่อแม่ ร้อยละ 90.00 ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ

83.33 ปัญหาส่วนตัวคือ เงินไม่พอใช้ ร้อยละ 48.10 เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาบิดาและมารดา ร้อยละ 62.86 กิจกรรมยามว่างจะเล่นอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 71.90 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ร้อยละ 75.24 ชนิดของยาเสพติดที่ระบาดในชุมชนที่มากที่สุดคือยาบ้า (แอมเฟตามีน) ร้อยละ 88.57 เคยถูกชักชวนให้ลองยาเสพติด ร้อยละ 21.42 ชุมชนพักอาศัยอยู่มีหน่วยงานราชการเข้าไปให้ความรู้เรื่องยาเสพติด ร้อยละ 72.86 และในชุมชนมีเจ้าหน้าที่บ้านเมืองไปตรวจจับ ร้อยละ 75.71

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติด จำแนกรายด้าน (N = 210)

ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติด	ระดับทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติด		การแปลผล
	Mean	S.D.	
ทักษะการควบคุมตนเอง	3.986	0.688	ดี
ทักษะการเห็นคุณค่าในตนเอง	4.031	0.601	ดี
ทักษะการปฏิเสธ	4.108	0.596	ดี
ทักษะการตัดสินใจ	16.209	3.790	ดี
	(X _{min} = 4, X _{max} = 20)		
	(81.045%)		
ทักษะการแก้ปัญหา	6.167	2.051	ปานกลาง
	(X _{min} = 0, X _{max} = 9)		
	(61.67%)		

ระดับทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติด ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติดของเด็กและเยาวชนคนภูไท ภาพรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 4 ทักษะ คือ ทักษะการปฏิเสธ (\bar{X} = 4.108, S.D. = 0.596) ทักษะการเห็นคุณค่าในตัวเอง (\bar{X} = 4.031, S.D. = 0.601) ทักษะการควบคุมตนเอง (\bar{X} = 3.986, S.D. = 0.688) และทักษะการตัดสินใจ (\bar{X} = 16.209, S.D. = 3.790) ส่วนทักษะการแก้ปัญหามีอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 6.167, S.D. = 2.051)

2) ทุนชุมชนในการสร้างทักษะชีวิตแก่เด็กและเยาวชนคนภูไทชุมชนหนองช้าง

จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับทุนชุมชนของคนภูไทนำสู่การจัดเวทีประชาคม รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มผู้ใหญ่ข้อมูล เพื่อสังเคราะห์ทุนชุมชนที่เหมาะสมในการพัฒนาทักษะชีวิตแก่เด็กและเยาวชนคนภูไท เพื่อป้องกันยาเสพติด พบว่า ชุมชนแห่งนี้มีทุนจำนวนมากมายที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ราบรื่น อยู่เย็นเป็นสุข มีความเป็นปึกแผ่นที่ดี และเป็นชุมชนที่น่าอยู่ชุมชนหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็น 1) ทุนมนุษย์ ผู้นำชุมชนสามารถทำบทบาทของตัวเองได้ค่อนข้างดี พระภิกษุสงฆ์ก็ยังเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจให้กับคนในชุมชนได้ อีกทั้งมีความสามารถเป็นนักเทศน์ เป็นวิทยากรให้ความรู้และฝึกอบรมคุณธรรมจริยธรรมแก่เด็กและเยาวชนระดับจังหวัด ส่วนปราชญ์ชุมชนที่มีความรู้ในด้านต่างๆ แต่ละแขนงก็ยังมีอีกมาก ทำให้การดำรงไว้ซึ่งอัตลักษณ์ความเป็นคนภูไทให้คงอยู่ค่อนข้างดี ครูอาจารย์ในโรงเรียนส่วนใหญ่จะเป็นคนในชุมชน ทำให้รู้ถึงวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น การทำงานระหว่างโรงเรียนกับชุมชนผสมผสานกันได้อย่างราบรื่น และที่สำคัญชุมชนนี้ได้รับรางวัลยกย่องให้เป็นหมู่บ้าน/ชุมชน คนดี ศรีกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2565 อีกด้วย 2) วัดเป็นศูนย์รวมยึดเหนี่ยวจิตใจของคนภูไท กิจกรรมต่างๆ ในชุมชนส่วนใหญ่ มักจะถูกจัดขึ้นที่วัด ไม่ว่าจะเป็นงานบุญ งานประเพณี พิธีกรรม และความเชื่อต่างๆ วัดในชุมชนนี้มีทั้งหมด 10 วัด 1 ใน 10 วัด ที่มีความโดดเด่น คือ วัดโพธิ์ศรีสว่างหนองช้าง ได้รับการยอมรับนับถือจากทั้งคนในและนอกชุมชน 3) ครอบครัวส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ถึงแม้ในปัจจุบันจะมีการแยกครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวบ้าง แต่ก็ยังอาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงกับญาติๆ ลักษณะความสัมพันธ์ของคนในชุมชนมีความเป็นเครือญาติสูง มีการพึ่งพาอาศัยกัน สอดส่องดูแลกัน และคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี 4) วัฒนธรรมประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น คนภูไทเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่โดดเด่นเฉพาะตัว อีกทั้งยังมีความมุ่งมั่นในการรักษาวัฒนธรรมของตน ไม่ว่าจะเป็นภาษาภูไทซึ่งยังคงใช้พูด

ในชีวิตประจำวัน การแต่งกาย ขนบธรรมเนียม ประเพณี พิธีกรรม และความเชื่อ ต่างก็ยังคงรักษาไว้ได้เป็นอย่างดี การดำรงอยู่ของวัฒนธรรมด้านต่างๆ เหล่านี้เป็นเงื่อนไขสำคัญที่สร้างความเป็นปึกแผ่น จนได้ชื่อว่ามีอัตลักษณ์อันโดดเด่น และความโดดเด่นนี้ส่งผลให้ในปัจจุบันชุมชนแห่งนี้ได้พัฒนาจนกลายเป็นหมู่บ้านท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมที่เป็นที่รู้จักแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเน้นนำเสนอวิถีการดำรงชีวิตและประเพณีของคนภูไท ที่เรียกว่า “วัฒนธรรมภูไท” โดยมีการจัดการแสดงการละเล่นตามประเพณี เช่น การฟ้อนภูไท การฟ้อนกลองต๋ม การเล่นดนตรีพื้นบ้าน การทอผ้าไหมแพรวา เป็นต้น แก้วมาเยี่ยมชม และ 5) องค์กรพัฒนาภาครัฐและเอกชนต่างๆ เข้ามาศึกษาดูงาน และมีหน่วยงานสนับสนุนการทำงานของชุมชนเป็นระยะ และช่วยสนับสนุนด้านการศึกษาและแหล่งเรียนรู้ให้กับชุมชนอีกด้วย

3) การพัฒนาแนวทางการพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยใช้ทุนชุมชนเป็นฐาน เพื่อป้องกันยาเสพติด ชุมชนหนองซ่าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

การศึกษาทุนชุมชน หรือสิ่งดีงามในชุมชนทั้งที่เป็นนามธรรมและรูปธรรม ที่เกิดจากการสั่งสมมาอย่างยาวนานของคนในชุมชน ซึ่งเกิดจากการรวมตัวกันร่วมคิด ร่วมทำ ทั้งในส่วนที่ได้จากการสั่งสม และในส่วนที่ต่อยอด รวมถึงการรวมตัวของคนในชุมชน เพื่อสร้างประโยชน์ต่อส่วนรวม ซึ่งประกอบด้วย 1) ทุนทางกายภาพ 2) ทุนมนุษย์ 3) ทุนทางสถาบัน 4) ทุนทรัพยากร และ 5) ทุนวัฒนธรรมประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่ม พบว่า ชุมชนหนองซ่างเป็นชุมชนที่มีทุนชุมชนที่มีความโดดเด่น และสามารถนำทุนต่างๆ ในชุมชนมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไท เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กและเยาวชนเข้าไปพัวพัน และยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ซึ่งประกอบด้วยแนวทางต่างๆ ดังนี้

แนวทางที่หนึ่ง การพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยบูรณาการทุนเครือข่าย/ทุนมนุษย์ ทุนมนุษย์ มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทชุมชนหนองซ่าง ชุมชนหนองซ่างมีทุนมนุษย์ที่มีคุณค่า ไม่ว่าจะเป็นผู้นำที่เป็นทางการ ผู้นำที่ไม่เป็นทางการ พระภิกษุสงฆ์ ครูอาจารย์ และเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากทุกคนมีศักยภาพ มีความรู้ความสามารถในการดำเนินชีวิตมีประสบการณ์ และมีทักษะชีวิตในด้านต่างๆ มาก่อน มีบทบาทในการเป็นผู้นำ ผ่านการฝึกอบรม การพัฒนาทักษะชีวิตการทำงานเป็นทีม ตลอดจนสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม และการเผชิญปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปได้เป็นอย่างดี

แนวทางที่สอง การพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยการบูรณาการทุนทางวัฒนธรรม ประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น ทุนวัฒนธรรมประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น ถือเป็นทุนที่มีความโดดเด่นของคนภูไทชุมชนหนองซ่าง ซึ่งเห็นได้จากการถือปฏิบัติสืบทอดต่อกันมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เป็นทุนชุมชนที่คนในชุมชนยังคงมีการอนุรักษ์และสืบสานมาจากรุ่นสู่รุ่น สะท้อนถึงอัตลักษณ์ของความเป็นคนภูไทได้เป็นอย่างดี จัดเป็นทุนที่มีความเหมาะสม สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาทักษะชีวิตแก่เด็กและเยาวชนคนภูไท เพื่อป้องกันยาเสพติด อีกทั้งยังมีปราชญ์ชาวบ้านและครูภูมิปัญญาที่ถ่ายทอดทุนวัฒนธรรมประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่นสืบทอดต่อกันมาจนถึงปัจจุบัน

แนวทางที่สาม การพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยการบูรณาการทุนทางสถาบัน เพื่อพัฒนาหลักสูตรชุมชน ทุนทางสถาบันมีบทบาทสำคัญยิ่งในการสร้างและหล่อหลอมชีวิตของเด็กและเยาวชนคนภูไทชุมชนหนองซ่าง โดยเฉพาะสถาบันครอบครัว และสถาบันการศึกษา ได้สร้างและหล่อหลอมเด็กและเยาวชนคนภูไทให้เติบโต มีสุขภาพ มีพฤติกรรม และบุคลิกภาพตามคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของสังคมผ่านการอบรมเลี้ยงดู การให้ความรัก ความอบอุ่น การปลูกฝังคุณธรรมและจริยธรรมที่เหมาะสม

แนวทางที่สี่ การพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยการบูรณาการทุนสถาบันและทุนมนุษย์ เพื่อจัดทำแผนจัดทำแผนแม่บทชุมชน แผนแม่บทชุมชน คือ แผนที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ของคนในชุมชน เป็นแผนชีวิตแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดเป้าหมายว่า “ชุมชนจะไปทางไหน และจะไปให้ถึงที่นั่นได้อย่างไร”

แนวทางที่ห้า การพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วม เป็นหัวใจของการพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไท การให้ประชาชน สมาชิกในชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงปัญหา และความต้องการแก้ไขปัญหาสุขภาพเสถียรในกลุ่มเด็กและเยาวชน ในรูปแบบการทำงานร่วมกัน มีการให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ช่วยดูแลสอดส่อง ดูแลเด็กและเยาวชนในชุมชน ที่มีความเสี่ยงต่อการยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด โดยการรายงานข้อมูลให้กับผู้นำชุมชนและกรรมการหมู่บ้าน และ ผู้ปกครองรับทราบโดยไม่เกิดปัญหาข้อขัดแย้งซึ่งกันและกัน นับว่าเป็นสิ่งที่ทุกคนคาดหวังอยากให้เกิดขึ้นในชุมชน

อภิปรายผล

ระดับทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติดของเด็กและเยาวชนคนภูไทในภาพรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 4 ทักษะคือ ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการเห็นคุณค่าในตัวเอง ทักษะการควบคุมตนเอง และทักษะการตัดสินใจ ส่วนระดับปานกลาง มีจำนวน 1 ทักษะ คือ ทักษะการแก้ปัญหา การที่ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติดของเด็ก และเยาวชนคนภูไทภาพรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะชุมชนชาติพันธุ์ภูไท เป็นชนชาติพันธุ์ที่ยังคงวิถีชีวิต แบบดั้งเดิมอยู่ค่อนข้างมาก อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีความเป็นเครือญาติกันสูง มีการปลูกฝัง ค่านิยม ประเพณี และวัฒนธรรมสืบต่อกันมาอย่างต่อเนื่องจากรุ่นสู่รุ่น ทำให้คนรุ่นใหม่ยังคงมีความรัก ห่วงแหน และถือปฏิบัติกันสืบมา มีการสอดส่องดูแลซึ่งกันและกัน ทำให้เด็กและเยาวชนยังคงมีความรักผูกพัน กับครอบครัวและชุมชน ถึงแม้ว่ายาเสพติดจะเข้ามาสู่ชุมชนมากขึ้น ก็ยังคงสามารถป้องกันตัวเองได้จากการมี ทักษะการควบคุมตนเอง ทักษะการเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการปฏิเสธ และทักษะการตัดสินใจที่ดี อีกทั้ง เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของยาเสพติดด้วย ส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีทักษะต่างๆ ดี มีเกราะป้องกัน ตัวเองที่ดี มีภูมิคุ้มกันเกี่ยวกับยาเสพติด ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นเองไม่ได้ จะต้องได้รับการพัฒนามาจากการสั่ง สอน การปลูกฝังมาอย่างต่อเนื่อง และการได้พบเห็นจากสื่อต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับทักษะ ชีวิตที่กล่าวไว้ว่า การเข้าใจความหมายและความสำคัญของทักษะชีวิต ที่จะนำมาใช้ในการพัฒนา ความสามารถในการปรับตัว และการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ และแรงกดดันที่ เกิดขึ้นในชีวิตทุกด้านสิ่งที่ทำร้ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็นสิ่งที่ทำให้ เกิดการดำรงไว้ ซึ่งสภาวะสุขภาพจิตที่ดี (WHO, 1997; UNESCO, 2001; UNICEF, 2001; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541; มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2555; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษา ขั้นพื้นฐาน, 2555) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุสรณ์รัตน์ รินแสงปิ่น (2558) การเสริมสร้างกระบวนการ เรียนรู้ทักษะชีวิตกลุ่มแกนนำเด็กและเยาวชนส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีทักษะชีวิตให้สามารถพัฒนาตนเองกับ ชีวิตจริงอย่างมีคุณค่าและดำรงตนในสังคมได้อย่างมีความสุข สอดคล้องกับ ชวันรัตน์ เสถียรภักดิ์ธนา (2559) การฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีผลต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการ บำบัดในระยะฟื้นฟูสุขภาพ และสอดคล้องกับ ลักษณะวดี กันตริ (2559) อีริวัฒน์ พงศ์ภาณุพัฒน์ และคณะ (2565) การเสริมสร้างทักษะชีวิตด้านความตระหนักในตนเอง และด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถเพิ่ม ทักษะชีวิตในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาได้

ทุนชุมชนที่เหมาะสมในการพัฒนาทักษะชีวิตแก่เด็กและเยาวชนคนภูไท เพื่อป้องกันยาเสพติด พบว่า ชุมชนแห่งนี้มีทุนจำนวนมากายที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ราบรื่น อยู่เย็นเป็นสุข มีความเป็นปึกแผ่นดี และเป็นชุมชนที่น่าอยู่ชุมชนหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็น 1) ทุนมนุษย์ 2) ทุนสถาบัน เช่น วัด ครอบครัว 3) วัฒนธรรมประเพณี และ ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การฟ้อนภูไท การฟ้อนกลองตุ้ม การเล่นดนตรีพื้นบ้าน การทอผ้าไหมแพรวา

เป็นต้น แก้วผู้มาเยี่ยมชม และ 4) เครือข่าย องค์กรพัฒนาภาครัฐและเอกชนต่างๆ ซึ่งการนำทุนชุมชนที่มีอยู่มาใช้อย่างคุ้มค่าและเป็นประโยชน์เพื่อส่วนรวม จะส่งผลดีต่อชุมชนเป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทุนทางสังคมของ Kretzmznn & McKnight (1993) Haines (2009) Ferguson & Dickens (1999) Green & Haines (2007) Apichart Jai-aree. (2022) ที่กล่าวว่า ทุนชุมชนเป็นสิ่งดีงามในชุมชนทั้งที่เป็นนามธรรมและรูปธรรมที่เกิดจากการสั่งสมมาอย่างยาวนานของคนในชุมชน ซึ่งเกิดจากการรวมตัวกันร่วมคิด ร่วมทำ ทั้งในส่วนที่ได้จากการสั่งสมและในส่วนที่ต่อยอด รวมถึงการรวมตัวของคนในชุมชน เพื่อสร้างประโยชน์ต่อส่วนรวม ทำให้ชุมชนสามารถดำรงอยู่ได้ มีความรักความผูกพันกัน มีความสามัคคี และเป็นหนึ่งเดียวกัน และสอดคล้องกับ วุฒิชชาติ ทอนศรี (2556) ได้ศึกษาทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ในชุมชนบ้านพลวง ตำบลบ้านพลวง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า แนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดโดยชุมชนนั้นชุมชนไม่สามารถพึ่งพากระบวนการดำเนินงานของภาครัฐเพียงด้านเดียวได้ การสั่งการของผู้นำทางการในชุมชน และระบบประเพณี วัฒนธรรมชุมชนเข้าด้วยกันโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และสร้างรูปแบบกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดได้ ซึ่งระบบวัฒนธรรมชุมชนที่สามารถนำมาสร้างแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยเครือข่ายทางสังคม การพึ่งพาอาศัย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการติดต่อสื่อสาร โดยส่วนมากจะยังคงอยู่ในกลุ่มระบบเครือญาติ ระบบผู้นำทางธรรมชาติ ผู้อาวุโสในชุมชน และวัฒนธรรมความเชื่อของคนในชุมชน

แนวทางการพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทโดยใช้ทุนชุมชนเป็นฐาน เพื่อป้องกันยาเสพติด ชุมชนหนองช้าง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ คนส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า แนวทางการพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไท ที่เหมาะสมและเป็นไปได้มากที่สุดคือ การใช้หลายแนวทางร่วมกัน ควรจะใช้วิธีการบูรณาการแนวทางต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไท โดยใช้ทุนเครือข่าย/ทุนมนุษย์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของยาเสพติด และทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติด ทุนทางวัฒนธรรมประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น ทุนทางสถาบัน และการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับ คະນອງ พิลุน (2557) รูปแบบในการป้องกันปัญหาเสพติดโดยนำแนวคิดที่เป็นรูปแบบทั้งภาครัฐและภาคประชาชนมาผสมผสานและพัฒนาเป็นรูปแบบของชุมชนในการป้องกันยาเสพติดสอดคล้องกับ วรพล นาหนองตูม (2562) ทุนทางสังคมมีลักษณะเป็นทุนที่ยึดติดอยู่ในโครงสร้างสังคมในชุมชน ประเภททุนมนุษย์ ทำหน้าที่นำความรู้ ประสบการณ์มาแก้ไขปัญหาเสพติด ประเภททุนทางสังคมในสถาบัน ได้แก่ ทุนทางสังคมในครอบครัว ทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติด ทุนทางสังคมในชุมชน ทำหน้าที่สร้างความไว้วางใจกันร่วมแรงร่วมใจกันในการต่อต้านยาเสพติด ทุนทางสังคมในโครงสร้าง ทำหน้าที่สร้างวิถีชุมชนบนแบบแผนที่ดีในการดำเนินชีวิตให้ห่างไกลยาเสพติด ประเภททุนทางปัญญาและวัฒนธรรม ทำหน้าที่สร้างความกลมเกลียว หลอมรวมความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในชุมชนให้มีวิถีชีวิตที่ดีงาม จะเห็นได้ว่าทุนทางสังคมได้ผสมผสานนำไปสู่การจัดการตนเองของชุมชนด้านยาเสพติดทั้งนั้น ชุมชนจัดการตนเองด้านยาเสพติดได้รับอิทธิพลทางตรงจากทุนทางสังคมในครอบครัว รูปแบบการส่งเสริมทุนทางสังคมสู่ชุมชนจัดการตนเองด้านยาเสพติด จำเป็นต้องอาศัยทุนทางสังคมในครอบครัว ทุนทางสังคมในชุมชน ทุนทางสังคมในโครงสร้าง ทุนทางปัญญา และวัฒนธรรมโดยการสร้างภูมิคุ้มกันให้สมาชิกในครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อชุมชน

การเสริมสร้างทักษะชีวิตเด็กและเยาวชนคนภูไทเพื่อป้องกันยาเสพติด โดยการพ่อนภูไท เป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ สามารถลดปัญหาเสพติด และการจับกลุ่มมั่วสุมของเด็กและเยาวชนได้ ผู้วิจัยเห็นว่ากิจกรรมดังกล่าวอาจจะต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับท้องถิ่น

หน่วยงานภาครัฐในระดับท้องถิ่นควรใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย โดยการให้ความสำคัญกับชุมชนได้แสดงศักยภาพ แสดงบทบาท และกิจกรรมให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของชุมชน ส่วนภาครัฐและหน่วยงานต่างๆ ควรหนุนเสริมให้เกิดกิจกรรมเพื่อสร้างความยั่งยืน และใช้การขับเคลื่อนกิจกรรมมาเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จต่อไปอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยครั้งต่อไป

ในการดำเนินการวิจัยครั้งต่อไปควรใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และขยายผลของกิจกรรมไปยังชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ ใจอารีย์ รองศาสตราจารย์ ดร.ประสงค์ ต้นพิชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรันดร์ ยิ่งยวด ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระฉัตร สุปัญญา คณาจารย์ภาควิชาการพัฒนาศาสตร์มนุษยและชุมชน คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ ครอบคลุม HCRD ตัวแทนชุมชนเด็กและเยาวชนชุมชนหนองช้าง ผู้อำนวยการฯ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล คณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน พี่น้องในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี บิดามารดา ครอบครัวสุปัญญาบุตร และครอบครัวงานแก้ว และกัลยาณมิตรทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจ คอยอยู่เคียงข้าง คอยผลักดัน คอยให้กำลังใจ จนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). *คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำหรับครู*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ. (2561). *แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- คะนอง พิณ. (2557). การพัฒนารูปแบบการป้องกันยาเสพติดโดยประชาชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษาบ้านสองฮี ต.ยางตลาด อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์. การประชุมวิชาการ มหาสารคามวิจัย ครั้งที่ 10 *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์* หน้า 211-220.
- ชวันรัตน์ เสถียรกิตติธนา. (2559). *ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดิฐภัทร บวรชัย. (2555). *การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติด สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร*. ปริญญาโทการศึกษาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ธีรวัฒน์ พงศ์ภานุวัฒน์ และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตำบลอิสาน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*. 37 (3) กันยายน-ธันวาคม 2565.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2555). *เอกสารการสอนชุดวิชา 10103 ทักษะชีวิต (Life Skills) หน่วยที่ 8-15*. พิมพ์ครั้งที่ 20. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ลักขณาดี กันตริ. (2559). การพัฒนาทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนกลุ่มชนชาติพันธุ์ ในศูนย์พัฒนาคุณภาพการศึกษา ตำบลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทิร์น*. ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน 2559 – มิถุนายน 2559.
- วรพล นาหนองตูม. (2562). รูปแบบการส่งเสริมทุนทางสังคมสู่ชุมชนจัดการตนเองด้านยาเสพติด. *วารสารมหาคุหาณาครุศาสตร์* ปีที่ 6 ฉบับที่ 7 (กันยายน 2562).
- วุฒิชชาติ ทอนศรี. (2556). *ทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน*. การประชุมวิชาการ การพัฒนาชนบทที่ยั่งยืน 2556 ครั้งที่ 3 “ชุมชนท้องถิ่น ฐานรากการพัฒนาประชาคมอาเซียน” 9-10 พฤษภาคม 2556. ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2562). *รายงานผลการติดตามประเด็นนโยบายแก้ไขปัญหาเสพติดประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เขต 12 ณ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด*. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงมหาดไทย.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2563). *สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ปีงบประมาณ 2563-2565. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี*.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2555). *แนวทางการพัฒนาทักษะชีวิต บูรณาการการเรียนการสอน 8 กลุ่มสาระการเรียนรู้ หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐานพุทธศักราช 2551*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2562). *สถานการณ์ค่าและแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- _____. (2565). *แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- อนงค์รัตน์ รินแสงปิ่น. (2558). การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตให้กับแกนนำเด็กและเยาวชนตำบลหลวงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง. *วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต*. ปีที่ 5 กรกฎาคม - ธันวาคม 2558.
- อรุณวรรณ บุญเทียบพิชัยพร. (2549). *การพัฒนาทักษะชีวิตของเยาวชนพุทธทาวนา*. ปริญญาพุทธศาสนา มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

- Apichart Jai-aree. (2022). A Preventing and Solving Problems on Children's and Youth Gambling by Participation Process in Western Region Community, Thailand. *Journal of Multidisciplinary in Humanities and Social Sciences* Vol. 5 No. 4 (October – December 2022). 1546-1570.
- Bloom., et al., (1971). *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Ferguson and Dickens. (1999). *In Urban Problems and community development*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press, pp. 1-31.
- Green and Haines. (2007). *Asset building and community development*. 2nd ed., Thousand Oak, CA: Sage.
- Haines. (2009). *Asset-based Community Development*. In: Phillips R. and Pittman R H. editors. *An Introduction to Community Development*. London and New York: Route ledge Publisher.
- Kretzmznn and McKnight. (1993). *Building Community from The Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilization a Community's Assets*. Chicago, IL: ACTA Publications.
- Nelson-Jones, Richard. (2013). *Life Skill Helping: A Textbook of Practical Counseling and Helping Skills*. 3rd ed. Sydney: Holt, Rinehart and Winston.
- Hair, et al., (2006). *Multivariate data analysis*. Sixth edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- UNESCO. (2001). *Communication and advocacy strategies; Adolescent reproductive and sexual heath*. Booklet 3, lesson learned and guidelines. Bangkok, Thailand; UNESCO, UNFPA.
- UNICEF. (2001). *What is the Life Skills Approach? Explore Ideas Articles, Opinions, and Research about Teaching and Learning*. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2560, เข้าถึงใน <http://www.unicef.org/teachers/teacher/Lifeskill/htm>
- United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC. (2021). *Executive summary - policy implications. World Drug Report 2021*. (United Nations publication, Sales No. 21.XI.8).
- WHO. (1997). *Life Skill Education in school*. Geneva: WHO.
- Yamane. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. Third edition. New York: Harper and Row Publication.

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

โสภิตา ดาวสดใส*

บทคัดย่อ

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มขยายตัวและมีความรุนแรงมากขึ้น ตลอดจนจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยยาเสพติดที่รักษาที่โรงพยาบาลแล้วจะกลับเข้าสู่การดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมทั้งจากผู้ป่วย โรงพยาบาล และชุมชน โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และ 2) เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าร่วมในโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ดำเนินการใน 2 พื้นที่ของอำเภอมัญจาคีรี และ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งในแต่ละพื้นที่มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมโครงการฯ ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจ และปกครอง เพื่อร่วมกันทำงานดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน แนวคิดการดำเนินงานประยุกต์ใช้จากแนวคิดการพัฒนาของ Kemmis & McTaggart โดยดำเนินการใน 4 ขั้นตอนคือ การวางแผนงาน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการตอบสนองกลับ (Reflection) จากนั้นดำเนินการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยของโครงการฯ ระยะเวลาการดำเนินการโครงการฯ 3 ปี (2564 ถึง 2566) มีการดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดของโครงการฯ มีการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ทั้งในมิติของข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร และการจัดการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการติดตาม สังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากนั้นดำเนินการปฏิบัติการตามแผนของโครงการฯ จากผลการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าโครงการฯ พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ที่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวนทั้งหมด 495 คน ได้รับการดูแลตามมาตรการแผนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนครบทุกขั้นตอน และอยู่ในระบบการดูแลที่สามารถติดตามต่อเนื่องได้ จำนวน 495 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 ผลของการติดตามการดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ดีขึ้น กล่าวคือ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบทุกขั้นตอน 2) ผู้ป่วยไม่แสดงอาการก้าวร้าวรุนแรง และ 3) ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา จำนวน 483 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3

สรุป การดำเนินโครงการฯ ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ (ไร้รอยต่อ) ทั้งในมิติของข้อมูล การสื่อสาร การจัดการดูแลผู้ป่วย และการตอบสนองในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่องของภาคส่วนต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลและชุมชน เป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งจะกลับเข้าสู่การดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน

* โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

DRUG ADDICTED PATIENT CARE SYSTEM WITH SEAMLESS DEVELOPMENT FROM HOSPITAL TO COMMUNITY

Sopida Daosodsai*

Abstract

Due to increasing of drug addiction problems in Thailand. In addition, the increase number of drug addicted patients in the hospital. The patients were treated from hospital and had to go back to community and family. Thus, this project was established to develop a drug addicted patient care system with seamless from hospital to community and to evaluate the results of development 2 communities and hospitals were selected for this project, which were the community and hospital of Amphur Munjakhiri and Amphur Nampong. Both community and hospital participated by drug addicted patients, who were serious mental illness with high risk to violence (SMI-V), members of family, community health volunteers, staffs of the sub-district health promotion hospital, Nurse staffs of the hospital, and the law regulator in the community. The action of development used in the project were following Kemmis and McTaggart principle, which uses 4 steps of planning, action, observation, and reflection. Then, the project was evaluated of drug addicted patient care. The project started from 2021 to 2023 for 3 years. The results showed that the committee of the project was established and did planning patient referral system between hospital and community in dimension of data sharing, communication, and care taking with seamless activities of patient care including monitoring of observation and reflection of taking care drug addicted patients continuously. After doing the program as planned. The evaluated result showed that the patients were recruited in the program for 495 cases. 495 cases (100.0%) were taken care all steps in taking care system by the hospital and community continuously using coworking of hospital and community with seamless development from hospital to community. 483 cases (97.3%) were in better status (being taken care all standard steps, no aggressive behaviors, and compliance in drug addicted patient care) So, the Coworking of community and hospital was important to take care drug addicted patient and could share together of planning, action, observation, and reflection for taking care of patient with seamless.

* Thanyarak khonkaen hospital

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ สังคม บุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ที่มีแนวโน้มที่จะขยายตัวมีความรุนแรงมากขึ้น จากผลการจับกุมคดียาเสพติดของสำนักงานตำรวจแห่งชาติในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 สามารถจับกุมคดียาเสพติดทั้งหมด 324,552 คดี ผู้ต้องหา 33,856 คน และยาเสพติดที่มีปัญหามากที่สุดยังเป็นยาบ้าและยาไอซ์ ปีงบประมาณ 2563 ประเทศไทยมีผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลยาเสพติดในระบบข้อมูล บสต. จำนวน 180,483 คน ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดคือยาบ้าร้อยละ 77.9 ไอซ์ ร้อยละ 9 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90 กลุ่มอายุระหว่าง 20-24 ปี ร้อยละ 23.7 และยังพบว่า กลุ่มผู้เสพยาเสพติดมีพฤติกรรมการใช้ยาหลายชนิดผสมกัน หรือจนเกิดอาการรุนแรงยากต่อการรักษามีอาการทางจิตประสาทมากขึ้น (อังกูร ภัทรากร และคณะ, 2564) รัฐบาลได้กำหนดนโยบาย และกลยุทธ์ทั้งเชิงป้องกันแก้ไขปัญหาระหว่างภาครัฐและท้องถิ่นชุมชนโดยมีมาตรการในด้านการป้องกันเฝ้าระวังบำบัดแก้ไขและฟื้นฟูผู้ป่วยแบบองค์รวมในมุมมองที่เปลี่ยนจากผู้เสพเป็นผู้ป่วย ซึ่งประเทศไทยมีการพัฒนาต้นแบบการบำบัดในชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง และสรุปว่ารูปแบบของการบำบัดรักษาที่ใกล้บ้านภายในชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมนั้นให้ผลมากที่สุด โดยมีการบูรณาการกับทุกภาคส่วน เชื่อมโยงกับหน่วยบริการ ระดับปฐมภูมิ มุ่งเน้นบุคคล ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่นๆ เพื่อส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมถึงการขับเคลื่อนโดยมีแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ ภายใต้หลักการเครือข่ายบริการไร้รอยต่อในรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ โดยมีการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดูแลประชาชน โดยสร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้นำนโยบายการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาเพิ่มเป็นทางเลือกของการบำบัดรักษาร่วมด้วย ทั้งนี้สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-based treatment) ที่เป็นมาตรการสากลที่มุ่งเน้นการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการร่วมใช้ทรัพยากรในชุมชน กับองค์ความรู้ทางสาธารณสุขมาดูแลจัดการแก้ไขปัญหายาเสพติดตามบริบทของพื้นที่ การเสริมพลังในชุมชนด้วยมาตรการดังกล่าวก่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน ที่มีการบูรณาการระหว่างระบบบริการสุขภาพภาครัฐและระบบบริการทางสังคมที่มีอยู่ ด้วยความร่วมมือระหว่างชุมชน ผู้บังคับใช้กฎหมายผ่านกระบวนการของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เน้นให้ผู้เสพยาเสพติดเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้มากขึ้น ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม มีการส่งต่อในกระบวนการรักษาจากชุมชนสู่สถานบริการเฉพาะทางอย่างไร้รอยต่อ ส่งผลกระทบบางกวนในการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่มีอยู่อย่างเหมาะสม (Health economy) และทำให้เกิดความสมดุลทางเศรษฐกิจสังคม (Socioeconomic) ได้อย่างยั่งยืน โดยมีนโยบายให้โรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคได้ดำเนินโครงการทุกแห่งตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 เป็นต้นมา

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญด้านการพัฒนาให้เกิดเครือข่ายการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของกรมการแพทย์ การพัฒนาระบบบริการในทุกระดับ ให้มีมาตรฐานเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาที่สถานบริการใกล้บ้าน สามารถรับการบำบัดรักษาได้อย่างต่อเนื่อง รับผิดชอบเขตบริการสุขภาพที่ 7, 9 และ 10 จึงจัดทำโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 จนถึงปีงบประมาณ 2566 โดยเป็นการบูรณาการงานเชิงพื้นที่ ใช้แหล่งประโยชน์ให้เกิดคุณภาพบริการสุขภาพอย่างสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย ประสานการดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม ในทุกระดับความรุนแรงและผลกระทบจากยาเสพติด ตั้งแต่ยังอยู่ในชุมชนเชื่อมโยงระบบส่งต่อเพื่อการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านและส่งต่อแผนการดูแลต่อเนื่องให้ครอบครัว หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้มีแนวทางการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดความต่อเนื่องในการดูแลครบถ้วนครอบคลุมทั้งมิติด้านสุขภาพ มิติทางสังคม คงอยู่ในระบบการดูแล ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนอย่างปกติสุข ชุมชนสามารถจัดการกับปัญหาเสพติดอย่างเหมาะสม เป็นสังคมปลอดภัยจากยาเสพติดอย่างแท้จริง

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะผู้บริหารสูงสุดขององค์กรพยาบาลโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นและเป็นผู้บริหารจัดการโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดแบบครบวงจรไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เห็นความจำเป็นในการปรับกระบวนการ โดยให้ชุมชนเป็นฐานตามแนวคิดของการดูแลบำบัดฟื้นฟูพร้อมการมีส่วนร่วมของชุมชนและประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ได้ดำเนินโครงการตั้งแต่ปี 2564 ถึงปี 2566 ในพื้นที่นำร่อง 2 พื้นที่ในจังหวัดขอนแก่นโดยมีการบูรณาการแนวคิดและกิจกรรมในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วมในทุกๆ ระยะ ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมวางแผน กิจกรรม และร่วมกันดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีการจัดระบบข้อมูลผู้ป่วย ระบบการดูแล ระบบการส่งต่อ และระบบการติดตามเยี่ยมหลังการบำบัด ให้ผู้เสพผู้ติดสามารถอยู่ในสังคมโดยไม่ก่อให้เกิดปัญหาต่อครอบครัวชุมชน และใช้ทุนทางสังคมให้มีการดูแลต่อเนื่องต่อไปได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

ใช้การพัฒนาตามขั้นตอนหลักของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน

(Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re - planning) โดยนำเอาปัญหาอุปสรรคที่ได้จากการสะท้อนผลการปฏิบัติงานในแต่ละวงรอบมาวิเคราะห์และทบทวนโดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ โดยมีเป้าหมายความสำเร็จคือ ได้แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเสพติดของโรงพยาบาลและชุมชน และได้ผลการดูแลผู้สูงอายุเสพติดแบบครบวงจรไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

การทำงานร่วมกันอย่างมีบูรณาการร่วมกัน (ไร้รอยต่อ) ทั้งในมิติของข้อมูล การสื่อสาร การดูแลผู้ป่วย และการตอบสนองในการดูแลผู้สูงอายุเสพติดอย่างต่อเนื่อง

ประชากรศึกษา/กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุเสพติด ได้แก่

1. โรงพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับอำเภอ อำเภอละ 3 คน
2. โรงพยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดระดับ รพ.สต. อำเภอละ 2 คน
3. ผู้นำชุมชน อำเภอละ 10 คน
4. อาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอละ 15 คน
5. ผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย อำเภอละ 15 คน
6. ภาควิชาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ปกครอง ตำรวจ อำเภอละ 2 คน

สถานที่ศึกษา

นาร่อง 2 อำเภอในจังหวัดขอนแก่น ได้แก่

1. อำเภอมัญจาคีรี โดย โรงพยาบาลมัญจาคีรีเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน
2. อำเภอน้ำพอง โดย รพ.สต. พังทวย ตำบลพังทวย เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน

เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แนวทางสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้นำชุมชน ครอบครัว แนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับเจ้าหน้าที่ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการศึกษาและปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทำงาน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องจำนวน 5 ท่าน โดยมีวิธีการและขั้นตอนการดำเนินการ มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างไร้รอยต่อในมิติของข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร และการจัดการดูแลผู้ป่วยของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจและปกครอง เพื่อร่วมกันทำงานดูแลผู้ป่วยยาเสพติด แนวคิดการดำเนินงานประยุกต์ใช้จาก แนวคิดการพัฒนาของ Kemmis & McTaggart ดำเนินการใน 4 ขั้นตอนคือ การวางแผนงาน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการตอบสนองกลับ (Reflection) โดยเริ่ม ในปี 2564 และสรุปประเด็นในการพัฒนาต่อในปี 2565 และสรุปประเด็นที่ยังเป็นปัญหาดำเนินการต่อ ในปี 2566 รวมสามวงรอบ ดังนี้

ปี 2564

1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) ระยะเวลาเป็นการศึกษาบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ ศึกษาสภาพปัญหาความต้องการของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และเป็นการประเมินศักยภาพของบุคลากร ทรัพยากร และทุนทางสังคมควบคู่ไปกับการสร้างสัมพันธภาพ ร่วมกับ ทีมงานระดับอำเภอและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการดำเนินงานในปีงบประมาณ ในปี พ.ศ. 2564 โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 ทบทวนเอกสารงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และปัญหาการใช้ยาเสพติดในพื้นที่ การคัดกรองการประเมินอาการขาดยา อายากยา การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตและก่อให้เกิด ความรุนแรง การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดตามระดับความรุนแรง

1.2 พบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดในระดับจังหวัดร่วม ประชุมกับนายอำเภอและคณะทำงานของ คอ.ปส. ระดับอำเภอทั้ง 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอน้ำพองและ อำเภอเมืองจตุรัส เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินงานและประสานกับ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 2 แห่ง

1.3 ประชุมคณะทำงานของสถานบริการระดับตติยภูมิ

1.4 ประชุมทีมงานของชุมชน แกนนำชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อศึกษาพื้นที่ของแต่ละอำเภอที่เป็นพื้นที่เป้าหมายตามโครงการ

1.5 ประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้บริหารระดับอำเภอ ทีมงานสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ และสทวิชาชีพทั้ง 2 พื้นที่ เพื่อชี้แจงโครงการและแลกเปลี่ยนข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านมา การประชุมเพื่อระดมสมองเพื่อหาปัญหาและอุปสรรคในการทำงานและข้อมูลความรุนแรงของยาเสพติดในพื้นที่ เพื่อให้ทราบสภาพปัญหาของการบำบัดในระดับอำเภอ

2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action)

2.1 แต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ โดยนายอำเภอเป็นประธาน คณะกรรมการประกอบด้วย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอ

2.2 ประชุมค้นหาข้อมูลสถานการณ์ปัญหา และค้นหาความต้องการแก้ไขปัญหาในชุมชนด้วยรูปแบบที่ชุมชนมีส่วนร่วม ทำประชาคมเพื่อระดมความคิดเห็นเสนอแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน

2.3 ประชุมทีมงานของชุมชน แกนนำชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อค้นหาคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดในชุมชน

2.4 จัดทำฐานข้อมูลและมีกลุ่มไลน์ เพื่อติดต่อสื่อสารของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

2.5 วางแผนดำเนินการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

Pre-Hospital

1. ประชุมทุกสถานบริการ เป็นศูนย์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V โดยทุกสถานบริการค้นหา คัดกรองผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติด และส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. อบรมให้ความรู้จัดอบรมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วย อบรม อสม. ผู้นำชุมชน ประชาชนพบเห็น ภาวะอันตรายจากอาการทางจิตเวช และยาเสพติด หรือ พบมี 5 สัญญาณเตือน แจกเหตุ “191 FIRST”

3. สร้างเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยในระดับชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจ/พนักงานฝ่ายปกครอง/ หน่วยกู้ชีพ กู้ภัยหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้นำส่งเพื่อบำบัดรักษา โดย ควบคุมอาการคลุ้มคลั่งให้สงบ และนำส่ง รพ. ประเมิน มีการประเมินอาการทางกาย ก่อนประเมินอาการทางจิต

4. สร้างเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยในระดับจังหวัด จัดระบบประสานการส่งต่อไปโรงพยาบาลเฉพาะทาง

In-Hospital

1. โรงพยาบาลน้ำพองและโรงพยาบาลมัญจาคีรีจัดทำแนวทางในการตรวจวินิจฉัยบำบัดรักษา การควบคุมอาการคลุ้มคลั่งให้สงบ มีการประเมินอาการทางกาย ก่อนประเมินอาการทางจิต/มีเตียงพักคอย

2. การประสานการส่งต่อ ไปยังโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นหรือโรงพยาบาลจิตเวชราชชนรินทร์ เมื่อเกินศักยภาพ

3. สรุปผลการบำบัดรักษาเบื้องต้น วางแผนคืนข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยให้ ดูแลต่อเนื่องในชุมชน

Post-Hospital

1. ส่งต่อข้อมูลให้ชุมชนและวางแผนเยี่ยมติดตามโดยทีม CBTx และ แกนนำชุมชน

2. การให้ความรู้แก่ครอบครัว/ญาติ/ผู้ป่วยทำความเข้าใจและสร้างทัศนคติ ของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยในเชิงบวก หน่วยงานในระบบสังคมและสวัสดิการอื่นๆ มีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในชุมชน

3) **สังเกตการณ์ (observation)** ทีมงานลงพื้นที่ร่วมกิจกรรมบำบัดในชุมชน ประชุมติดตามอย่างต่อเนื่อง สังเกตการณ์ดำเนินงาน จัดบันทึกอย่างรอบด้าน จัดประชุมกลุ่มย่อยในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง จัดประชุม คณะทำงานระดับอำเภอเพื่อติดตามงานทุกเดือน

4) **สะท้อนกลับ (reflection)** เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูล แนวทางการทำงาน ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคมาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ สังเคราะห์ สะท้อนผลการดำเนินงานแก่คณะทำงานเพื่อการวางแผน การพัฒนาในรอบต่อไป

ผลลัพธ์ของอำเภอน้ำพอง พบว่าปัญหาเร่งด่วนคือการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคจิตเวชร่วม (SMI-V) มีจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ทีมงานประกอบด้วยตำรวจ สาธารณสุข ปกครอง และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมประชุมจัดทำแผนการดำเนินงาน และการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลือกพื้นที่ต้นแบบ ดำเนินการในพื้นที่บ้านพังทวย 5 หมู่บ้าน ตำบลพังทวย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ผู้ป่วยผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการจิตเวชร่วม จำนวน 14 คน เป็นผู้ชาย 13 คน ผู้หญิง 1 คน อายุเฉลี่ย 21-30 ปี กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 14 คนกลุ่ม อสม. ที่เป็นบัดดี้กับผู้ป่วยแต่ละครัวเรือน 14 คน มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดย ทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น มีการเข้าร่วมกลุ่มทุก 2 สัปดาห์ในรูปแบบโรงเรียน “ผูกมิตรวิทยา” โดยชุมชนร่วมกันจัดทำหลักสูตร การเรียนการสอนสำหรับกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการในรูปแบบผูกมิตรวิทยาได้ 3 ครั้ง เกิดโควิดระบาด

ผลลัพธ์ของอำเภอมัญจาคีรี พบว่ามีจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ทีมงานประกอบด้วยตำรวจ สาธารณสุข ปกครอง และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมประชุมจัดทำแผนการดำเนินงาน และการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จัดตั้งศูนย์ป้องกันฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (นาคาพิทักษ์) เพื่อเป็นจุดประสานงาน และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยดังนี้ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนแจ้งเหตุที่ 191 และทีมตำรวจจะไปถึงภายใน 10 นาที รายงานผลผ่าน Line และจัดประชุมทีมงาน ต่อเนื่อง ทุก 1 เดือน เพื่อติดตามความก้าวหน้า

ปี 2565

1) **การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning)** ระยะนี้มีการจัดประชุมทีมงานของ ชุมชนแกนนำชุมชนและภาคีเครือข่าย รวบรวมประเด็นที่จะปรับปรุงข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไข ปัญหา ที่ได้มาวางแผนกิจกรรมร่วมกันและร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้บริหารระดับอำเภอ ทีมงานสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ และสหวิชาชีพทั้ง 2 พื้นที่ ทบทวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านมาเพื่อวางแผนปีต่อไป

2) **ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action)** ประชุมคืนข้อมูลสถานการณ์ปัญหา และค้นหาความต้องการ แก้ไขปัญหาในชุมชนด้วยรูปแบบที่ชุมชนมีส่วนร่วม ทีมงานอำเภอน้ำพอง พัฒนาทีมงานเพื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จัดบัดดี้ในการดูแลผู้ป่วยกินยา พัฒนากลุ่มไลน์ในการแจ้งเหตุ จัดทีมงานชุมชนในการจัดการเมื่อมีคนไข ก้าวร้าวในชุมชนทีมงานอำเภอมัญจาคีรี มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล ระบบการส่งต่อจากอำเภอมัญจาคีรีมาที่ รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น มีการประชุมกับเครือข่าย รพ.สต. ทุกแห่งใน การติดตามเยี่ยมในชุมชน

3) **สังเกตการณ์ (Observation)** ทีมงานลงพื้นที่ร่วมกิจกรรมบำบัดในชุมชน ประชุมติดตามอย่างต่อเนื่อง สังเกตการณ์ดำเนินงาน จดบันทึกอย่างรอบด้าน ประชุมกลุ่มย่อยในพื้นที่เป็นระยะ

4) **สะท้อนกลับ (Reflection)** เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูล แนวทางการทำงาน ผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคมาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ สังเคราะห์ สะท้อนผลการดำเนินงานแก่คณะทำงานเพื่อการวางแผน การพัฒนาในรอบต่อไป

ผลลัพธ์ของอำเภอน้ำพอง ปี 2565 มีผู้ป่วยในชุมชนทั้งหมด 35 คน ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 13 คน ส่งต่อ รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น 2 คน นอกนั้นสามารถดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยมีบัดดี้ในการดูแล การกินยา ไม่มีปัญหาหาค่าความรุนแรงในชุมชน มีการจัดตั้งกลุ่มผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวังและแจ้งเหตุในชุมชน และวางแผนขยายพื้นที่ดำเนินงานไปให้ครบทุกหมู่บ้านในตำบลพังทวย

ผลลัพธ์ของอำเภอมัญจาคีรี มีผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวตามระบบส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 135 คน ส่งต่อ รพ.ธัญญารักษ์ขอนแก่น 49 คน นอกนั้นสามารถดูแลต่อเนื่องในชุมชน ยังมีข้อจำกัดในการติดตามหลังกลับสู่ชุมชน แต่วางแผนในการประสานงานกับทุก รพ.สต. ในปีต่อไป

ปี 2566

1) **การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning)** โดยประชุมทีมงานของชุมชน แกนนำ ชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อระดมสมองเพื่อหาปัญหาและอุปสรรคในการทำงานและวางแผนในการพัฒนา ระบบงานปีต่อไป

2) **ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action)** ทีมงานอำเภอน้ำพอง มีการพัฒนาขยายกิจกรรมสู่ ศูนย์ฟื้นฟู CI ตำบลพังทวย จัดระบบการติดตามเยี่ยมหลังการบำบัด มีการฝึกอบรมทีมงานอำเภอมัญจาคีรี โดยประชุมเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ในพื้นที่ 11 แห่ง เพื่อการวางแผนการติดตามเยี่ยมในชุมชน

3) **สังเกตการณ์ (Observation)** ทีมงานลงพื้นที่ร่วมกิจกรรมบำบัดในชุมชน ประชุมติดตามอย่างต่อเนื่อง สังเกตการณ์ดำเนินงาน จดบันทึกอย่างรอบด้าน ประชุมกลุ่มย่อยในพื้นที่เป็นระยะ

4) **สะท้อนกลับ (Reflection)** เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูล แนวทางการทำงาน ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคมาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ สังเคราะห์ สะท้อนผลการดำเนินงานแก่คณะทำงาน เพื่อการวางแผนการพัฒนาในรอบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการดำเนินงาน

1. สภาพปัญหา ก่อนดำเนินโครงการ

1.1 พื้นที่อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ห่างจากจังหวัดขอนแก่น 55 กิโลเมตร มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 11 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 7 แห่ง และเทศบาล 2 แห่ง จำนวนหมู่บ้าน 118 หมู่บ้าน โรงพยาบาลมัญจาคีรีจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดตั้งแต่ปี 2563 มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในชุมชนรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ทำร้ายร่างกายประชาชนในชุมชน เสียชีวิต และพบปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนมารับบริการมากขึ้น ครอบครัวไม่สามารถนำสู่การบำบัดได้ เกิดความเดือดร้อนระดับอำเภอ มีเรื่องร้องเรียนที่มงาน การติดตามเยี่ยมในชุมชน แต่ไม่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้ เพราะเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย จากการวิเคราะห์ปัญหาจากการดำเนินการพบ ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับความเจ็บป่วย รวมถึงญาติผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรคส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม ขาดยา หยุดยาเอง พบปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามในชุมชน

1.2 พื้นที่ตำบลพังทวย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ห่างจากจังหวัดขอนแก่น 50 กิโลเมตร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังทวยรับผิดชอบ 1,739 หลังคาเรือน 13 หมู่บ้านพื้นที่ตำบลพังทวย มีปัญหาผู้ป่วยติดยาบ้าที่มีอาการทางจิตที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นจากปี 2560 จำนวน 2 คน เพิ่มเป็น 5, 8 คน ในปี 2562, 2563 ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาในชุมชนอย่างมาก จากการประชุมประชาคมในพื้นที่ร่วมกับกลุ่มแกนนำชุมชนสรุปปัญหาที่ชุมชนสะท้อนมา ได้แก่ การมีผู้ป่วยก้าวร้าว อาละวาดในชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีใครดูแลในครอบครัว ปัญหาความยากจน ปัญหาการขาดยา ครอบครัวไม่มีอาชีพไม่มีศักยภาพในการดูแลปัญหาผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงหรือภาวะผู้ป่วยดูแลกันเอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังขาดแนวทางที่เป็นรูปธรรม

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

เริ่มดำเนินการในปี 2564 ใช้การพัฒนาตามขั้นตอนหลักของ Kemmis & McTaggart (1988) แบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ระยะ ในปี 2564 ถึง 2566

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

วงจรการทำงานเชิงปฏิบัติการ	ผลการดำเนินงานของอำเภอมัญจาคีรีและอำเภอน้ำพอง
ดำเนินการในปี 2564 ถึง 2566 ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่	1. แต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ โดยนายอำเภอเป็นประธาน คณะกรรมการประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอ
1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning)	2. ประชุมคืนข้อมูล สถานการณ์ปัญหา และค้นหาความต้องการแก้ไขปัญหาในชุมชนด้วยรูปแบบที่ชุมชนมีส่วนร่วม ทำประชาคมเพื่อระดมความคิดเห็น เสนอแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน
2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action)	3. ประชุมทีมงานของชุมชน แกนนำชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อค้นหา คัดกรองกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ายาเสพติดในชุมชน
3) สังเกตการณ์ (Observation)	4. จัดทำฐานข้อมูลและมีกลุ่มไลน์ เพื่อติดต่อสื่อสารของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน
4) สะท้อนกลับ (Reflection)	5. ประชุมทุกสถานบริการ เป็นศูนย์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V โดยทุกสถานบริการ ค้นหาคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และส่งตัวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
รวม 3 วงรอบ	6. อบรมให้ความรู้จัดอบรมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วย 7. โรงพยาบาลน้ำพองและโรงพยาบาลมัญจาคีรีจัดทำแนวทางในการตรวจวินิจฉัยบำบัดรักษา การควบคุมอาการคลุ้มคลั่งให้สงบ มีการประเมินอาการทางกาย ก่อนประเมินอาการทางจิตจัดระบบการดูแล Pre-hospital, In-hospital, Post-hospital/ มีเตียงพักคอย เพื่อดูแลเบื้องต้น 8. อบรม อสม. ผู้นำชุมชน ประชาชนถ้าพบเห็น ภาวะอันตรายจากอาการทางจิตเวช และยาเสพติด หรือ พบมี 5 สัญญาณเตือน แจ้งเหตุ “191 FIRST” 9. สร้างเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยในระดับชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจ/พนักงาน ฝ่ายปกครอง/ หน่วยกู้ชีพ กู้ภัย/หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้นำส่งเพื่อบำบัดรักษา โดยควบคุมอาการคลุ้มคลั่งให้สงบ และนำส่ง รพ. ประเมิน มีการประเมินอาการทางกาย ก่อนประเมินอาการทางจิต

วงจรถวายงานเชิงปฏิบัติกร	ผลกรดำเนงงานของอำเภอมัญจาคีรีและอำเภอน้ำพอง
	10. สร้างครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยในระดับจังหวัด จัดระบบประสานการส่งต่อไปโรงพยาบาลเฉพาะทาง
	11. ส่งต่อข้อมูลให้ชุมชนและวางแผนเยี่ยมติดตามโดยทีมแกนนำชุมชน
	12. การให้ความรู้แก่ครอบครัว/ญาติผู้ป่วย ทำความเข้าใจและสร้างทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยในเชิงบวก
	13. ประสานหน่วยงานในระบบสังคมและ สวัสดิการอื่นๆ มีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในชุมชน

3. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ตารางที่ 2 ผลการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าโครงการฯ ของอำเภอมัญจาคีรีที่ได้รับการดูแลแบบไร้รอยต่อ

จำนวนผู้ป่วย	2564	2565	2566
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	141	135	122
การส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	95 (67.4)	86 (31.8)	83 (68.0)
การส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ รพ.ธัญญาธิรักษขอนแก่น	46 (32.6)	49 (31.8)	39 (32.0)
จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในระบบได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง	138 (97.8)	129 (95.5)	119 (97.5)

ตารางที่ 3 ผลการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าโครงการฯ ของอำเภอหนองน้ำพองที่ได้รับการดูแลแบบไร้รอยต่อ

จำนวนผู้ป่วย	2564	2565	2566
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	22	35	40
การส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่รพ. จิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์	7 (31.8)	13 (37.1)	7 (17.5)
การส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่รพ.ธัญญา รักษัขอนแก่น	4 (31.8)	2 (5.7)	3 (7.5)
ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยชุมชน	11 (18.2)	20 (57.2)	30 (75.0)
จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในระบบ ได้รับการติดตามดูแล ต่อเนื่อง	22 (100)	35 (100)	40 (100)

อภิปรายผล

จากการดำเนินการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยของโครงการฯ จากระยะเวลาการดำเนินการโครงการฯ 3 ปี (ปี 2564 ถึงปี 2566) มีการดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดของโครงการฯ เพื่อเป็นเจ้าภาพหลักในการวางแผนการดำเนินการโครงการฯ วางแผนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวางแผนการติดตาม การสังเกตการณ์และการสะท้อนกลับในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) ทั้งผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจและปกครอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อทั้งในมิติของข้อมูล การสื่อสาร และการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการติดตาม สังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากนั้นดำเนินการปฏิบัติการตามแผนของโครงการฯ สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาระบบการของ Kemmis & McTaggart (1998) โดยดำเนินการใน 4 ขั้นตอนคือ การวางแผนงาน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการตอบสนองกลับ (Reflection) นำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฯ อย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่จะกลับเข้าสู่การดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน ซึ่งการดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

แสดงให้เห็นว่าการทำงานร่วมกันอย่างมีบูรณาการร่วมกัน (ไร้รอยต่อ) ทั้งในมิติของข้อมูล การสื่อสาร การดูแลผู้ป่วยและการตอบสนองในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนา กระบวนการของ Kemmis & McTaggart นอกจากนี้การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อ จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนนั้นยังสอดคล้องตามข้อเสนอแนะจากการศึกษาของ เกษมศานต์ โชติชาครพันธ์ และคณะ (2562) ที่ได้ประเมินการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษาเสพติด ว่าควรมีการพัฒนาและสร้างแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันของเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งเพิ่มมากขึ้นและ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (กิตติมา ก้านจักร และคณะ, 2564) ได้ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวช และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรงแบบบูรณาการจังหวัดขอนแก่นโดย สัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด พบปัญหาด้านการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการบำบัดมากที่สุดร้อยละ 94 เนื่องจากสถานที่บำบัดในระดับตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลธัญญารักษ์มีไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยค้าง ในชุมชนและเสนอแนะให้มีการจัดระบบให้พร้อมรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากพื้นที่และ โรงพยาบาลชุมชนควรมี การพัฒนาการให้บริการ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับบริการครอบคลุมทั้งกาย จิต และสังคม

จากการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าโครงการฯ พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ที่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวนทั้งหมดจำนวน 495 คน ได้รับการดูแลตามมาตรการแผนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด แบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนครบทุกขั้นตอน จำนวน 495 คน คิดเป็น ร้อยละ 100.0 และ ผลของ การติดตามการดูแลผู้ป่วยฯ พบว่าผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ดีขึ้นจำนวน 483 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 กล่าวคือ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบทุกขั้นตอน 2) ผู้ป่วยไม่แสดงอาการก้าวร้าวรุนแรง และ 3) ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ในการดูแลรักษาและอยู่ในระบบการดูแลผู้ป่วยที่สามารถติดตามต่อเนื่องได้ ซึ่งเป็นไปตามความคาดหวัง แผนปฏิบัติการเร่งด่วน Quick win ของกระทรวงสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วม ให้ได้เข้าถึงการบริการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง นอกจากนี้การดำเนินงานของโครงการดังกล่าวได้ กำหนดมาตรฐานขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยฯ ทั้งจากโรงพยาบาลและชุมชนอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ ของโครงการฯที่ทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยฯ สามารถดำเนินการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเข้าใจสอดคล้องกันในการดูแลผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาลและชุมชน

สรุปและข้อเสนอแนะ

โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการทำงาน อย่างมีบูรณาการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำชุมชน อสม. โรงพยาบาลชุมชนทุกภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในมิติของการจัดการข้อมูลข่าวสาร การ สื่อสาร และการจัดการดูแลผู้ป่วยของผู้เกี่ยวข้อง และการส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง ข้อเสนอแนะ คือ

1. ควรมีการขยายพื้นที่การดำเนินการโครงการนี้ สื่อสารการดูแลผู้ป่วยและการตอบสนองในการดูแล ผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยข้อเสนอแนะให้มากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตร่วม ในระดับอำเภอและจังหวัดต่างๆ

2. ควรมีการขยายประเภทกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่ยังไม่มีอาการทางจิตร่วม โดยใช้แนวทางการ ดำเนินการโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ก่อนที่ ผู้ป่วยยาเสพติดจะมีอาการทางจิตร่วม (Early detection)

3. จากการศึกษาที่มีจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดมากขึ้น ภาครัฐควรมีการเตรียมการสนับสนุนและเตรียมงบประมาณและการพัฒนาศักยภาพความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดให้แก่บุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน รวมถึงการเตรียมพัฒนาศักยภาพของสถานบริการระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยด้านยาเสพติดให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินโครงการครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือของภาคีเครือข่ายแกนนำชุมชน อสม. นักบริหารที่ร่วมกันดำเนินกิจกรรมป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนและพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังทวย โรงพยาบาลน้ำพอง โรงพยาบาลมัญจาคีรี ที่ประสานงานอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลและลงพื้นที่ดำเนินโครงการ ต้องขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินงานเป็นพื้นที่ต้นแบบที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาทางจิตเวชร่วม ที่เป็นวาระแห่งชาติที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมกันแก้ไขเพื่อให้ชุมชนปลอดภัยอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานประจำปี 2565. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). มาตรฐานการปฏิบัติงาน Standard Operating Procedures : SOPs การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง Severe Mental Illness – High Risk to Violence (SMI-V Care). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ฉบับทดลองใช้). กรุงเทพมหานคร: พรอสเพอริตีส์ จำกัด.
- กิตติมา ก้านจักร และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) แบบบูรณาการจังหวัดขอนแก่น. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น: ขอนแก่น.
- เกษมศานต์ โชติชาครพันธ์ และคณะ. (2562). การประเมินการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษายาเสพติดปี พ.ศ. 2562. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์: กรุงเทพมหานคร.
- นิตยา ฤทธิศรี และคณะ. (2565). รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 2: 50-62.
- เพียงเพ็ญ บุญมาธรรม. (2566). ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในพื้นที่อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น; วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา; เม.ย.-มิ.ย.66; 42-47.
- เยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล, สำเนา นิลบรรพ์ และสุกมา แสงเดือนฉาย. (2565). โครงการขยายผลโครงการหลวงเพื่อแก้ไขปัญหาพื้นที่ปลูกฝิ่นอย่างยั่งยืน: การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ติดฝิ่นบนพื้นที่สูง. มพท.

- ราศี อาชาจิตร. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*; 2: 244-257.
- วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558.) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*; 2: 29-49.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). (2563). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อ และบูรณาการในพื้นที่*. มปท.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2566). *ปฏิบัติการลดความรุนแรงของปัญหา ยาเสพติดระยะ 1 ปี ตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล*.
- สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2563). รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประจำปีงบประมาณ 2563. สืบค้นเมื่อ เมษายน 19, 2564 เข้าถึงข้อมูลจาก <https://www.oncb.go.th>.
- สำเนา นิลบรรพ์ และคณะ. (2559). ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาบ้าซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*; ม.ค-เม.ย.; 10(1).
- ศรีสุดา ลุนพุมิ และนารีรัตน์ หาญกล้า. (2564) การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนเป็นศูนย์กลาง กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดขอนแก่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*; 2: 107-116.
- อัครพล ศุภศาสตรา. (2561). *คู่มือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขา ยาเสพติด : กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: บอร์น ทู ปี พับลิชชิง.
- อังกูร ภัทรากร ,ศุภฤกษ์ นาคดีลล, ระเบียบ โตแก้ว, ญาณิ ทรายดี, กงจักร สอนลา, อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์, โสภิตา ดาวสดใส และบุปผา บุญญามณี. (2564). *คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยชุมชนเป็นฐาน (Community base treatment : CBTx) สำหรับชุดปฏิบัติการในชุมชน “วิถีใหม่การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน”*. กรุงเทพมหานคร: ออนป้า จำกัด.
- Kemmis, S & Mc Taggart, R. (1998). *The Action Research Planer* (3rd ed.). Victoria: Deakin University.

บทความวิชาการ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward) Home ward Care Model For Drug Addicted

สุดารัตน์ อรัญญา*

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward) รวมถึงวิธีการดำเนินการวางแผนการบำบัดรักษา ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับครอบครัว โดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน (Meleis, A., 2010) ร่วมกับการใช้เทคโนโลยี DMS Telemedicine และ LINE official account ดำเนินการตั้งแต่ 26 มกราคม 2565 ถึงปัจจุบัน จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 324 ราย ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยมีการวางแผนร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและผู้ป่วย มีการนำสื่อความรู้ออนไลน์ร่วมกับการใช้ทักษะการให้คำปรึกษา การเสริมสร้างแรงจูงใจ รายบุคคล และการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตบนเส้นทางที่ไม่ใช้ยาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ด้านยาเสพติด และทักษะต่างๆ ในการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติด ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward) ในปี 2565-2566 พบว่า ร้อยละการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษา 71.86 (166 ราย) และ 89.25 (83 ราย) ตามลำดับ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย 80.95 (187 ราย) และ 86.02 (80 ราย) ตามลำดับ ร้อยละความพึงพอใจของครอบครัว 87.44 (202 ราย) และ 88.17 (82 ราย) ตามลำดับ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward) ทำให้ผู้ป่วยสามารถลดการใช้ยาเสพติดและดำรงสภาพการกลับมารักษาซ้ำได้นานที่สุด พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 28 วัน ลดลงร้อยละ 18.87 (10 ราย) เป็นร้อยละ 1.74 (4 ราย) ในปี 2566 คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดยาเสพติดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60

คำสำคัญ : ผู้ป่วยยาเสพติด, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน

*สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

บทนำ

เนื่องจากปัญหายาเสพติดก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศ ในระยะเวลา 10 ปี (2011–2021) ประมาณ 296 ล้านรายทั่วโลก มีการใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 23 และมากกว่า 39.5 ล้านราย มีความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติด (Drug use disorders) มีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่ได้รับการรักษา (World drug report, 2023) การติดยาเสพติดเป็นภาวะการณเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยยาเสพติดออกฤทธิ์ต่อสมอง ทำให้สมองส่วนคิด (Cerebral cortex) ถูกทำลายและถูกควบคุมโดยสมองส่วนอยาก (Limbic system) มีผลทำให้ความสามารถในการคิด และความจำแยลง ไม่มีเหตุผล ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย ไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดใช้ยาเสพติดได้ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค, 2564)

ปัญหาจากการใช้ยาเสพติดทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ เช่น นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ไม่รับประทานอาหาร น้ำหนักลด ก้าวร้าว มีอาการแทรกซ้อนทางจิต มีหูแว่ว ประสาทหลอน ผลกระทบต่อครอบครัว เช่น มีการทะเลาะวิวาทในครอบครัว ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการใช้ยาเสพติด ค่าใช้จ่ายในการรักษา เรียนไม่จบ และโดนไล่ออกจากงาน และผลกระทบต่อด้านสติปัญญา เช่น ผู้ป่วยยาเสพติดถูกตำรวจจับคดีเสพ จำหน่าย คดีทำร้ายร่างกายผู้อื่น (วีรพล ชูสันเทียะ, สมเดช พินิจสุนทร, 2560) จากสถิติปี 2564-2566 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีจำนวนเพิ่มขึ้น 4,140, 6,106 และ 7,139 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นจำนวนผู้ป่วยใน 1,370 ราย (ร้อยละ 33.09), 1,393 ราย (ร้อยละ 22.81) และ 2,311 ราย (ร้อยละ 32.37) ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตแทรกซ้อนที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องระยะยาว จำนวน 232 ราย (ร้อยละ 11.20), 132 ราย (ร้อยละ 12.49) และ 170 ราย (ร้อยละ 11.37) ตามลำดับ ส่งผลให้เตียงรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยไม่สามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้

นอกจากนี้ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ควรได้รับการบำบัดทั้งการบำบัดด้วยยา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตโดยไม่พึ่งพายาเสพติด อย่างไรก็ตามการบำบัดกลับพบว่าผู้ป่วยยาเสพติด เมื่อบำบัดอาการขาดยาเสพติดจนดีขึ้นแล้ว ร่างกายแข็งแรงมากขึ้น จะปฏิเสธการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลทำให้มีสถิติการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพลดลง จากสถิติปี 2564-2566 จำนวน 683 ราย (ร้อยละ 49.85) 304 ราย (ร้อยละ 21.82) และ 563 ราย (ร้อยละ 24.36) ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2567) โดยให้เหตุผลความจำเป็นในการกลับไปทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัว ไปเรียน มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ไม่สามารถนอนรักษาในโรงพยาบาลในระยะยาวได้ และจากการติดตามพบว่าผู้ป่วยกลับไปเสพติดซ้ำ และมีอาการแทรกซ้อนทางจิตที่รุนแรงขึ้น ทำให้ต้องกลับมารักษายาเสพติดซ้ำเป็นจำนวนมากในแต่ละปี จากสถิติในปี 2564–2566 พบจำนวน 1,456 (ร้อยละ 35.17) 2,228 (ร้อยละ 36.49) และ 2,648 ราย (ร้อยละ 37.09) ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2567)

ดังนั้น สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการวิจัย และสร้างนวัตกรรมในการบำบัดฟื้นฟู จึงพัฒนานวัตกรรมบริการรูปแบบการบำบัดรักษาเพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัดรักษา ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward) โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Personal based medical services) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยยาเสพติดที่ยังไม่พร้อมเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยใน เป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน

Home ward คืออะไร

Home ward เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยตัวผู้ป่วยพักอยู่ที่บ้าน เป็นการดูแลที่มีมาตรฐาน การดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษาของแต่ละวิชาชีพโดยมีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแล (Care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยและสื่อสารกับทีมแพทย์ (ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์, 2565) ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเสมือนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล (IPD) โดยใช้การเปลี่ยนผ่านการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลไปสู่ครอบครัวและชุมชน (Meleis, A., 2010) ในรูปแบบการจัดการรายกรณี (Case Management) แพทย์และทีมสหวิชาชีพสื่อสารกับผู้ป่วยโดยเทคโนโลยี

สำหรับบทบาทของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย แพทย์ประเมินอาการ ตรวจรักษาและติดตามอาการผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านวิดีโอทาง DMS Telemedicine เกสซ์กรจัดยา และให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับยาตามอาการของผู้ป่วยในแต่ละราย ผ่านทาง LINE official account พยาบาลประเมินอาการทางยาเสพติด ประเมินระดับแรงจูงใจ (Stage of change) ให้คำปรึกษา หรือให้บริการทำกิจกรรมบำบัดตามกระบวนการรายบุคคล และติดตามการรักษาผ่าน LINE official account นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ประเมินจิตสังคม และดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ผ่าน LINE official account เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward) มีข้อดีคือ ทำให้ผู้ป่วยสามารถบำบัดรักษาตัวอยู่ที่บ้านได้ สามารถทำงาน หรือเรียนหนังสือได้ ผู้ป่วยได้ดูแลสมาชิกภายในครอบครัว ครอบครัวรักและเข้าใจผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทำให้สัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น ค้นคืนกับสถานที่บ้าน โดยไม่ต้องปรับตัวในการนอนรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีการเรียนรู้ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ขณะเดียวกันผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญตามมาตรฐานการบำบัดรักษาอย่างใกล้ชิด กรณีเกิดปัญหาผู้ป่วยจะได้รับการให้คำปรึกษาหรือการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาตามบริบทของผู้ป่วยตามสถานการณ์จริงได้ทันที การดูแลในรูปแบบนี้ช่วยลดค่าใช้จ่ายการเดินทาง และค่ารักษาการนอนในโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีข้อจำกัดในการดูแลโดยใช้เทคโนโลยี DMS Telemedicine และ LINE official account ทำให้ไม่สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เช่น ลักษณะท่าทางผู้ป่วยระหว่างการสื่อสาร การสบตา (Eye contact) การใช้ภาษาท่าทาง การใช้อารมณ์ เป็นต้น ในบางพื้นที่สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ส่งผลให้การเชื่อมต่อสัญญาณช้าลง ทำให้คุณภาพของเสียงหรือภาพไม่ดี นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ ในกรณีผู้ป่วยหรือครอบครัวมีโทรศัพท์ แต่ไม่สามารถเข้าถึงการใช้เทคโนโลยี เช่น ไม่มีอินเทอร์เน็ต และไม่สามารถใช้เทคโนโลยีได้

ลักษณะของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่จะเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในรูปแบบนี้ มี 2 ช่องทาง คือ กลุ่มผู้ป่วยนอก และกลุ่มผู้ป่วยใน โดยกลุ่มผู้ป่วยนอกที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมนอนโรงพยาบาล หรือกลุ่มผู้ป่วยในที่อยู่ในระยะบำบัดยาที่ต้องการลดจำนวนวันนอนกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) โดยผู้ป่วยจะต้องสมัครใจเข้ารับการบำบัดในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward) ผู้ป่วยไม่มีอาการขาดยาเสพติด (Withdrawal symptoms) หรือมีอาการขาดยาเสพติดอยู่ในระดับ Mild โดยใช้แบบประเมิน Withdrawal ตามยาเสพติดแต่ละประเภท โรคแทรกซ้อนทางกายและจิตเวชที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ ไม่มีหิวแหว่ ประสาทหลอน คัดกรองโดยแบบประเมินความรุนแรงอาการทางจิต (Clinical Global Impression-Severity: CGI-S) และไม่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง คัดกรองโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) นอกจากนี้คนในครอบครัวมีความสำคัญควรมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถใช้โทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันในการสื่อสารกับแพทย์ และทีมสหวิชาชีพได้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward) เป็นอย่างไร

การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward) ใช้การดูแลผ่านเทคโนโลยี DMS Telemedicine และ LINE official account หรือโทรศัพท์ มีรูปแบบ 3 ระยะ คือ ระยะบำบัดยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตาม

ระยะบำบัดยา ผู้ป่วยจะมีอาการขาดยาเสพติด (Withdrawal symptoms) เช่น มีอาการอ่อนเพลีย หงุดหงิด มีอาการอยากยา นอนไม่หลับ การดูแลในระยะนี้จึงมีความจำเป็นในการให้ผู้ป่วยสังเกตอาการไม่สบายต่างๆ ทางร่างกายที่เกิดขึ้นจากอาการขาดยาอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาใน ระยะบำบัดด้วยยา คือ กลุ่มผู้ป่วยนอกที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลแต่ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมนอนโรงพยาบาล หรือกลุ่มผู้ป่วยในที่อยู่ในระยะบำบัดยาที่ต้องการลด จำนวนวันนอนกลับไปรักษาตัวที่บ้าน โดยผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกจะได้รับการดูแลในรูปแบบ Case Management ตั้งแต่การประเมินอาการขาดยาตามยาเสพติดแต่ละประเภท มีอาการขาดยาเสพติด (Withdrawal symptoms) ได้ในระดับ Mild ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ ไม่มีหูแว่ว ประสาทหลอน ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากแพทย์ และทีมสหวิชาชีพทุกวัน ใช้ระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการขาดยาเสพติด (Withdrawal symptoms) หรือภาวะแทรกซ้อนทางจิตจากการใช้ยาเสพติดทุกเวลา แพทย์ และพยาบาลจะ ประเมินความพร้อมก่อนเข้ารับการรักษาต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเป็นระยะเวลานาน มักจะมีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งมีผลต่อการกลับไปเสพติดซ้ำได้ง่าย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงอารมณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของระดับสารเคมีในสมอง (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค, 2564) สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูในรูปแบบ Home ward คือ ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การบำบัดรักษาระยะบำบัดยา ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟูที่ไม่พร้อมนอนต่อในโรงพยาบาลระยะยาว ซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลจากแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในระยะนี้พยาบาลเน้นให้ คำปรึกษาให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความคิด ที่มีผลต่อการกลับไปเสพติดซ้ำ และใช้ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกยาเสพติดต่อเนื่อง ซึ่งระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้ระยะเวลา 3-4 เดือน พยาบาลจะประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการดูแลต่อเนื่องในระยะติดตาม

การดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ในระยะบำบัดยา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ละวิชาชีพทำงานเป็นทีม ร่วมกันในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วย โดยมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

- แพทย์ ประเมินอาการ ตรวจรักษา และติดตามอาการผ่าน DMS Telemedicine ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย
- เภสัชกร จัดยา และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาตามอาการของผู้ป่วยในแต่ละราย ผ่านทาง LINE official account
- พยาบาล ประเมินระดับแรงจูงใจ (Stage of Change) ในการเลิกยาเสพติด ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยให้คำปรึกษารายบุคคลตามสภาพปัญหา ทำกิจกรรมบำบัดตามกระบวนการรายบุคคล และติดตามการรักษา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดและกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัด เช่น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา ประเมินสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา การจัดการอาการอยากยา การจัดการตัวกระตุ้น การจัดการอารมณ์โกรธ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านยาเสพติด และการเสริมพลังอำนาจครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เป็นต้น โดยผ่านทาง LINE official account
- นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ประเมินทางจิตสังคม ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัว ตามสภาพปัญหาเฉพาะราย ผ่านทาง LINE official account

ระยะติดตาม เป็นกระบวนการติดตามและช่วยเหลือผู้ป่วยที่จำหน่ายจากระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยพยาบาลติดตามการรักษาอย่างน้อย 4-7 ครั้ง กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงการบำบัดในระยะนี้ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านการดูแลจาก Home ward ยาเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่กลับไปรักษาตัวที่บ้าน ในระยะนี้มักจะพบว่า ผู้ป่วยจะมีปัญหาการเข้าสังคม ความสัมพันธ์กับครอบครัวและผู้อื่น หากปล่อยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามลำพัง โอกาสการเสพยาเสพติดซ้ำสูงมาก เพราะต้องเผชิญภาวะกดดัน ความเครียด เหนง เศร้า ว่าเหว ฯลฯ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค, 2564) ดังนั้น พยาบาล และทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเลิกยาเสพติดต่อเนื่อง ในการติดตามการรักษาเฉพาะราย โดยใช้รูปแบบปัญญาสังคมประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ แรงใจ ยึดเหนี่ยว เด็ดเดี่ยว รู้ตน ภาคภูมิใจ ตั้งมั่น และเข้มแข็ง ใช้ระยะเวลาในการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี เมื่อดูแลจนครบตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในบ้าน (Home ward) จะมีการส่งต่อข้อมูลและติดตามต่อเนื่องโดยชุมชนใกล้เคียง

ตัวอย่างกรณีศึกษา ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

เคสชายไทย LGBTQ อายุ 44 ปี สถานภาพโสด สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาโท ประวัติการใช้ยาเสพติด ใช้ไอซ์ฉีด 10 ปี ใช้ปริมาณ 1 กรัม/วัน ใช้ครั้งสุดท้ายวันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 มีอาการหูแว่ว หวาดระแวง นอนไม่หลับ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ การวินิจฉัยโรค Methamphetamine induced psychosis แพทย์รับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลที่ติกระยะบำบัดยาเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ปรับแผนการรักษา และได้รับการพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด จนกระทั่งผู้ป่วยไม่มีอาการหูแว่ว หวาดระแวง แพทย์และพยาบาลประเมินความพร้อมผู้ป่วยเพื่อให้บำบัดรักษาต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมนอนโรงพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถทำงานต่อเนื่องในระยะยาว มีความจำเป็นต้องกลับไปทำงาน และศึกษาต่อระดับปริญญาเอก พยาบาลจึงเสนอทางเลือกรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในบ้าน (Home ward) ผู้ป่วยและญาติมีความสมัครใจที่จะเข้ารับการดูแลในรูปแบบนี้ วันที่ 16 ธันวาคม 2565 ผู้ป่วยจำหน่ายจากติกระยะบำบัดยารวมระยะวันนอน 28 วัน วันที่จำหน่ายผู้ป่วยจากติกระยะบำบัดยา เจ้าหน้าที่พาผู้ป่วยและญาติมาปฐมนิเทศที่ Home ward ซึ่งพยาบาลซักประวัติ ประเมินอาการทางกาย จิต สังคม และรับผู้ป่วยเข้า Home ward ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในวันแรกผู้ป่วยและครอบครัว เช่นไบยินยอมเข้ารับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในบ้าน พร้อมให้รายละเอียดข้อมูลส่วนตัว และที่อยู่ปัจจุบันเพื่อจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ก่อนผู้ป่วยและครอบครัวกลับบ้านได้ให้คำแนะนำการดูแลในรูปแบบ Home ward มีการติดตั้งแอปพลิเคชัน DMS Telemedicine และ LINE official account ออกใบนัดผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์ทาง DMS Telemedicine เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านเข้ารับการดูแลแบบ Home ward ในรุ่งขึ้นพยายาบาลให้การดูแลผู้ป่วยโดยผ่านระบบไลน์ พบว่าผู้ป่วยนอนไม่หลับ จึงได้รับการประเมินอาการ ตรวจรักษา และปรับแผนการรักษาจากแพทย์ เกสซ์กรให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง พยาบาลที่เป็น Case manager ประเมินแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดอยู่ในระยะลั้งเลใจ จึงวางแผนการทำกิจกรรมบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบของการใช้ยาเสพติดส่งสื่อความรู้ออนไลน์ “โรคสมองติดยา” ผ่านทาง LINE official account ร่วมกับให้คำปรึกษา หลังจากผู้ป่วยกลับไปทำงาน 1 เดือน ผู้ป่วยขอคำปรึกษากับพยาบาล ในช่องทาง LINE official account โดยเล่าว่า 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีอาการหงุดหงิด จึงกลับไปใช้ไอซ์ฉีดทุกวัน เนื่องจากต้องการมีเพศสัมพันธ์ และมีอารมณ์

ร่วมกับแพทย์ที่มีเพศเดียวกัน (แพทย์ไม่มีประวัติการใช้ยาเสพติด) ตอนนี้มีอาการหูแว่ว หวาดระแวง นอนไม่หลับ พยาบาลรายงานแพทย์ และนัดมาติดตามอาการที่โรงพยาบาล 1 ครั้ง มีการปรับแผนการรักษา พยาบาล และ นักจิตวิทยาให้คำปรึกษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงความคิด ทักษะการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่พึ่งพา ยาเสพติด ร่วมกับการนำแพทย์มามีส่วนร่วมในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงความคิดพฤติกรรม จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถลดปริมาณการใช้ไอซ์ ทำให้ไม่มีอาการหูแว่ว ไม่มีอาการหวาดระแวง และสามารถหยุดการใช้ไอซ์ได้ในเดือนที่ 8 หลังจากนั้นผู้ป่วยสามารถสอบจบระดับปริญญาเอกได้ ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยยังอยู่ในระบบการบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยาเสพติด และอยู่ในระยะติดตามต่อเนื่อง การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพผ่านเทคโนโลยีทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามสถานการณ์จริงได้ทันที ผู้ป่วยรายนี้มีความพึงพอใจในรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward) ทำให้ทำงาน เรียนหนังสือได้ตามปกติ และยังได้เรียนรู้ทักษะต่างๆ จนกระทั่งลด ละ เลิกใช้ยาเสพติดได้ในที่สุด

การเบิกค่าชดเชยบริการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward)

สำหรับค่าใช้จ่ายบริการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี มีการผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้สามารถเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ได้ตั้งแต่ 11 สิงหาคม 2566 เป็นต้นมา โดยสามารถเบิกค่าชดเชยบริการได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) ในระยะบำบัดยาที่มีจำนวนวันนอนไม่เกิน 30 วัน

ผลการดำเนินงาน

การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward) สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี เปิดดำเนินการ 26 มกราคม 2565 ถึงปัจจุบัน มีจำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับบริการบำบัดที่บ้าน ทั้งหมด 324 ราย มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย	ปี 2565		ปี 2566		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	170	73.60	66	71.00	236	72.84
หญิง	61	26.40	27	29.00	88	27.16
อายุ						
0-19 ปี	22	10.00	5	5.00	27	8.33
20-29 ปี	104	45.00	34	37.00	138	42.59
30-39 ปี	70	30.00	37	4.00	107	33.02
40-49 ปี	22	10.00	14	15.00	36	11.11
50-59 ปี	10	4.00	3	3.00	13	4.01
60 ปี ขึ้นไป	3	1.00	0	0.00	3	0.93

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย	ปี 2565		ปี 2566		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดยาเสพติดที่เสพ						
ยาบ้า	126	55.00	28	30.10	154	47.53
ไอซ์	26	11.00	19	20.40	45	13.89
กัญชา	32	13.90	21	22.60	53	16.36
สุรา	13	5.60	9	9.70	22	6.79
เคตามีน	12	5.00	7	7.50	19	5.86
เฮโรอีน	15	6.50	1	1.10	16	4.94
กระท่อม	3	1.30	4	4.30	7	2.16
ยากล่อมประสาท	0	0	1	1.10	1	0.31
สารระเหย	1	0.40	0	0	1	0.31
อื่นๆ	3	1.30	3	3.20	6	1.85
จำนวนยาเสพติดที่เสพ						
1 ชนิด	200	86.58	69	74.20	269	83.02
2 ชนิด	26	11.25	22	23.70	48	14.81
3 ชนิดขึ้นไป	5	2.16	2	2.10	7	2.16
รับใหม่						
ตึกผู้ป่วยนอก	0	0	19	20.40	19	5.86
ตึกผู้ป่วยใน	231	100	74	79.60	305	94.14

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 236 คน (ร้อยละ 72.84) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปีมากที่สุด จำนวน 138 คน (ร้อยละ 42.59) ชนิดยาเสพติดที่เสพส่วนใหญ่เป็นยาบ้ามากที่สุด จำนวน 154 คน (ร้อยละ 47.53) จำนวนยาเสพติดที่เสพ 1 ชนิด จำนวน 269 คน (ร้อยละ 83.02) ส่วนใหญ่รับผู้ป่วยใหม่ที่เข้ามาดูแลจากตึกผู้ป่วยใน จำนวน 305 คน (ร้อยละ 94.14)

ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home Ward) ในปี 2565-2566 พบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 28 วัน ร้อยละ 18.87 (10 ราย) และ 1.74 (4 ราย) ตามลำดับ ร้อยละการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษา 71.86 (166 ราย) และ 89.25 (83 ราย) ตามลำดับ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย 80.95 (187 ราย) และ 86.02 (80 ราย) ตามลำดับ ร้อยละความพึงพอใจของครอบครัว 87.44 (202 ราย) และ 88.17 (82 ราย) ตามลำดับ ในปี 2566 คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดยาเสพติดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60 (138 ราย)

สรุป

การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่บ้าน (Home ward) เป็นนวัตกรรมที่เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาผู้ป่วยอีกรูปแบบหนึ่ง ที่ออกแบบให้มีความเหมาะสมกับบริบท และวิถีชีวิตของผู้ป่วยในปัจจุบัน ซึ่งเป็นการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยอยู่บ้านเหมือนผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล โดยนำเอาเทคโนโลยี DMS Telemedicine, LINE official account มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งการดูแลรูปแบบนี้ช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการการบำบัดรักษา ในมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติด การนำเทคโนโลยี LINE official account มาใช้ร่วมกับการเพิ่มเมนูสื่อความรู้ออนไลน์ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเรียนรู้สื่อความรู้เวลาใดก็ได้ทุกที่ ทุกเวลา ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด สามารถขอคำปรึกษาในกรณีฉุกเฉินได้แบบเรียลไทม์ แพทย์ พยาบาลสามารถช่วยเหลือแก้ไขปัญหา ตามบริบทของผู้ป่วยยาเสพติดตามสถานการณ์จริงได้ทันที ส่วนในมุมมองของผู้บำบัดเป็นการอำนวยความสะดวกในการสื่อสาร การปฏิบัติงาน ช่วยให้ผู้บำบัดสามารถติดตามผลดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการนำสื่อออนไลน์ที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพ

การใช้ DMS Telemedicine, LINE official account นั้นมีประโยชน์ ซึ่งเป็นตัวช่วยทางเทคโนโลยีที่ทำให้มีส่วนช่วยในการคัดกรอง ให้บริการบำบัดรักษา สื่อความรู้ สามารถใช้ได้กับบุคคลทั่วไป ทุกที่ ทุกเวลา การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลเป็นการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถนัดตรวจกับแพทย์ นัดขอรับคำปรึกษาจากพยาบาลในช่วงเวลาที่สะดวก รูปแบบนี้สามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงการบริการบำบัดรักษา ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทาง ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ไม่ต้องเผชิญกับความแออัดในโรงพยาบาล ขณะเดียวกันผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญตามมาตรฐานการบำบัดรักษาอย่างใกล้ชิด ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ นอกจากนี้ การใช้ DMS telemedicine และ LINE official account ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการบำบัดรักษา สิ่งสำคัญควรระวังในเรื่องสิทธิ์ผู้ป่วย และการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (PDPA)

อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในการดูแลโดยใช้เทคโนโลยี DMS telemedicine และ LINE official account ทำให้ไม่สามารถเห็นลักษณะท่าทางผู้ป่วยระหว่างการสื่อสาร เช่น การสบตา (Eye contact) การใช้ภาษาท่าทาง การใช้อารมณ์ เป็นต้น ในบางพื้นที่สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ส่งผลให้การเชื่อมต่อสัญญาณช้าลง ทำให้คุณภาพของเสียงหรือภาพไม่ดี รวมถึงข้อจำกัดการเข้าถึงบริการในกรณีผู้ป่วยหรือครอบครัวมีโทรศัพท์แต่ไม่สามารถเข้าถึงการใช้เทคโนโลยี เช่น ไม่มีอินเทอร์เน็ต และไม่สามารถใช้เทคโนโลยีได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ที่บำบัดต้องมีความรู้พื้นฐานในการบำบัดผู้ช้ยาและสารเสพติด การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อสามารถนำความรู้และทักษะในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward)
2. การประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญ รวมถึงข้อมูลสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียงเพื่อให้ประเมินอาการ ส่งต่อการรักษาในกรณีเกิดเหตุการณ์จากอาการไม่พึงประสงค์ เช่น Extrapyramidal symptom (EPS) จากยาในกลุ่ม Antipsychotics drug
3. ในกรณีผู้ป่วยเสพยาเสพติดซ้ำ และมีอาการแทรกซ้อนจิตเวชรุนแรง มีความจำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้นแบบไร้รอยต่อ สถานพยาบาลควรจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย มีระบบการปรึกษาโรงพยาบาลในเครือข่าย เพื่อประเมินและส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงได้

เอกสารอ้างอิง

- ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์ (บรรณาธิการ). (2565). *แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วีรพล ชูสันเทียะ และสมเดช พิณิจสุนทร. (2560). ผลกระทบการใช้ยาเสพติดในผู้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี: กรณีศึกษา. *วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน*, 5(3), 523-533.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.). (2567). *ข้อมูลสถิติปี 2564-2566*. สืบค้นเมื่อ มกราคม 4, 2567, เข้าถึงข้อมูลจาก http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category§ionid=2&id=9&Itemid=53.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค. (2564). *องค์ความรู้พื้นฐาน : การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบเมทริกซ์โปรแกรม*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- UNODC. (2023). *World Drug Report*. Retrieved October 30, 2023, from https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Exsum_wdr2023.html

บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติด ที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวความรุนแรง (SMI-V)

วิมลพรรณ โชติแสงทอง*

บทคัดย่อ

สถานการณ์ปัญหาหายาเสพติดในปัจจุบัน มีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การบำบัดรักษา มีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น ปัญหาสำคัญที่เกิดร่วมคือ ผู้ติดยาและสารเสพติดมีอาการร่วมทางจิตเวช ที่รุนแรงนำมาสู่การเกิดพฤติกรรมก้าวความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม หากผู้ป่วย ไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมกับปัญหา จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะกลับมาก่อความรุนแรงมากขึ้น อาจสร้างความขัดแย้งในครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ปัญหาเดิม กลายเป็นปัญหาเรื้อรัง กระบวนการดูแลจึงต้องเริ่มจากการที่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนต้องมีความรู้ ความเข้าใจในผลกระทบจากการเสพติดจนทำให้เกิดโรคร่วมทางจิตเวช การรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติเพื่อสังเกตและเฝ้าระวังสัญญาณ อันตรายที่อาจนำมาสู่พฤติกรรมก้าวความรุนแรงและการประสานความร่วมมือกับครอบครัว/ชุมชน ในการ ช่วยดูแลต่อเนื่องร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นแนวคิดที่สามารถนำมาจัดการ เพื่อการดูแลผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวความรุนแรง (SMI-V) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีควรกำหนดเป้าหมายของการพยาบาลที่ครอบคลุม เหมาะสม สามารถช่วยเหลือให้ ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้สารเสพติด และลดอาการทางจิตเวชลง รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วย/ครอบครัว ชุมชนมี ความรู้ความเข้าใจ สามารถจัดการกับภาวะโรคร่วม และความเสี่ยงด้านพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดการกำเริบของโรค ไม่กลับมาติดซ้ำ และไม่ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

สำคัญ: พยาบาลผู้จัดการรายกรณี, ผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรม ก่อความรุนแรง (SMI-V)

* สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ROLE OF NURSE CASE MANAGER CARING FOR DRUG ADDICTS WITH PSYCHIATRIC SYMPTOMS AND VIOLENT BEHAVIOR

Wimonphan Chotsaengthong*

Abstract

Problem situation from drug addiction is a tendency to increase violence behavior. This makes treatment more difficult and complicated. The important problem is severe psychiatric comorbidities that lead to aggressive behavior. Severely affects families, communities, and society. If the patient and family do not receive knowledge about proper self-care, the patient will not be able to behave properly. It has an impact on the family, community and environment. That is the cause of chronic problems and complexity in care planning.

Concepts of case management can be used to manage drug and substance abuse patients with psychiatric symptoms and violent behavior. Because this group of patients is more complex care than caring substance addiction problems or mental disorders. Case manager should set comprehensive, appropriate nursing goals that can help patients stop using drugs and reduce psychiatric symptoms and can make understanding to deal with comorbid conditions the risk of violent behavior that patients have. At last, to help patients was no relapse and do not cause violence to yourself or others.

Key words: Nurse case manager, Drug addicts with psychiatric symptoms and violent behavior

* Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment.

บทนำ

การแพร่ระบาดของยาเสพติดปัจจุบันอยู่ในสถานการณ์ที่มีการใช้อย่างกว้างขวางและรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาสังคมที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และคุณภาพชีวิตของประชากร ผลที่ตามมาคือเกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง รัฐบาลเองได้ให้ความสำคัญต่อการปราบปราม กวาดล้าง และการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของยาเสพติดภายในประเทศ รวมทั้งใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเฉียบขาดกับผู้ที่ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการค้ายาเสพติดและผู้เสพยาเสพติดและมุ่งเน้นการดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา แก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของการเสพติด โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรม และสังคม (คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลด ละ เลิกยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

บทวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในปัจจุบัน พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดที่น่ากังวล คือ การใช้ยาเสพติดของผู้เข้าบำบัดรักษาที่กลุ่มผู้ติดและกลุ่มผู้ติดรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (บุรฉัตร จันทน์แดง, 2560) และมีแนวโน้มของการเกิดพฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด (พันธุภา กิตติรัตนไพฑูรย์ และคณะ, 2560) และจากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในปี 2565-2566 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก่อความรุนแรง (SMI-V) เข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 จำนวน 412 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.8 และตั้งแต่ตุลาคม 2566 ถึงมกราคม 2567 มีจำนวน 223 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.87 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่ติดยาและสารเสพติดเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช้ยาและสารเสพติด (สุพัตรา สุขาวท และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2560) และยังพบว่าการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชของผู้ใช้ยาและสารเสพติดหรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดยังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่รุนแรงได้ (ศศิธร กมลธรรม และรุ่งระวี แก้วดี, 2561; ศิริพรรณ ธนันชัย และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2562)

ผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้ารับการบำบัดที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี คือกลุ่มที่ใช้ยาและสารเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชที่รุนแรงและมีประวัติการก่อพฤติกรรมรุนแรงตามเกณฑ์คัดกรอง 4 ด้าน ได้แก่ มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง และเคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) (กรมสุขภาพจิต, 2563) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน นำมาสู่ปัญหาการรักษาสารเสพติดและการรักษาโรคจิตเวช ที่ยุ่งยากมากขึ้น เกิดการไม่ร่วมมือในการรักษา (Non-compliance) อีกทั้งยังส่งผลให้เพิ่มการใช้บริการทางสุขภาพ

รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้นด้วย ผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรม การก่อความรุนแรง (SMI-V) ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งต่อการเสพติดซ้ำ และการป่วยด้วยโรคทางจิตที่ต้อง รับประทานยาต่อเนื่อง หากครอบครัวมีความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแล ที่เหมาะสม เกิดความขัดแย้งในครอบครัว และชุมชน เกิดผลกระทบต่อสังคม สิ่งแวดล้อมทำให้ผู้ป่วย กลับเข้าสู่ปัญหาเดิม กลายเป็นปัญหาเรื้อรัง และมีความยุ่งยากในวางแผนการดูแล กระบวนการดูแลจึงต้องเริ่ม จากการที่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนต้องมีความรู้ ความเข้าใจในผลกระทบจากการเสพติดที่ทำให้เกิดโรคร่วมทางจิตเวช การรักษาด้วยการรับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติเพื่อสังเกตและเฝ้าระวังสัญญาณ อันตรายที่อาจนำมาสู่พฤติกรรมก่อความรุนแรง รวมทั้งการปรับตัวและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และ การประสานความร่วมมือกับครอบครัว/ชุมชน ในการช่วยดูแลต่อเนื่องร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) นับเป็นการจัดบริการสุขภาพรูปแบบหนึ่ง เพื่อพัฒนาการดูแลให้มีคุณภาพ ช่วยให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างสหวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายให้คุณภาพ การดูแลสูงขึ้น มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม มุ่งผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่กำหนด ภายใต้ความร่วมมือของทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้กำหนดแผนการดูแลร่วมกัน โดยใช้แผนการดูแล (Critical pathways) เป็นแนวทางการดำเนินกิจกรรม เป็นแนวคิดที่สำคัญที่ถูกนำมาใช้ และสามารถจัดการกับปัญหาการดูแลกลุ่มผู้ที่ติดยาและสารเสพติดมีอาการ ร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้อย่างเป็นระบบ (กรมสุขภาพจิต, 2563) ดังนั้น บทความนี้จึงขอนำเสนอสาระสำคัญเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดที่ มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก่อความรุนแรง (SMI-V) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการ ดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการ ให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ไม่กลับมาติดซ้ำ (Relapse) หรือไม่ก่อความรุนแรงซ้ำทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และเพื่อให้มีการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์อย่าง เหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวช และมีพฤติกรรมก่อความรุนแรง

แนวคิดการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการขับเคลื่อนการจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรังที่ได้รับการ ยอมรับจากทั่วโลก เป็นกระบวนการประสานงาน การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานบริการ และชุมชนมีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวมในทุกระยะของการเจ็บป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว มีการพิทักษ์สิทธิ มีการเจรจา ต่อรองของผู้ป่วย มีการจัดการเพื่อลดความผันแปรในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย มีการประสานให้เข้าถึง แหล่งทรัพยากรเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้านคลินิก ด้านค่าใช้จ่าย ด้านรายได้และด้านมูลค่าเพิ่ม และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ศิริอร สิ้นธุ, 2555) จากการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการรายกรณี พบว่า มีการให้ความหมายที่เหมือนและแตกต่างกัน ผู้เขียนจึง

ขอสรุปของการจัดการรายกรณีว่า เป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยมีการประสานงานความร่วมมือของทีมสหสาขา ในการประเมินปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านภาวะสุขภาพ และค่าใช้จ่ายที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยและนำมาวางแผนการดูแลร่วมกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการ (Case manager) ทำหน้าที่ในการติดต่อสื่อสารประสานงาน ติดตามผลทั้งด้านภาวะสุขภาพและค่าใช้จ่าย พิกัดสิทธิของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายด้วยการสื่อสารและการจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสมในเวลาที่กำหนด โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วย (Critical pathways) เป็นเครื่องมือในการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษา นำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า การดูแลในรูปแบบการจัดการรายกรณี จะมีลักษณะการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อสนองความต้องการเป็นสำคัญ โดยที่พยาบาลแต่ละคนมีหน้าที่ประสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ลักษณะเด่นของระบบการพยาบาลในแบบนี้คือ มีการกำหนดเวลาที่จะให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (Time frame) ผู้รับผิดชอบระบบให้การดูแลเป็นผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case manager) และมีการปฏิบัติความร่วมมือเป็นกลุ่มทั้งในระดับหน่วยหรือระดับแผนก และที่สำคัญคือ ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการกำหนดเป้าหมายและประเมินผลด้วยกัน ผู้จัดการรายกรณี จะสวมบทบาทผู้แทนผู้ป่วย ผู้แก้ปัญหา ผู้ตัดสินใจ และอื่นๆ ที่จะพิกัดสิทธิความปลอดภัย และผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยพึงได้รับ เน้นการดูแลให้มีมาตรฐานคุณภาพ ให้การนิเทศการดูแลที่พยาบาลรับผิดชอบปฏิบัติ ติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยทั้งหมดในความรับผิดชอบ วางแผน ประสานงานและประเมินผลงาน

จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มักมีประวัติการใช้ยาและสารเสพติดจนทำให้เกิดอาการร่วมทางจิตเวช หรือเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจนเกิดอาการทางจิตที่รุนแรง และหากขาดยาหรือรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จะทำให้เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวงหรือก่อพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และชุมชน รวมทั้งทำลายทรัพย์สิน ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความยุ่งยากซับซ้อน มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่เข้มข้น มีความครอบคลุมต่อเนื่อง และตอบสนองตามความต้องการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การจัดการรายกรณี (Case management) สามารถนำมาใช้ดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีความต้องการการดูแลและแก้ไขปัญหาย่อยๆ ที่ยุ่งยากซับซ้อนจากทีมสหวิชาชีพ โดยมีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย มีการกำหนดเป้าหมายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่คาดหวังเน้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพและมีผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ซึ่งเป็นผู้ดูแลติดต่อประสานงานทั้งในโรงพยาบาลและขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมและต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี (Case management) สามารถใช้การจัดการรายกรณีที่แผนกผู้ป่วยใน จนกระทั่งมีความพร้อมสามารถใช้การจัดการรายกรณีในชุมชนซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือและความพร้อมจากหลายภาคส่วนและเครือข่ายในพื้นที่ (กรมสุขภาพจิต, 2563)

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรงในฐานะผู้ชำนาญการทางคลินิก พยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่ในการจัดการดูแลเกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งหมดร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการนั้น ตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก เป็นผู้ที่ควบคุมกำกับ (Monitor) และบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพครอบคลุมตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง และจัดประชุมทีมสหวิชาชีพตาม Clinical pathways นอกจากนี้จะต้องติดตามเฝ้าระวังความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ (Clinical staging) ทุกวันและทุกเวร หากไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) จะทำการประเมินค้นหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือญาติและบันทึกในแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลง (Variance form) หากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่ระบุใน clinical pathways จะประสานทีมสหวิชาชีพในการประชุมเพื่อจัดการกับปัญหาความแปรปรวนร่วมกัน โดยองค์กรสมาคมการจัดการรายกรณีของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดบทบาทหน้าที่พื้นฐานของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ดังนี้ (อ้างใน กัญญาณัฐ บุญหลง, 2556)

1. การประเมิน (Assessment) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบประเมินสภาพผู้ป่วยครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรม สุขภาพวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อของผู้ป่วย และประเมินผลข้อมูลที่ได้ว่าสัมพันธ์กับเป้าหมาย แผนการดูแลหรือไม่ เพื่อนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมแต่ละราย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแล การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินด้วย

2. การวางแผน (Planning) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่จะทำงานร่วมกับสมาชิกในทีมสุขภาพ การนำผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน เช่น การตัดสินใจ กำหนดเป้าหมายแต่ละราย และแผนการดูแลผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามความเหมาะสมของข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินได้

3. การให้การสนับสนุน (Facilitation) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ในการประสานและสนับสนุนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับสมาชิกในทีมสุขภาพ รวมทั้งการสนับสนุน ช่วยเหลือในการประสานความร่วมมือ (Collaboration) เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องการให้ความรู้ความเข้าใจ เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยง ส่งเสริมสนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

4. การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย (Advocating) เป็นสิ่งสำคัญมากที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องเคารพความเชื่อ ค่านิยมของผู้ป่วย การตัดสินใจของผู้ป่วยแต่ละคน ควรให้การสนับสนุน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง พิตักษ์สิทธิของตนเอง (Self-advocate) พิตักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ามาสู่ระบบการจัดการรายกรณีตั้งแต่แรก เพื่อได้รับการดูแลที่เหมาะสมทั้งคุณภาพการดูแลและค่าใช้จ่าย

ตัวอย่าง บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (SMI-V)

การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดมีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงกลุ่มนี้ เป็นการดูแลที่มีความซับซ้อนกว่าการดูแลผู้ที่มีปัญหาติดยาเสพติดหรือมีความผิดปกติทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว (นิตยา ตากวิระยະนันท, 2558) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีควรกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล คือ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้สารเสพติดและลดอาการทางจิตเวชลง รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วย/ครอบครัว ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรคร่วม และความเสี่ยงด้านพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ตลอดจนมีความเข้าใจในความสัมพันธ์ของการเกิดโรคร่วมให้มากที่สุดที่จะตระหนักถึงความจำเป็นในการรักษาความผิดปกติของโรคร่วมทั้งสองอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องและจัดการอย่างเป็นระบบร่วมกับสหสาขา เนื่องจากปัญหาการติดยาเสพติดร่วมกับมีภาวะร่วมทางจิตที่รุนแรง ถือว่าเป็นภาวะยุ่งยากซับซ้อน เป็นโรคเรื้อรัง และมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก นอกจากนี้การก่อพฤติกรรมที่รุนแรงของผู้ป่วย ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน ทำให้ครอบครัว ชุมชน มีความหวาดกลัวผู้ป่วย และอาจมีทัศนคติที่ไม่ดี ไม่อยากให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมในชุมชนหรือสังคมเดียวกัน (กิริตยา อุ่นเจริญ, 2560) การจัดการเพื่อสร้างความเข้าใจและส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถติดตาม เฝ้าระวังความรุนแรงที่อาจขึ้น จึงเป็นความจำเป็นที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องวางแผนก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน กระบวนการการดูแลผู้ป่วยต้องมีการกำหนดแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ญาติ ครอบครัว และชุมชน อย่างเป็นระบบ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่จะดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (SMI-V) จึงควรเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรค เป็นผู้มีสมรรถนะด้านการจัดการเชิงระบบ เช่น พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด รูปแบบการดูแลมีกระบวนการทำงานคล้ายคลึงกับกระบวนการพยาบาล นำไปสู่การกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการดูแลผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1) การค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย

ขั้นตอนแรกของกระบวนการ คือการค้นหาหรือคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการให้บริการ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยทุกรายไม่จำเป็นต้องเป็นการดูแลในระบบการจัดการรายกรณี (Case manager) ในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การดูแล ระบบการจัดการรายกรณีสำหรับกลุ่มผู้ป่วยยาและสารเสพติด ยกตัวอย่างเช่น เป็นผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยอาการที่รุนแรง/พฤติกรรม ความคิดทำร้ายตนเอง/ทำร้ายผู้อื่น (กลุ่มสีแดง) และมีอาการร่วมทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง หรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มากกว่าผู้ป่วย

ที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน ทั้งนี้ลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงอาจต้องเข้าเกณฑ์กลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม การก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้แก่ ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต มีประวัติ ทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรง ทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน มีอาการหลงผิด มีความคิด ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย และ เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, 2563) นอกจากนี้อาจมีองค์ประกอบด้านปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาครอบครัวและชุมชน

2) การประเมินผู้ป่วย

ในการประเมินผู้ป่วย จะประเมินผู้ป่วยและครอบครัวโดยองค์รวมครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งเป็นการประเมินทั้งส่วนที่ดี คือ ความสามารถ ศักยภาพของผู้ป่วยและแหล่งสนับสนุน และส่วนที่เป็นปัญหาและความต้องการในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลที่รวบรวมได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดวินิจฉัยปัญหาความต้องการ การช่วยเหลือของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลอาจเป็นพยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจากประวัติเวชระเบียน การซักประวัติผู้ป่วยและ ครอบครัว หลังจากนั้นดำเนินการนัดหมายสหสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคม สงเคราะห์รวมทั้งครอบครัว เข้ามาร่วมประเมินปัญหา ซึ่งผลจากการประเมินปัญหาจากทีมสามารถรวบรวม และนำมากำหนดวินิจฉัยปัญหาความต้องการ การช่วยเหลือของผู้ป่วยและครอบครัว

3) การระบุปัญหา

เป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่ง อันจะนำไปสู่คุณภาพของการดูแลผู้ป่วย ทีมการดูแลผู้ป่วย แบบสหวิชาชีพจะร่วมมือกันพิจารณาข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวใน การดำเนินการระบุปัญหาของผู้ป่วย ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยภายใต้การนำของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จะต้องจัด ประชุมทีม เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และร่วมกันระบุปัญหาอย่างครอบคลุม เช่น ในระยะเฉียบพลัน รุนแรงคือระยะแรกรับถึงสัปดาห์ที่ 2 ซึ่งเป็นระยะวิกฤติจากอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาและสารเสพติด ส่วนระยะอาการเฉียบพลัน-ต่อเนื่องจะอยู่ในช่วงในสัปดาห์ที่ 3 ถึง 6 ซึ่งเป็นการดูแลในอาการทางจิตเริ่มสงบ และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งเป็นระยะดูแลต่อเนื่องที่เริ่มมีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ร่วมกับทีมสหสาขา ซึ่งเป็นระยะที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มทักษะและความเข้มแข็งด้านจิตใจ

4) การวางแผนให้การดูแล/การพยาบาล

ในระยะนี้จะแบ่งขั้นตอนการดำเนินงาน เป็น 2 ระยะคือ ระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล และระยะ ที่อยู่ในชุมชน โดยจะเชื่อมโยงระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและแหล่งบริการช่วยเหลือทางสุขภาพและอื่นๆ โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันกำหนดแผนการดูแล อาจเรียกว่า แผนการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathways) สิ่งที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล คือ ปัญหาและความต้องการช่วยเหลือของผู้ป่วยแต่ละครอบครัว กิจกรรมต่างๆ ที่จะแก้ปัญหาหรือตอบสนองต่อความต้องการนั้น ผู้รับผิดชอบต่อกิจกรรมที่กำหนดขึ้น ความคาดหวังที่เกิดขึ้น เวลาในการปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนด

แผนการพยาบาลในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาลจะกำหนดปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาตามที่วางแผนไว้ดังนี้

- **ระยะเฉียบพลันรุนแรง** ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด อาการก้าวร้าว ประสาทหลอน หวาดระแวงกลัวคนจะทำร้าย หูแว่ว อารมณ์แสดงออกไม่เหมาะสม อาจมีการทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่นได้ บางรายอาจมีอาการตึงเครียด วิตกกังวล ตื่นตระหนกเฉียบพลัน พุดมาก พุดเพื่อเจ้า หงุดหงิดง่าย ไวต่อสิ่งกระตุ้น กระสับกระส่าย มีภาวะกายใจไม่สงบ มุ่งร้าย สับสน ประสาทหลอน หรือมีอาการโรคจิต เพื่อ บางรายมีหูแว่วร่วมด้วย นอกจากนี้มักพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาจมีการทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่นได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการด้าน Positive symptom อารมณ์ การรับรู้/พฤติกรรมผิดปกติ ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่มความเสี่ยงสูง (High alert drugs) เช่น Haloperidol หรือ Diazepam (valium) เพื่อลดอาการทางจิตที่รุนแรงและให้ผู้ป่วยสงบร่วมกับการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด นอกจากนี้ยังอาจเกิดอาการที่เกิดจากการได้รับยาหรือสารเสพติดเกินขนาด หรือจากภาวะถอนพิษหรือหยุดใช้ยาและสารเสพติดที่รุนแรงได้ (พรรณอ กลิ่นกุหลาบ และคณะ, 2563) การวางแผนพยาบาลระยะนี้ คือการลดความรุนแรงของอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ร่วมกับการป้องกันความรุนแรงของอาการทางจิตเวช อาการเมา และอาการขาดสารเสพติด และการป้องกันอันตรายจากการได้รับยาที่ใช้ในการบำบัด ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และไม่เกิดความเสี่ยง หากต้องได้รับการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด โดยเป้าหมายที่สำคัญในระยะนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิต และความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการรุนแรงจากยาเสพติด (ภาวะ Intoxication และ Withdrawal symptom ในระยะรุนแรง) ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยาทางจิตเวช กลุ่ม High alert drugs ที่ใช้บำบัดในระยะรุนแรงเฉียบพลัน/เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาที่ใช้ในการรักษา ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผูกมัดหากไม่สามารถจัดการอาการ อารมณ์ และพฤติกรรมรุนแรงได้ เมื่อจำเป็นต้องได้รับการจำกัดพฤติกรรมการผูกมัด และผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

- **ระยะอาการเฉียบพลัน-ต่อเนื่อง** เป็นระยะที่อาการทางจิตเริ่มสงบ รวมทั้งอาการที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติดเกินขนาดหรือจากภาวะถอนยาหรือหยุดใช้สารเสพติดจะลดลง ผู้ป่วยจะเริ่มสามารถควบคุมอาการทางจิต ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมตนเองได้ (พรรณอ กลิ่นกุหลาบ และคณะ, 2563) การวางแผนการพยาบาลระยะนี้เป็นระยะที่มีความสำคัญแต่มีความเร่งด่วนรองลงมา และต้องการได้รับการดูแลต่อเนื่องจากปัญหาที่อาจเกิดขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมตนเองได้ ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอาการทุกข์ทรมานจากภาวะขาดยา (Withdrawal symptom) ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ การมีสุขภาพอนามัยที่ดีของร่างกาย และช่องปาก การได้รับสารอาหารที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช ได้แก่ อาการ EPS และอาการข้างเคียงอื่นๆ ของยาทางจิตเวช และผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจนครบขั้นตอนการบำบัด และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

- **ระยะดูแลต่อเนื่องและการดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ** เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน และระยะที่มีอาการขาดยาได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งอาการทางจิตสงบแล้ว ผู้ป่วยจะควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น

มีสมาธิ พุดคุยได้มากขึ้น สามารถปรับตัวต่อการรักษาและมีความวิตกกังวลลดลง (พรรณอ กลิ่นกุหลาบ และคณะ, 2563) ขั้นตอนการบำบัดที่สำคัญต่อไป คือ ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการบำบัดด้านพฤติกรรม การวางแผนเพื่อการดูแลผู้ติดยาและสารเสพติด เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดจะประกอบด้วย ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านเพื่อนและปัจจัยด้านชุมชนและสิ่งแวดล้อม ซึ่งการบำบัดที่สำคัญต้องแก้ไขจากสาเหตุที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นเป้าหมายการดูแลระยะนี้ จึงเน้นการพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตและการติดยา การช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองจากภาวะโรคร่วม ความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะโรคร่วมให้มากเพียงพอที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและรับประทานยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง การจัดการเบื้องต้น การประสานแหล่งสนับสนุน และช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยก่อเหตุรุนแรงซ้ำ รวมทั้งการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง

การกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีร่วมกันกำหนดแผนการดูแล กับ ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ทีมแพทย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งแหล่งบริการช่วยเหลือทางสุขภาพและอื่นๆ หากได้รับความร่วมมือจากตัวแทนชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต. และเครือข่าย ชุมชน มาร่วมวางแผนการดูแลในระยะต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้และร่วมจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย

5) การดำเนินตามแผน

เมื่อกำหนดแผนการดูแล (Clinical pathways) เรียบร้อยแล้ว บุคลากรในทีมจะปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผนการดูแลผู้ป่วยตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล โดยมีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ติดตามผลการได้รับการช่วยเหลือตามแผนที่กำหนดไว้ (Monitoring) ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่แสดงถึงศักยภาพของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามแผนที่กำหนดไว้อย่างคุ้มค่าเกิดประสิทธิผลสูงสุดหรือไม่ ในการดำเนินการตามแผน จะเน้นความร่วมมือของสหสาขา เช่น แพทย์ที่จะดูแลด้านการรักษาและปรับแผนการให้ยาที่เหมาะสมกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทั้งระยะบำบัดด้วยยาที่จะดูแลในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่รุนแรง การบริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะแรก การดูแลด้านความต้องการขั้นพื้นฐานอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย และพยาบาลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่จะใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเสริมสร้างทักษะที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย การจัดการความขัดแย้งของผู้ป่วยและครอบครัว/ชุมชน นักจิตวิทยาที่ประสานความร่วมมือในการตรวจ วิเคราะห์สภาพจิต ให้คำปรึกษา และนักสังคมสงเคราะห์ในการประสานครอบครัว ผู้แทนชุมชน และสาธารณสุขใกล้บ้านมาร่วมวางแผนการดูแลต่อเนื่อง หรืออาจจำเป็นต้องประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสังคมที่จะช่วยดูแลด้านคุณภาพชีวิต เช่น การจัดหาอาชีพ หาที่อยู่ชั่วคราว ในการดำเนินกิจกรรมกรณีที่มีการดำเนินการดูแลไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ผู้จัดการรายกรณี (Case manager) จะต้องทำการประเมินค้นหาสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือครอบครัว ชุมชน และบันทึกในแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลง หากผลลัพธ์ไม่เป็นไป

ตามที่ระบุใน Clinical pathways จะประสานทีมสหวิชาชีพในการประชุมเพื่อจัดการกับปัญหาความแปรปรวนร่วมกัน ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้มีโอกาสในการรับข้อมูล ความรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกันในการที่ช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านและอยู่ในระยะที่อยู่ในชุมชน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะประสานความร่วมมือกับหน่วยงานติดตามการรักษาและประสานความร่วมมือกับครอบครัว และชุมชน ในการดูแลต่อเนื่องทั้งการควบคุม กำกับพฤติกรรมกรรมกรเสพติดซ้ำ การรับประทานยา การมาติดตามการรักษา การเฝ้าระวังเหตุที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก่อความรุนแรงซ้ำ รวมทั้งการประสานแหล่งหรือหน่วยงานที่พร้อมให้การช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมก่อความรุนแรงซ้ำได้ ทั้งนี้หากการดำเนินการดูแลเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้แล้ว พยาบาลผู้จัดการรายกรณีสามารถยุติบทบาท และส่งมอบเคสให้หน่วยงานที่ติดตามการรักษาดูแลต่อไปได้

สรุป

การดูแลตามแนวทางการจัดการรายกรณี (Case Management) ในผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวช และมีพฤติกรรมก่อความรุนแรง (SMI-V) บทบาทที่สำคัญของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี คือ ต้องมีการดำเนินการตามขั้นตอนและจัดทำแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathways) ไว้ ทั้งนี้อาจกำหนดตามลักษณะอาการของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเฉียบพลันรุนแรง ระยะอาการเฉียบพลัน-ต่อเนื่อง และระยะดูแลต่อเนื่อง และกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ของการดูแลไว้ตามระยะเวลาที่กำหนด ภายใต้ความร่วมมือของทีมสหสาขา มีผลการดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และได้นำครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขปัญหา บทบาทที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งของผู้จัดการรายกรณีสำหรับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ต้องพยายามเชื่อมโยงให้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจากการเสพติดและการดูแลต่อเนื่องทั้งการรับประทันยารักษาทางจิตเวช การสร้างทักษะที่เหมาะสมเพื่อเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญในการป้องกันการเสพติดซ้ำ การสังเกตสัญญาณเตือนที่อาจนำมาสู่การก่อพฤติกรรมรุนแรงและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมดูแล ป้องกัน และการช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย การไม่กลับไปเสพติดซ้ำและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ สามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยภายใต้แนวคิดการจัดการรายกรณีในผู้ติดยาและสารเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวช และมีพฤติกรรมก่อความรุนแรง (SMI-V) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต้องมีบทบาทที่สำคัญในการสร้างกระบวนการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ โดยการประเมิน วางแผน ลงมือปฏิบัติ โดยตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการต่อผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ และจะต้องเป็นโปรแกรมระยะยาว ต้องอาศัยกระบวนการที่ใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อช่วยป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ การบูรณาการการบำบัดอย่างครอบคลุมจะช่วยให้ผู้ป่วย ลดการใช้สารเสพติดและคงสภาพอาการทางจิต ไม่ให้อาการแย่ลง สังเกตสัญญาณเตือนที่อาจนำมาสู่การก่อพฤติกรรมรุนแรงได้

2. องค์กรพยาบาลควรมีนโยบายพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีโอกาสทำหน้าที่ในบทบาท พยาบาล ผู้จัดการรายกรณีเพิ่มมากขึ้น และนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาพัฒนาการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน รุนแรง เน้นการดูแลโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วย ร่วมกับ ทีมสหสาขา เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: บริษัทพรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- กาญจนา เหมะรัตน์, เพลิน เสียงโซคอยู่, อุณจิตร์ คุณารักษ์, นิรมล ปะนะสุนา. (2555). ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2): 63-73.
- กิตติศักดิ์ สุรพงษ์พิพัฒน์. (2559). ผลการจัดการรายกรณี: แบบโรงพยาบาลและชุมชนเป็นฐานในผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 31(2): 111-9.
- กียรติยา อุ้นเจริญ. (2560). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติดในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม*. สารานุกรมสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564) การพัฒนากฎหมายในทิศทางนโยบายยาเสพติดแนวใหม่. สืบค้นเมื่อ มกราคม 5, 2567, เข้าถึงข้อมูลจาก <https://www.oncb.go.th/EBookLibrary>.
- ฉาดยา สงห้อง. (2559). โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ใช้สารเสพติดโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา*, 10(1), 52-63.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2558). *การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุรฉัตร จันทร์แดง. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนดงหลวงวิทยา อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- ปารีชาติ ใจสุภาพ. (2547). *การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรนอ กลิ่นกุหลาบ และคณะ. (2563). *รายงานวิจัยประสิทธิผลของการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติดผู้ป่วยหนัก*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ. (2560). *การป้องกันโรคจิตเวช: มาตรการและทางเลือกนโยบายที่มีประสิทธิผล*. เชียงใหม่: หจก วนิดาการพิมพ์.

- ศศิธร กมลธรรม และรุ่งระวี แก้วดี. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในเขตเมืองจังหวัดลำปาง ด้วยการสืบค้นหลังเสียชีวิต ตุลาคม 2553 – กันยายน 2556. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(1), 47-54.
- ศิริพรรณ ธนันชัย, และจินตนา ยูนิพันธุ์. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารแพทยนาวิ*, 46(3), 536-51.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). การนำ case management มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตในชุมชน. *วารสารพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 17(1), 13-24.
- สุภัตรา สุขขาว และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2560). ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(4), 359-78.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. (2564) กฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่ สืบค้นเมื่อ มกราคม 10, 2567, เข้าถึงข้อมูลจาก <https://www.oncb.go.th/Pages/main.aspx>
- American Case Management Association. (1994). *Collaborative case management*. Retrieved Jul 9, 2014, from: <http://www.acmaweb.org/>
- Department of mental health. (2018). *Psychiatric care manual that has a serious mental illness with high risk to violence: SMI-V for institutions / hospitals under the Department of Mental Health*. Bangkok: prosperous-plus.
- Erkiran M, Ozunulan H, Evran C, Aytaclar S, KirisciL, Tarter R. (2006). Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder. *Addictive Behaviors*. 31, 1797-1805.
- Meenu Sharma, Surasak Taneepanichskul. (2008). Characteristics of aggression and violent behaviour among psychiatric inpatients in psychiatric wards of a tertiary hospital in New Delhi. *Journal of health research*; 22: 29-32
- Swanson JW, Swartz MS, Dorn RAV, Elbogen EB, McEvoy JP. & Lieberman JA. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 63, 490-4



ขอขอบคุณ
สมาคมพยาบาลยาเสพติดไทย
สนับสนุน
การประชุมวิชาการพยาบาลยาเสพติด
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
(สบยช.) ปี พ.ศ. 2567

คณะอนุกรรมการฝ่ายเอกสารวิชาการ

- | | | | | |
|----|-----------------|-------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. | นางสำเนา | นิลบรรพ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | ประธานกรรมการ |
| 2. | นางญาดา | จิ้นประชา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | รองประธานกรรมการ |
| 3. | นางลัดดา | ชอบทอง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| 4. | นางสาวจรูญรักษ์ | ยี่งู | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| 5. | นางสาวมะลิ | แสวงผล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| 6. | นางสาวสรารัตน์ | ปิตนุ้ย | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ | กรรมการ |
| 7. | นางสาวสุกมา | แสงเดือนฉาย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | กรรมการและเลขานุการ |
| 8. | นางสาวสุดารัตน์ | อรัญญา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
60 ถนนพหลโยธิน ตำบลประชาธิปไตย อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130
โทร 0-2531-0080-8, โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 6351 9626 โทรสาร 0-2531-0085