



การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ปิยพร จิตทอง¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ (2) พัฒนารูปแบบ และ (3) ประเมินผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ดำเนินการตามแนวคิด Kemmis & McTaggart (1988) แบ่งเป็น 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างในระยะทดลองนำร่องจำนวน 10 ราย และระยะทดลองจริงจำนวน 39 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รูปแบบที่พัฒนาประกอบด้วย 3 ระยะการบำบัด ได้แก่ ระยะบำบัดยา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะติดตาม รวม 8 กิจกรรม บูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและระบบ Telemedicine เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจ (17 ข้อ) แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI (26 ข้อ) และแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัว (14 ข้อ) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก 3.21 เป็น 4.38 ($t = -15.23, p < 0.001$) คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 51.8 เป็น 67.8 คะแนน ($t = -11.45, p < 0.001$) ความพึงพอใจของครอบครัวเพิ่มขึ้นจาก 3.18 เป็น 4.41 ($t = -14.56, p < 0.001$) อัตราการคงอยู่ในระบบร้อยละ 89.7 และอัตราการไม่กลับไปใช้ซ้ำ ร้อยละ 82.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและ Telemedicine เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการกลับไปใช้ซ้ำ เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู, ผู้ป่วยในที่บ้าน, ครอบครัวมีส่วนร่วม, ยาเสพติด, การแพทย์ทางไกล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบางระกำ, E-mail : Oeiy3706@hotmail.com



Development of a Home-Based Inpatient Rehabilitation Model with Family Participation for Drug Addiction at Bangrakam Hospital, Phitsanulok Province.

Piyapron Jittong ¹

Abstact

This action research aimed to: (1) study the situation, (2) develop, and (3) evaluate a home-based inpatient drug rehabilitation model with family participation at Bangrakam Hospital, Phitsanulok Province. The study followed Kemmis & McTaggart's (1988) action research framework across three phases. Pilot study participants were 10 patients, and the main experiment included 39 purposively selected participants. The developed model comprised three treatment phases- detoxification, rehabilitation, and follow-up-encompassing 8 integrated activities with family participation and Telemedicine support. Data were collected using a patient satisfaction questionnaire (17 items), WHOQOL-BREF-THAI quality of life assessment (26 items), and family satisfaction questionnaire (14 items). Analyses included Paired t-test and content analysis.

Results showed significant improvements post-intervention: patient satisfaction increased from 3.21 to 4.38 ($t = -15.23$, $p < 0.001$); quality of life scores increased from 51.8 to 67.8 ($t = -11.45$, $p < 0.001$); family satisfaction increased from 3.18 to 4.41 ($t = -14.56$, $p < 0.001$). Retention rate was 89.7%, and abstinence rate was 82.1%. In-depth interviews identified family support and Telemedicine as key success factors. The developed model effectively improved quality of life and reduced relapse rates, making it suitable for community hospital contexts and scalable to other areas.

Keyword : rehabilitation model, home-based treatment, family participation, drug addiction, telemedicine

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Department of Psychiatry and Substance Abuse, Bangrakam Hospital,
E-mail : Oeiy3706@hotmail.com

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบในหลายมิติ ไม่เพียงเฉพาะต่อผู้เสพ แต่ยังกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม ในด้านเศรษฐกิจ ยาเสพติดทำให้ประเทศสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่ควรเป็นแรงงานคุณภาพ และยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การบำบัดฟื้นฟู รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย ในด้านสังคม ยาเสพติดสัมพันธ์กับการก่ออาชญากรรม ความรุนแรงในครอบครัว การหย่าร้างและปัญหาการเลี้ยงดูบุตร ผู้เสื้อมักถูกตีตราและถูกกีดกันจากสังคม ส่งผลให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวแตกร้างและสร้างความทุกข์แก่สมาชิกคนอื่น ๆ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2567; United Nations Office on Drugs and Crime, 2024) ขณะเดียวกัน ผู้เสืดยังต้องเผชิญกับผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ ทั้งความเสื่อมถอยของร่างกาย ความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และโรคติดต่อทางเลือด เช่น การติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน รวมทั้งปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความผิดปกติทางจิตเวชอื่น ๆ ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่ายาเสพติดมิได้เพียงทำลายสุขภาพของผู้เสพ แต่ยังบั่นทอนเสถียรภาพของครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมในภาพรวมอย่างร้ายแรง (สุภาพร และคณะ, 2567; Boonruang et al., 2025)

ข้อมูลการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ระบุว่าในปี พ.ศ. 2567 ในประเทศไทยมีผู้ใช้สารเสพติดในรอบปี (ไม่รวมกัญชาและกระท่อม) ประมาณ 1.9 ล้านคน และหากรวมการใช้สารเสพติดทุกชนิด ตัวเลขตลอดช่วงชีวิต (lifetime use) อยู่ที่ประมาณ 3.7–3.8 ล้านคน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2567) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาเสพติดยังคงเป็นภาระใหญ่ของประเทศ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (United Nations Office on Drugs and Crime, 2025) โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและวัยแรงงานซึ่งถือเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลจาก สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) กรมการแพทย์ ที่รายงานจำนวนผู้เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ 2565–2567 จาก 6,106 ราย เป็น 7,139 ราย และ 7,344 ราย ตามลำดับ โดยในปี 2567 พบว่า ผู้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกมีสัดส่วนร้อยละ 55.72 และผู้ป่วยร้อยละ 44.28 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2567) แสดงให้เห็นถึงความต้องการการบำบัดที่หลากหลายและภาระที่เพิ่มขึ้นของระบบบริการสุขภาพ

เดิมการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดดำเนินการในรูปแบบผู้ป่วยใน (In-Patient Department; IPD) ภายใต้การดูแลของสถานพยาบาลเฉพาะทาง แม้วิธีการดังกล่าวมีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีข้อจำกัดหลายด้าน เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่จำกัด ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้ารับการบำบัดได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งยังพบอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำในระดับสูง (สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, 2564) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากหยุดการบำบัดหลังสิ้นสุดระยะยาใช้ยา และไม่ได้เข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีเพียงไม่ถึงครึ่งที่ยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เหตุผลสำคัญ ได้แก่ ภาระหน้าที่ในครอบครัว การขาดความพร้อมด้านค่าใช้จ่าย รวมถึงความเชื่อว่าตนเองมีสภาพร่างกายแข็งแรงเพียงพอจึงเลือกพักฟื้นที่บ้าน (สำเนา และคณะ, 2568) ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า



การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดมิใช่เพียงการรักษาทางการแพทย์ แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมบำบัดที่มีองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมจากชุมชน สามารถช่วยลดความรุนแรงของการใช้สารเสพติด และเพิ่ม self-efficacy หรือความเชื่อมั่นในการควบคุมพฤติกรรม (Kaewkham et al., 2019) รวมถึงช่วยลดจำนวนผู้ใช้สารเสพติดที่ใช้งานอยู่ และลดกรณีใหม่ของการติดยาเสพติดได้ (Barrett & de Palo, 1999) ซึ่งล้วนมีส่วนสำคัญในการลดการกลับไปใช้ซ้ำ (relapse) ในระยะยาว (Heijdra Suasnabar et al., 2020) นอกจากนี้ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (home ward) ในลักษณะการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่ใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) ที่แบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การบำบัดยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตาม ผลการดำเนินงาน มีประสิทธิภาพสูงในการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน ป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยและครอบครัวยังมีความพึงพอใจต่อการบริการ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี การประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสม สามารถปรับให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และเพิ่มการเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สำเนา และคณะ, 2568) ซึ่งระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (home ward) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเสมือนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลโดยใช้การเปลี่ยนผ่านการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลไปสู่ครอบครัวและชุมชน เป็นการดูแลในรูปแบบ Case Management ในการประเมิน วางแผน จัดการ ให้คำปรึกษา ทำกิจกรรมบำบัด และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องตามระยะการรักษา โดยใช้เทคโนโลยี Application DMS Telemedidne เป็นช่องทางการสื่อสารในการติดต่อสำหรับผู้ป่วย แพทย์ และทีมสหวิชาชีพตลอดการรักษา (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) กรมการแพทย์, 2566)

งานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เป็นหน่วยงานสำคัญในการดูแลและบำบัดผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานพบปัญหาหลัก ได้แก่ จำนวนผู้เข้ารับบริการบำบัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดภาวะผู้ป่วยล้นระบบ โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มมีความแออัด ผู้ป่วยต้องรอคอยรับบริการเป็นเวลานาน บางรายตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษา ขณะเดียวกันยังพบปัญหาผู้ป่วยไม่มาตามนัด ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่องและมีอัตราการกลับไปใช้ซ้ำในระดับสูง อีกทั้งบุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอต่อภาระงาน ด้วยเหตุนี้ การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (home ward) โดยมีครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว และสร้างผลลัพธ์การฟื้นฟูที่ยั่งยืน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบดังกล่าว ณ โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยคาดว่าผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างต้นแบบที่สามารถนำไปใช้จริง และต่อยอดสู่การประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่น ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในบ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในบ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วมโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
- 3) เพื่อประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในบ้าน โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในบ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิต คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการ และคะแนนความพึงพอใจของครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในบ้าน

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของKemmis & McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุง (Act) โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และพัฒนารูปแบบเบื้องต้น

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในบ้าน

ระยะที่ 3: การศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในบ้าน

ขอบเขตด้านพื้นที่ โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตด้านประชากร ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย พฤศจิกายน 2568 ถึง มีนาคม 2569

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ธันวาคม 2568 ถึง กุมภาพันธ์ 2569



กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในบ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

ตามแนวคิดของ Kemmis&McTaggart (1998) ประกอบด้วย

1. ขั้นวางแผน (Plan)

- ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลบางระกำ ย้อนหลัง 3 ปี
- ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาาร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในบ้าน (Home Ward)
- กำหนดแผนการดูแลรายกรณี (Case Management) ครอบคลุม 3 ระยะ และพัฒนาเครื่องมือวิจัย 5 ชุด

2. ขั้นปฏิบัติตามแผน (Action) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในบ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม 6 กิจกรรม ใน 3 ระยะ

- ระยะที่ 1 บำบัดยา (2-4 สัปดาห์)
- กิจกรรมที่ 1 ปฐมนิเทศ ดูแลปลอดภัย และจัดทำแผนฉุกเฉินที่บ้าน
- กิจกรรมที่ 2 จัดการอาการถอนพิษยา และฝึกเทคนิคหายใจลึก
- กิจกรรมที่ 3 เสริมความรู้ครอบครัวเรื่องอาการถอนพิษ การช่วยเหลือ และการส่งต่อ
- ระยะที่ 2 ฟื้นฟูสมรรถภาพ (2-3 เดือน)
- กิจกรรมที่ 4 บันทึกความคิด-ความอยากยา (CBT Diary)
- กิจกรรมที่ 5 ฝึก Progressive Muscle Relaxation (PMR) และ Mindfulness Routine
- กิจกรรมที่ 6 ป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
- ระยะที่ 3 ติดตาม
- ติดตามดูแลต่อเนื่องผ่านเทคโนโลยี DMS Telemedicine

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)

- สังเกตและบันทึกพฤติกรรมตามแผนการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละกิจกรรม
- ติดตามการใช้งานระบบ DMS Telemedicine และความสม่ำเสมอในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย-ทีมสหวิชาชีพ
- สังเกตบทบาทและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูแต่ละระยะ
- บันทึกปัญหา อุปสรรค และปัจจัยเอื้อที่เกิขึ้นระหว่างการดำเนินงานในพื้นที่จริง

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

- สรุปและสะท้อนผลการปฏิบัติโดยทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย-ครอบครัว
- วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จในบริบทโรงพยาบาลชุมชน
- ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมเป็นระบบการปฏิบัติที่ดี (Good Practice) เพื่อขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนอื่น

ประสิทธิผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในบ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม

- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการ
- ความพึงพอใจของครอบครัว
- อัตราการคงอยู่ในระบบการติดตาม
- อัตราการไม่กลับไปใช้ยาซ้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และ การปรับปรุง (Act) โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และพัฒนารูปแบบเบื้องต้น

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในบ้าน

ระยะที่ 3: การศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในบ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2568 โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

ระยะที่ 2 คำนวณจากสูตรของ Cochran (1997)

$$n = \frac{z^2 p (1 - p)}{e^2}$$

กำหนด; Z = ค่ามาตรฐานปกติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 เท่ากับ 1.645

P = สัดส่วนประชากรหลังการบำบัดสามารถหยุดเสพต่อเนื่องจากงานวิจัยของ นุชรีย์ ทองเจิม และคณะ (2566) เท่ากับ 0.8

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.20

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในระยะนี้จะเท่ากับ 10 คน และระยะนี้เป็นการศึกษานี้เป็นการวิจัยนำร่อง (pilot study) จึงใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กเพื่อสำรวจความเป็นไปได้และประเมินเบื้องต้นสำหรับการวางแผนการศึกษาขนาดใหญ่ในระยะถัดไป

ระยะที่ 3 คำนวณจากสูตรของ Cochran (1997)

$$n = \frac{z^2 p (1 - p)}{e^2}$$

กำหนด; Z = ค่ามาตรฐานปกติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 1.96

P = สัดส่วนประชากรผู้ติดยาเสพติดสามารถหยุดใช้สารเสพติดได้จากงานวิจัยของ ราศรี อาษาจิตร และคณะ (2566) ประพัทธ์ ธรรมวงศา (2567) เท่ากับ 0.9

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05



จะได้กลุ่มตัวอย่าง 35 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 39 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการติดเชื้อระดับไม่รุนแรง
2. ไม่มีภาวะทางจิตรุนแรง เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน
3. เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่มีอาการขาดยาที่รุนแรง
4. ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล สามารถรับการรักษาที่บ้านได้ โดยมีญาติหรือ

ครอบครัวพร้อมสนับสนุน

5. สามารถสื่อสารผ่านทางอินเทอร์เน็ตได้
6. สนใจเข้าร่วมโครงการและลงนามในเอกสารยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนและมีอาการทางจิตรุนแรง ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้
2. ครอบครัวหรือผู้ดูแลไม่ยินยอมร่วมโครงการได้

เกณฑ์ถอนถอน (Withdrawal criteria)

1. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่กำหนด
2. ผู้ป่วยแสดงความประสงค์ที่จะถอนตัวจากการศึกษาไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม
3. ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาต่อได้
4. ผู้ป่วยออกจากพื้นที่โรงพยาบาลบางระกำในช่วงระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากหลักการทางวิชาการและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ชุด ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการใช้สารเสพติด และประวัติการรักษา ข้อมูลครอบครัวและผู้ดูแล และข้อมูลการติดตามผล

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2545) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อคำถาม โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และเชิงลบ 3 ข้อ มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

1.00 – 2.33 หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี

2.34 – 3.67 หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง

3.68 – 5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ป่วย แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่บ้าน โดยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงและการสื่อสาร คุณภาพการดูแลรักษาและความต่อเนื่อง สิ่งแวดล้อมและความพร้อมด้านดิจิทัล การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และความพึงพอใจโดยรวม ข้อคำถามทั้งหมดมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับโดยคะแนนมากที่สุดมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน และคะแนนน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผล (บุญชม ศรีสะอาด, 2539) สามารถแบ่งได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

4. แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู รวมถึงการรับรู้บทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนการรักษาของผู้ป่วย แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงแนวคิดจากแบบสอบถามความพึงพอใจของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม เนื้อหาประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟู 2) การรับรู้บทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนการรักษา และ 3) การสนับสนุนจากชุมชนและสิ่งแวดล้อม ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (5 = มากที่สุด ถึง 1 = น้อยที่สุด) การให้คะแนนตีความตามเกณฑ์ (บุญชม ศรีสะอาด, 2539) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจ/การรับรู้ต่ำที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจ/การรับรู้ต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจ/การรับรู้ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจ/การรับรู้มาก

ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจ/การรับรู้มากที่สุด

5. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Semi-structured Interview) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในผู้ป่วยและครอบครัว โดยอิงแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และการ



ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาของคำถามเป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์ มุมมอง ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะได้อย่างอิสระ โดยกำหนดแนวทางคำถามหลักประมาณ 5 ข้อ โดยใช้ในระยะที่ 2 และ 3 เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญและนำไปใช้เป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและยาเสพติด อาจารย์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการพยาบาลทางไกล และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการบำบัดฟื้นฟู โดยพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา ความเป็นไปได้ และภาษาที่ใช้ กำหนดค่า IOC มากกว่า 0.5 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00

2) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ในโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ได้ค่าความเที่ยง Cronbach's Alpha = 0.84, 0.89 และ 0.80 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการและวางแผน (Plan) ประกอบด้วยการศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบเบื้องต้น ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลัง และการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหาและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการและพัฒนา (Do) ดำเนินการทดลองนำร่องกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย โดยใช้วงจร PAOR ควบคู่กับการคัดกรองและวางแผนเฉพาะบุคคล และนำรูปแบบที่ประกอบด้วย 3 ระยะการบำบัด ได้แก่ ระยะบำบัดยา (Detox) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehab) และระยะติดตาม (Follow-up) ไปใช้จริง โดยบูรณาการกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ ปฐมนิเทศ การจัดการอาการถอนพิษยา Telemedicine บันทึก CBT Diary ฝึก PMR และ Family Meeting Online

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและปรับปรุง (Check & Act) ทดลองจริงกับกลุ่มตัวอย่าง 39 ราย เปรียบเทียบผลก่อน-หลัง และเก็บข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติม เพื่อสังเคราะห์เป็นรูปแบบฉบับสมบูรณ์และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



ภาพแสดงขั้นตอนการดำเนินวิจัย 3 ระยะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ข้อมูลการใช้สารเสพติดและประวัติการรักษา ได้แก่ ประเภทสารเสพติด ที่ใช้หลักอายุที่เริ่มใช้สารเสพติด ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ประวัติการรักษา/บำบัดที่ผ่านมา ข้อมูลครอบครัวและผู้ดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย รายได้เฉลี่ยของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ข้อมูลการติดตามผล ได้แก่ สถานการณ์คงอยู่ในระบบติดตามและสถานะการกลับมารักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลเป็นความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ป่วย, คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) และความพึงพอใจของครอบครัว ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test
3. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน และใช้เป็นข้อมูลปรับปรุงกระบวนการ
4. วิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง จำนวน 10 ราย หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปประเด็นสำคัญด้านประสบการณ์ ความพึงพอใจ ปัญหาและข้อเสนอแนะ



การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก โครงการเลขที่ 060/2568 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ PREC 059-2568 ประเภทการ
รับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2568

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง (n=39)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย		
เพศ		
ชาย	34	87.2
หญิง	5	12.8
อายุ ปี Mean (SD)	35.6(8.4)	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	9	23.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	38.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10	25.6
อนุปริญญา/ปวส.	5	12.8
ปริญญาตรี	0	0
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	18	46.2
เกษตรกร	9	23.1
ว่างงาน	7	17.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0	0
อื่นๆ	5	12.8
สถานภาพ		
โสด	18	46.2

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สมรส/อยู่ด้วยกัน	13	33.3
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8	20.5
ส่วนที่ 2 : ข้อมูลการใช้สารเสพติดและประวัติการรักษา		
ประเภทสารเสพติดหลัก		
ยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน	35	89.7
อื่นๆ	4	10.3
อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้สารเสพติด (ปี) Mean (SD)		22.3 (4.2)
ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดเฉลี่ย (ปี) Mean (SD)		8.4 (5.1)
วิธีใช้สารเสพติด		
เสฟ/กิน	32	82.1
สูบ/อื่นๆ	7	17.9
ประวัติการรักษา/บำบัดที่ผ่านมา		
เคยรักษาที่โรงพยาบาล	18	46.2
เคยรักษาที่ศูนย์บำบัด	10	25.6
ไม่เคยรักษา	11	28.2
ส่วนที่ 3: ข้อมูลครอบครัวและผู้ดูแล		
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลัก		
พ่อ/แม่	20	51.3
คู่สมรส	10	25.6
พี่/น้อง	6	15.4
อื่นๆ	3	7.7
รายได้เฉลี่ยครัวเรือน/เดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	18	46.2
10,001 – 20,000 บาท	13	33.3
มากกว่า 20,000 บาท	8	20.5
จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย (คน) Mean (SD)		4.3 (1.5)

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 39 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.2 มีอายุเฉลี่ย 35.6 ปี (SD=8.4) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 38.5 ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 46.2 และมีสถานภาพโสดมากที่สุด ร้อยละ 46.2 สารเสพติดหลักที่ใช้คือยาบ้า/เมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 89.7 มีอายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ 22.3 ปี (SD = 4.2) และใช้สารเสพติดมาเฉลี่ย 8.4 ปี (SD = 5.1) วิธีใช้ส่วนใหญ่เป็นการเสพ/กิน ร้อยละ 82.1 ด้านประวัติการรักษา พบว่าเคยรักษาที่โรงพยาบาลมาก่อนมากที่สุด ร้อยละ 46.2 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นพ่อ/แม่ของผู้ป่วย ร้อยละ 51.3 รองลงมาเป็นคู่สมรส ร้อยละ 25.6 ครรภ์เรื้อรังส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 46.2 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.3 คน (SD = 1.5)

ตารางที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของครอบครัว ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังทดลอง Mean $\pm$ SD	T-value	p-value
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (WHOQOL-BREF-THAI)	51.8 $\pm$ 10.2	67.8 (8.7)	-11.45	<0.001*
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู	3.21 $\pm$ 0.42	4.38 $\pm$ 0.31	-15.23	<0.001*
ความพึงพอใจของครอบครัวต่อรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู	3.13 $\pm$ 0.44	4.41 $\pm$ 0.32	-14.56	<0.001*

*p-value<0.05

จากตารางที่ 2 ภายหลังการทดลอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 51.8 คะแนน (SD=10.2) เป็น 67.8 คะแนน (SD=8.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.45$, $p < 0.001$) ด้านจิตใจมีคะแนนก่อนทดลองต่ำที่สุด (48.6 คะแนน) แต่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังการทดลอง (65.3 คะแนน เพิ่มขึ้น 16.7 คะแนน)

ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 3.21 (SD = 0.42) ระดับปานกลาง เป็น 4.38 (SD = 0.31) ระดับมาก ($t = -15.23$, $p < 0.001$) ทุกด้านมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยหลังสูงสุด (Mean = 4.45) รองลงมาคือด้านคุณภาพการดูแลและความต่อเนื่อง (Mean = 4.42)

ความพึงพอใจของครอบครัวโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.18 (SD = 0.44) เป็น 4.41 (SD = 0.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.56$, $p < 0.001$) ทุกด้านมีคะแนนเพิ่มขึ้น โดยด้านความพึงพอใจต่อการบำบัดฟื้นฟูมีคะแนนหลังสูงสุด (Mean = 4.43) ส่วนด้านการรับรู้บทบาทของครอบครัวมีค่า SD สูงกว่าด้านอื่น สะท้อนความแตกต่างของศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 3 อัตราการคงอยู่ในระบบและอัตราการไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (n = 39)

ผลลัพธ์การรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การคงอยู่ในระบบการติดตามและฟื้นฟู (n = 39)		
คงอยู่ในระบบการติดตาม	35	89.7
ขาดการติดตาม	4	10.3
Retention Rate (%)	-	89.7
สถานะการกลับมารักษาค้าง (Relapse) (n = 39)		
ไม่กลับมารักษาค้าง (Abstinence)	32	82.1
ผลลัพธ์การรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลับมารักษาค้าง (Relapse)	7	17.9
Abstinence Rate (%)	-	82.1

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างคงอยู่ในระบบติดตาม 35 คน (Retention Rate ร้อยละ 89.7) มีเพียง 4 คน (ร้อยละ 10.3) ที่ขาดการติดตาม อัตราการไม่กลับมารักษาค้าง (abstinence rate) อยู่ที่ร้อยละ 82.1 มีผู้ป่วยกลับมารักษาค้าง 7 คน (ร้อยละ 17.9)

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและครอบครัว พบประเด็นสำคัญ 4 ประเด็น ดังนี้

1. ประสบการณ์ด้านบวกต่อรูปแบบการบำบัดที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานว่ารู้สึกสะดวกสบาย และมีความเครียดน้อยกว่าการนอนรักษาในโรงพยาบาล สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและดูแลตนเองไปพร้อมกันได้ ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเป็นกำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยระบุว่า การอยู่ใกล้ครอบครัวช่วยให้มีแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดมากกว่าการรักษาในสถานพยาบาล
2. ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จของการบำบัด พบว่า ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ (1) การสนับสนุนต่อเนื่องจากครอบครัว โดยเฉพาะพ่อแม่และคู่สมรส (2) ความสม่ำเสมอในการติดต่อกับทีมบำบัดผ่าน Telemedicine (3)



ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและเป้าหมายชัดเจนในการหยุดใช้ยาเสพติด และ (4) เครือข่าย อสม. ในชุมชนช่วยติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวในพื้นที่

3. ปัญหาและอุปสรรค พบว่า อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ (1) สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรในบางพื้นที่ ชนบท ส่งผลต่อคุณภาพการสื่อสาร Telemedicine (2) ครอบครัวบางส่วนขาดทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (3) ผู้ป่วยบางรายประสบปัญหาทางการเงิน ทำให้การปฏิบัติตามแผนขาดความต่อเนื่อง และ (4) ความกังวลด้านการถูกตีตราจากสังคมและชุมชน

อภิปรายผล

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม (WHOQOL-BREF-THAI) ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ การที่ด้านจิตใจมีการปรับตัวดีขึ้นมากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่าการบำบัดที่บ้านทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ถูกแยกออกจากครอบครัวและสังคม ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและการถูกตีตรา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลลบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยยาเสพติด สอดคล้องกับงานวิจัยของ สำเนา นิลบรรพ์ และคณะ (2568) ได้ศึกษาพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (home ward) ในกลุ่มผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับบริการ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดี และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัทมา และคณะ (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) ในผู้ติดยาเสพติด พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างต่อเนื่องและการที่ผู้ป่วยสามารถรักษาบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคมไว้ได้ระหว่างการรักษาเป็นปัจจัยเสริมคุณภาพชีวิตที่สำคัญ

ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมต่อการบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรูปแบบการบำบัดที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสะดวกสบายและลดความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมจากบ้านไปสู่สถานพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของสำเนา นิลบรรพ์ และคณะ (2568) ได้ศึกษาพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (home ward) ในกลุ่มผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับบริการ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด

ความพึงพอใจของครอบครัวโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการบำบัดที่บ้านสามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Copello et al. (2006) ซึ่งพบว่าครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนให้มีบทบาทโดยตรงในการบำบัดมีความพึงพอใจต่อกระบวนการรักษาสูงกว่าครอบครัวที่ทำหน้าที่เพียงผู้ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษานั้น อย่างไรก็ตาม ด้านการรับรู้บทบาทของครอบครัวมีค่า SD สูงกว่าด้านอื่น สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างในศักยภาพของ

ครอบครัวแต่ละครอบครัวในการรับรู้และปฏิบัติบทบาทผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stanton & Shadish (1997) ที่ระบุว่าปัจจัยทักษะการจัดการครอบครัว (family management skills) มีความแปรปรวนสูงระหว่างครอบครัว และส่งผลต่อผลลัพธ์ของการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบในอนาคตควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างทักษะและองค์ความรู้แก่ครอบครัวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องก่อนเริ่มโปรแกรม

นอกจากนี้ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกยังพบว่าการสนับสนุนจากพ่อแม่และคู่สมรสเป็นปัจจัยหลักที่ส่งเสริมความสำเร็จของการบำบัด สอดคล้องกับทฤษฎี Family Systems Theory ของ Bowen (1978) ที่อธิบายว่าครอบครัวทำหน้าที่เป็นระบบที่มีพลวัต การมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนในระบบจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่าการบำบัดที่มุ่งเน้นเฉพาะบุคคล ทั้งนี้ การที่ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.3) เป็นพ่อแม่ของผู้ป่วย สะท้อนถึงความสำคัญของความสัมพันธ์แบบดั้งเดิมในสังคมไทยที่พ่อแม่ยังคงมีบทบาทสูงในการดูแลสมาชิกครอบครัว แม้จะเป็นผู้ใหญ่แล้วก็ตาม

กลุ่มตัวอย่างคงอยู่ในระบบติดตาม ร้อยละ 89.7 สะท้อนถึงความสำเร็จของรูปแบบการบำบัดในการลดการสูญหายระหว่างการศึกษา (drop-out rate) ซึ่งมักเป็นปัญหาสำคัญในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด โดยปกติงานวิจัยด้านการบำบัดยาเสพติดมักมีอัตราการสูญหายสูงถึงร้อยละ 25-40 (Brorson et al., 2023) การที่รูปแบบนี้สามารถรักษ้อัตราการคงอยู่ได้สูงบ่งชี้ว่าการบำบัดที่บ้านลดอุปสรรคในการเข้ารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านเวลา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และความกังวลเรื่องการถูกตีตราจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่าผู้ป่วยรายงานความรู้สึกสะดวกสบายและมีความเครียดน้อยกว่าการนอนรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลและหน่วยงานที่ต้องการนำรูปแบบนี้ไปปรับใช้ควรดำเนินการในหลายด้าน ได้แก่ (1) พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการบำบัดที่บ้านโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของการติดยาไม่มากและมีสภาพแวดล้อมครอบครัวที่เหมาะสม (2) จัดโปรแกรมเตรียมความพร้อมครอบครัว (family preparation program) ก่อนเริ่มการบำบัด ครอบคลุมทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การสื่อสารเชิงบวก และการรับมือกับสถานการณ์วิกฤต (3) กำหนดแผนการติดตามที่ชัดเจนโดยระบุความถี่ รูปแบบ และเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามผ่าน Telemedicine เพื่อให้มั่นใจในความต่อเนื่องของการดูแล



เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2545). แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 26 คำถาม ฉบับภาษาไทย. กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2539). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 4). สุวีริยาสาส์น.
- ปัทมา สุริยะ และคณะ. (2566). ผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูแบบชุมชนบำบัดในผู้ติดยาเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 37(2), 45–62.
- ราศรี อาษาจิตร และคณะ. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมบำบัดผู้ติดยาเสพติดในชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 31(1), 28–41.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) กรมการแพทย์. (2566). แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home Ward). กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) กรมการแพทย์. (2567). รายงานสถิติผู้เข้ารับการรักษาประจำปี 2567. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2567). รายงานการสำรวจสถานการณ์การใช้ยาเสพติดในประเทศไทย ปี 2567. สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. (2564). แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. กรมการแพทย์.
- สำเนา นิลบรรพ์ และคณะ. (2568). การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 19(1), 112–128.
- สุภาพร และคณะ. (2567). ผลกระทบของการใช้สารเสพติดต่อครอบครัวและชุมชน. วารสารสาธารณสุข ชุมชน, 12(3), 67–80.
- Barrett, M. E., & de Palo, D. M. (1999). Community-based programs for drug abuse prevention. *Journal of Drug Issues*, 29(1), 231–258.
- Boonruang, J., et al. (2025). Drug addiction and public health in Thailand: Current challenges. *Asia - Pacific Journal of Public Health*, 37(1), 45–58.
- Bowen, M. (1978). Family therapy in clinical practice. Jason Aronson.
- Brorson, H. H., et al. (2023). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 103, 102–118.

- Copello, A. G., et al. (2006). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 25(4), 369–385.
- Cochran, W. G. (1997). *Sampling Techniques* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Heijdra Suasnabar, J. M., et al. (2020). Effectiveness of community-based substance use prevention programs. *Preventive Medicine Reports*, 20, 101–112.
- Kaewkham, S., et al. (2019). Community-based drug rehabilitation program and self-efficacy. *Journal of Health Sciences*, 28(4), 789–800.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- Stanton, M. D., & Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse. *Psychological Bulletin*, 122(2), 170–191.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *World drug report 2024*. United Nations.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2025). *World drug report 2025*. United Nations.