การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Drug Addiction Treatment Model to Promote One-Year Treatment Retention, Nadun Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: October 23,2026 ; Revised: October 28,2026 ; Accepted: October 30,2026)

ยุทธนา เพ็ชรนาค[1]
Yutthana Phetnak[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี และประเมินผลของรูปแบบ ณ โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการ 4 ระยะตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ 16 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลคือ ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 ถึงกันยายน 2567 จำนวน 139 ราย เปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยปีงบประมาณ 2566 จำนวน 71 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัยพบว่า การหลุดจากระบบเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการ และระบบบริการ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ NADUN Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินตามความต้องการรายบุคคล การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การติดตามต่อเนื่องแบบไร้ระยะทาง การผนึกกำลังครอบครัวและชุมชน และการนำทางผู้ป่วยโดยผู้จัดการรายกรณี ภายหลังการใช้รูปแบบ อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.51 เป็นร้อยละ 90.65 คิดเป็นผลต่าง 6.14 จุดร้อยละ (95% CI: −3.57 ถึง 15.85) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 1.75, p = .186) ผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก (M = 4.46, SD = 0.52 และ M = 4.38, SD = 0.50 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การบำบัดรักษายาเสพติด, การคงอยู่ในระบบการบำบัด, การจัดการรายกรณี, การวิจัยและพัฒนา, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation and factors related to treatment retention among patients with drug use problems, to develop a treatment model promoting one-year retention, and to evaluate the model at Nadun Hospital, Maha Sarakham Province, Thailand. The study comprised four phases following the action research cycle. The model was developed with a 16-member multidisciplinary team, staff of sub-district health promoting hospitals, community leaders, and village health volunteers. The evaluation sample comprised 139 new outpatients admitted between October 2023 and September 2024, compared with a historical group of 71 patients treated in fiscal year 2023. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, and thematic analysis. Dropout was related to patient, family, provider, and service system factors.

The resulting NADUN Model consists of five components: Need-based assessment, Alliance building, Distance-free follow-up, Unity of family and community, and Navigation by a case manager. After implementation, the one-year retention rate rose from 84.51% to 90.65%, a difference of 6.14 percentage points (95% CI: −3.57 to 15.85), which was not statistically significant (χ^2 = 1.75, p = .186). Satisfaction with the model among patients and the multidisciplinary team was at a high level (M = 4.46, SD = 0.52 and M = 4.38, SD = 0.50, respectively).

Keywords: drug addiction treatment, treatment retention, case management, research and development, community hospital

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ปัญหาการใช้ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และความมั่นคงของสังคม ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นพื้นที่ที่มีการผลิตและการแพร่ระบาดของเมทแอมเฟตามีนในระดับสูง[21] สำหรับประเทศไทย ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้ปรับแนวคิดจากการลงโทษทางอาญาไปสู่การมองผู้เสพเป็นผู้ป่วยที่ควรได้รับการบำบัดรักษา ฟื้นฟูและติดตามอย่างต่อเนื่อง[1] ส่งผลให้โรงพยาบาลชุมชน มีบทบาทสำคัญมากขึ้นในการรับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัด การดูแลต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงการดูแลร่วมกับครอบครัวและชุมชน การติดยาเสพติดเป็นความผิดปกติเรื้อรังที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ การดูแลจึงต้องอาศัยการติดตามระยะยาวเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่น[2] การคงอยู่ในการบำบัดเป็นระยะเวลาที่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ของการบำบัด[3] ขณะที่การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดในระยะแรกเป็นปัจจัยเชื่อมโยงสำคัญที่นำไปสู่การคงอยู่ในระบบการบำบัด[4] ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดจึงมิได้จำกัดเฉพาะการให้การบำบัดตามแผนการรักษา แต่จำเป็นต้องสร้างความไว้วางใจ ส่งเสริมแรงจูงใจ และช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลของตนเองอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาว (Peplau's Interpersonal Relations Theory) ซึ่งให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในฐานะกระบวนการบำบัด โดยพยาบาลใช้สัมพันธภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจปัญหา เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถใช้แหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ทฤษฎีประกอบด้วยกระบวนการสำคัญตั้งแต่ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพและทำความเข้าใจปัญหา (orientation) ระยะที่ผู้ป่วยร่วมระบุปัญหาและความต้องการ (identification) ระยะดำเนินการ โดยใช้ทรัพยากรและความช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหา (exploitation) จนถึงระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพเมื่อผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น (resolution)[5] การประยุกต์ทฤษฎีนี้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดจึงมีความเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเสริมแรงจูงใจ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน ตลอดจนการติดตามและประคับประคองอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการขาดนัดและการหลุดออกจากระบบการบำบัด แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมแบบพบหน้ามีการออกจากการบำบัดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 30 และมีสัดส่วนสูงกว่านี้ในกลุ่มผู้ใช้สารกระตุ้นประสาท[6] โปรแกรมผู้ป่วยนอกระยะเวลา 12 สัปดาห์สำหรับผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนในไต้หวันพบผู้หลุดจากโปรแกรมร้อยละ 40.5[7] ปัจจัยเสี่ยงที่พบอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ อายุน้อย ความบกพร่องทางการรู้คิด และสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่ไม่เข้มแข็ง[8] สะท้อนให้เห็นว่าการเพิ่มการคงอยู่ในระบบการบำบัดจำเป็นต้องดำเนินการทั้งในระดับผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ครอบครัว และระบบบริการควบคู่กัน

โรงพยาบาลนาดูนเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 30 เตียง ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดจำนวน 89 ราย และ 71 ราย ตามลำดับ อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดและติดตามครบ 1 ปีเท่ากับร้อยละ 80.90 และร้อยละ 84.51 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 75 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ถึงอย่างนั้นยังพบผู้ป่วยหลุดออกจากระบบก่อนครบกำหนดจำนวน 17 ราย และ 11 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ การกระทำผิดกฎหมาย และการเกิดปัญหาสุขภาพจิตร่วม[9]

จากการทบทวนกระบวนการดูแลเบื้องต้นของโรงพยาบาลนาดูน พบข้อจำกัดของระบบบริการที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การติดตามผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ การไม่มีผู้รับผิดชอบรายกรณีที่ชัดเจน การ

มีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีในชุมชนที่ยังจำกัด และการยังไม่มีช่องทางติดตามทางไกลที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลให้การดูแลขาดความต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง การประกอบอาชีพ หรือมีแรงจูงใจในการบำบัดลดลง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่อาจนำไปสู่การขาดนัดและการหลุดออกจากระบบการบำบัด หลักฐานจากต่างประเทศแสดงให้เห็นว่ากลยุทธ์หลายด้านสามารถช่วยเพิ่มการคงอยู่ในการบำบัดได้แก่ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ[10] การจัดการรายกรณี ซึ่งมีผลต่อการคงอยู่และการเชื่อมต่อกับบริการมากกว่าผลลัพธ์ด้านอื่น[5] การให้ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด[5] และการบำบัดผ่านการแพทย์ทางไกล ซึ่งให้ผลใกล้เคียงกับการให้บริการแบบพบหน้า แม้ว่าหลักฐานส่วนใหญ่ยังเป็นการติดตามในระยะสั้น[11] กลยุทธ์เหล่านี้มีความสอดคล้องกับทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาว โดยเฉพาะการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การเสริมสร้างความสามารถในการจัดการปัญหา และการเชื่อมโยงผู้ป่วยกับแหล่งสนับสนุนที่จำเป็น

สำหรับประเทศไทย การศึกษาในจังหวัดตากพบว่า ความสมัครใจเข้ารับการบำบัดและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ให้การยอมรับและช่วยเหลือมีความสัมพันธ์กับการบำบัดครบตามเกณฑ์[12] ในจังหวัดมหาสารคามมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน[13] และรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง[2] การศึกษาเหล่านี้มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและประเมินผลเฉพาะในช่วงของโปรแกรมการบำบัด ขณะที่หลักฐานเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเสริมสร้างแรงจูงใจ การจัดการรายกรณี การติดตามทางไกล และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งติดตามผลการคงอยู่ในระบบจนครบ 1 ปีในบริบทโรงพยาบาลชุมชนยังมีจำกัด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนา รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปีของผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาวเป็นกรอบแนวคิดทางการพยาบาลที่มุ่งสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินความต้องการรายบุคคล การเสริมสร้างแรงจูงใจ การจัดการรายกรณี การติดตามต่อเนื่องผ่านช่องทางที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการพยาบาลที่มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยง และตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย อันจะนำไปสู่การเพิ่มโอกาสในการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปีและลดการหลุดออกจากระบบการบำบัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปีของผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม การดำเนินงานวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน 2566 ถึงกันยายน 2567 โดยประยุกต์ใช้แนวคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[14] ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบ และประเมินผล มีการดำเนินการอย่างเป็นวงจรต่อเนื่อง โดยเปิดโอกาส

ให้ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบครัว ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบแนวทางการดูแล ทดลองใช้ สังเกตผล และร่วมสะท้อนผลเพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ การพัฒนารูปแบบใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาว (Peplau's Interpersonal Relations Theory) เป็นกรอบแนวคิดทางการพยาบาลหลัก โดยมุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การค้นหาและระบุปัญหาร่วมกัน การเสริมสร้างแรงจูงใจ การใช้แหล่งสนับสนุนที่เหมาะสม และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองและคงอยู่ในระบบการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งด้านผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการ และระบบบริการ ประกอบด้วย1) ทีมสหวิชาชีพและบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดมาไม่น้อยกว่า 1 ปี ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวม 16 คน 2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดที่คงอยู่ในระบบการบำบัดและติดตามครบ 1 ปี จำนวน 8 คน เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและประสบการณ์ที่ช่วยให้สามารถคงอยู่ในระบบการบำบัดอย่างต่อเนื่อง 3) ผู้ป่วยที่หลุดออกจากระบบการบำบัดก่อนครบกำหนด จำนวน 6 คน เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อการขาดนัดหรือการหลุดออกจากระบบ 4) ผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน 8 คน เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัว ปัญหาในการดูแล และความต้องการการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่ม นำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในระบบการบำบัด เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาและแนวทางพัฒนารูปแบบการพยาบาลร่วมกัน

2. ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลนาดูน ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 แห่ง ผู้ใหญ่บ้าน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่อำเภอนาดูน โดยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตผล (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ผู้มีส่วนร่วมดังกล่าวทำหน้าที่ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบแนวทางการดูแล ทดลองใช้รูปแบบ สังเกตปัญหาและผลที่เกิดขึ้น รวมทั้งร่วมสะท้อนผลและเสนอแนวทางปรับปรุงรูปแบบในแต่ละวงรอบ จนได้รูปแบบการพยาบาลฯที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอนาดูน

3. กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดรายใหม่ทุกรายที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลนาดูน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 140 ราย เนื่องจากผู้วิจัยศึกษาผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบถ้วนทุกรายที่เข้ารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด จึงไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้วิธีเลือกแบบครอบคลุมประชากรที่เข้าถึงได้ทั้งหมดในช่วงเวลาศึกษา (Total Population Sampling) ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่เริ่มเข้าสู่ระบบการบำบัด และได้รับการติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 เดือน โดยประเมินผลลัพธ์ด้านการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี และความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาที่กำหนด 2) มีผลการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป และได้รับการประเมิน

จากแพทย์ว่าสามารถรับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกได้ 3) มีอายุ 12 ปีขึ้นไป 4) พักอาศัยในอำเภอนาดูนหรือพื้นที่ใกล้เคียงที่สามารถติดตามต่อเนื่องได้ตลอดระยะเวลา 1 ปี 5) มีหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลอย่างน้อย 1 หมายเลขที่สามารถใช้ติดต่อเพื่อติดตามการดูแลได้ 6) สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถให้ข้อมูลได้ และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยกรณีผู้เข้าร่วมอายุต่ำกว่า 18 ปี ดำเนินการขอความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะที่แพทย์ประเมินว่าจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน 2) มีอาการทางจิตเฉียบพลัน หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกได้อย่างปลอดภัย 3) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง 4) มีโรคทางกายรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการบำบัดและการติดตาม และ 5) อยู่ระหว่างการบังคับบำบัด ถูกควบคุมตัว หรืออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการติดตามตามรูปแบบที่กำหนดได้

เกณฑ์การถอนออกจากการวิจัย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมขอถอนตัวจากการวิจัย 2) ย้ายภูมิลำเนาออกนอกพื้นที่จนไม่สามารถติดตามต่อเนื่องได้ 3) เสียชีวิต หรือ 4) ถูกคุมขังระหว่างระยะเวลาการศึกษา ผู้เข้าร่วมที่เข้าเกณฑ์ถอนออกดังกล่าวไม่นับเป็นผู้ที่หลุดออกจากระบบการบำบัด และไม่นำมารวมเป็นตัวหารในการคำนวณอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี

กลุ่มเปรียบเทียบก่อนพัฒนารูปแบบใช้ข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 71 ราย จากเวชระเบียนและฐานข้อมูลการติดตาม เป็นข้อมูลเปรียบเทียบก่อนการใช้รูปแบบ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาต่อเนื่องกับระยะดำเนินการ ผู้ป่วยได้รับการบำบัดตามแนวทางเดียวกันและโดยทีมผู้บำบัดชุดเดียวกัน ทั้งนี้ ใช้เกณฑ์คุณสมบัติ นิยามการคงอยู่ในระบบ และวิธีคำนวณอัตราการคงอยู่เช่นเดียวกับกลุ่มหลังการพัฒนาเท่าที่ข้อมูลย้อนหลังเอื้ออำนวย โดยใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ และไม่ถือเป็นกลุ่มควบคุมจากการทดลอง

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการ เดือนมิถุนายน 2566

ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด โดยทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2566 จำนวน 160 ราย เพื่อวิเคราะห์อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี และลักษณะการหลุดออกจากระบบในแต่ละช่วงเวลา

จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยจัดสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ จำนวน 16 คน จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 60–90 นาที เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและกระบวนการดูแล ครอบคลุมด้านโครงสร้างระบบบริการ การรับผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัด การติดตามต่อเนื่อง และการประสานการดูแล รวมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยที่คงอยู่ในระบบ ผู้ป่วยที่ออกจากระบบ และผู้ดูแลในครอบครัว ใช้เวลารายละประมาณ 45–60 นาที จนข้อมูลมีความอิ่มตัว ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ถูกนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการระบุปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่และการออกจากระบบการบำบัด รวมทั้งกำหนดประเด็นสำหรับการวางแผนพัฒนารูปแบบการพยาบาลในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบฯ ดำเนินการระหว่าง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 โดยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาว มาใช้เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดของผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด การพัฒนา

ดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่าย รพ.สต. ครอบครัว และชุมชน จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบมีการนำรูปแบบไปทดลองใช้ ติดตามผล สะท้อนปัญหา และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการ เดือนกรกฎาคม–ธันวาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์มาประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อกำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเสริมสร้างแรงจูงใจ การจัดการรายกรณี การติดตามต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จากนั้นพัฒนารูปแบบและนำไปทดลองใช้ในระบบบริการจริง โดยมีประเด็นการพัฒนาหลัก 3 ด้าน ดังนี้ 1) การพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด พัฒนาการประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคลให้ครอบคลุมระดับการใช้สาร ปัญหาสุขภาพจิต ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง อาชีพ ครอบครัว และข้อจำกัดในการเข้ารับบริการ พร้อมประยุกต์ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาวในการสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน และการให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเห็นความสำคัญของการอยู่ในระบบการบำบัดอย่างต่อเนื่อง 2) การพัฒนาระบบติดตามและการดูแลต่อเนื่อง พัฒนาการติดตามผู้ป่วยให้ต่อเนื่องมากขึ้น ทั้งการมาตามนัด การติดตามทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ รวมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตามผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดนัดและการหลุดออกจากระบบ โดยจัดการรายกรณีมาใช้ในการประสานการดูแลระหว่างผู้ป่วย ทีมสหวิชาชีพ และหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายชุมชน พัฒนาบทบาทของครอบครัว รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชนในการสนับสนุนผู้ป่วย โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมแรงจูงใจ การมาตามนัด และการเฝ้าระวังปัญหาที่อาจนำไปสู่การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ พร้อมเชื่อมโยงการติดตามผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายในพื้นที่

ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ ผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน พบว่าการประเมินรายบุคคล การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด และการเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างของระบบที่ต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม จากวงรอบที่ 1 คือ 1) การติดตามผู้ป่วยยังใช้แนวทางเดียวกันทุกราย ยังไม่มีการจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบ ทำให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอาจได้รับการติดตามไม่เข้มข้นเพียงพอ ขณะที่ผู้ป่วยความเสี่ยงต่ำอาจได้รับการติดตามเกินความจำเป็น 2) บทบาทและความรับผิดชอบของผู้ดูแลแต่ละระดับยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้บางกรณีเกิดการติดตามซ้ำซ้อน ขณะที่บางกรณีไม่มีผู้รับผิดชอบติดตามอย่างต่อเนื่อง 3) ระบบจัดการผู้ป่วยขาดนัดและการส่งต่อข้อมูลยังไม่มีกรอบเวลาที่ชัดเจน ทำให้การประสานติดตามบางรายล่าช้า และมีความเสี่ยงต่อการตกหล่นจากระบบ แม้เริ่มมีผู้รับผิดชอบติดตาม แต่แนวทางตั้งแต่การประเมิน วางแผน ติดตาม และประสานการดูแลตลอดเส้นทางยังไม่ชัดเจน จึงนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบในวงรอบที่ 2 โดยเน้นการจัดบริการตามระดับความเสี่ยง การจัดการรายกรณี และการเชื่อมโยงระบบบริการให้มีความชัดเจนและต่อเนื่องมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการและทบทวนกิจกรรม เดือนมกราคม–กันยายน พ.ศ. 2567

ผู้วิจัยนำผลการสะท้อนและช่องว่างจากวงรอบที่ 1 มาประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดของ รพ.สต. และเครือข่ายชุมชน เพื่อปรับปรุงรูปแบบและนำไปใช้ โดยกำหนดประเด็นการพัฒนาหลัก 3 ด้าน ดังนี้ 1) การพัฒนาระบบติดตามตามระดับความเสี่ยงและการจัดการรายกรณีพัฒนาเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบและจำแนกผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เสี่ยงสูง

เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงต่ำ เพื่อกำหนดความเข้มข้นของการดูแลและความถี่ในการติดตามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยกลุ่มเสี่ยงสูงติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่มเสี่ยงปานกลางทุก 2 สัปดาห์ และกลุ่มเสี่ยงต่ำเดือนละ 1 ครั้ง พร้อมกำหนด พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการประเมิน วางแผนการพยาบาล ติดตามผู้ป่วย ประเมินปัญหา และประสานการดูแลตลอดเส้นทางการบำบัด 2) การพัฒนาระบบติดตามและ ระสานการดูแลแบบไร้รอยต่อกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และครอบครัวให้ชัดเจน โดยโรงพยาบาลรับผิดชอบการประเมินวางแผน และส่งต่อข้อมูล รพ.สต. รับผิดชอบการติดตามในพื้นที่และเยี่ยมบ้าน ส่วนครอบครัวและ อสม. สนับสนุนการติดตามภายใต้หลักการรักษาความลับของผู้ป่วย พร้อมกำหนดกรอบเวลาการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลไปยัง รพ.สต. ภายใน 3 วัน และการยืนยันการรับข้อมูลภายใน 2 วัน กรณีผู้ป่วยขาดนัด พยาบาลผู้จัดการรายกรณีติดต่อทางโทรศัพท์ภายใน 3 วัน และหากไม่สามารถติดต่อได้ให้ประสาน รพ.สต. ติดตามในพื้นที่ภายใน 7 วัน เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกหล่นจากระบบ 3) การเสริมพลังผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนให้ร่วมรักษาความต่อเนื่องของการบำบัดพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดให้ดำเนินต่อเนื่องตลอดกระบวนการดูแล โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา ผู้สนับสนุนและผู้ประสานทรัพยากร ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ควบคู่กับการให้ความรู้และส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนการมาตามนัด การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง และการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา รวมทั้งเชื่อมโยงทรัพยากรในชุมชนเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตและลดปัจจัยที่นำไปสู่การหลุดจากระบบ

ภายหลังนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ ผู้วิจัยติดตามความครบถ้วนของการดำเนินงาน ความต่อเนื่องในการติดตาม ความชัดเจนของผู้รับผิดชอบและการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ พร้อมจัดประชุมสะท้อนผลร่วมกับผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานพบว่าการติดตามเป็นระบบมากขึ้น บทบาทของผู้เกี่ยวข้องมีความชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนและการตกหล่นในการติดตามผู้ป่วย และสามารถเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชนได้ต่อเนื่อง

จากการพัฒนาทั้ง 2 ขั้นตอน จึงสรุปเป็นรูปแบบการพยาบาล NADUN Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ N – Need-based Assessment การประเมินตามความต้องการรายบุคคล A – Alliance Building การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด D – Distance-free Follow-up การติดตามต่อเนื่องแบบไร้ระยะทาง U – Unity of Family and Community การผนึกกำลังครอบครัวและชุมชน และ N – Navigation by Case Manager การนำทางและประสานการดูแลโดยผู้จัดการรายกรณี รูปแบบดังกล่าวสะท้อนการพัฒนาจากปัญหาที่พบจริงในพื้นที่ ผ่านการทดลองใช้ การสะท้อนผล และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการรายบุคคล มีสัมพันธภาพเชิงบำบัดที่ต่อเนื่อง มีผู้รับผิดชอบในการประสานการดูแล และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การประเมินผล เดือนกันยายน 2567

ผู้วิจัยประเมินผลภายหลังการนำรูปแบบการพยาบาล NADUN Model ไปใช้ โดยประเมินผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อครบ 12 เดือนนับจากวันแรกที่เข้ารับการบำบัด พิจารณาอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี และเปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยก่อนการพัฒนารูปแบบ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 71 ราย นอกจากนี้ ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพต่อรูปแบบ และจัดเวทีสะท้อนผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และตัวแทน อสม. รวม 150 คน ใช้เวลาประมาณ 120 นาที เพื่อทบทวนองค์ประกอบที่ส่งเสริมการคง

อยู่ในระบบ ปัญหาและข้อจำกัด ตลอดจนเงื่อนไขและข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดของผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด (NADUN Model) ที่พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และประยุกต์ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาวเป็นกรอบทางการพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการใช้สารเสพติด ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประวัติการใช้สาร ผลการคัดกรองด้วยแบบ บคก.กสธ. V.2 ปัญหาสุขภาพจิต และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด 2.2) แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้ในการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่หรือการหลุดจากระบบการบำบัด โดยเก็บข้อมูลจากทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยที่คงอยู่ในระบบ ผู้ป่วยที่หลุดจากระบบ และผู้ดูแลในครอบครัว 2.3) แบบบันทึกการนัดหมายและการติดตามผู้ป่วย ใช้บันทึกวันนัด การมาตามนัด การขาดนัด ช่องทางและความถี่ในการติดตาม การติดต่อผู้ป่วยหรือครอบครัว การประสาน รพ.สต. ตลอดจนสถานการณ์คงอยู่หรือหลุดออกจากระบบการบำบัด 2.4) แบบบันทึกการดำเนินงานและการสะท้อนผลการใช้รูปแบบ ใช้บันทึกความครบถ้วนของกิจกรรม ปัญหาอุปสรรค ความชัดเจนของบทบาทผู้รับผิดชอบ ความต่อเนื่องของการติดตาม และข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนร่วม เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงรูปแบบในแต่ละวงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2.5) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ ใช้ประเมินความชัดเจน ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อนำผลไปประกอบการปรับปรุงและรับรองรูปแบบก่อนนำไปใช้ 2.6) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล แบ่งเป็น 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยและแบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพ ชุดละ 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ใช้ประเมินความพึงพอใจภายหลังการใช้รูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามแนวทางของ Rovinelli and Hambleton[19] อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจ ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์แก่นสาระตามแนวทาง[7] ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและอัตราการคงอยู่ในระบบครบ 1 ปีของกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติไคสแควร์หรือ Fisher's exact test และสถิติทีอิสระสำหรับตัวแปรต่อเนื่อง รายงานผลต่างของอัตราการคงอยู่พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ D19/2566 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในระบบการบำบัด ปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วย 89 ราย คงอยู่ในระบบครบ 1 ปี 72 ราย (ร้อยละ 80.90) ปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วย 71 ราย คงอยู่ในระบบครบ 1 ปี 60

ราย (ร้อยละ 84.51) และหลุดจากระบบ 11 ราย (ร้อยละ 15.49) การหลุดจากระบบเกิดขึ้นมากที่สุดในเดือนที่ 2 ของการบำบัด จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 36.36 ของผู้หลุดจากระบบ) ข้อมูลเชิงคุณภาพพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหลุดจากระบบ 4 ด้าน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปีของผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า รูปแบบที่ได้เป็นระบบการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การบำบัดจนถึงระยะติดตาม โดยเน้นการดูแลตามความต้องการและความเสี่ยงเฉพาะบุคคล การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดตามแนวคิดของเพพพลาว และการจัดระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง สาระสำคัญประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วยรายบุคคลและจัดระดับความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบ เพื่อกำหนดแผนและความถี่ในการติดตามให้เหมาะสม 2) การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเสริมสร้างแรงจูงใจและการกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย และ 3) การจัดระบบดูแลต่อเนื่องโดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานหลัก เชื่อมโยงโรงพยาบาล รพ.สต. ครอบครัว อสม. และชุมชน พร้อมกำหนดบทบาทและแนวทางติดตามผู้ขาดนัดอย่างชัดเจน ส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่องและลดโอกาสผู้ป่วยตกหล่นจากระบบ

จากองค์ประกอบดังกล่าว สรุปเป็นรูปแบบการพยาบาล NADUN Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ Need-based Assessment, Alliance Building, Distance-free Follow-up, Unity of Family and Community และ Navigation by Case Manager โดยเริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหาในระยะแรก การร่วมกันระบุความต้องการและกำหนดเป้าหมายการบำบัด การใช้สัมพันธภาพเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ประโยชน์จากบริการและแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ตลอดจนการเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำรงอยู่ในระบบการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สนับสนุน และผู้ประสานการดูแลตลอดการบำบัด ซึ่งสะท้อนการบูรณาการการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สัมพันธภาพเชิงบำบัด การจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายบริการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในระบบการบำบัดได้อย่างต่อเนื่องจนครบ 1 ปี ดังนี้

ตารางที่ 1 รูปแบบการพยาบาล NADUN Model

องค์ประกอบ	รายละเอียดการปฏิบัติ
N: Need-based Assessment การประเมินตามความต้องการรายบุคคล	ประเมินระดับการใช้สาร ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ปัญหาสุขภาพจิต อาชีพ ครอบครัว และข้อจำกัดในการเข้ารับบริการ จัดระดับความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบ และจัดทำแผนการบำบัดรายบุคคลตั้งแต่การพบครั้งแรก
A: Alliance Building การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด	สร้างความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทุกครั้ง ร่วมกำหนดเป้าหมายระยะสั้น และให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดอย่างต่อเนื่อง
D: Distance-free Follow-up การติดตามต่อเนื่องแบบไร้ระยะทาง	ติดตามทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ตามระดับความเสี่ยง แจ้งเตือนก่อนวันนัด และเชื่อมโยงการรับบริการกับ รพ.สต. ใกล้บ้าน เพื่อลดข้อจำกัดด้านระยะทางและเวลา
U: Unity of Family and Community การผนึกกำลังครอบครัวและชุมชน	ให้ความรู้และส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการสนับสนุนผู้ป่วย ประสาน รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชนในการเยี่ยมบ้าน การติดตาม และการสนับสนุนด้านสังคมและอาชีพ ภายใต้หลักการรักษาความลับของผู้ป่วย
N: Navigation by Case Manager การนำทางโดยผู้จัดการรายกรณี	กำหนดพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประจำผู้ป่วยแต่ละราย ทำหน้าที่ประเมิน วางแผน ติดตาม ประสานการดูแล และเชื่อมโยงบริการ โดยติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดภายใน 3 วัน และประสาน รพ.สต. ติดตามในพื้นที่เมื่อไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้

และมีเกณฑ์การจัดระดับความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบและการติดตาม

เพื่อให้การติดตามสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย รูปแบบกำหนดระดับความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ตารางที่ 2 ความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบ

ระดับความเสี่ยง	เกณฑ์	การติดตามทางไกล	ผู้รับผิดชอบ
สูง	มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	พยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่โรงพยาบาล
ปานกลาง	มีปัจจัยเสี่ยง 1–2 ข้อ	ทุก 2 สัปดาห์	รพ.สต. ในพื้นที่
ต่ำ	ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	เดือนละ 1 ครั้ง	รพ.สต. ในพื้นที่

ปัจจัยเสี่ยง 6 ข้อ ได้แก่ 1) อายุต่ำกว่า 25 ปี 2) ทำงานต่างถิ่นหรือไม่มีอาชีพประจำ 3) ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัวร่วมการบำบัด 4) เคยขาดนัดหรือหลุดจากการบำบัดมาก่อน 5) มีโรคจิตเวชร่วม และ 6) มีคะแนนแบบคัดกรอง V.2 ตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลตาม NADUN Model ตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการบำบัด โดยกำหนดความเข้มข้นของการบำบัดตามคะแนนแบบคัดกรอง V.2 แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คะแนนตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป ได้รับการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 16 ครั้ง กลุ่มที่ 2 คะแนน 4–26 คะแนน ได้รับการบำบัดทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 8 ครั้ง ต่อเนื่อง 16 สัปดาห์ และ กลุ่มที่ 3 คะแนน 2–3 คะแนน ได้รับการบำบัดทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง ในการบำบัดทุกครั้ง พยาบาลเน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด ใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกำหนดเป้าหมายกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวกและแจ้งเตือนก่อนวันนัด เมื่อสิ้นสุดระยะบำบัด ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะติดตาม โดยนัดพบหน้าในสัปดาห์ที่ 2 และเดือนที่ 1, 2, 3, 6 และ 9 หลังสิ้นสุดการบำบัด ระหว่างการนัดหมายมีการติดตามทางไกลตามระดับความเสี่ยง พร้อมมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานการดูแลร่วมกับ รพ.สต. ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลจากการพัฒนาดังกล่าวทำให้ NADUN Model เป็นรูปแบบการพยาบาลที่เชื่อมโยง สัมพันธภาพเชิงบำบัด การประเมินความต้องการและความเสี่ยงรายบุคคล การติดตามอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการจัดการรายกรณี เข้าด้วยกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดสามารถคงอยู่ในระบบการบำบัดได้อย่างต่อเนื่องจนครบ 1 ปี

3. ประเมินผลรูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปีของผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลลัพธ์การดูแล ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยก่อนการพัฒนา (n = 71) และหลังการพัฒนา (n = 139) มีความใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30–39 ปี ใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดหลัก และมีคะแนน V.2 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 4–26 คะแนน ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านเพศ อายุ สารเสพติดหลัก และระดับคะแนน V.2 ($p > .05$) ภายหลังการพัฒนารูปแบบ อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี เพิ่มจากร้อยละ 84.51 เป็นร้อยละ 90.65 ขณะที่การหลุดจากระบบลดลงจากร้อยละ 15.49 เป็นร้อยละ 9.35 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นของอัตราการคงอยู่ 6.14 จุดร้อยละ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 1.75$, $p = .186$)

3.2 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้ NADUN Model ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล NADUN Model ได้ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สะท้อนกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเสริมแรงจูงใจ การมีส่วนร่วมในการบำบัด ความสามารถในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบ

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลภายหลังการใช้ NADUN Model มีแนวโน้มดีขึ้นทุกด้าน โดยคะแนนภาพรวมเพิ่มจาก 3.21 ± 0.60 เป็น 4.32 ± 0.47 ด้านที่มีคะแนนหลังการใช้รูปแบบสูงที่สุดคือ สัมพันธภาพเชิงบำบัด (4.46 ± 0.42) และด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการบำบัด ซึ่งเพิ่มจาก 3.18 ± 0.58 เป็น 4.35 ± 0.44 นอกจากนี้ แรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวมีคะแนนเพิ่มขึ้นเช่นกัน สะท้อนว่า NADUN Model ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพเชิงบำบัด การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การจัดการตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการคงอยู่ในระบบการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

3.3. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.46, SD = 0.52) โดยด้านการจัดการรายกรณีและการประสานเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.62, SD = 0.49) รองลงมาคือด้านสัมพันธภาพเชิงบำบัดและการสื่อสาร (Mean = 4.50, SD = 0.50) สะท้อนว่าการมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่สามารถติดต่อและประสานการดูแลได้อย่างต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้ป่วยให้ความพึงพอใจสูง

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดผลการศึกษาพบว่าการหลุดออกจากระบบการบำบัดมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการ และระบบบริการ โดยผู้ป่วยบางรายมีแรงจูงใจในการบำบัดลดลงเมื่ออาการดีขึ้น ต้องเดินทางไปทำงานต่างถิ่น ครอบครัวยังขาดความรู้และมีข้อจำกัดในการสนับสนุน ขณะที่ระบบบริการเดิมมีการติดตามไม่ต่อเนื่องและไม่มีผู้รับผิดชอบรายกรณีที่ชัดเจน ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการคงอยู่ในการบำบัดมิได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ การสนับสนุนจากครอบครัว และความต่อเนื่องของระบบบริการ สอดคล้องกับปัจจัยด้านผู้ป่วย สัมพันธภาพเชิงบำบัด และการจัดบริการมีความสัมพันธ์กับการออกจากการบำบัดก่อนกำหนด[8] และสอดคล้องกับการหลุดออกจากการบำบัดยังเป็นปัญหาสำคัญของการบำบัดความผิดปกติจากการใช้สาร[6] นอกจากนี้ ยังพบว่าความสมัครใจและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ให้การยอมรับและช่วยเหลือมีความสัมพันธ์กับการบำบัดครบตามเกณฑ์[11] ในด้านผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาล NADUN Model ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินตามความต้องการรายบุคคล การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การติดตามต่อเนื่องแบบไร้ระยะทาง การผนึกกำลังครอบครัวและชุมชน และการนำทางโดยผู้จัดการรายกรณี ลักษณะสำคัญของรูปแบบคือการเปลี่ยนจากการติดตามผู้ป่วยตามระบบนัดทั่วไป ไปสู่การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการและระดับความเสี่ยงเฉพาะบุคคล โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบดังกล่าวสอดคล้องกับ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาว ซึ่งมองสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นเครื่องมือสำคัญในการบำบัด ตั้งแต่การสร้างความไว้วางใจ การร่วมกันระบุปัญหา การใช้แหล่งช่วยเหลือ และการพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น[3] โดยเฉพาะองค์ประกอบ Alliance Building ที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ การรับฟัง การให้คำปรึกษา การตั้งเป้าหมายร่วมกัน และการเสริมแรงเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้ร่วมในกระบวนการบำบัดมากกว่าการเป็นผู้รับบริการเพียงฝ่ายเดียว การนำการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องยังสอดคล้องกับแนวคิดการช่วยให้บุคคลค้นหาแรงจูงใจภายในและแก้ไขความลังเลต่อการเปลี่ยนแปลง[10] ขณะที่การกำหนดพยาบาลผู้จัดการรายกรณีช่วยให้มีผู้รับผิดชอบในการประเมิน วางแผน ติดตาม และประสานบริการอย่างชัดเจน สอดคล้องกับ การจัดการรายกรณีมีส่วนช่วยเพิ่มการเชื่อมต่อกับบริการ

และสนับสนุนการคงอยู่ในการดูแลของผู้ที่มีปัญหาการใช้สาร[5]

นอกจากนี้ การติดตามทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ตามระดับความเสี่ยงช่วยลดข้อจำกัดด้านระยะทาง เวลา และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนของ Lin et al.[11] และ Pham et al.[15] ที่พบว่าการให้บริการด้านการบำบัดความผิดปกติจากการใช้สารผ่านระบบทางไกลสามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงและเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยได้ ส่วนการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสอดคล้องกับการมีบุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดสัมพันธ์กับผลลัพธ์การบำบัดที่ดีขึ้น[5] และสอดคล้องกับการให้ความสำคัญกับการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง[13] และในด้านผลการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปี ภายหลังการใช้ NADUN Model อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ 1 ปีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.51 เป็นร้อยละ 90.65 หรือเพิ่มขึ้น 6.14 จุดร้อยละ ขณะที่อัตราการหลุดจากระบบลดลงจากร้อยละ 15.49 เป็นร้อยละ 9.35 แสดงถึงแนวโน้มของผลลัพธ์ที่ดีขึ้นภายหลังการพัฒนารูปแบบ แต่ความแตกต่างยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 1.75$, $p = .186$) จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการเพิ่มขึ้นดังกล่าวเป็นผลจากรูปแบบเพียงอย่างเดียว สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องจากอัตราการคงอยู่ในระบบก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับค่อนข้างสูงอยู่แล้ว ทำให้มีพื้นที่สำหรับการเพิ่มขึ้นไม่มาก ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยที่หลุดจากระบบมีค่อนข้างน้อย ส่งผลต่ออำนาจในการตรวจพบความแตกต่างทางสถิติ ในเชิงบริการ การเพิ่มขึ้น 6.14 จุดร้อยละสะท้อนแนวโน้มที่มีความหมายต่อการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยง มีแผนติดตามที่แตกต่างกันตามระดับความเสี่ยง และมีผู้รับผิดชอบรายกรณีอย่างชัดเจน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการได้รับการบำบัดเป็นระยะเวลาที่เพียงพอเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี[3] นอกจากนี้ การพัฒนาระบบป้องกันการขาดนัดและการติดตามเชิงรุกยังสอดคล้องกับการพัฒนาระบบติดตามผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนสามารถช่วยลดปัญหาการขาดนัดได้[13] และในด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล ภายหลังการใช้ NADUN Model มีแนวโน้มดีขึ้นทุกด้าน โดยคะแนนภาพรวมเพิ่มจาก 3.21 ± 0.60 เป็น 4.32 ± 0.47 ด้านที่มีคะแนนหลังการใช้รูปแบบสูงที่สุดคือสัมพันธภาพเชิงบำบัด ขณะที่พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นมากที่สุด ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากการที่รูปแบบให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้าสู่ระบบ การรับฟังปัญหา การร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และการติดต่ออย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของทฤษฎีเพพพลาว[3] ด้านแรงจูงใจและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นอาจสัมพันธ์กับการใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสำรวจความลังเลและค้นหาเหตุผลในการเปลี่ยนแปลงจากภายในตนเอง[10] และสอดคล้องกับแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามระยะ และจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้เหมาะสมกับระดับความพร้อมของแต่ละบุคคล[16] ความสามารถในการจัดการตนเองที่เพิ่มขึ้นสามารถอธิบายร่วมกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง[17] กล่าวคือ การตั้งเป้าหมายที่สามารถบรรลุได้ การได้รับข้อมูลย้อนกลับเชิงบวกและประสบการณ์ความสำเร็จจากการปฏิบัติ ช่วยเสริมความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมและจัดการปัญหาของตนเองได้ ส่วนคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวที่เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับองค์ประกอบ Unity of Family and Community และหลักฐานของ Ariss and Fairbairn[18] ที่สนับสนุนบทบาทของบุคคลใกล้ชิดต่อผลลัพธ์ของการบำบัดความผิดปกติจากการใช้สาร ทั้งนี้ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมในระดับมาก (Mean = 4.46, SD = 0.52) โดยด้านการจัดการรายกรณีและการประสานเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.62, SD = 0.49) รองลงมาคือด้านสัมพันธภาพเชิงบำบัดและการสื่อสาร (Mean = 4.50, SD = 0.50) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการมีบุคลากรที่

รับผิดชอบชัดเจน สามารถติดต่อได้ และได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีของ Peplau[3] ที่ให้ความสำคัญกับบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สนับสนุน และผู้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ทรัพยากรเพื่อจัดการปัญหา ขณะเดียวกันยังสอดคล้องกับการสนับสนุนบทบาทของการจัดการรายกรณีในการเชื่อมโยงผู้ป่วยกับระบบบริการ[5] ความพึงพอใจในระดับสูงจึงอาจสะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นตอบสนองต่อปัญหาเดิมของระบบ โดยเฉพาะการไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนและการติดตามที่ไม่ต่อเนื่อง โดยสรุป NADUN Model มีความสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน โดยบูรณาการสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเสริมสร้างแรงจูงใจ การติดตามตามระดับความเสี่ยง การจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและความพึงพอใจมีแนวโน้มดีขึ้น รวมทั้งอัตราการคงอยู่ในระบบเพิ่มขึ้น แม้ผลด้านการคงอยู่ยังไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรตีความว่าเป็น แนวโน้มผลลัพธ์ที่ดีขึ้นและมีความหมายเชิงบริการ มากกว่าการยืนยันประสิทธิผลเชิงสาเหตุของรูปแบบ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำรูปแบบไปใช้ ควรนำ NADUN Model ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ประเมินความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบ และติดตามผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงอย่างชัดเจน

2. ด้านการพัฒนาระบบบริการ ควรเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. ครอบครัว อสม. และชุมชน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเสริมสร้างแรงจูงใจ และการจัดการรายกรณี เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องและลดการหลุดจากระบบ

3. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาผลของ NADUN Model ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นหรือหลายพื้นที่ มีกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกัน และติดตามผลลัพธ์ทั้งด้านการคงอยู่ในระบบ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. (2564, 8 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 138 ตอนที่ 73 ก. หน้า 1–80.
2. McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA, 284*(13), 1689–1695. https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689
3. National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). National Institutes of Health.
4. Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*(2), 99–121. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.06.001
5. Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., De Maeyer, J., & Van Den Noortgate, W. (2019). A meta-analysis of the efficacy of case management for substance use disorders: A recovery perspective. *Frontiers in Psychiatry, 10*, Article 186. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00186
6. Lappan, S. N., Brown, A. W., & Hendricks, P. S. (2020). Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: A systematic review and meta-analysis. *Addiction, 115*(2), 201–217. https://doi.org/10.1111/add.14793

7. Chen, Y.-C., Chen, C.-K., & Wang, L.-J. (2015). Predictors of relapse and dropout during a 12-week relapse prevention program for methamphetamine users. *Journal of Psychoactive Drugs, 47*(4), 317–324. https://doi.org/10.1080/02791072.2015.1071447
8. Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 1010–1024. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007
9. โรงพยาบาลนาดูน. (2566) การให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย ปี 2565 – 2566
10. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
11. Lin, L. A., Casteel, D., Shigekawa, E., Weyrich, M. S., Roby, D. H., & McMenamin, S. B. (2019). Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 101*, 38–49. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.03.007
12. ชลอวัฒน์ อินปา, และพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดตาก. *วารสารสาธารณสุขล้านนา, 17*(2), 91–100.
13. อานนท์ ถุงแก้วหงส์, จตุพร เหลืองอุบล, และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10*(4), 19–31.
14. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
15. Pham, H., Lin, C., Zhu, Y., Clingan, S. E., Lin, L. A., Mooney, L. J., Murphy, S. M., Campbell, C. I., Liu, Y., & Hser, Y.-I. (2025). Telemedicine-delivered treatment for substance use disorder: A scoping review. *Journal of Telemedicine and Telecare, 31*(3), 359–375. https://doi.org/10.1177/1357633X231190945
16. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390–395. https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390
17. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191
18. Ariss, T., & Fairbairn, C. E. (2020). The effect of significant other involvement in treatment for substance use disorders: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(6), 526–540. https://doi.org/10.1037/ccp0000495