

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต (จิตประสรัสรโมเดล)
ในโรงพยาบาลพังงา

วันรับ : 27 มีนาคม 2569

วันแก้ไข : 20 พฤษภาคม 2569

วันตอบรับ : 26 พฤษภาคม 2569

ชนิกา ศฤงคารชยธวัช, พ.บ.

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพังงา จังหวัดพังงา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตรูปแบบใหม่ (จิตประสรัสรโมเดล) เปรียบเทียบกับการดูแลรูปแบบเดิม

วิธีการ : การศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพังงา แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระยะบริการ 2 ช่วง ได้แก่ การดูแลรูปแบบเดิมที่ดำเนินการทั้งหมดในโรงพยาบาล และจิตประสรัสรโมเดลที่เน้นกิจกรรมการดูแลแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ/วิกฤต ระยะฟื้นฟูในมิณิธัญญารักษ์ และระยะติดตามแบบผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลการมารับการรักษาตามนัดในระยะ 6 เดือน ผลตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะและคะแนนภาระการดูแลจากแบบประเมิน Zarit Burden Interview วิเคราะห์ข้อมูลด้วย chi-square test, Fisher's exact test และ Wilcoxon signed-rank test

ผล : กลุ่มที่ได้รับจิตประสรัสรโมเดล ($n = 23$) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม ($n = 22$) มีลักษณะทั่วไป การใช้สารเสพติด และประวัติการรักษาก่อนมารับบริการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังได้รับการบริการพบว่า กลุ่มที่ได้รับจิตประสรัสรโมเดลมีอัตราการมาตามนัดที่ระยะ 6 เดือนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้กลุ่มที่ได้รับจิตประสรัสรโมเดลมีคะแนนภาระการดูแลที่การติดตาม 1 สัปดาห์ลดลงจากแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.02, p < .001$) ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมมีคะแนนลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ทั้งสองกลุ่มมีอัตราผลตรวจสอบสารเสพติดเป็นลบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : จิตประสรัสรโมเดลมีแนวโน้มช่วยเพิ่มอัตราคงอยู่ในระบบการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและลดภาระการดูแลของผู้ดูแล เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลรูปแบบเดิม

คำสำคัญ : การดูแลแบบองค์รวม, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, ความต่อเนื่องของการรักษา, ภาระผู้ดูแล, อาการทางจิตจากสารเสพติด

ติดต่อผู้พนธ์ : ชนิกา ศฤงคารชยธวัช ; email: chanikajaa@hotmail.com

Original article

Effects of the Jitrapassorn Model for patients with substance-induced psychiatric disorders in Phang-Nga hospital

Received : 27 March 2026

Revised : 20 May 2026

Accepted : 26 May 2026

Chanika Saringanchayathawat, M.D.

Psychiatry and Substance Abuse Unit, Phang-Nga Hospital,
Phang-Nga Province, Thailand

Abstract

Objective: To examine the effects of the newly developed care model for substance-induced psychiatric disorders (Jitrapassorn Model) compared with the conventional care model.

Methods: A retrospective study was conducted among patients with substance-induced psychiatric disorders admitted to the psychiatric ward at Phang Nga Hospital. Patients were divided into two groups based on the service period: 1) the conventional care, in which all treatment was provided within the hospital, and 2) the Jitrapassorn Model, which emphasizes holistic care activities and family participation. The Jitrapassorn Model consists of three phases: the admission/crisis phase, the rehabilitation phase in the Mini Thanyarak Center, and the outpatient follow-up phase. Outcomes included adherence to scheduled follow-up visits over a 6-month period, urine drug screening results, and caregiver burden using the Zarit Burden Interview. Data were analyzed using chi-square test, Fisher's exact test, and the Wilcoxon signed-rank test.

Results: The Jitrapassorn Model group ($n = 23$) and the conventional care group ($n = 22$) were not significantly different in baseline characteristics, substance use patterns, or treatment history prior to receiving services. After the services, the Jitrapassorn Model group demonstrated a significantly higher rate of attendance at the 6-month follow-up than the conventional care group. The Jitrapassorn Model group also showed a statistically significant reduction in caregiver burden scores at 1-week follow-up ($Z = -4.02$, $p < .001$), whereas the conventional care group showed a non-significant reduction. However, there was no statistically significant difference between the two groups in the rate of negative urine drug screening results.

Conclusion: The Jitrapassorn Model showed potential to improve retention in the treatment system among patients with substance-induced psychiatric disorders and reduce caregiver burden compared with the conventional care model.

Keywords: caregiver burden, continuity of care, family participation, holistic care, substance-induced psychiatric symptoms

Corresponding author: Chanika Saringanchayathawat; email: chanikajaa@hotmail.com

ความรู้เดิม : การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในโรงพยาบาลทั่วไปมักเน้นการรักษาระยะวิกฤตและการติดตามแบบผู้ป่วยนอกเป็นหลัก โดยยังขาดความต่อเนื่องของการดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการเชื่อมต่อกับระบบฟื้นฟูในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่มาตามนัด กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และเพิ่มภาระต่อผู้ดูแล

ความรู้ใหม่ : จิตประสัสมโนเดล ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลแบบองค์รวมที่บูรณาการการดูแลโดยสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและมินิธัญญารักษ์ สามารถเพิ่มอัตราการมาตามนัดและลดภาระของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการดูแลรูปแบบเดิม อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำระหว่างสองกลุ่ม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นรูปแบบทางเลือกในระบบบริการผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการติดตามรักษาและลดภาระของผู้ดูแล ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนานโยบายและขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไป

บทนำ

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากสถิติยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ ทั่วโลกมีผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 316 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6 ของประชากรอายุ 15 - 64 ปี¹ จากสถิติจำนวนคดีอาญาในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567 คดียาเสพติดรับแจ้งความมีสัดส่วนสูงที่สุด โดยมี 252,119 คดี ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.8 เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้า และมีจำนวนผู้ต้องหาทั้งสิ้น 263,364 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 18.6 ในจำนวนนี้มีเป็นผู้ต้องหาหายใหม่ 183,648 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.6²

การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับอาการและโรคทางจิตเวช และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้เอง ครอบครัว และชุมชน³⁻⁶ ขณะเดียวกัน ครอบครัวและชุมชนก็มีบทบาทสำคัญต่อการบำบัดและการเลิกใช้สารเสพติด

ด้วยเหตุนี้ ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 จึงมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนให้ผู้มีปัญหายาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น โดยส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และคำนึงถึงความหลากหลายของบุคคลและบริบทในแต่ละชุมชน⁷ อันจะนำไปสู่รูปแบบการดูแลและบำบัดที่หลากหลายเพื่อลดข้อจำกัดทางด้านการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางด้านจิตเวชและยาเสพติด

ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านมา โรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่เน้นการบำบัดภาวะวิกฤตทางจิตเวช การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interview: MI) หรือการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกภายหลังอาการสงบ สำหรับผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง มักต้องส่งต่อไปยังสถานบริการเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์ หรือโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพยากร รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงในการดูแลระหว่างกระบวนการส่งต่อ นอกจากนี้ ระยะทางที่ห่างไกลระหว่างโรงพยาบาลเฉพาะทางกับพื้นที่ชุมชนยังเป็นอุปสรรคต่อการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย รวมถึงการประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2566 จึงได้มีการจัดตั้งรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์” ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นระบบบริการที่พัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูได้ง่ายขึ้น สะดวกต่อการเดินทาง ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการเดินทางมารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง แม้ปัญหาเดียวไม่เพียงพอ และลดความแออัดในการรับบริการ⁸

อย่างไรก็ตาม การให้บริการดังกล่าวยังพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น การจัดการกรณีผู้ป่วยหลบหนีหรือมีพฤติกรรมรุนแรง การขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และข้อจำกัดด้านงบประมาณและสถานที่ นอกจากนี้ จากข้อมูลของโรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง ซึ่งเปิดระบบมินิธัญญารักษ์เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 พบว่าการดำเนินงานในช่วงปีแรกประสบปัญหาการประเมินและดูแลกลุ่มผู้ป่วยระยะฉุกเฉิน การขาดระบบส่งต่อที่ชัดเจน และการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการบำบัดรักษา

ในเขตพื้นที่ภาค 8 มีจำนวนคดีเกี่ยวกับยาเสพติด ในปี พ.ศ. 2567 สูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศ โดยจังหวัด พังงามีการดำเนินคดียาเสพติดจำนวน 2,266 คดี¹⁰ สอดคล้องกับสถิติผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลพังงา ปีงบประมาณ 2565 - 2567 ซึ่งมีจำนวน 207, 282 และ 910 ราย ตามลำดับ¹¹ หลังจากได้รับการบำบัด รักษาในโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชน พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากกลับมารับการรักษาซ้ำด้วยอาการ ก้าวร้าวรุนแรงจากการขาดยาและการกลับไปใช้สารเสพติด โดยผู้ป่วยที่มาติดตามต่อเนื่องที่แผนกจิตเวชมีเพียง ร้อยละ 18.6 ไม่มาตามนัดเลยร้อยละ 32.2 และมีการนอน โรงพยาบาลซ้ำร้อยละ 11.8 ในกลุ่มที่มาติดตามตามนัด มีการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำร้อยละ 20.5 และมี 1 ราย ที่ถูกดำเนินคดี¹¹

ในปี พ.ศ. 2568 ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลพังงา จึงได้ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ในชื่อ “จิตประภัสสร โมเดล” โดยปรับการดูแลและยกระดับเชิงให้มุ่งเน้นการดูแล แบบองค์รวม (holistic care) จากทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความตระหนักรู้และความเข้าใจตนเอง โดยด้านร่างกาย ได้เพิ่มการดูแลทางโภชนาการ การแพทย์แผนไทย และ การดูแลช่องปาก ด้านจิตสังคม ได้เพิ่มการประเมินครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว (family session) และการเตรียม ความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวโดยนักสังคมสงเคราะห์ และจิตแพทย์ นอกจากนี้ มีการวางแผนร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลพังงากับโรงพยาบาลตะกั่วทุ่งเพื่อปรับปรุงระบบ การส่งต่อ โดยบุคลากรโรงพยาบาลตะกั่วทุ่งมารับผู้ป่วยที่ ผ่านการดูแลและยกระดับจากโรงพยาบาลพังงาไปฟื้นฟู ต่อเนื่องที่มินิธัญญารักษ์ตะกั่วทุ่ง เพื่อลดปัญหาความไม่สะดวก และเพิ่มความร่วมมือในการบำบัดของผู้ป่วยและครอบครัว โดยดำเนินการรอบแรกเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2568 จำกัด เฉพาะผู้ป่วยเพศชาย เนื่องจากยังไม่มีพื้นที่สำหรับการดูแล ผู้ป่วยเพศหญิงที่มินิธัญญารักษ์ตะกั่วทุ่ง ปัจจุบันมีจำนวน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและส่งต่อในรูปแบบนี้ทั้งหมด 78 คน โดยผู้มีผู้คงอยู่ในระบบครบ 6 เดือนร้อยละ 52.6 และได้รับการ ติดตามต่อเนื่องในปัจจุบันร้อยละ 55.1

ทั้งนี้ การศึกษาเกี่ยวกับผลของการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในบริบทโรงพยาบาลทั่วไปยังมี ค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะรูปแบบที่ผสมผสานการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและบริบทชุมชน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างรูปแบบจิตประภัสสรโมเดลกับ แนวทางการบำบัดรักษาแบบเดิม ในประเด็น 1) การมารับ การบำบัดรักษาตามนัด 2) ผลของการตรวจปัสสาวะเพื่อหา สารเสพติดตกค้าง และ 3) ภาระการดูแลของผู้ดูแล อันจะเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการขยายผลระบบการดูแล ผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป

วิธีการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective analytical study) ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพังงา เลขที่ 052/2568 รับรองวันที่ 25 ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยยาเสพติดเพศชายที่มารับการรักษาตัว แบบผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยจิตประภัสสร โรงพยาบาลพังงา ตั้งแต่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม รับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่าง 1 มิถุนายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 และ 2) กลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วย จิตประภัสสรโมเดล รับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่าง 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2568 คำนวณขนาด กลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ chi-square โดยกำหนดขนาดอิทธิพลระดับกลาง ค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมเป็น 40 คน

คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัย จากจิตแพทย์ว่ามีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) มีสถานะการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยแพทย์อนุญาต และ 4) มีผลประเมินภาระการดูแล ของญาติหรือผู้ดูแล ทั้งแรกเริ่มและที่การติดตาม 1 สัปดาห์ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีประวัติเคยได้รับการรักษาอาการ ทางจิตจากการใช้สารเสพติดที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพังงา มาก่อนครั้งนี้ 2) อยู่ในสถานบำบัดหรือเรือนจำหลังได้รับ

การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือ 3) มีเวชระเบียนที่มีข้อมูลบันทึกตัวแปรตามหลักขาดหาย (missing data) มากกว่าร้อยละ 15 ของแบบบันทึกทั้งหมด

ข้อมูลที่เก็บรวบรวม

1. ข้อมูลทั่วไปและด้านการใช้สารเสพติดและการรักษา ได้แก่ อายุ อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด ชนิดของสารเสพติดที่เริ่มใช้ ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ในปัจจุบัน การเคยเข้ารับการรักษาด้านจิตเวชหรือการบำบัดสารเสพติด และโรคร่วมทางจิตเวช จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดตกค้าง จากบันทึกการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก

2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จากแบบประเมิน Overt Aggressive Scale (OAS)¹² ซึ่งวัดระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมต่อตนเอง ต่อผู้อื่น (ทั้งทางคำพูดและการแสดงออก) และต่อทรัพย์สิน คำตอบแต่ละข้อมี 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ไม่พบพฤติกรรม จนถึง 3 มีความรุนแรงสูงและเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายร้ายแรง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประเมิน แผลผลคะแนนจากคะแนนสูงสุดที่ประเมินได้เพียงข้อเดียว แบ่งการแปลผล 3 เป็นระดับตามเกณฑ์ความเร่งด่วน ได้แก่ 1 กึ่งเร่งด่วน (semi-urgency) หมายถึง เริ่มมีพฤติกรรมก้าวร้าวแต่ยังสามารถรับฟังคำเตือนและสงบสติอารมณ์ลงได้ 2 เร่งด่วน (urgency) หมายถึง มีภาวะที่เริ่มไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และมีท่าทีที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน และ 3 ฉุกเฉิน (emergency) หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้เลย หรือได้ก่อให้เกิดอันตรายขึ้นแล้ว แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82¹²

3. ผลการประเมินการติดสารเสพติด จากแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการจำแนกความรุนแรงของผู้ใช้ยาเสพติดเพื่อกำหนดแนวทางการบำบัดรักษาที่เหมาะสม¹³ โดยปรับปรุงมาจากเครื่องมือ Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย มี 6 ข้อคำถาม ประเมินโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย การแปลผลใช้คะแนนรวมเพื่อจำแนกระดับ

ความรุนแรงตามหลักเกณฑ์ทางคลินิก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (2 - 3 คะแนน) อนุमानเป็นผู้ใช้ หมายถึง ผู้ใช้สารเสพติดเป็นครั้งคราวและยังไม่มีผลกระทบสะท้อนรุนแรง ระดับปานกลาง (4 - 26 คะแนน) อนุमानเป็นผู้เสพ หมายถึง ผู้ใช้สารเสพติดสม่ำเสมอและเริ่มได้รับผลกระทบต่อน้ำที่การทำงานหรือสุขภาพ เหมาะสำหรับการบำบัดแบบสั้น ระดับสูง (27 คะแนนขึ้นไป) อนุमानเป็นผู้ติด หมายถึง ผู้ที่มีอาการอยากยารุนแรง ไม่สามารถควบคุมการใช้ได้ และมีปัญหาแทรกซ้อนรุนแรงในหลายมิติ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาแบบเข้มข้น บคก.กสธ. V.2 ผ่านการประเมินความเที่ยงตรงจากผู้เชี่ยวชาญและมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94¹⁴

4. ภาระการดูแลของผู้ดูแล จากแบบประเมิน Zarit Burden Interview (ZBI) ฉบับย่อ¹⁵ ซึ่งมีผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินตนเองเกี่ยวกับภาระและความเครียดสะสมที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตที่บ้าน มี 12 ข้อ ครอบคลุมผลกระทบในมิติต่าง ๆ ได้แก่ เวลาส่วนตัว ความเครียดจากการแบกรับความรับผิดชอบ สัมพันธภาพทางสังคม สุขภาพกายและจิตใจ และความรู้สึกไม่มั่นใจในบทบาทการดูแล คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 ไม่มีเลย จนถึง 4 แทบทุกครั้ง การแปลผลพิจารณาจากคะแนนรวมทั้งหมด แบ่งระดับความรุนแรงของภาระการดูแลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อยมากหรือไม่เป็นภาระเลย (0 - 10 คะแนน) หมายถึง ยังมีความสามารถในการปรับตัวและจัดการกับภาระหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ระดับน้อยถึงปานกลาง (11 - 20 คะแนน) หมายถึง เริ่มได้รับผลกระทบและเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง และระดับภาระรุนแรง (21 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง กำลังเผชิญกับความเครียดสะสมสูงมากจนกระทบต่อคุณภาพชีวิต และจำเป็นต้องได้รับระบบช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92¹⁵

การบำบัดสารเสพติดรูปแบบเดิมของโรงพยาบาลพังงา

ดำเนินการในโรงพยาบาลพังงาทั้งหมด แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะแรกรับ/วิกฤต (แรกรับ - 2 สัปดาห์) ประกอบด้วย การเฝ้าระวังพฤติกรรมรุนแรงฉับพลันด้วยแบบประเมิน OAS การรักษาในระยะฉุกเฉิน 1 - 2 สัปดาห์

โดยการดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ โดยจิตแพทย์ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยและพิจารณาส่งปรึกษา นักจิตวิทยาร่วมด้วยในบางกรณี พยาบาลวิชาชีพประเมินความพร้อมของผู้ป่วยรายบุคคล และเข้าสู่กระบวนการ brief advice (BA) และ/หรือ brief intervention (BI) จากนั้นทีมรักษาสรุปรประมวลผลให้นักสังคมสงเคราะห์ ประสานกับครอบครัวผู้ป่วย เพื่อวางแผนหาข้อสรุปและสร้างข้อตกลงกับผู้ป่วย โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้านในบางกรณี และ 2) ระยะฟื้นฟูและติดตามแบบผู้ป่วยนอก (สัปดาห์ที่ 3 - 24 สัปดาห์) เป็นการติดตามความต่อเนื่องในการรักษา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และพฤติกรรม การใช้สารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ร่วมกับการพบนักจิตวิทยา หรือพยาบาล เพื่อให้ MI

จิตประภัสสรโมเดล

เป็นรูปแบบที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม¹⁶ และการดูแลผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีอาการทางจิต เช่น Matrix program¹⁷ และ FAST Model^{8,18} โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบครอบคลุมในความซับซ้อนของปัญหาทั้งด้านสมอง จิตใจ และปัจจัยทางสังคมไปพร้อมกัน และสนับสนุนให้ครอบครัว เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษาในการช่วยเหลือผู้ป่วย ตลอดจนพัฒนาการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในระยะเวลาที่นานเพียงพอก่อนกลับไปเผชิญสภาพสังคมตามเดิม มี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ (joint collaboration) การสร้างความตระหนักรู้รายบุคคล (individual awareness) การมีส่วนร่วมของครอบครัว (participation) และการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านและส่งต่อ (transition care) โดยการส่งเสริมการตระหนักรู้ประยุกต์จากหลักการและทฤษฎี MI, Stages of Change (Transtheoretical Model) และ Biopsychosocial Model^{17,19} มุ่งเน้นใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ สภาวะโรคและอาการทางจิตเวชที่ต้องใช้ยาควบคุม สิ่งกระตุ้นในการใช้ ยาเสพติด และคุณค่าและศักยภาพของตนเอง ส่วนการมีส่วนร่วมของครอบครัวมุ่งเน้นการให้คำปรึกษารอบครัว เพื่อให้เข้าใจสภาวะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การให้คำปรึกษาผู้ป่วย เพื่อปรับความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์หรือความขัดแย้ง

กับครอบครัว และการร่วมกันวิเคราะห์ กำหนดข้อตกลง และวางแผนลดปัจจัยในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้ สารเสพติด เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา ของผู้ป่วยและครอบครัว^{18,20}

จิตประภัสสรโมเดลแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะแรกรับ/วิกฤต (แรกรับ - 2 สัปดาห์) ดำเนินการในโรงพยาบาลพังกา ประกอบด้วย การเฝ้าระวัง พฤติกรรมรุนแรงฉับพลันด้วยแบบประเมิน OAS การรักษา ในระยะฉุกเฉิน 1 - 2 สัปดาห์ การส่งเสริมความตระหนักรู้ รายบุคคล 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และเภสัชกร โดยใช้ข้อมูล จากผลการคัดกรองการติดสารเสพติดและ OAS เพื่อสะท้อน ให้ผู้ป่วยมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมสารเสพติด ผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และความเสี่ยงทางกฎหมาย ปัจจัยกระตุ้น และการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการทางจิตและ ลดอาการถอนยา การฟื้นฟูสุขภาพพื้นฐาน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยโภชนากร ทันตแพทย์ และแพทย์แผนไทย เพื่อให้ ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลด้านโภชนาการ การดูแลช่องปาก และการปรับสมดุลกายด้วยวิถีธรรมชาติ การประเมินการดูแลให้คำปรึกษา และเตรียมความพร้อม ครอบครัว โดยนักสังคมสงเคราะห์ร่วมกับจิตแพทย์ เพื่อให้ ความรู้และความเข้าใจโรคของผู้ป่วยแบบองค์รวม ศักยภาพ ของผู้ป่วย และแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และการเตรียม ความพร้อมของผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยที่ผ่านระยะถอนพิษเกิดความพร้อมทั้งทาง ร่างกายและจิตใจในการร่วมมือบำบัดฟื้นฟูในระยะต่อไป

2. ระยะฟื้นฟู (สัปดาห์ที่ 3 - 4) ดำเนินการใน มินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง โดยอิงแนวทางจิตสังคม บำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ควบคู่กับ การฟื้นฟูสุขภาพทางจิต^{18,21} เพื่อลดการใช้สารเสพติด และป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (relapse prevention) ลดความเสี่ยงต่อการก่อพฤติกรรมความรุนแรงซ้ำในชุมชน และสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบวกและความพร้อมของครอบครัว ในการร่วมดูแลผู้ป่วย ในระยะนี้โรงพยาบาลตะกั่วทุ่งจะมารับ ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลพังกาตามรอบ มีการประสานข้อมูล เบื้องต้นทางโทรศัพท์ เช่น จำนวนผู้ป่วยโดยประมาณ และ

การส่งต่อเอกสารสรุปข้อมูลเฉพาะราย ได้แก่ รายละเอียดการรักษาโดยจิตแพทย์ และข้อมูลทางสังคมและประเด็นทางครอบครัวโดยนักสังคมสงเคราะห์ ในวันรับตัวผู้ป่วย พยาบาลของโรงพยาบาลพังกาสรุปประเด็นที่สำคัญของผู้ป่วยให้แก่พยาบาลของมินิรัฐญารักษ์โรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง

3. ระยะติดตามแบบผู้ป่วยนอก (สัปดาห์ที่ 5 - 24) ดำเนินการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลพังกา ประกอบด้วย การติดตาม 5 ครั้ง ในระยะเวลา 24 สัปดาห์ (6 เดือน) โดยครั้งที่ 1 ติดตามในสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่ายจากมินิรัฐญารักษ์ ครั้งที่ 2 ติดตามสัปดาห์ที่ 3 หลังจำหน่าย ครั้งที่ 3 ติดตามสัปดาห์ที่ 7 หลังจำหน่าย ครั้งที่ 4 ติดตามสัปดาห์ที่ 15 หลังจำหน่าย และครั้งที่ 5 ติดตามสัปดาห์ที่ 23 - 24 หลังจำหน่าย โดยแพทย์และพยาบาลติดตามความต่อเนื่องและความร่วมมือในการรักษา อาการทางจิต และพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พร้อมส่งตรวจปัสสาวะ นักสังคมสงเคราะห์ติดตามประเด็นของครอบครัวและการประเมินภาระผู้ดูแลด้วย ZBI ในการติดตามครั้งที่ 1 เกณฑ์ประเมินความเข้าใจ ความร่วมมือ และผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยา และนักจิตวิทยาเสริมสร้างกำลังใจในการเลิกสารเสพติดและการมารับการบำบัดรักษาต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการจัดการข้อมูลสูญหายในवेระเบียนโดยใช้วิธีตัดข้อมูลรายกรณี (listwise deletion) หากจำนวนข้อมูลที่หายไปไม่เกินร้อยละ 5 ของข้อมูลทั้งหมด และดำเนินการตรวจสอบยืนยันข้อมูลดิบกับสมุดทะเบียนรับยาผู้ป่วยนอกและระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (query database) อีกครั้งเพื่อประกันความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เพื่อแจกแจงข้อมูลทั่วไป การมารับบำบัดตามนัด ผลตรวจปัสสาวะ และภาระของผู้ดูแล ใช้สถิติอนุมาน chi-square test หรือ Fisher's exact test เพื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป การมารับบำบัดตามนัด ผลตรวจปัสสาวะ และภาระของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม และกลุ่มที่ได้รับจิตประสาธน์โมเดล และสถิติ Wilcoxon signed-rank test เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาระของ

ผู้ดูแลระหว่างแรกรับและที่การติดตามหลังจำหน่ายครั้งแรก กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน เป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 38.16 ปี (SD = 11.18) แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม 22 คน และกลุ่มที่ได้รับจิตประสาธน์โมเดล 23 คน การวิเคราะห์ความแตกต่างโดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไป การใช้สารเสพติด และประวัติการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

การมารับการบำบัดรักษาตามนัดของผู้ติดยาเสพติดพบว่า ร้อยละการมาตามนัดครั้งที่ 1 และ 2 ของกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับจิตประสาธน์โมเดล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การมาบำบัดรักษาตามนัดครั้งที่ 3 - 5 ของกลุ่มที่ได้รับจิตประสาธน์โมเดลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ผลการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดตกค้างของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับจิตประสาธน์โมเดล พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนผู้ไม่ผลตรวจปัสสาวะเป็นลบ (ไม่พบสารเสพติด) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาระของผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติด ระหว่างแรกรับกับการมาตามนัดครั้งที่ 1 พบว่า กลุ่มที่ได้รับจิตประสาธน์โมเดลมีคะแนนภาระการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.02$, $p < .001$) ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมมีคะแนนภาระการดูแลลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.847$, $p = .065$) ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบจิตประสาธน์โมเดล มีสัดส่วนการมารับการบำบัดรักษาตามนัดต่อเนื่องในระยะ 6 เดือนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลมาจากกระบวนการดูแลที่เน้นความตระหนักรู้ในสุขภาวะเกี่ยวกับโรคและอาการแสดง การใช้กระบวนการเยียวยาจิตใจและวิถีจัดการอารมณ์เพื่อให้

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับจิตประภัสสรโมเดล (n = 45)

	การดูแลรูปแบบเดิม (n = 22)	จิตประภัสสรโมเดล (n = 23)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี)			.310 ^b
18 - 30 ปี	6 (27.3)	5 (21.7)	
31 - 40 ปี	5 (22.7)	11 (47.8)	
41 - 50 ปี	6 (27.3)	5 (21.7)	
51 ปีขึ้นไป	5 (22.7)	2 (8.7)	
	$\bar{X} = 39.27, SD = 12.76$	$\bar{X} = 37.09, SD = 9.59$	
อายุที่เริ่มใช้สารเสพติด (ปี)			.902 ^b
6 - 12 ปี	2 (9.1)	1 (4.3)	
13 - 19 ปี	12 (54.5)	14 (60.9)	
20 - 44 ปี	8 (36.4)	8 (34.8)	
	$\bar{X} = 19.95, SD = 9.10$	$\bar{X} = 19.09, SD = 7.63$	
สารเสพติดที่ใช้ครั้งแรก			.051 ^a
ยาบ้า (Methamphetamine)	7 (31.8)	14 (60.9)	.916 ^a
กัญชา (Cannabis)	8 (36.4)	7 (30.4)	.265 ^a
กระท่อม (Kratom)	4 (18.2)	4 (17.4)	
ประวัติการรักษาด้านจิตเวช			1.000 ^b
ไม่เคยรับการรักษา	10 (45.5)	12 (52.2)	
เคยมารับการรักษา แต่ไม่ต่อเนื่อง	10 (45.5)	10 (43.5)	
มารับการรักษา แบบต่อเนื่อง	2 (9.1)	1 (4.3)	
ประวัติโรคร่วมจิตเวช			.720 ^b
โรคจิตเภท	3 (13.0)	3 (13.0)	
สติปัญญาบกพร่อง/ลมชัก	1 (4.5)	4 (17.4)	
ภาวะอารมณ์ปรับตัวผิดปกติ	2 (9.1)	1 (4.3)	
โรคซึมเศร้า/อารมณ์สองขั้ว	2 (9.1)	1 (4.3)	
ประเภทของสารเสพติดที่ใช้ในปัจจุบัน			.047 ^b
ยาบ้า (Methamphetamine)	16 (72.7)	22 (95.7)	.908 ^a
กัญชา (Cannabis)	9 (40.9)	8 (34.8)	.265 ^a
กระท่อม (Kratom)	6 (27.3)	11 (47.8)	
คะแนน บคก.กสธ. V2			.518 ^b
กลุ่มผู้ใช้	1 (4.5)	0 (0)	
กลุ่มผู้เสพ	10 (45.5)	17 (73.9)	
กลุ่มผู้ติด	3 (13.6)	3 (13.0)	
คะแนน OAS			.115 ^b
ระดับ 0 (ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว)	10 (45.5)	5 (21.7)	
ระดับ 1 (กึ่งรุนแรงต่ำ)	2 (9.1)	2 (8.7)	
ระดับ 2 (รุนแรงต่ำ)	0 (0.0)	4 (17.4)	
ระดับ 3 (ฉุกเฉิน)	10 (45.5)	12 (52.2)	

a: chi-square test; b: Fisher's Exact test

OAS = Overt Aggressive scale

ตารางที่ 2 การมารับการบำบัดรักษาตามนัดของผู้ติดยาเสพติดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับจิตประสกรโมเดล (n = 45)

	การดูแลรูปแบบเดิม (n = 22)		จิตประสกรโมเดล (n = 23)		p-value
	มาตามนัด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มาตามนัด จำนวน (ร้อยละ)	มาตามนัด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มาตามนัด จำนวน (ร้อยละ)	
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)	18 (81.8)	4 (18.2)	21 (91.3)	2 (8.7)	.414 ^b
ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3)	15 (68.2)	7 (31.8)	19 (82.6)	4 (17.4)	.436 ^a
ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 7)	7 (31.8)	15 (68.2)	16 (69.6)	7 (30.4)	.030 ^a
ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 15)	6 (27.3)	16 (72.7)	15 (65.2)	8 (34.8)	.024 ^a
ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 24)	3 (13.6)	19 (86.3)	15 (65.2)	8 (34.8)	.001 ^a

a: chi-square test; b: Fisher's Exact test

ตารางที่ 3 ผลการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดตกค้างระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมกับกลุ่มที่ได้รับจิตประสกรโมเดล (n = 45)

	การดูแลรูปแบบเดิม (n = 22)			จิตประสกรโมเดล (n = 23)			p-value
	n	ผลเป็นลบ จำนวน (ร้อยละ)	ผลเป็นบวก จำนวน (ร้อยละ)	n	ผลเป็นลบ จำนวน (ร้อยละ)	ผลเป็นบวก จำนวน (ร้อยละ)	
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)	17	11 (64.7)	6 (35.3)	13	7 (53.8)	6 (46.2)	.821 ^a
ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3)	14	10 (71.4)	4 (28.6)	14	10 (71.4)	4 (28.6)	1.000 ^b
ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 7)	5	4 (80.0)	1 (20.0)	11	8 (72.7)	3 (27.3)	1.000 ^b
ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 15)	5	4 (80.0)	1 (20.0)	13	8 (61.5)	5 (38.5)	.615b
ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 24)	2	2 (100.0)	0 (0.0)	8	5 (62.5)	3 (37.5)	1.000b

a: chi-square test; b: Fisher's Exact test

ตารางที่ 4 คะแนนการของผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติดก่อนนอนโรงพยาบาลกับการมาตามนัดครั้งที่ 1 ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิมและกลุ่มที่ได้รับจิตประสกรโมเดล (n = 45)

ภาวะของผู้ดูแลผู้ติดยาเสพติด	n	$\bar{X}$	SD	Z	Asymp sig. (2-tailed)
การดูแลรูปแบบเดิม	18			-1.847	.065
แรกจับ		18.94	4.09		
การติดตามนัดครั้งที่ 1		14.44	9.42		
จิตประสกรโมเดล	21			-4.02	< .001
แรกจับ		23.43	2.82		
การติดตามนัดครั้งที่ 1		7.67	4.39		

ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ในการวางแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom²² ที่ระบุว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับพุทธิสัย

(cognitive domain) ซึ่งบุคคลเกิดความเข้าใจและตระหนัก ถึงเหตุผลในการดูแลสุขภาพตนเอง นำไปสู่การให้ความร่วมมือ ในการรักษาที่ยั่งยืนขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นผลมาจากการดูแล

แบบบองคร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ทั้งการรักษาอาการทางจิตและการดูแลสุขภาพทางกาย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการดูแลเอาใจใส่ในทุกมิติ และช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาเชื่อมโยงกับร่างกายตนเองและมองเห็นคุณค่าของชีวิตที่ปราศจากยาเสพติด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Adedokun และคณะ²³ ที่พบว่า การบูรณาการด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพกายในผู้ป่วยยาเสพติดมีส่วนสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจในภาพรวม และอาจเป็นผลจากการเชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อการส่งต่อเพื่อฟื้นฟูต่อเนื่องที่มีนัธยารักษ์ โรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง โดยมีการส่งต่อพร้อมกันเป็นรอบ ซึ่งสนับสนุนความผูกพันและการประคับประคองซึ่งกันและกัน (peer support) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านระยะถอนพิษมาด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาภรณ์ ปัญญาดี²⁴ ที่พบว่า รูปแบบการบำบัดรักษาที่เน้นความต่อเนื่องและมีระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดยาเสพติด และสอดคล้องกับแนวคิดของ Phillips และคณะ²⁵ ที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติด

ทั้งนี้ แม้พบแนวโน้มการมาตามนัดที่ดีขึ้น แต่ผลการศึกษากลับพบว่าผลตรวจปัสสาวะที่เป็นลบระหว่างสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อาจสะท้อนถึงอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคม ในการเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญต่อการกลับไปเสพซ้ำ โดยในด้านบุคคล Grevenstein และคณะ²⁶ ระบุว่าบุคคลที่ขาดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต (sense of coherence) มีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดเพื่อเป็นกลไกในการเผชิญปัญหามากขึ้น ขณะที่การศึกษาของ Chen และ Gueta²⁷ พบว่า ระดับความรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมและความหมายในชีวิตเป็นทุนในการฟื้นฟูที่สำคัญต่ออัตราการคงอยู่ในระยะหยุดเสพ ด้านครอบครัวและสังคม การศึกษาของสำเนาวิ นิลบรรพ์ และคณะ²⁸ พบว่า ความขัดแย้งภายในครอบครัว การไม่ได้รับการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัว การมีบุคคลใกล้ชิดที่ใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติด และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงสารเสพติดล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการกลับไป

ใช้แอมเฟตามีนซ้ำ ในทางตรงกันข้าม การศึกษาของ Dyba และคณะ²⁹ พบว่า การฝึกทักษะการจัดการความสัมพันธ์ในครอบครัวมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงในการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาครอบครัว จึงควรมีการศึกษาเพิ่มที่พิจารณาปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้สามารถอธิบายผลลัพธ์ด้านการหยุดใช้ได้อย่างครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้น

คะแนนการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับจิตประภัสสรโมเดลเมื่อมาตามนัดครั้งที่ 1 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงแรกเริ่ม อาจอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ดูแลไม่ได้เป็นเพียงผู้นำส่งผู้ป่วย แต่ได้รับการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และฝึกทักษะการสื่อสารกับผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิต ความขัดแย้งภายในครอบครัวจึงลดลง นอกจากนี้ เมื่อผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการคงที่และเข้าสู่ระบบการฟื้นฟูที่เป็นระบบ (ผ่านนัธยารักษ์) อาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับไปเสพซ้ำหรืออาการคลุ้มคลั่งของผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้การรับรู้ภาระทางใจและทางเวลาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาภรณ์ ปัญญาดี²⁴ ที่พบว่ารูปแบบการบำบัดที่เน้นความร่วมมือและการติดตามผลอย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแล

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลังโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับการดูแล (historical comparison) ซึ่งมีความเสี่ยงต่ออคติจากปัจจัยด้านเวลา (temporal bias) หรือปัจจัยรบกวนที่อาจเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา เช่น ประสบการณ์และการเปลี่ยนผ่านของบุคลากร แนวทางและมาตรฐานการรักษา ระบบบริการ หรือนโยบายของโรงพยาบาล ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลของหอผู้ป่วยจิตเวชที่มีโครงสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทีมสหวิชาชีพแกนหลักชุดเดิมที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวช โดยไม่มีการเปลี่ยนทีมที่ดูแลตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา จึงอาจช่วยลดอิทธิพลของปัจจัยรบกวนดังกล่าว การศึกษานี้ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เพศชาย ในบริบทโรงพยาบาลทั่วไปแห่งเดียว ผลการศึกษาจึงอาจไม่ครอบคลุมประชากรผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดหรือสถานพยาบาลรูปแบบอื่น จึงควรมีการพัฒนาแบบการติดตามไปข้างหน้า หรือใช้การทดลองแบบสุ่มและ

มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) และกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายและมีจำนวนเพียงพอต่ออำนาจการทดสอบทางสถิติ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของจิตประสรัสมเดล ตลอดจนมีการติดตามระยะยาวมากขึ้นเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ดังกล่าว

สรุป

จิตประสรัสมเดลได้รับการพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปัญหาการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในบริบทโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งพบข้อจำกัดด้านการดูแลแบบต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและระบบการส่งต่อฟื้นฟูผู้ป่วย โมเดลนี้จึงเน้นการดูแลแบบองค์รวม การทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ การสร้างความตระหนักรู้รายบุคคล การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ แบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม/วิกฤต ระยะฟื้นฟูที่มีนิธัญรักษ์โรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง และระยะติดตามแบบผู้ป่วยนอก 6 เดือน

ผลการศึกษาย้อนหลังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับจิตประสรัสมเดลมีอัตราการมารับการบำบัดรักษาตามนัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรูปแบบเดิม และผู้ดูแลมีคะแนนการดูแลที่ระยะ 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายลดลงจากแรกเริ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จิตประสรัสมเดลจึงอาจเป็นทางเลือกของระบบบริการในโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อช่วยส่งเสริมความร่วมมือและความต่อเนื่องในการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต อย่างไรก็ตาม ควรมีการพัฒนาและปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อลดความเสี่ยงการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ โดยคำนึงปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคมที่ซับซ้อน รวมทั้งควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2025 [Internet]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2025 [cited 2025 Nov 25]. Available from: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html>
2. Office of the Narcotics Control Board. Report on the performance of drug prevention and resolution activities for the fiscal year 2024 [Internet]. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2024 [cited 2025

- Nov 25]. Available from: <https://nctc.oncb.go.th/ebook/B1216/index.html> (in Thai)
3. Ólafsdóttir J, Hrafnadóttir S, Orjasniemi T. Depression, anxiety, and stress from substance-use disorder among family members in Iceland. Nordisk Alkohol Nark. 2018;35(3):165-78. doi:10.1177/1455072518766129.
4. Daley DC. Family and social aspects of substance use disorders and treatment. J Food Drug Anal. 2013;21(4):S73-6. doi:10.1016/j.jfda.2013.09.038.
5. Lander L, Howsare J, Byrne M. The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. Soc Work Public Health. 2013;28(3-4):194-205. doi:10.1080/19371918.2013.759005.
6. Mauri MC, Ciriigliaro G, Piccoli E, Vismara M, de Carlo V, Girone N, et al. Substance abuse associated with aggressive/violent behaviors in psychiatric outpatients and related psychotropic prescription. Int J Ment Health Addict. 2023;21(3):4071-84. doi:10.1007/s11469-022-00842-w.
7. Act Promulgating the Narcotics Code, B.E. 2564 (2021) [Internet]. Royal Thai Government Gazette. Vol. 138, Part 73 A (2021 Nov 8) [cited 2025 Jun 11]. Available from: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/073/T_0001.PDF (in Thai)
8. Thanyarak Khon Kaen Hospital. Guidelines for long-term rehabilitation of drug and substance users in community hospitals using the Mini-Thanyarak model (Long Term Residential Care) [Internet]. 2nd ed. Khon Kaen: Thanyarak Khon Kaen Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2023 [cited 2025 Jun 10]. Available from: <https://tyrkk.go.th/new/wp-content/uploads/2023/10/แนวทางดำเนินงานมินิธัญรักษ์-Ver.2.pdf> (in Thai)
9. Choojai M. Evaluation of the Mini-Thanyarak Service Project in Thailand. Primary Health Care Journal (Northern Region). 2024;34(3):1-10. (in Thai)
10. Office of Justice Affairs. White paper on crime and justice 2024 [Internet]. Bangkok: Office of Justice Affairs; 2024 [cited 2025 Nov 25]. Available from: <https://www.oja.go.th/2024/09/30/whitepaper-2023/>. (in Thai)
11. Phang-Nga Hospital. Medical records of substance dependence patients fiscal years 2022-2024 [Unpublished data]. Phang-Nga: Medical Record and Statistics Department, Phang-Nga Hospital; 2024. (in Thai)

12. Sereerat T. Development of an integrated approach to reduce the aggressive behavior of drug users with psychiatric symptoms in Roi Et province. *Singburi Hospital Journal*. 2024;32(3):B127-40. (in Thai)
13. Bureau of Health Administration, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Standard operating procedure for drug addict rehabilitation: fiscal year 2017 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017 [cited 2025 Jun 7]. Available from: <https://tuthos.moph.go.th/handbook/10.pdf> (in Thai)
14. Pimanpang K, Krohchukun W. Effectiveness of new normal rehabilitation therapy for outpatient drug addicts, Mukdahan Hospital. *Journal of Health Science of Thailand*. 2025;34(3):501-8. (in Thai)
15. Pinyopornpanish K, Pinyopornpanish M, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Soontornpun A, Kuntawong P. Investigating psychometric properties of the Thai version of the Zarit Burden Interview using rasch model and confirmatory factor analysis. *BMC Res Notes*. 2020;13(1):120. doi:10.1186/s13104-020-04967-w.
16. Dossey BM, Keegan L, Guzzetta CE, Helming MAB. *Holistic nursing: a handbook for practice*. 5th ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2009.
17. Kinara P, Rewatnanon A, Chaipathum W, Klangkhan L, Thepwong R, Inthuphrapha W, editors. *Fundamental knowledge for outpatient rehabilitation of drug and substance addicts based on the Matrix Program model*. 1st ed. Pathum Thani: Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment; 2020.
18. Department of Mental Health. Clinical practice guidelines for intermediate care (IMC) in drug-addicted patients [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2024 [cited 2025 Jun 3]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/2008> (in Thai)
19. Rattanasumawong W, Kalayasiri R, Saengcharnchai P. Current models of addiction and controversy. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2018;63(3): 295-306. (in Thai)
20. Medical Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Social work practice guideline for substance use disorder clients [Internet]. Nonthaburi: Born to be Publishing; 2019 [cited 2026 Jun 4]. Available from: https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_download/1bri2bpbxyf4ssks-gw.pdf (in Thai)
21. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Manual for treatment and rehabilitation of drug and substance users: Mini Thanyarak model [Internet]. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2023 [cited 2025 Jun 3]. Available from: https://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3464&Itemid=147 (in Thai)
22. Bloom BS, editor. *Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. Handbook 1: Cognitive domain* [Internet]. New York: Longmans, Green; 1956 [cited 2025 Aug 16]. Available from: https://archive.org/details/taxonomyofeducat-0000bloo_o9o7/page/n9/mode/2up
23. Adedokun OA, Desmennu M, Plonski P, Jenkins B, Noble J. Healthy choices for your recovering body: a nutrition education curriculum for adults with limited resources in substance use recovery. *J Nutr Educ Behav*. 2025;57(9):892-8. doi:10.1016/j.jneb.2025.05.200.
24. Panyadee W. Effects of modifying psychosocial drug rehabilitation on compliance with treatment plans of methamphetamine drug addicts. *Academic Journal of College of Government, Maejo University*. 2020;3(3):107-19. (in Thai)
25. Phillips W, Dawney J, Hutton E, Adams A, Strang L, Morley K, et al. Integrated care for people who use alcohol and/or other drugs: a case study analysis of the current landscape in England [Internet]. Cambridge: RAND Corporation; 2026 [cited 2026 Jan 7]. Available from: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR4700/RR4735-5/RAND_RRA4735-5.pdf
26. Grevenstein D, Bluemke M, Nagy E, Wippermann CE, Kroeninger-Jungaberle H. Sense of coherence and substance use: Examining mutual influences. *Pers Individ Dif*. 2014;64:52-7. doi:10.1016/j.paid.2014.02.019.
27. Chen G, Gueta K. Sense of coherence as a recovery capital in recovery from substance use disorders. *J Addict Dis*. 2020;38(4):529-39. doi:10.1080/10550887.2020.1794494.
28. Nilaban S, Sriherun B, Kongthong U. Causal relationship of factors affecting relapsing behavior of methamphetamine users. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University*. 2016;10(1):195-209. (in Thai)

29. Dyba J, Moesgen D, Klein M, Pels F, Leyendecker B. Evaluation of a family-oriented parenting intervention for methamphetamine-involved mothers and fathers - The SHIFT Parent Training. *Addict Behav Rep.* 2019;9:100173. doi:10.1016/j.abrep.2019.100173.