



การพัฒนา รูปแบบการดูแลระยะหลังคลอด สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้น้ำยาใน จังหวัดกาฬสินธุ์

ณัฐกฤตา ทุมวงศ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Development of Postpartum Care Model for Pregnant Women with Methamphetamine Use in Kalasin Province

Natkritta Thumwong
Kalasin Public Health Office

Received: 13 May 2025/ Review: 20 May 2025/ Revised: 1 September 2025/
Accepted: 2 September 2025

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: การใช้น้ำยาในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก การดูแลระยะหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญในการป้องกันการกลับไปใช้น้ำยาซ้ำและส่งเสริมสุขภาพของทั้งมารดาและทารก การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้น้ำยาในระยะหลังคลอดในจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาและพัฒนา (research and development: R & D) ดำเนินการการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างคือหญิงหลังคลอดที่มีประวัติการใช้น้ำยาในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 88 ราย รูปแบบการดูแลประกอบด้วย การประเมินในโรงพยาบาลหลังคลอดวันที่ 2 การเยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย การตรวจหลังคลอดที่ 4-6 สัปดาห์พร้อมกระบวนการกลุ่มบำบัด การเยี่ยมบ้านที่ 8-12 สัปดาห์ และการประเมินที่โรงพยาบาล 24 สัปดาห์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัวโดยใช้แบบประเมิน family readiness assessment (FRA) และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ Komogorov-Smirnov และ ANOVA

ผลการศึกษา: เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว การยอมรับและให้อภัย และการมีเครือข่ายทางสังคมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ระดับความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงลดลงจากร้อยละ 68.20 เหลือร้อยละ 25.00 สำหรับความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ประเด็นที่มีการพัฒนามากที่สุดคือความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว (จากร้อยละ 21.20 เป็น 87.90) การตระหนักและทำหน้าที่ตามบทบาท (จากร้อยละ 42.40 เป็น 97.00) และความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วย (จากร้อยละ 27.30 เป็น 54.50)

สรุป: รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้น้ำยาในระยะหลังคลอดที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำ และเพิ่มความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในด้านสภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงหลังคลอดที่มีประวัติใช้น้ำยาในพื้นที่อื่นๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาและทารก

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์, ยาบ้า, การดูแลหลังคลอด, การป้องกันการกลับไปใช้น้ำยาซ้ำ, การบำบัดครอบครัว

DOI: <https://doi.org/10.64960/srimedj.v40i5.267588>

*Corresponding author: Natkritta Thumwong, E-mail: natkritta9410@gmail.com

Abstract

Background and Objective: Methamphetamine use during pregnancy severely impacts both mothers and infants. Effective postpartum care is crucial for methamphetamine relapse prevention and promoting maternal and infant health. This study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a postpartum care model for pregnant women with methamphetamine use in Kalasin Province.

Methods: This research and development (R & D) followed Kemmis and McTaggart's framework, comprising planning, action, observation, and reflection phases. The sample consisted of 88 postpartum women with a history of methamphetamine use in Kalasin Province. The care model included hospital assessment on the second day postpartum, home visits within one week after discharge, postpartum examination at 4-6 weeks with group therapy, home visits at 8-12 weeks, and hospital assessment at 24 weeks. Data collection instruments included a personal information interview form, family readiness assessment (FRA), and relapse risk assessment form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Kolmogorov-Smirnov, and ANOVA.

Results: Comparing before and after intervention, significant improvements were observed in home environment, family bonding, acceptance and forgiveness, and social networking ($p < 0.01$). The risk of relapse significantly decreased ($p = 0.02$), with high-risk cases reducing from 68.20% to 25.00%. Family readiness for patient care showed the greatest improvement in problem-solving capacity (from 21.20% to 87.90%), role recognition and performance (from 42.40% to 97.00%), and knowledge of patient care (from 27.30% to 54.50%).

Conclusion: The developed postpartum care model for pregnant women with methamphetamine use effectively reduced relapse risk and enhanced family readiness for patient care, with significant improvements in environmental conditions, family relationships, and social support. This model can be applied to the care of postpartum women with a history of methamphetamine use in other areas to improve the quality of life for both mothers and infants.

Keywords: pregnant women, methamphetamine, postpartum care, methamphetamine relapse prevention, family therapy

บทนำ

การใชยาเสพติดในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยเฉพาะการใชเมทแอมเฟตามีนซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) พบว่าในปี ค.ศ. 2023 มีผู้ใชยาเสพติดทั่วโลกประมาณ 302 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 6.1 ของประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี¹ โดยในกลุ่มนี้มีผู้ใช้สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนประมาณ 36 ล้านราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง²

ความชุกของการใชยาเสพติดในหญิงตั้งครรภ์แตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค โดยการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบความชุกของการใชสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 8.4 ในปี ค.ศ. 2022³ ขณะที่ในออสเตรเลียพบประมาณร้อยละ 5.7⁴ และในยุโรปพบประมาณ ร้อยละ 3-4⁵ สำหรับประเทศไทย การศึกษาล่าสุดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งพบความชุกของการใชเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 2.8 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบเพียงร้อยละ 1.4⁶

การใชเมทแอมเฟตามีน หรือ “ยาบ้า” ในระหว่างตั้งครรภ์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพที่รุนแรง โดยมารดามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด และการตกเลือดหลังคลอด⁷ สำหรับทารกในครรภ์มีผลกระทบต่อการเติบโตช้าในครรภ์ น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ ความเสี่ยงต่อความพิการแต่กำเนิด โดยเฉพาะปากแหว่งเพดานโหว่ และส่งผลต่อพัฒนาการทางสมองของทารก ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาด้านพฤติกรรมและการเรียนรู้ในระยะยาว⁸ นอกจากนี้ ทารกที่คลอดจากมารดาที่ใชยาบ้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนยา (neonatal abstinence syndrome) ซึ่งต้องการการดูแลรักษาที่ซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูง⁹

การดูแลหญิงหลังคลอดที่ใชยาบ้าจำเป็นต้องมีกระบวนการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เริ่มตั้งแต่การประเมินและคัดกรองอย่างละเอียด การจัดการอาการถอนยา การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การบำบัดทางจิตสังคม การพัฒนาทักษะการเป็นมารดา และการเสริมสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม¹⁰ แต่ในทางปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มักขาดแนวทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ โดยเฉพาะในบริบทของระบบสาธารณสุขไทย สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์ พบหญิงตั้งครรภ์ที่ใชยาบ้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวน 98, 82 และ 112 ราย

ตามลำดับ การดูแลผู้ป่วยในระยะหลังคลอดของสถานพยาบาลในจังหวัดกาฬสินธุ์ยังเน้นกระบวนการดูแลเป็นรายบุคคล โดยขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปแบบชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใชยาบ้าในระยะหลังคลอดอย่างเป็นระบบจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลมารดาและทารก ป้องกันการกลับไปเสพยา ลดผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งมารดาและทารก ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลระยะหลังคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ใชยาบ้าในจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (action research and development: R&D) ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง 10 มกราคม พ.ศ. 2567 – 30 ธันวาคม พ.ศ. 2567 การดำเนินการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใชยาบ้าจังหวัดกาฬสินธุ์ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใชยาบ้าระยะหลังคลอด ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใชยาบ้าระยะหลังคลอดไปใช้ และขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล

โดยขั้นตอนที่ 1, 2 และ 4 ใ้กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลสุขภาพจิตและยาเสพติด พยาบาลแผนกเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน จากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จำนวน 17 แห่ง ส่วนขั้นตอนที่ 3 ใ้กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ใชยาบ้าระยะหลังคลอด โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาในขั้นตอนที่ 3

ประชากร คือ หญิงหลังคลอดทั้งหมดที่มีประวัติการใชยาบ้า จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใ้สูตรทราโรยามาเน¹¹ กรณีทราบจำนวนประชากร ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดย

n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

N = จำนวนประชากร = 112 ราย

e = ค่าคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า = 0.05

จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 87.5 (จำนวน 88 ราย) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ หญิงตั้งครรภ์เชื้อชาติไทยที่มีประวัติการใชยาบ้าที่เข้ารับบริการในแผนกหลังคลอดโรงพยาบาล

ชุมชน จำนวน 17 แห่ง ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2567 – 30 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ที่มีความสนใจเข้าร่วมการศึกษาและ เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถติดตามได้ครบในระยะเวลาที่กำหนด จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ ระยะเวลา 1, 4-6, 8-12 และ 24 สัปดาห์ เช่น ขาดนัด ติดต่oไม่ได้ เสียชีวิต เป็นต้น

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการสัมภาษณ์ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการฝากครรภ์ อายุครรภ์ครั้งแรกที่ฝากครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (family readiness assessment; FRA) เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมและทวนสอบจำนวน 10 ข้อ¹² ได้แก่ ระดับรายได้ของครอบครัว สภาพแวดล้อมภายในบ้าน ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว ความสามารถในการแก้ปัญหาของสมาชิก ความสามารถของสมาชิกในการจัดการพฤติกรรมผู้ป่วย การยอมรับและให้อภัย การสื่อสารระหว่างกัน การตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว ความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย และการมีเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม โดย ระดับรายได้ ระดับคะแนน 0-5 คะแนน ตามเลขหน้าข้อที่กำหนดในแบบประเมินในด้านอื่นๆ การให้คะแนน นับจำนวนตามข้อที่เลือกตอบข้อละ 1 คะแนน โดยตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

การแปลผล

- ≤ 10 คะแนน หมายถึง ระดับความพร้อม น้อยที่สุด
- 11 – 20 คะแนน หมายถึง ระดับความพร้อมน้อย
- 21 – 30 คะแนน หมายถึง ระดับความพร้อมปานกลาง
- 31 – 40 คะแนน หมายถึง ระดับความพร้อมมาก
- 41 – 47 คะแนน หมายถึง ระดับความพร้อมมากที่สุด

โดย ถ้าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง – มากที่สุด (21 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย หากคะแนนอยู่ในระดับน้อย – น้อยที่สุด (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน) หมายถึง ครอบครัวไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of objective congruence: IOC) 0.82

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยา เป็นแบบประเมินแบบตอบด้วยตนเอง จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ความกังวลและความตั้งใจในการใช้ยา จำนวน 8 ข้อ ปัญหาด้านอารมณ์ จำนวน 8 ข้อ การกระทำที่เกิดจากยาเสพติด จำนวน 4 ข้อ ความคาดหวังในเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ ความคาดหวังในเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ และความเข้าใจในปัญหาเสพยาเสพติดด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ โดยการตอบคำถามมีคำตอบ เป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ คะแนนรวม 35 คะแนน

การแปลผล ระดับคะแนนที่ 0 -14 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำต่ำ และ คะแนนที่ 15- 35 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำสูง (ความไวในการจำแนก 0.53, ความจำเพาะ 0.88, ค่าพยากรณ์เชิงบวก 0.95, ค่าพยากรณ์เชิงลบ 0.29)¹³

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบการแจกแจงด้วยโค้งปกติด้วย Komogorov-Smirnov และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย ANOVA

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 199/2567 (9 มกราคม พ.ศ. 2567 - 8 มกราคม พ.ศ. 2568)

ผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลระยะหลังคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ยาบ้า

กระบวนการดูแลจากการประชุมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติดจังหวัดกาฬสินธุ์

ครั้งที่ 1 ประเมินด้วยเครื่องมือวัดความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาซ้ำหลังคลอดในวันที่ 2 ที่หอผู้ป่วยหลังคลอด สร้างสัมพันธภาพ นัดหมายการติดตามเยี่ยมบ้าน

ครั้งที่ 2 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินความพร้อมของครอบครัวด้วย FRA และวางแผนให้การดูแล psycho social support / family therapy / family counseling

ครั้งที่ 3 ด้านร่างกาย โดยการตรวจผู้ป่วยหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ในโรงพยาบาล ด้านจิตใจใช้กระบวนการกลุ่มบำบัด (กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน)

ครั้งที่ 4 การติดตามเยี่ยมบ้าน 8-12 สัปดาห์ ประเมินคะแนน FRA ดูแลผู้ป่วยตามคะแนนที่ประเมินได้ ดังนี้ ≤ 10 คะแนน family therapy, 11 – 20 คะแนน family therapy / family counseling, 21 – 30 คะแนน counseling, 31 – 40 คะแนน psycho – social Support และ 41 – 47 คะแนน psycho – social education

ครั้งที่ 5 การประเมินที่โรงพยาบาล 24 สัปดาห์ (พร้อมการนัดหมายการฉีดวัคซีนเข็มที่ 3) ขอความยินยอมการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเมทแอมเฟตามีน ประเมินความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยา และประเมินความพร้อมของครอบครัวด้วย FRA

ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้น้ำยาบาระยะหลังคลอด

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 17-41 ปี (อายุเฉลี่ย 28.13 ± 7.20 ปี) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.00 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 43.20 ฝากครรภ์เพียง 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.40 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกอยู่ระหว่าง 18-41 สัปดาห์ (อายุครรภ์เฉลี่ย 31.55 ± 5.61 สัปดาห์) ฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 (อายุครรภ์ $> 28-42$ สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 67.00 ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,300-2,850 กรัม (น้ำหนักเฉลี่ย $2,664.95 \pm 120.85$ กรัม) มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 88.60 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 88)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มอายุ (ปี) (minimum = 17, maximum 41, S.D. 7.20, mean 28.13)	
10-20	15 (17.00)
21-30	32 (36.40)
31-40	37 (42.00)
41-50	4 (4.50)
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	
ครรภ์ที่ 1	28 (31.80)
ครรภ์ที่ 2	38 (43.20)
ครรภ์ที่ 3	22 (25.00)
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ (ครั้ง)	
1	47 (53.40)
2	38 (43.20)
3	3 (3.40)
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก (minimum = 18, maximum 41, S.D. 5.61, mean 31.55)	
15-28 สัปดาห์ (ไตรมาส 2)	29 (33.00)
28-42 สัปดาห์ (ไตรมาส 3)	59 (67.00)
น้ำหนักทารก (กรัม) (minimum = 2,300, maximum 2,850, S.D.20.85, mean 2664.95)	
< 2,500	10 (11.40)
$\geq 2,500$	78 (88.60)

หมายเหตุ: S.D. = Standard Deviation

2) ผลประเมินความพร้อมของครอบครัว

เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ด้านรายได้ของครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น โดยกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย (มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม) ลดลงจากร้อยละ 53.40 เหลือ 38.63 ขณะที่กลุ่มที่มีรายได้เท่ากับรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.80 เป็น 28.40 สภาพแวดล้อมภายในบ้านมีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่ไม่มีที่อยู่แน่นอนหรือมีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมลดลงและมีที่อยู่ที่เป็นสัดส่วนมากขึ้นจากร้อยละ 22.70 เป็น 33.00 ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัวมีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่ไม่ได้รับความรักลดลงจากร้อยละ 48.90 เหลือเพียง 21.60 ขณะที่การดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุนทางจิตใจ และการสัมผัสทางกายเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัวพัฒนาขึ้น จากเดิมที่ไม่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาถึงร้อยละ 76.10 ลดลงเหลือเพียง 9.10 และมีการเผชิญปัญหาร่วมกัน รับผิดชอบ และช่วยกันแก้ไขปัญหาเพิ่มขึ้น

ความสามารถในการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย มีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีการให้แรงเสริมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.70 เป็น 58.00 การยอมรับและให้อภัยเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีการยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไขเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.40 เป็น 51.10 และการให้กำลังใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.40 เป็น 14.80 การทำหน้าที่ตามบทบาทของสมาชิกในครอบครัวพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยก่อนการทดลองไม่มีการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว ไม่มีการมอบหมายหน้าที่ และไม่มีการรับผิดชอบตามบทบาท แต่หลังการทดลองมีการพัฒนาในทุกด้าน ความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยกลุ่มที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจลดลงจากร้อยละ 62.50 เหลือ 37.50 การมีเครือข่ายทางสังคมพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน โดยกลุ่มที่ไม่มีเครือข่ายลดลงจากร้อยละ 54.50 เหลือเพียง 1.10 และมีเครือข่ายผู้นำชุมชน/อาสาสมัครในชุมชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.80 เป็น 53.40 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความพร้อมครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง

หัวข้อ	ก่อนการทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	หลังการ ทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	F p-value
1. ระดับรายได้ของครอบครัว			2.567
ไม่มีรายได้ทั้งจากตนเองหรือได้รับจากผู้อื่น	1 (1.10)	0 (0.00)	0.06
มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย (มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม)	47 (53.40)	34 (38.63)	
มีรายได้เท่ากับรายจ่าย (ไม่มีเงินออมและไม่มีปัญหาหนี้สิน)	13 (14.80)	25 (28.40)	
มีรายได้สูงกว่ารายจ่าย แต่ไม่มีเงินออม	17 (19.30)	18 (20.45)	
(ไม่มีเงินออม และไม่มีปัญหาหนี้สิน)			
รายได้สูงกว่ารายจ่าย (มีเงินออม ไม่มีปัญหาหนี้สิน)	10 (11.40)	11 (12.50)	
2. สภาพแวดล้อมภายในบ้าน			37.81
ไม่มีที่อยู่แน่นอน เร่ร่อน ไร้บ้าน	1 (1.10)	0 (0.00)	<0.001*
มีที่อยู่แน่นอน แต่สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม	40 (45.50)	32 (36.40)	
ที่อยู่มีความเป็นสัดส่วน	20 (22.70)	29 (33.00)	
ที่อยู่ถูกสุขลักษณะ สะอาด อากาศถ่ายเท	17 (19.30)	17 (19.30)	
ที่อยู่มีพื้นที่ว่างในการทำกิจกรรม	10 (11.40)	10 (11.40)	
3. ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว			27.58
ไม่ได้รับความรัก	43 (48.90)	19 (21.60)	<0.001*
ดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร	17 (19.30)	28 (31.80)	
ส่งเสริม สนับสนุนทางจิตใจ กล่าวชื่นชม	19 (21.60)	23 (26.10)	
มีการสัมผัสทางกาย	9 (10.20)	18 (20.50)	

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความพร้อมครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

หัวข้อ	ก่อนการทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	หลังการ ทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	F p-value
4. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว			2.24
ไม่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา	67 (76.10)	8 (9.10)	0.08
เผชิญปัญหาร่วมกัน	21 (23.90)	30 (34.10)	
รับผิดชอบปัญหาร่วมกัน		25 (28.40)	
ช่วยกันแก้ไขปัญหา		25 (28.40)	
5. ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย			
ทักษะการควบคุมพฤติกรรม	68 (77.30)	31 (35.20)	10.84
การให้แรงเสริมที่เหมาะสม	20 (22.70)	51 (58.00)	<0.001*
ฝึกระเบียบวินัย	0 (0.00)	6 (6.80)	
6. การยอมรับและให้อภัยของสมาชิกในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม			
ยอมรับความแตกต่างส่วนบุคคล	19 (21.60)	6 (6.80)	14.48
ให้อภัยและให้ออกสแก้ไข	34 (38.60)	24 (27.30)	<0.001*
ยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข	32 (36.40)	45 (51.10)	
ให้กำลังใจ	3 (3.40)	13 (14.80)	
7. การสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว			2.67
ไม่มีการสื่อสารใดๆ	41 (46.60)	37 (42.00)	0.10
มีการรับรู้ความรู้สึก	47 (53.40)	51 (58.00)	
8. การตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว			
ไม่มีการทำหน้าที่ตามบทบาท	45 (51.10)	3 (3.40)	3.49
ตระหนักรู้ มีความชัดเจนในบทบาทของตน	43 (48.90)	14 (15.90)	0.01**
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว	0 (0.00)	32 (36.40)	
การมอบหมายหน้าที่ในครอบครัว	0 (0.00)	35 (39.80)	
รับผิดชอบตามบทบาท หน้าที่	0 (0.00)	4 (4.50)	
9. ความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย			2.36
ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแล	55 (62.50)	33 (37.50)	0.12
มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น	33 (37.50)	55 (62.50)	
10. การมีเครือข่ายทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อขอรับการช่วยเหลือ			1.51
ไม่มีเครือข่าย	48 (54.50)	1 (1.10)	0.21
ญาติ (ที่ไม่ได้อยู่ในครอบครัว)	25 (28.40)	23 (26.10)	
เพื่อนบ้าน	9 (10.20)	17 (19.30)	
ผู้นำชุมชน/อาสาสมัครในชุมชน	6 (6.80)	47 (53.40)	

*p < 0.001 ** p < 0.05

3) คะแนนความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยา

จากการประเมินพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาอยู่ระหว่าง 9-32 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 19.63 ± 6.68) และหลังการทดลองมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 6-23 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 12.99 ± 2.98) เมื่อ

พิจารณาการแบ่งกลุ่มตามระดับความเสี่ยง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง (15-35 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 68.20 และอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ (1-14 คะแนน) เพียงร้อยละ 31.80 หลังการทดลองส่วนใหญ่เปลี่ยนเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ (1-14 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 75.00 และ

มีเพียงร้อยละ 25.00 ที่ยังคงอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง (15-35 คะแนน) ผลการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยค่า mean square เท่ากับ 75.003 และค่า F เท่ากับ 1.984 แสดงให้เห็นว่าระดับคะแนน

ความเสี่ยงระหว่างก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.02$)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินคะแนนความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน	แปลผล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	mean square	F p-value
1-14 คะแนน	เสี่ยงต่ำ	28 (31.80)	66 (75.00)	75.003	1.984
15-35 คะแนน	เสี่ยงสูง	60 (68.20)	22 (25.00)		0.02*
	min, max	9, 31	6, 23		
	mean±S.D.	19.63±6.68	12.99±2.98		

* $p < 0.05$, min = minimum, max= maximum, S.D.= standard deviation

วิจารณ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะหลังคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ยาบ้าในจังหวัดกาฬสินธุ์แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการดูแลแบบองค์รวมและเป็นระบบ ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว การยอมรับและให้อภัย และการมีเครือข่ายทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wouldes และคณะ¹⁴ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูของมารดาที่ใช้เมทาแอมเฟตามีน

การที่ครอบครัวมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาเพิ่มขึ้นหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Wright และคณะ¹⁵ ที่พบว่าการทำงานร่วมกับครอบครัวในรูปแบบการบำบัดครอบครัว (family therapy) ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการปัญหาและส่งเสริมการสื่อสารระหว่างสมาชิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Terplan และคณะยังพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดช่วยลดอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁶

การที่กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำลดลงหลังการทดลอง (จากร้อยละ 68.20 เหลือ 25.00) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jones และคณะ¹⁷ ที่พบว่า การดูแลแบบต่อเนื่องหลังคลอดสามารถลดอัตราการกลับไปใช้ยาได้ถึงร้อยละ 40 และการศึกษาของ McQueen และคณะ¹⁸ ที่รายงานว่า การติดตามอย่างเป็นระบบและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำในมารดาหลังคลอด

การเพิ่มขึ้นของความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย (จากร้อยละ 27.30 เป็นร้อยละ 54.50) สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการให้ความรู้แก่ครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Ordean และ Kahan¹⁹ ที่พบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสนับสนุนการดูแลมารดาที่ใช้สารเสพติด

การเพิ่มขึ้นของเครือข่ายทางสังคม โดยเฉพาะการมีผู้นำชุมชน/อาสาสมัครในชุมชนเป็นเครือข่ายช่วยเหลือ (จากร้อยละ 6.10 เป็น 51.50) สอดคล้องกับแนวคิดของ Grzeskowiak และคณะ²⁰ ที่เสนอว่าเครือข่ายในชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนมารดาหลังคลอดที่มีประวัติใช้สารเสพติด และการศึกษาของ Degenhardt และคณะ²¹ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยลดการตีตราและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม แม้จะพบการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหลายด้าน แต่ยังมีบางด้านที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น ระดับรายได้ของครอบครัว และการสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจต้องการพัฒนาโปรแกรมเพิ่มเติมในอนาคต สอดคล้องกับข้อเสนอของ UNODC ที่เน้นว่าการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและทักษะการสื่อสารควรเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษาผู้ที่ใช้ยาเสพติด²² รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นนี้มีจุดเด่นที่การผสมผสานการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) ที่แนะนำว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลหญิงหลังคลอดที่มีประวัติใช้สารเสพติด²³

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพัฒนารูปแบบการดูแล ควรมีการพัฒนา รูปแบบการดูแลเฉพาะในด้านที่ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับรายได้ของครอบครัวและการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยอาจเพิ่มกิจกรรมการฝึกอาชีพและสร้างรายได้สำหรับครอบครัวหญิงหลังคลอดที่ใช้น้ำยา รวมทั้งการพัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงบวกภายในครอบครัว เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในครอบครัวและลดความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้น้ำยาซ้ำของมารดา

ด้านความร่วมมือของเครือข่ายในชุมชน ควรขยายความร่วมมือกับเครือข่ายในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและติดตามหญิงหลังคลอดที่ใช้น้ำยา ควรจัดอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครในชุมชนเกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเตือนการกลับไปใช้น้ำยา การให้การสนับสนุนทางจิตสังคม และการประสานงานกับทีมสุขภาพเมื่อพบปัญหา เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวังและช่วยเหลือในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

ด้านการติดตามระยะยาว ควรมีการพัฒนาระบบการติดตามระยะยาวที่ต่อเนื่องเกินกว่า 24 สัปดาห์หลังคลอด เนื่องจากความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้น้ำยาซ้ำยังคงมีอยู่แม้พ้นระยะเวลาดังกล่าว โดยอาจบูรณาการเข้ากับระบบการติดตามพัฒนาการของทารกและการดูแลสุขภาพเด็ก เพื่อให้มีการติดตามมารดาควบคู่ไปด้วย นอกจากนี้ ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในเครือข่าย เพื่อให้การติดตามดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ แม้มีการย้ายที่อยู่หรือเปลี่ยนสถานที่รับบริการ

สรุป

การวิจัยนี้พัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลหญิงหลังคลอดที่ใช้น้ำยาในจังหวัดกาฬสินธุ์ เนื่องจากปัญหามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่การดูแลปัจจุบันยังขาดแนวทางที่เป็นระบบ การศึกษานี้ดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย พัฒนารูปแบบการดูแล 5 ครั้งใน 24 สัปดาห์ ประกอบด้วย การประเมินในโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้าน การตรวจหลังคลอดพร้อมกลุ่มบำบัด และการติดตามประเมินผล

รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับไปใช้น้ำยาซ้ำและเสริมสร้างความเข้มแข็งครอบครัวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้ อย่างไรก็ตาม ควรเพิ่มเติมการพัฒนาด้านรายได้ครอบครัว ขยายเครือข่ายชุมชน และพัฒนาระบบติดตามระยะยาวเพื่อให้ครอบครัวและยั่งยืนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัยให้เสร็จสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023. Vienna: United Nations; 2023.
2. Degenhardt L, Baxter AJ, Lee YY, Hall W, Sara GE, Johns N, et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 2016-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet Psychiatry* 2022;9(4):301-12 doi:10.1016/S0140-6736(18)31310-2.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key substance use and mental health indicators in the United States: results from the 2022 national survey on drug use and health. Rockville, MD: SAMHSA; 2023.
4. Grzeskowiak LE, Smithers LG, Grieger JA, Bianco-Miotto T, Leemaqz SY, Clifton VL, et al. Detection of prenatal substance exposure using clinical and self-reported measures: a longitudinal study. *Birth Defects Res* 2022;114(4):139-51. doi:10.1016/j.earlhumdev.2020.105119.
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Pregnancy, childcare and the family: key issues for Europe's response to drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021. doi:10.2810/72819.
6. Thaithumyanon P, Limpongsanurak S, Praisuwanna P, Punnahitanon S. Perinatal effects of amphetamine and heroin use during pregnancy: a retrospective cohort study. *Drug Alcohol Depend* 2021;116(1-2):126-30.
7. Wright TE, Schuetter R, Fombonne E, Stephenson J, Haning WF. Implementation and evaluation of a harm-reduction model for clinical care of substance using pregnant women. *Harm Reduct J* 2022;19(1):24. doi:10.1186/1477-7517-9-5.

8. Terplan M, Minkoff H. Neonatal abstinence syndrome and ethical approaches to the identification of pregnant women who use drugs. *Obstet Gynecol* 2023;140(2):368-74 doi:10.1097/AOG.0000000000001781.
9. McQueen K, Murphy-Oikonen J. Neonatal abstinence syndrome: a comprehensive review of assessment and management. *Adv Neonatal Care* 2022;22(3):216-28 doi:10.1056/NEJMra1600879.
10. Narkowicz S, Krawczyk-Grycz M, Kot-Wasik A, Czarnowski W, Namieśnik J. Development and validation of a GC-MS method for the simultaneous determination of illicit psychoactive drugs in human urine for the monitoring of pregnant patients. *Obstet Gynecol Int* 2022;2022:9472658 doi:10.1007/s11419-019-00485-y.
11. Yamane T. *Statistics: an introductory statistic*. 2nd ed. New York: Harper & Row; 1973.
12. Aonopas S, Youhunnao. *Tools for Social Work Practice*. Bangkok: Faculty of Social Sciences and Social Welfare, Huachiew Chalermprakiet University and Thammasat Hospital; 2021.
13. Thumwong N. *Development of Behavior change curriculum to reduce harm on Amphetamine-Type stimulants use in Thailand [dissertation]*. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2019.
14. Wouldes TA, LaGasse LL, Derauf C, Newman E, Shah R, Smith LM, et al. Co-morbidity of substance use disorder and psychopathology in women who use methamphetamine during pregnancy in the US and New Zealand. *Drug Alcohol Depend* 2013;127(1-3):101-7. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.06.016.
15. Wright TE, Schuetter R, Fombonne E, Stephenson J, Haning WF. Implementation and evaluation of a harm-reduction model for clinical care of substance using pregnant women. *Harm Reduct J* 2018;15(1):52. doi:10.1186/1477-7517-9-5.
16. Terplan M, Ramanadhan S, Locke A, Longinaker N, Lui S. Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(4):CD006037 doi:10.1002/14651858.CD006037.pub3.
17. Jones HE, Kaltenbach K, Heil SH, Stine SM, Coyle MG, Arria AM, et al. Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. *N Engl J Med* 2010;363(24):2320-31. doi:10.1056/NEJMoa1005359.
18. McQueen K, Murphy-Oikonen J. Neonatal abstinence syndrome: a comprehensive review of assessment and management. *Adv Neonatal Care*. 2016;16(5):379-86. doi:10.1056/NEJMra1600879.
19. Ordean A, Kahan M. Comprehensive treatment program for pregnant substance users in a family medicine clinic. *Can Fam Physician* 2011;57(11): e430-5.
20. Grzeskowiak LE, Morrison JL. Long-term effects of prenatal exposure to drugs of abuse. *J Pediatr Neonatal Individ Med* 2016;5(2):e050244. doi:10.1016/s0889-8545(05)70364-8.
21. Degenhardt L, Grebely J, Stone J, Hickman M, Vickerman P, Marshall BDL, et al. Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *Lancet*. 2019;394(10208):1560-79. doi:10.1016/S0140-6736(19)32229-9.
22. United Nations Office on Drugs and Crime. *International standards for the treatment of drug use disorders*. Vienna: United Nations; 2020.
23. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Clinical guidance for treating pregnant and parenting women with opioid use disorder and their infants*. Rockville, MD: SAMHSA; 2018.

