

นวัตกรรมบริการสุขภาพ: การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ในบ้าน (Home ward)

นันทา ชัยพิชิตพันธ์

ที่ปรึกษากาบบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

บทนำ

ยาและสารเสพติดก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ จากการรายงานปัญหาเสพติดโลก พบว่าในปี ค.ศ. 2023 มีประชากร 292 ล้านคนทั่วโลกที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย และมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ใน 10 ปีที่ผ่านมา ยาและสารเสพติดที่นิยมใช้กันทั่วโลกใน 3 อันดับแรก ได้แก่ กัญชา (cannabis) ผีน/อนุพันธ์ของฝิ่น (opioids/ opiated) และแอมเฟตามีน (amphetamine) โดยมีการประมาณการณ์ผู้ที่ใช้กัญชาทั่วโลกมีจำนวน 228 ล้านคน ผู้ที่ใช้ฝิ่น/อนุพันธ์ของฝิ่นมีจำนวน 60 ล้านคน และผู้ที่ใช้แอมเฟตามีน มีจำนวน 30 ล้านคน ทั้งนี้ผู้ติดยาและสารเสพติด และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพติด (drug use disorder) มีจำนวน 64 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 3 ในห้าปีที่ผ่านมา โดยบุคคลในกลุ่มนี้มีโอกาสเข้ารับการรักษาเพียง 1 คน ใน 11 คน เท่านั้น¹ สำหรับประเทศไทยจากรายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย ปี พ.ศ.2562 รายงานว่า ผู้ที่มีประสบการณ์ “เคยใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง” ซึ่งเป็นผู้ติดยาเสพติดสะสมมีจำนวนประมาณ 3,749,618 คน หรือคิดเป็น อัตราส่วน 74.56 ต่อ 1,000 ของประชากรอายุ 12-65 ปี ทั้งนี้จากรายงานยังพบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้ยาและสารเสพติด “30 วันก่อนสัมภาษณ์” มีจำนวนมากถึง 1,318,016 คน หรือคิดเป็นอัตราส่วน 26.21 ต่อ 1,000 ประชากร โดยพบผู้ที่ใช้สารเสพติดประเภทยาบ้ามากที่สุด พบอัตราส่วน 31.91 ต่อ 1,000 ประชากร² จากสถิติผู้เข้ารับการรักษาในกลุ่มธัญญารักษ์ 6+1 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี) ในปีงบประมาณ 2565-2567 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นดังนี้ 8,369, 10,798 และ 14,728 ราย ตามลำดับ โดยในปี 2567 มีจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 41.96 และบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 58.04 จากการทบทวนสถิติย้อนหลัง 3 ปี (2565-2567)³⁻⁴ พบว่า ผู้ป่วยเสพติดส่วนใหญ่เมื่อผ่านการบำบัดในระยะบำบัดด้วยยา มักไม่ย้ายเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีผู้ป่วยยาเสพติดเพียงร้อยละ 30-38 เท่านั้นที่ยอมเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพภายในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยเสพติดกลุ่มนี้มักให้เหตุผลว่า ตนเองเป็นเสาหลักของครอบครัวต้องกลับไปทำงานหาเลี้ยงครอบครัว มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ยังไม่พร้อมที่จะเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู เป็นระยะเวลาานาน ๆ หรือให้เหตุผลว่า ตนเองไม่มีอาการถอนพิษยาเสพติด แข็งแรงดีแล้วขอกลับไปรักษาตัวที่บ้าน เป็นต้น สบยช. ในฐานะสถาบันหลักที่มีหน้าที่ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดรวมถึงมีบทบาทเชิงวิชาการด้านการศึกษาวเคราะห์ วิจัย สร้างนวัตกรรม ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูฯ จึงมีแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ: การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในบ้าน (Home ward) ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เพิ่มโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าถึงบริการบำบัดรักษา ได้อย่างเสมอภาค ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่พึ่งพายาเสพติด

Home Isolation สู่แนวคิด Home Ward

ในปี 2562-2564 โลกเกิดวิกฤติ COVID-19 ผู้คนเจ็บป่วยล้มตาย โรงพยาบาลทั่วโลกไม่มีเตียงเพียงพอในการรับผู้ป่วย ประเทศไทยก็เช่นกัน จำนวนเตียงในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนามไม่เพียงพอ วงการสาธารณสุขจึงเกิดแนวคิด home isolation ขึ้น โดยเน้นให้ผู้ป่วยกักตัวและรับการรักษาอยู่ที่บ้าน หากอาการไม่ดีขึ้นให้มา

ตรวจซ้ำ ในบางพื้นที่มีการพัฒนา home isolation โดยเพิ่มระบบการดูแลผู้ป่วยตามบริบทของผู้ป่วย อาทิ มีระบบส่งยา
ส่งอาหาร พัฒนาระบบสอบถามอาการ และบันทึกอาการ วางระบบการติดต่อสื่อสารผ่านโทรศัพท์มือถือ และการ
โทรศัพท์ภาพ (video calling) ต่อมามีการพัฒนาต่อยอดการดูแลผู้ป่วย home isolation ให้มีการบริหารจัดการ
คล้ายหอผู้ป่วย แตกต่างกันที่ผู้ป่วยยังคงอาศัยอยู่ในบ้าน ซึ่งจะมีแพทย์ตรวจอาการผู้ป่วยทุกวัน พยาบาลทำหน้าที่ให้
คำปรึกษา สอบถามอาการ ให้สุขศึกษา และตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผ่านทางโทรศัพท์ หรือโทรศัพท์ภาพ
ซึ่งต่อมามองการดูแลสุขภาพเรียกการบริการนี้ว่า “Home ward” นับเป็นช่องทางบริหารจัดการทรัพยากร และเป็นแนวทาง
การแก้ปัญหาเตียงเต็มได้เป็นอย่างดี ปัจจุบัน Home ward หมายถึงการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยตัวผู้ป่วยพักอยู่ที่บ้าน
นับเป็นการดูแลที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงได้กับการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้การรักษาในโรงพยาบาล (In
patient department; IPD) เป็นการบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered) และคำนึงถึงความปลอดภัย
ของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษาของแต่ละวิชาชีพ โดยอาศัยความร่วมมือจากญาติหรือผู้ดูแล (care giver)
ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วย และสื่อสารกับทีมแพทย์⁵

สยข. นำ Home ward มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยผสมผสานแนวคิดการเปลี่ยนผ่านการบำบัด
รักษาจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน⁶ ด้วยการดูแลตามรูปแบบการจัดการรายกรณี (case management)
ซึ่งมีแพทย์ และทีมสหวิชาชีพให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร ทีมมีการกำหนดหน้าที่ความ
รับผิดชอบ⁷ ดังนี้

- แพทย์ ทำหน้าที่ประเมินอาการ ตรวจรักษาและติดตามอาการผู้ป่วยแต่ละรายผ่าน DMS telemedicine
- เภสัชกร ทำหน้าที่ จัดยา และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาตามอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยแต่ละราย
- พยาบาล ทำหน้าที่ ประเมินอาการทางยาเสพติด ประเมินระดับแรงจูงใจ (stage of change) ให้คำปรึกษา
ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา ประเมินสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา การจัดการอาการ
อยากยา จัดกิจกรรมการบำบัดตามกระบวนการบำบัดเป็นรายบุคคล เช่น การจัดการตัวกระตุ้น การจัดการ
อารมณ์โกรธ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านยาเสพติด และการเสริมพลังอำนาจครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
ต่อเนื่อง รวมถึงติดตามการรักษา
- นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ทำหน้าที่ ประเมินทางจิต-สังคม ให้การดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหา
ของผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพทำกิจกรรมการบำบัดผ่าน application line

การบำบัดด้วยรูปแบบนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภทที่สมัครใจเข้ารับการบำบัด โดยทีมกำหนดเกณฑ์ใน
การรับผู้ป่วย (inclusion criteria) ไว้ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแต่ขาดความพร้อมในการอยู่รับการบำบัด
ในโรงพยาบาล
2. กลุ่มผู้ป่วยในระยะบำบัดยาที่ต้องการลดจำนวนวันนอน ต้องการกลับไปรักษาตัวที่บ้านโดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยใน
รหัสโรค F10-F19 ตามการประเมิน ICD-10
3. เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่มีอาการขาดยาเสพติด (withdrawal symptoms) หรือมีอาการขาดยาเสพติดอยู่ใน
ระดับปานกลาง (mild)
4. มีโรคแทรกซ้อนทางกายและจิตเวชที่ไม่รุนแรง หากมีอาการทางจิตต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบ ไม่มี
หูแว่ว ประสาทหลอน และไม่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
5. บุคคลในครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง
6. ผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวมีโทรศัพท์มือถือ หรือสามารถใช้ application line ได้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในบ้าน (Home ward) แบ่งการบำบัดเป็น 3 ระยะ⁷ ดังนี้

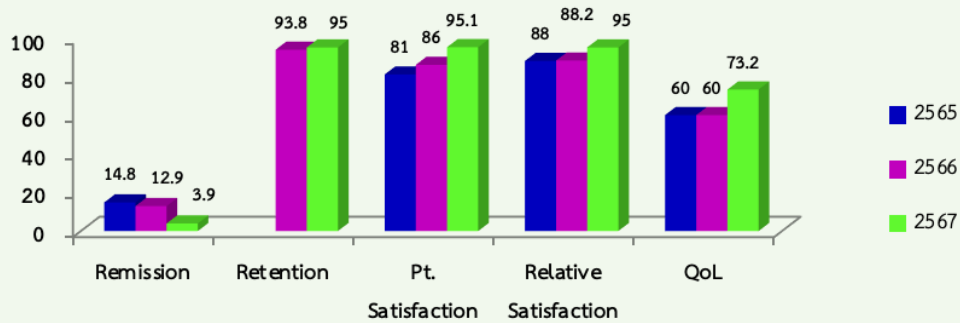
ระยะบำบัดยา ผู้ป่วยระยะนี้มักมีอาการขาดยาเสพติด (withdrawal symptoms) อาทิ หงุดหงิดอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ฯลฯ ทีมมีระบบการดูแลให้การพยาบาลตามรูปแบบผู้จัดการรายกรณี (case management) แพทย์และทีมสหวิชาชีพจะให้การดูแลช่วยเหลือ ประเมินอาการ อาการแสดง ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยการส่งยา ให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ พยาบาลและทีมสหวิชาชีพให้การดูแลให้ความรู้ และประทับครองทางจิตใจ แก้ปัญหาเป็นรายบุคคล ผ่านระบบ DMS telemedicine ทุกวันใช้เวลาในการบำบัด 2-4 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการขาดยา หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตจากการใช้ยาเสพติด แพทย์ และพยาบาลจะเป็นผู้ประเมินความพร้อมก่อนเข้ารับการรักษาต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นระยะการบำบัดที่สำคัญที่สุด หากผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาในระยะนี้ได้อย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับความคิด เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาเสพติดได้ ในระยะนี้เป็นช่วงที่จะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงอารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากผลของระดับสารเคมีในสมอง⁷ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในระยะนี้พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญ โดยเป็นผู้จัดกิจกรรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy; CBT) เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความคิด ซึ่งจะส่งผลถึงพฤติกรรมกลับไปเสพติดซ้ำ ผสมผสานการบำบัดตามแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing; MI) ประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยระยะนี้ใช้เวลานาน 3-4 เดือน พยาบาลเป็นผู้ประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาต่อเนื่องในระยะติดตาม

ระยะติดตาม พยาบาลเป็นผู้ดำเนินการติดตาม ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่จำหน่ายจากระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยติดตามการรักษาอย่างน้อย 4-7 ครั้ง เป็นระยะเวลา 1 ปี ผู้ป่วยในระยะนี้มักพบปัญหาการเข้าสังคม สัมพันธภาพกับครอบครัวและบุคคลรอบข้าง หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการพัฒนาทักษะต่าง ๆ หรือหากปล่อยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามลำพัง จะส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ² เนื่องจากผู้ป่วยมักปรับตัวไม่ได้ ไม่สามารถเผชิญภาวะความเครียด กดดัน เหงา ว้าวุ่น และเศร้าได้⁷ การติดตามในระยะนี้จึงใช้แนวทางการติดตามอย่างต่อเนื่อง เฉพาะบุคคล ด้วยรูปแบบปัญหาสังคม ซึ่งประกอบด้วย 7 กิจกรรมสำคัญคือ แรงใจ ยึดเหนี่ยว เด็ดเดี่ยว รู้ตน ภาควุฒิ ตั้งมั่น และเข้มแข็ง หลังจากบำบัดครบตามกระบวนการดังกล่าวทีมจะส่งต่อข้อมูลให้ชุมชนหรือพื้นที่ที่รับผิดชอบให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่องต่อไป

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

3 ปีแห่งการเดินทางบนเส้นทางที่ท้าทาย Home ward ของ สบยช. เปิดดำเนินการตั้งแต่วันที่ 25 มกราคม 2565 จนถึงปัจจุบันมีผลการดำเนินงานในภาพรวม พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวน 494 คนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 76.6 มีอายุระหว่าง 20-29 ปีมากที่สุด รองลงมาคือช่วงอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.2 และ 32.4 ตามลำดับ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาอายุมากที่สุด คือ 64 ปี อายุน้อยสุด 13 ปี โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ใช้ยาเสพติดประเภทยาบ้า มากที่สุด รองลงมาคือ กัญชา และ ไอซ์ คิดเป็นร้อยละ 46.1, 19.6 และ 13.3 ตามลำดับ ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในปี 2565-2567 พบว่า อัตราการกลับมา รักษาซ้ำภายใน 3 เดือน (remission) คิดเป็นร้อยละ 14.8, 12.9 และ 3.9 ส่วนร้อยละของผู้ป่วยที่คงอยู่ในระบบการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (retention) คิดเป็นร้อยละ 93.8 และ 95.0 (2566-2567) ด้านร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วย ได้ 81.0, 86.0 และ 95.1 ด้านร้อยละความพึงพอใจของครอบครัวได้ 88.0, 88.2 และ 95.0 ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดยาเสพติดอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60.0, 60.0, และ 73.2 ตามลำดับ ดังแสดงในกราฟที่ 1



การขยายแนวคิดการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward) สู่เครือข่าย (สถานพยาบาลยาเสพติดทั่วประเทศ)

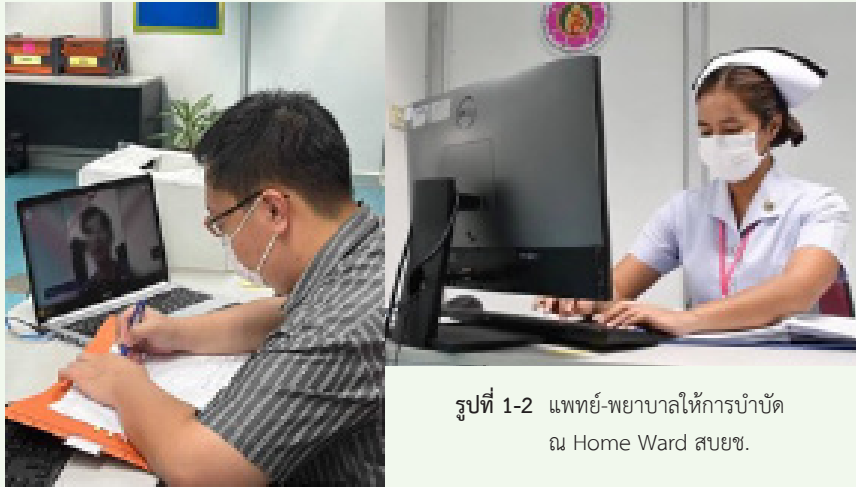
สืบเนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เล็งเห็นถึงประโยชน์ในการดำเนินการพัฒนาบริการสาธารณสุขในรูปแบบ Home ward ซึ่งเกิดประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการได้จริง เป็นรูปแบบการบำบัดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันได้ระหว่างการบำบัดรักษา และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามวิถีชีวิตเดิมโดยสามารถประกอบอาชีพได้ ทำหน้าที่ของตนเองเพื่อครอบครัวได้ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องนอนในโรงพยาบาล สปสช. จึงกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาได้ตั้งแต่ 11 สิงหาคม 2566 เป็นต้นมา โดยสถานพยาบาลสามารถเบิกค่าชดเชยบริการได้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) ในระยะบำบัดยาที่มีจำนวนวันนอนไม่เกิน 30 วัน และด้วยผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดี สปสช.จึงมีแนวคิดในการขยายผลการดำเนินไปยังสถานพยาบาลทั่วประเทศ โดยการจัดการอบรมให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาลที่มีความสนใจ จะขยายงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด เปิดหอบุคลากรผู้สนใจเข้าร่วมศึกษาดูงาน รวมทั้งให้คำแนะนำ และช่วยเหลือให้โรงพยาบาลสามารถเปิดบริการรูปแบบนี้ได้เป็นผลสำเร็จรวม 184 โรงพยาบาลทั่วประเทศ (โรงพยาบาลในกรมการแพทย์และสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข) โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ และทีมสหวิชาชีพเข้ารับการพัฒนาศักยภาพตามกระบวนการบำบัดจำนวน 490 คนจากโรงพยาบาล

ต่าง ๆ ทั่วประเทศ ทั้งนี้ผลสำเร็จต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเกิดจากความมุ่งมั่นตั้งใจของทีมผู้บริหารและทีมบุคลากรของ สปสช. กรมการแพทย์ ที่มุ่งมั่นให้เกิดการพัฒนางานด้านการสาธารณสุขโดยคำนึงถึงปณิธานของกรมการแพทย์ที่ว่า “ทำดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต Do Our Best for All”

สรุป

การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในที่บ้าน (Home ward) เป็นนวัตกรรมที่เกิดจากแรงศรัทธาในการพัฒนางานเพื่อเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้ป่วยยาเสพติด สร้างการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงจากการใช้ชีวิตในสถานการณ์จริง โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญตามมาตรฐานวิชาชีพ หากผู้ป่วยเกิดปัญหาสามารถขอรับคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือได้ทันที อย่างไรก็ตามการบำบัดรูปแบบนี้ยังคงมีข้อจำกัดในการดูแลด้วยการใช้เทคโนโลยี DMS telemedicine และ application line ซึ่งยังไม่สามารถประเมินอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ไม่ว่าจะเป็นลักษณะท่าทางของผู้ป่วยระหว่างการสื่อสาร การสบตา (eye contact) การใช้ภาษา ท่าทาง การใช้อารมณ์ หรือในบางพื้นที่อาจมีปัญหาด้านสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ไม่เสถียร การเชื่อมต่อสัญญาณช้า คุณภาพของเสียงหรือภาพไม่ดี รวมถึงในกรณีที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวไม่มีหรือมีโทรศัพท์แต่ไม่มีอินเทอร์เน็ต จึงส่งผลให้ไม่สามารถสื่อสารได้ ทั้งนี้หากจะพัฒนาให้การบำบัดรูปแบบนี้ได้ผลดียิ่งขึ้นต่อไป ผู้ให้การบำบัดควรมีความรู้พื้นฐานในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ได้แก่ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ การประเมินความพร้อมของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่ครอบครัวควรทราบหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น

extrapyramidal symptom (EPS) จากยาในกลุ่ม antipsychotics drug รวมถึงในกรณีผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ และมีอาการแทรกซ้อนจิตเวชรุนแรงจำเป็นต้องส่งเข้ารับการรักษาต่อไป⁷



รูปที่ 1-2 แพทย์-พยาบาลให้การบำบัด
ณ Home Ward สบยช.



รูปที่ 3 การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วประเทศ



รูปที่ 4 รัฐมนตรีและผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข
เยี่ยมชมการทำงานของ Home ward

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol 2024. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. คณะโต ม, ไทยกล้า ก, อัญมณักรชัย ส, อารีย์สันติชัย จ, เจริญรัตน์ ศ, สัตยกุล พ, et al. รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ: บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด; 2019.
3. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. ข้อมูลสถิติ. [Internet]. [cited 2024 Nov 27]. Available from: http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category§ionid=2&id=9&Itemid=53.
4. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) สำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้งาน ระบบข้อมูลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.). [Internet] 2017. [cited 2024 Nov 28]. Available from: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/23p2ja06jcis04og8o.pdf
5. ทาญสมบุรณ์ ป, บรรณาธิการ. แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2022.
6. Meleis AI. Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010.
7. อรัญญา ส. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในบ้าน (Home ward). ประชุมวิชาการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายระบบบริการยาเสพติด (ด้านการพยาบาล) Go together:ก้าวไปด้วยกันพยาบาลยาเสพติดไทย 2024; 22-24 กุมภาพันธ์ 2024; สงขลา. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2024.