

ผลของการดำเนินนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อุดรโมเดล” ร่วมกับ
การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) ต่อผลลัพธ์การบำบัดและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด
โดยเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

Effects of Strategy for Solving the Drug Problems “Udon Model” with Home Visit Among
Drug Patients on Patient Outcomes and Caregiver Burden by Primary Care Network

เจริญ เกษมสินทรัพย์ พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลอุดรธานี

Charoen Kasemsinsup, M.D., Dip. Thai Board of Family Medicine, Udonthani Hospital

Corresponding author: Charoen Kasemsinsup; Email: ckpjobudh@gmail.com

Received 14/03/2026

Revised 15/04/2026

Accepted 20/05/2026

บทคัดย่อ

บทนำ: จังหวัดอุดรธานีมีการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างเป็นวงกว้าง ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดอุดรธานีจึงได้จัดทำแผนการขับเคลื่อนนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อุดรโมเดล” และร่วมบูรณาการร่วมกับทีมสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) ผู้ป่วยสารเสพติด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการดำเนินนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อุดรโมเดล” ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน (Home visit) ต่อผลลัพธ์การบำบัดและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด โดยเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analysis study) มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 กรณีศึกษาซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีนและผู้ดูแล โดยกำหนดขนาดของผล (Effect Size) ที่ 0.80 และใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลเป็นแบบบันทึกได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ฉบับภาษาไทย, แบบประเมินความรุนแรงในการติดสารเสพติด (SDS) และแบบประเมินภาระการดูแล Zarit Burden ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา: หลังการดำเนินงานวิจัยผู้ป่วยสารเสพติดมีระดับอาการทางจิต (BPRS) (mean = 12.89, +/-SD = 4.16) ต่ำกว่าก่อนการศึกษา (mean = 20.53, +/-SD = 4.15) และระดับความรุนแรงในการติดสารเสพติด (mean = 5.32, +/-SD = 2.06) ต่ำกว่าก่อนการศึกษา (mean = 11.37, +/-SD = 2.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.043) และในผู้ดูแลมีระดับภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden) (mean = 9.16, +/-SD = 3.92) ต่ำกว่าก่อนการศึกษา (mean = 15.05, +/-SD = 3.83) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.043) เช่นกัน

สรุปผล: การดำเนินนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อุดรโมเดล” ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน (Home visit) ช่วยลดอาการทางจิต, ความรุนแรงในการติดสารเสพติดและภาระของผู้ดูแลได้ โดยเครือข่ายปฐมภูมิสามารถจัดบริการการเยี่ยมบ้านบูรณาการร่วมกับการดำเนินงานของภาครัฐอื่นๆได้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาและบริการอย่างต่อเนื่องตลอดจนการส่งต่อการช่วยเหลือทางด้านสังคมอย่างไร้รอยต่อ

คำสำคัญ: อุดรโมเดล, CBTx, การเยี่ยมบ้าน, ผู้ป่วยสารเสพติด, ภาระของผู้ดูแล

Abstract

Background: Udon Thani Province is experiencing a widespread drug problem. Therefore, the Udon Thani Provincial Anti-Drug Command Center has developed a strategic plan to address the drug problem, the "Udon Model," and collaborated with the primary care network to conduct home visits to drug patients.

Objective: This study aimed to examine the effects of the strategy for solving the drug problem, the "Udon Model," with home visits among drug patients on patient outcomes and caregiver burden by the primary care network.

Methods: This research was a Retrospective analysis study. The study population was selected by a purposive sampling method and consisted of 19 cases (Effect Size = 0.80) comprising amphetamine patients and their caregivers in Mueang Udon Thani district and receiving services through "home visits" by Udon Thani Hospital and primary care networks. The research tools were questionnaires, Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) Thai version, Severity of Dependence Scale (SDS), and Zarit Burden Interview (ZBI) Thai version. The data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean comparisons, standard deviation, and paired t-test.

Results: After the study, the amphetamine patients had a BPRS score (mean = 12.89, +/-SD = 4.16) lower than before the study (mean = 20.53, +/-SD = 4.15) and an SDS score (mean = 5.32, +/-SD = 2.06) lower than before the study (mean = 11.37, +/-SD = 2.95), with statistical significance (p-value = 0.043). The caregivers had a ZBI score (mean = 9.16, +/-SD = 3.92) lower than before the study (mean = 15.05, +/-SD = 3.83), with statistical significance (p-value = 0.043).

Conclusion: Strategy for Solving the Drug Problems "Udon Model" with home visits can reduce levels of mental symptoms, severity of dependence, and caregiver burden. The primary care network can provide integrated home visit services in conjunction with other government operations to ensure patients have continuous access to treatment and services, and to facilitate seamless referrals for social support.

Keywords: Udon Model, CBTx, Home visit, Drug patients, Caregiver burden

บทนำ

จังหวัดอุดรธานีเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างเป็นวงกว้าง โดยภาพสะท้อนในช่วงเกือบปีก่อนการดำเนินนโยบายพบว่า ด้านการปราบปรามมีการจับกุมผู้ต้องหาคดียาเสพติดถึง 6,492 ราย

แบ่งเป็นผู้เสพ 3,368 ราย และผู้ค้า 3,124 ราย สามารถตรวจยึดของกลางยาบ้าได้ราว 3,422,346 เม็ด และด้านการบำบัดมีการนำส่งผู้เสพเข้ารับการบำบัดรักษา 6,379 คน รวมถึงการจัดการฝึกอบรมฟื้นฟูสภาพทางสังคมของผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี รวมจำนวน 1,000 คน ซึ่งก็อาจจะยังมีผู้ที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการทางกฎหมายและบำบัดรักษาอยู่ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดอุดรธานีจึงได้จัดทำแผนการขับเคลื่อนนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อุดรโมเดล” ในทุกพื้นที่ของจังหวัดอุดรธานี เพื่อมุ่งหมายสร้างชุมชนปลอดภัยจากยาเสพติดแบบยั่งยืนตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ของสหประชาชาติโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านคุณภาพชีวิตและตามแนวทางการของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on DRUGS: UNODC) ในการผลักดันกลไกในจังหวัดและกำหนดยุทธศาสตร์สำคัญให้เชื่อมโยงกับเครือข่ายชุมชน เน้นให้ผู้ป่วยสารเสพติด ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมตามแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community based treatment: CBTx) เพื่อให้ผู้ป่วยสารเสพติดได้เข้าสู่กระบวนการบำบัด, รักษา, ฟื้นฟูและติดตามผลได้อย่างต่อเนื่องโดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เช่นแนวทางของนโยบายตามหนึ่งในเป้าหมายของ SDGs คือการสร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) ซึ่งดำเนินนโยบายในหลายมิติและสามารถอธิบายผ่านกลไกทฤษฎีสังคมวิทยา (Sociological Theory) ในการช่วยบำบัดฟื้นฟูและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยสารเสพติดด้วยการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย, เข้าใจพฤติกรรมผู้ป่วยและพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหในแต่ละเขตพื้นที่และผู้ป่วยด้วยการจัดบริการด้านสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยชุดปฏิบัติการคุ้มบ้านและการบำบัดฟื้นฟูจากทีมเครือข่ายบริการปฐมภูมิประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. 2566; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2564; สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. 2567; ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดอุดรธานี (ศอ.ปส.จ.อุดรธานี). 2568)

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดมีความพยายามอย่างยิ่งที่จะให้ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการบำบัดดูแลผู้ป่วย ภายใต้ความมุ่งหวังให้ผู้ป่วยปลอดภัยในทุกระยะของการบำบัดรักษาและติดตามผลได้ โดยมีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและเครือข่ายบริการปฐมภูมิช่วยเหลือและร่วมดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ให้สอดคล้องตามบริบทของผู้ป่วย โดยหนึ่งในเครื่องมือทางเวชศาสตร์ครอบครัวที่เชื่อมโยงผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนได้เป็นอย่างดีคือการเยี่ยมบ้าน (Home visit) โดยเป็นการลงไปเยี่ยมประเมินการดูแลและภาวะต่างๆของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนรวมถึงการติดตามการรักษาบำบัดในสภาวะแวดล้อมตามความเป็นจริงของผู้ป่วย จึงกล่าวได้ว่าการเยี่ยมบ้าน (Home visit) จะเป็นอีกหนึ่งการดูแลทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่จะช่วยให้การบำบัดผู้ป่วยสารเสพติดเกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้นและสามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับนโยบายของจังหวัดอุดรธานี (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2567; สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรม

ราชชนนี (สยบช.) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2566; ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย (ร.ว.พ.ค.ท.). (2565) และจากทฤษฎีชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Model: BPS) และทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมอง (Brain-Disease Model of Addiction: BDMA) ลักษณะผู้ป่วยสารเสพติดจะมีพฤติกรรมและการเสพติดและสภาวะทางจิตที่แตกต่างกันโดยขึ้นกับระยะเวลาและระดับการเสพติด นอกจากนี้ผลข้างต้นนี้ยังมีผลต่อภาระของผู้ดูแลได้ด้วยเช่นกัน และเพื่อการวิเคราะห์ผลการศึกษานี้ประกอบด้วยการดำเนินนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อุดรโมเดล” ซึ่งครอบคลุมในมิติด้านการป้องกัน, การปราบปรามและการบำบัดฟื้นฟูร่วมกับการเยี่ยมบ้าน (Home visit) ตามหลักการ “INHOMESSS” จึงพิจารณาใช้การวัดผลด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) และความรุนแรงในการติดสารเสพติด (Severity of Dependence Scale: SDS) ซึ่งสามารถบอกถึงรายละเอียดและระดับของพฤติกรรมเสพติดรวมถึงสภาวะทางจิตของผู้ป่วยได้ และใช้แบบประเมินภาระการดูแล Zarit Burden ในการวัดผลต่อภาวะของผู้ดูแลซึ่งสามารถบอกถึงผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล, ความเครียดและความรู้สึกเอาใจใส่ได้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2567; สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สยบช.) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2566; ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย (ร.ว.พ.ค.ท.). 2565; Limthongcharoen, 2017).

ด้วยการดำเนินนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อุดรโมเดล” เป็นการจัดการดำเนินการในระยะแรกและเป็นครั้งแรกที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิได้เข้าร่วมดำเนินการ และการเก็บข้อมูลภาระของผู้ดูแลในผู้ป่วยสารเสพติดในชุมชนนั้นยังมีอยู่จำกัด ทำให้เกิดช่องว่างขององค์ความรู้ (Research Gap) ขึ้น ดังนั้นการศึกษานี้จะช่วยสะท้อนภาพรวมของการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมและสร้างฐานข้อมูลของผู้ป่วยสารเสพติดและภาระของผู้ดูแล ตลอดจนเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยสารเสพติดของจังหวัดอุดรธานีได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีหลายการศึกษาที่พบว่าการเยี่ยมบ้าน (Home visit) และการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ซึ่งเป็นหนึ่งเสาหลักสำคัญในนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อุดรโมเดล” มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสารเสพติดมีอาการและภาวะความเจ็บป่วยดีขึ้นและมีผลต่อการกลับเข้าบำบัดซ้ำ ผู้ป่วยสามารถอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ มีอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดและติดตามต่อเนื่อง (Retention) สูงขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นและในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตพบว่า มีส่วนช่วยให้ระดับความรุนแรงทางจิตลดลง สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ดีขึ้นและช่วยงานในครอบครัวได้ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2562; สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2564; United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2022; Nilaban et al, 2025; อารณ ภูมิ. 2567; Thongjerm et al, 2023; คำแปลง ตะไชยา, 2567; อนิรุทธิ์ ชัยสมบูรณ์พันธ์ และ คณะ, 2568).

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการดำเนินนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อุดรโมเดล” ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน (Home visit) ต่อผลลัพธ์การบำบัดและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด

สมมุติฐานการวิจัย

การดำเนินนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อุดรโมเดล” ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน (Home visit) โดยเครือข่ายบริการปฐมภูมิจะสามารถช่วยลดอาการทางจิตและการติดสารเสพติดของผู้ป่วยสารเสพติดและลดภาระของผู้ดูแลได้

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analysis study) ดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูลระหว่าง 1 มีนาคม ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นกรณีศึกษา (ผู้ดูแลและผู้ป่วยสารเสพติด) ในเขตอำเภอเมืองอุดรธานีและได้รับการเยี่ยมบ้านติดตามจากทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดจากโรงพยาบาลอุดรธานีและเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 กรณีศึกษา ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)
 - 1.1) ผู้ดูแลและผู้ป่วยสารเสพติดที่มีอายุมากกว่า 18 ปีและได้รับการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลอุดรธานี
 - 1.2) ผู้ดูแลและผู้ป่วยอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี
 - 1.3) ได้รับการเยี่ยมบ้านติดตามโดยทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดจากโรงพยาบาลอุดรธานีและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
 - 1.4) ไม่ได้รับการส่งต่อการรักษาไปยังนอกเขตอำเภอเมืองอุดรธานี
2. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ (Exclusion criteria)
 - 2.1) ไม่สามารถติดตามข้อมูลในระบบเวชระเบียนหรือแบบบันทึกข้อมูลได้
 - 2.2) ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอุดรธานีเช่นเสียชีวิต ย้ายถิ่นฐานและการไปติดตามการรักษายังสถานพยาบาลอื่น เป็นต้น

เนื่องจากการศึกษาแบบย้อนหลัง ข้อมูลได้จากระบบเวชระเบียนหรือแบบบันทึกข้อมูลจึงมีการพิจารณาตามหลักเกณฑ์ข้างต้น หากพบว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างจะไม่ถูกพิจารณาเข้าสู่กระบวนการศึกษา การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (Extraneous variables) จึงอาจสามารถควบคุมด้วยวิธีการดังกล่าว และทั้งนี้หากมีตัวแปรใดที่อาจมีผลกระทบอย่างมากต่อการศึกษา ตัวแปรนั้นจะถูกพิจารณานำมาประมวลผลในการวิเคราะห์ลักษณะประชากรหรือพิจารณารายกรณี

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณหาค่าอำนาจจำแนกในการทดสอบ (Power Analysis) ตามแบบของ โคลเฮน (Faul et al, 2009) เพื่อควบคุม Type II Error โดยกำหนดค่า Effect Size เพื่อใช้ในการหาค่าอำนาจจำแนกในการทดสอบแบบมีจำนวนมากและเท่ากันที่ระดับ เท่ากับ 0.80 กำหนดค่าแอลฟา เท่ากับ 0.05 เพื่อแทนค่าคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 19 ตัวอย่าง การศึกษานี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 กรณีศึกษา ทั้งนี้กรณีศึกษาที่อยู่ในช่วงเวลาของการศึกษาถูกพิจารณาเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

วิธีการสุ่ม

การสุ่มเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยสารเสพติดและผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองอุดรธานีและได้รับการเยี่ยมบ้าน (Home visit) จากโรงพยาบาลอุดรธานี และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บข้อมูล

แบบเก็บข้อมูลและแบบบันทึกประเมินผลที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา มีทั้งหมด 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบจัดเก็บข้อมูลทั่วไปจำนวน 8 ข้อได้แก่เพศ, อายุ, อาชีพ, สถานะภาพ, การศึกษา, เศรษฐฐานะ, โรคประจำตัวและประเมินจัดกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ฉบับภาษาไทย (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. 2544) เป็นแบบประเมินอาการทางจิต มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.71 ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม มีลักษณะคำตอบเป็นการประมาณค่าคะแนน 1 - 7 คะแนน โดยเริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก และมีการแปลผลดังนี้ คะแนน 18 - 36 มีระดับอาการทางจิตเล็กน้อย, คะแนน 37 - 89 มีระดับอาการทางจิตปานกลาง และคะแนน 90 - 126 มีระดับอาการทางจิตรุนแรงมาก ทั้งนี้การประเมินกระทำโดยแพทย์หรือพยาบาล และในอนาคตอาจพิจารณาค่าความเที่ยงของผู้ประเมิน (Interrater Reliability) เพื่อเป็นมาตรฐานในการประเมินยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงในการติดสารเสพติด (Severity of Dependence Scale: SDS) (วรัญญา จิตรผ่อง. 2552) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดช่วงหนึ่งเดือนก่อนเริ่มต้นการรักษาในครั้งปัจจุบัน ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม ซึ่งระดับการวัดแบ่งเป็นหมายเลข 0,1,2 และ 3 ตามระดับความถี่หรือความรู้สึกของผู้ตอบ แปลผลที่ 4 คะแนนหรือมากกว่าในการระบุว่ามีความผิดปกติการเสพติดในระดับการติดสารเสพติด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาระการดูแล Zarit Burden ฉบับภาษาไทย (Silpakit et al, 2015) มีค่าความตรงและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดีโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87 ประกอบด้วย 12 ข้อคำถาม โดยเป็นข้อคำถามแบบ Rating scale มี 4 อันดับตัวเลือกคือ ไม่เคยเลย เท่ากับ 0 คะแนน, นาน ๆ ครั้ง

เท่ากับ 1 คะแนน, เป็นครั้งคราวเท่ากับ 2 คะแนน, บ่อย ๆ เท่ากับ 3 คะแนน และประจำ เท่ากับ 4 คะแนน โดยแบ่งระดับความรู้สึกเป็นภาวะตามระดับคะแนนอันได้แก่ คะแนน 0-10 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระถึงมีความรู้สึกเล็กน้อย, คะแนน 11-20 หมายถึง ความรู้สึกเป็นภาระเล็กน้อยถึงปานกลาง และ มากกว่า 20 คะแนน หมายถึง ความรู้สึกเป็นภาระสูงที่สุด

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกกรณีศึกษาตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมและจัดเก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกและแบบประเมินกรณีศึกษาด้วยเครื่องมือจำนวน 4 ส่วนดังข้างต้น

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินและวิเคราะห์การดำเนินนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อุดรโมเดล” และการเยี่ยมบ้าน (Home visit) ตามหลักการ “INHOMESSS” โดยราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

- แนวทางการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อุดรโมเดล” (5 เสือ PLUS จังหวัดอุดรธานี) ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดอุดรธานีทุกระดับและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยสังเขป (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดอุดรธานี (ศอ.ป.ส.จ. อุดรธานี). 2568; สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2562; United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2022).

1. เตรียมภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนตั้งแต่ตัวผู้บำบัด ครอบครัวและชุมชนตลอดทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนภารกิจการแก้ไขจัดการปัญหายาเสพติดแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน

2. สร้างรูปแบบการปฏิบัติภายใต้แนวคิด 5 ยุทธศาสตร์ 5 กลยุทธ์มาปรับใช้ตามบริบทพื้นที่โดย 5 เสือหลักคือการพัฒนาอย่างยั่งยืน SDGs "ต้องไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง", Teamwork, ชุดปฏิบัติการคุ้มบ้าน, Three Folder (Personal – Family – Community) และชุมชนเข้มแข็งยั่งยืนด้วยกลยุทธ์ CBTx และ 5 กลยุทธ์คือใช้ “ใจ” ปฏิบัติงาน, หลัก “เมตตากรุณา”, แยกปลาออกจากน้ำในพื้นที่, “WORK HARD & WORK SMART” และ มุ่งเน้น “งานสำเร็จ” มิใช่ “แค่เสร็จ”

3. เตรียมการขับเคลื่อนโดยใช้ยุทธศาสตร์เสาหลัก 5 ต้นและ 5 กลยุทธ์ ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้านและครัวเรือน

4. จัดตั้งคณะทำงาน “5 เสือ” ประกอบด้วยฝ่ายมหาดไทย ทหาร ตำรวจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ขับเคลื่อนกลไกการปฏิบัติการต่อปัญหายาเสพติดร่วมกับทุกภาคส่วนตามแนวทาง 5 ยุทธศาสตร์ 5 กลยุทธ์

5. มุ่งเน้นบทบาทของ “เสือประจำตำบล” และชุดปฏิบัติการคุ้ม โดยมีปลัดประจำอำเภอและตำบลเป็นแกนนำในการปฏิบัติการตามบทบาทและหน้าที่

6. จัดให้มีการบูรณาการกับสถานศึกษาทุกแห่ง

7. คณะทำงานร่วมบูรณาการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมุ่งเน้นแนวทางการลดอุปสงค์ (Demand) เน้นการจัดการแก้ไขปัญหาด้านการป้องกันและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพทางสังคม ผู้ป่วยจิตเวชและผู้เสพติดยาเสพติดในพื้นที่ตามแนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี [Community based treatment and rehabilitation (CBTx) and Best Practices] และการดูแลรักษาและส่งต่อตามแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ของคณะกรรมการประสานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

8. จัดดำเนินโครงการฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามนโยบายกระทรวงมหาดไทยเพื่อดูแลและติดตามผู้ป่วยระยะยาว (Long Term Care)

9. ส่งต่อผู้ป่วยสารเสพติดขอรับการสนับสนุนและความช่วยเหลือด้านสังคมตามแนวทางการดำเนินงานของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมของกระทรวงมหาดไทย

10. มีศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอเป็นหน่วยงานขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับหมู่บ้านและชุดปฏิบัติการคุ้ม กำหนดบทบาทภารกิจทุกระดับในอำเภอพร้อมทั้งวางแผนติดตามการปฏิบัติงานระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้านและคุ้มให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดตามบริบทพื้นที่

11. สร้างเครือข่ายชุมชนและกำลังภาคประชาชนในทุกหมู่บ้านและตำบลเพื่อเสริมสร้างกลไกการขับเคลื่อนการป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนให้เป็นรูปธรรม ปรับแนวทางมาตรการปฏิบัติให้สอดคล้องสอดคล้องกับการปฏิบัติงานแบบบูรณาการและการทำงานเชิงรุกผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.)

- การเยี่ยมบ้าน (Home visit) (ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย (ร.ว.พ.ค.ท.). 2565; Limthongcharoen, C. (2017) และติดตามผู้ป่วยสารเสพติดโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลอุดรธานีและเครือข่ายบริการปฐมภูมิด้วยเครื่องมือด้านเวชศาสตร์ครอบครัว “INHOMESSS” ตามแนวทางของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย นอกจากนี้ยังได้อาศัยการบูรณาการร่วมกับแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัวอื่นๆ เช่น การดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered Medicine: PCM) และเวชศาสตร์ครอบครัวและการประยุกต์ใช้สำหรับการเสพติด (Family Medicine and Applications for Addiction) และมีหัวข้อโดยสังเขปดังนี้ Immobility: ประเมินการเคลื่อนไหว กิจกรรมประจำวันและกิจกรรมทางสังคม, Nutrition: ประเมินภาวะทางโภชนาการและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร, Housing: ประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ส่งผลต่อสุขภาพแบบองค์รวม, Other people: ประเมินบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลและบุคคลในชุมชน, Medications: ตรวจสอบการใช้ยา ความถูกต้องและปัญหาที่อาจเกิดขึ้น, Examination: ตรวจร่างกายเพื่อประเมินปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม, Safety: ประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในมิติต่างๆภายในบ้านและชุมชน, Spiritual: ประเมินความรับรู้ภายในจิตใจและด้านจิตวิญญาณ และ Services: ประเมินการเข้าถึงและการรับบริการทางการแพทย์หรืออื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้พิจารณาให้

มีการเยี่ยมบ้าน (Home visit) 1 ครั้งต่อเดือนตลอดช่วงเวลาของการศึกษาและระยะเวลาที่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 30 ถึง 60 นาทีในแต่ละครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินและวิเคราะห์ผลการศึกษด้วยการวิเคราะห์เชิงสถิติ (Statistical Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยวิธีแจกแจงความถี่, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ฉบับภาษาไทย, ความรุนแรงในการติดสารเสพติด (SDS) และภาระการดูแล Zarit Burden ฉบับภาษาไทย ก่อนและภายหลังการดำเนินนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อุดรโมเดล” ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน (Home visit) โดยเครือข่ายบริการปฐมภูมิด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($p < 0.05$)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมงานวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี รหัสโครงการ UDH REC No. 37/2569

ผลการวิจัย

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ป่วยสารเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ในช่วง 20-35 ปีและจากการประเมินด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 พบว่า เป็นกลุ่มผู้เสพ ร้อยละ 52.63 กลุ่มผู้ติด ร้อยละ 47.37 สารเสพติดที่ใช้เป็นสารแอมเฟตามีนทุกราย และผู้ป่วยได้รับการรักษาทางยาและมึนติดตามการรักษาจากแผนกจิตเวชทุกราย เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบแบบกลุ่มเดียวจึงไม่ได้แสดงข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างในกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสารเสพติด (n = 19)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	89.47
หญิง	2	10.53
อายุ (Mean = 34.21, SD = +/- 8.90, Min = 18, Max = 51)		
20-35ปี	12	63.16
35-60ปี	7	36.84
สถานภาพสมรส		
โสด	12	63.16

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สมรส	1	5.26
แยก/หย่า	6	31.58
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	7	36.84
มัธยมศึกษา	9	47.37
อนุปริญญา	3	15.79
อาชีพ		
รับจ้าง	1	5.26
เกษตรกรกรรม	1	5.26
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	89.47
เศรษฐกิจทางสังคม		
ไม่เพียงพอ	12	63.16
เพียงพอ	7	36.84
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว (โรคเบาหวาน)	1	5.26
ไม่มีโรคประจำตัว	18	94.74
ประเมิน บคก.กสธ.V.2		
ผู้เสพ	10	52.63
ผู้ติด	9	47.37

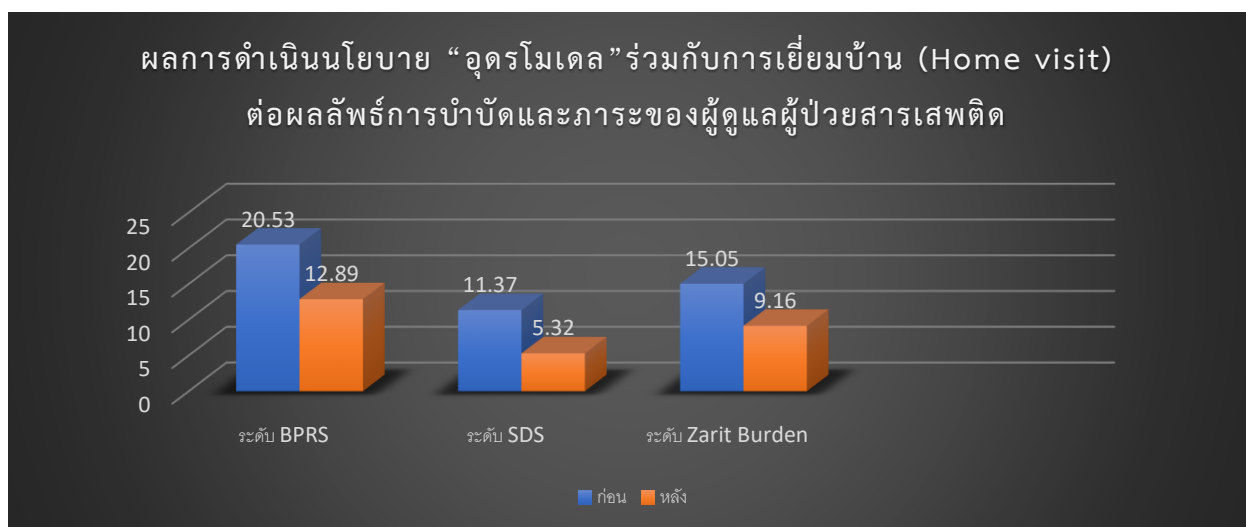
ในการวิเคราะห์ผลก่อนและหลังการดำเนินนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อุดรโมเดล” ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน (Home visit) ต่อผลลัพธ์การบำบัดและภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดพบว่า หลังการดำเนินงานผู้ป่วยสารเสพติดมีระดับอาการทางจิต (BPRS) (mean = 12.89, +/-SD = 4.16) ต่ำกว่าก่อนการดำเนินงาน (mean = 20.53, +/-SD = 4.15) และมีระดับความรุนแรงในการติดสารเสพติด (SDS) (mean = 5.32, +/-SD = 2.06) ต่ำกว่าก่อนการดำเนินงาน (mean = 11.37, +/-SD = 2.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ในด้านผู้ดูแลพบว่า หลังการดำเนินงานผู้ดูแลมีระดับภาระ (Zarit Burden) (mean = 9.16, +/-SD = 3.92) ต่ำกว่าก่อนการดำเนินงาน (mean = 15.05, +/-SD = 3.83) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เช่นกัน ทั้งนี้การวิเคราะห์ผลเป็นการเปรียบเทียบแบบกลุ่มเดียวก่อนและหลังการศึกษาโดยสมมติฐานว่าการศึกษามีผลขนาดมากมีค่า Effect Size ที่ 0.80 หากมีการเปรียบเทียบแบบสองกลุ่มจะพิจารณาว่า

Cohen's d ประกอบเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของผลวิเคราะห์ และเนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลแบบปกติ (Normal Distribution) จึงพิจารณาใช้ Paired t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลและผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับของอาการทางจิต (BPRS), ความรุนแรงในการติดสารเสพติด (SDS) และภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden) ก่อนและหลังการดำเนินงาน

“อูตรโมเดล” ร่วมกับการ เยี่ยมบ้าน (Home visit)	ก่อน		หลัง		t	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ระดับ BPRS	20.53	+/-4.15	12.89	+/-4.16	8.85	<0.001*
ระดับ SDS	11.37	+/-2.95	5.32	+/-2.06	17.08	<0.001*
ระดับ Zarit Burden	15.05	+/-3.83	9.16	+/-3.92	19.97	<0.001*

*p-value<0.05, Paired t-test



อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการดำเนินนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อูตรโมเดล” ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน (Home visit) ต่อผลลัพธ์การบำบัดและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด โดยเครือข่ายบริการปฐมภูมิพบว่า การดำเนินงานสามารถช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยสารเสพติด ความรุนแรงในการติดสารเสพติดและภาระของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) สอดคล้องตามกรอบแนวคิดของนโยบาย (สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สธ.). 2566; Limthongcharoen, 2017) ที่ต้องการสร้างมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดใหม่ “Change for good” ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหายาเสพติดร่วมกับการมุ่งเน้นการปราบปรามและดำเนินการตาม

กฎหมาย บุรณาการฐานข้อมูลและทรัพยากรให้เกิดผลสูงสุดและสามารถบำบัดผู้ป่วยสารเสพติดตามบริบทชุมชนได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างครอบครัว ชุมชนและทุกภาคส่วนตามแนวทางการบำบัดฟื้นฟู โดยยุทธศาสตร์การดำเนินงานเสาหลักที่โดดเด่นของ“อูร์โมเดล”คือการมีชุดปฏิบัติการคุ้มบ้านและชุมชนเข้มแข็งยั่งยืนกลยุทธ์ด้วย CBTx กล่าวคือ สองเสาหลักนี้เป็นการทำงานร่วมกันของฝ่ายมหาดไทย, ตำรวจ, ทหาร, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสาธารณสุขอย่างเชื่อมประสานและไร้รอยต่อทั้งด้านป้องกัน, ด้านปราบปรามและด้านบำบัดฟื้นฟู เมื่อมีการปฏิบัติการค้นหาผู้ป่วยสารเสพติดและผู้ค้าสารเสพติด (Re X-ray) ผู้ป่วยสารเสพติดจะได้รับการประเมินและนำสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูตามมาตรฐานแล้วกลับคืนครอบครัวและชุมชน มีการบำบัดฟื้นฟูและติดตามโดยกลไก CBTx อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการส่งต่อผู้ป่วยและครอบครัวเข้ารับความช่วยเหลือทางสังคมโดยศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัวรายการนี้ ส่วนผู้ค้าสารเสพติดถูกดำเนินการตามกฎหมาย ทั้งนี้สิ่งที่อาจจะเป็นข้อจำกัดในการดำเนินงานหรือส่งผลให้การบำบัดฟื้นฟูไม่ประสบผลสำเร็จได้คือ ผู้ป่วยสารเสพติดมักจะไม่สามารถหยุดการเสพยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่อง, ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการบำบัดฟื้นฟูได้และการที่ไม่สามารถเปลี่ยนสภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชนของผู้ป่วยได้ การดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมเครือข่ายบริการปฐมภูมิในการเยี่ยมบ้าน (Home visit) ประเมินผู้ป่วย, ครอบครัวและชุมชนตามหลักการ “INHOMESSS” จึงมีบทบาทช่วยบรรเทาปัญหาดังกล่าวและเพิ่มโอกาสในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น อาทิ Housing การประเมินสภาพบ้านให้เหมาะสมเช่นความเป็นระเบียบ การทำความสะอาด และการจัดบรรยากาศให้ผ่อนคลายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติ และที่สำคัญคือการประเมินเพื่อนบ้านของผู้ป่วยด้วยว่าอาจจะสามารถเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยได้ด้วยหรือไม่, Other people ทำให้สามารถประเมินภาระบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวต่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ดูแลโดยตรงด้วยแบบประเมินภาระการดูแล Zarit Burden เพื่อให้การดูแลและความช่วยเหลือผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการเป็นผู้ตัดสินใจให้การดูแลทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยในผู้ป่วยสารเสพติดจะมีการเฝ้าระวังที่จะก่อเหตุรุนแรง (5 สัญญาณเตือน) ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน, หงุดหงิดฉุนเฉียว, เดินไปเดินมา, พูดจาคนเดียวและเหวี่ยงขวาดุเดือด, Medications เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในผู้ป่วยสารเสพติดที่มีอาการทางจิตหรือมีโรคร่วมอื่นๆและได้รับเภสัชบำบัด โดยทีมจะสามารถประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาในมิติต่างๆและผลข้างเคียงเพื่อติดตามผลและวางแผนการรักษาได้ รวมถึงการเน้นย้ำการไปติดตามการรักษาและรับยากับแพทย์เจ้าของไข้, Examinations ช่วยประเมินร่างกายและโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการประเมินอาการทางจิต (BPRS) และความรุนแรงในการติดสารเสพติด (SDS) เพื่อนำไปประกอบการรักษาและปรับยาให้สอดคล้องตามอาการทางคลินิก ตลอดจนการวางแผนและส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ, Safety ประเมินสภาพความปลอดภัยภายในบ้านและครอบครัว การจัดเก็บของมีคมหรือสิ่งทีอาจจะเป็นอาวุธไว้ในที่ปลอดภัยเพื่อลดการกระตุ้นและเหตุความรุนแรง หากผู้ป่วยมีแนวโน้มก่อเหตุรุนแรง (5 สัญญาณเตือน) ต้องประสานไปยังชุดปฏิบัติการคุ้มบ้านเพื่อ

ดำเนินการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลและประสานทีมการแพทย์ฉุกเฉิน (สายด่วน 1669) หากมีผู้ได้รับบาดเจ็บ และ Services ด้านป้องกันและปราบปรามมีฝ่ายปกครอง ตำรวจและทหารในการปฏิบัติการและช่วยเหลือในพื้นที่รวมถึงกรณีภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยสารเสพติดรวมถึงการช่วยสนับสนุนทางสังคมผ่านศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมและด้านบำบัดฟื้นฟูมีเครือข่ายบริการปฐมภูมิในการบำบัดฟื้นฟูและติดตามในชุมชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับข้อมูลทางวิชาการและการศึกษาก่อนหน้า (Limthongcharoen, 2017; สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2562; Nilaban et al, 2025; อนิรุทธิ์ ชัยสมบูรณ์พันธ์ และคณะ, 2568) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยสารเสพติดด้วยรูปแบบการเยี่ยมบ้าน (Home visit) และการบำบัดฟื้นฟูแบบ “CBTx” มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกดีขึ้นและช่วยลดอัตราการกลับเข้าบำบัดซ้ำหรือเว้นช่วงของการใช้สารเสพติดในช่วงระยะเวลาระหว่างการดูแลต่อเนื่องได้ ผู้ป่วยสามารถบำบัดรักษาโดยใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคมได้ สามารถประกอบสัมมาชีพและพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบำบัดรักษาได้แม้จะมีปัจจัยแวดล้อมอื่นๆซึ่งจะช่วยให้ผลลัพธ์และการติดตามการบำบัดอย่างต่อเนื่องในชุมชนสามารถกระทำได้ดียิ่งขึ้นตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยสารเสพติดรายนั้นๆ และจากการช่วยเหลือทางสังคมทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในผู้ป่วยสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเมื่อได้รับการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิในชุมชนมีส่วนช่วยลดระดับความรุนแรงทั้งอาการทางกายและทางจิตได้ และจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนด้วยการเฝ้าระวัง, ปราบปรามป้องกัน, บำบัดติดตามและสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีจึงช่วยให้ชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและสามารถบำบัดผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งนี้จากการสืบค้นเบื้องต้นอาจยังไม่พบการดำเนินนโยบายของภาครัฐร่วมกับภาคีเครือข่ายที่มีการนำเสนอในรูปแบบของงานวิจัยที่เด่นชัดรวมถึงในระบบฐานข้อมูลสากล ในส่วนของผลการดำเนินงานที่น่าสนใจและอาจจะแตกต่างจากการศึกษาอื่นคือ จากการติดตามต่อเนื่องไม่พบกรณีศึกษาใดเปลี่ยนสถานะเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) และไม่พบการสูญเสียผู้ป่วยจากการไม่มาตามนัด (Loss to follow up) ในรายที่มีการนัดติดตามการบำบัดรักษา

สรุปผลการวิจัย

การดำเนินนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานี “อุดรโมเดล” ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน (Home visit) โดยเครือข่ายบริการปฐมภูมิสามารถช่วยลดอาการทางจิตและความรุนแรงในการติดยาเสพติดของผู้ป่วยสารเสพติดและลดภาระของผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาต่อยอดควรพิจารณาเพิ่มการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) ในงานวิจัยเพื่อทำความเข้าใจ “ประสบการณ์” และ “ความรู้สึก” ของผู้ดูแลและผู้ป่วยในเชิงลึก ซึ่งจะครอบคลุมมิติที่อาจไม่สามารถวิเคราะห์ได้จากการประเมินมาตราส่วนประมาณค่าแบบตัวเลข หรือพิจารณาเลือกการศึกษาเชิงทดลอง

(Experimental Study) ที่มีการเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพร้อมเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างซึ่งจะช่วยเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติและสะท้อนความเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรในวงกว้าง (Generalizability) ได้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้เพื่อความยั่งยืนของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยสารเสพติดในชุมชน จึงควรจัดให้มีการบริการเยี่ยมบ้าน (Home visit) อย่างต่อเนื่องโดยสามารถวางแผนทางร่วมกับทุกภาคส่วน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้ดูแลศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในพื้นที่ในการช่วยสนับสนุนด้านงบประมาณได้ รวมถึงจัดทำแนวทางการขยายผล (Scaling up) โดยนำแนวทางและผลลัพธ์จากการศึกษาไปปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่ จากระดับอำเภอไปสู่พื้นที่ที่ห่างไกลซึ่งอาจอาศัยกลไกในพื้นที่ เช่นการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และส่งต่อความช่วยเหลือและการสนับสนุนไปยังพื้นที่ขาดแคลนด้วยการบริหารจัดการทรัพยากรทั้งด้านการดำเนินงานและทรัพยากรบุคคลอย่างบูรณาการ ทั้งนี้ในเขตอำเภอเมืองมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน (Standard Operating Procedure: SOP) สำหรับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โดยในอนาคตจะได้นำผลสำเร็จจากการศึกษามาพัฒนาระบบการบำบัดฟื้นฟูและส่งต่อผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2564). คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช. <https://dmh-elibrary.org/>
- กรมสุขภาพจิต. (2567). มาตรฐานการปฏิบัติงานการบริการผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดที่บ้าน (Standard Operating Procedures: Psychiatric Home Ward [PHW]). <https://www.uckkpho.com/>
- คำแปลง ตะไชยา. (2567). ผลการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ตำบลนาแค อำเภอนายูง จังหวัดอุดรธานี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=Mjcw>
- พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์. (2544). โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2565). การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัว สภาพที่พักอาศัย และทีมดูแลที่บ้าน. <https://thaifammed.org/>
- วรัญญา จิตรผ่อง. (2552). ความรุนแรงของการติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยใน ณ สถาบันธัญญารักษ์ที่เคยได้รับการบำบัดการติดสารเสพติด [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Theses and Dissertations. <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/44522/>

- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดอุดรธานี. (2568). คู่มือนโยบายยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดอุดรธานีแบบครบวงจรอย่างยั่งยืน "อุดรโมเดล". <https://www.udonthani.go.th/>
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์. (2566). คู่มือการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ยาเสพติด. <https://www.pmnidat.go.th/>
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์. (2562). แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี (Community based treatment and rehabilitation [CBTx] and best practices). <https://www.pmnidat.go.th/>
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์. (2564). คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community based treatment: CBTx) สำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน: วิธีใหม่การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน. <https://www.pmnidat.go.th/>
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2570. https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/1doxcsiqctdwos4w4g.pdf
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2567). คู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง). <https://ncmc.moph.go.th/>
- อนิรุทธิ์ ชัยสมบูรณ์พันธ์, สานิตย์ เหม้าพรหมมินทร์, พรพิมล มัธนาโส, และคณะ. (2568). การพัฒนารูปแบบการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MzOx>
- อาภรณ์ ภูมิ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการ จังหวัดมหาสารคาม. *Academic Journal of Medical and Public Health*. <https://thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/15495>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Limthongcharoen, C. (2017). Family physician and home visit. *Srinagarind Medical Journal*, 32(5), 496–502. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/101974>

- Nilaban, S., Arunya, S., Chaipichitpan, N., & Leampoo, S. (2025). Development of a nursing model for drug patients at home (Home Ward). *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 10(1), 99–111. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/282647>
- Silpakit, O., Silpakit, C., & Chomchuen, R. (2015). Psychometric study of the Thai version of Zarit Burden Interview in psychiatric caregivers. *Journal of Mental Health of Thailand*, 23(1), 12–23. <https://doi.org/10.14456/dmhjournal.2015.13>
- Thongjerm, N., Sakulmanon, T., & Sitisarn, L. (2023). The development of a community-based treatment and care model for drug users. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 13(2), 17–30. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/264575>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *Community-based treatment and rehabilitation (CBTx)*. <https://www.unodc.org/>