

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคจิตจากสุรา
  - 1.1 ความหมายของโรคจิตจากสุรา
  - 1.2 การวินิจฉัยโรคจิตจากสุรา
  - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคจิตจากสุรา
  - 1.4 การประเมินโรคจิตจากสุรา
  - 1.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคจิตจากสุรา
  - 1.6 ผลกระทบของโรคจิตจากสุรา
  - 1.7 การบำบัดดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา
2. สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยโรคจิตจากสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง
3. แนวคิดเกี่ยวกับแผนจำหน่ายผู้ป่วย
4. แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง

### โรคจิตจากสุรา

โรคจิตจากสุรา (alcohol induced psychotic disorders) เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol related disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และคณะ, 2545) ที่เกิดเนื่องจากการดื่มสุราในปริมาณมากผิดปกติและเป็นเวลานานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน หรือมากกว่า อาการมักจะเกิดขึ้นทันทีเมื่อหยุดดื่มหรือมีการลดปริมาณการดื่มลง หรืออาจเกิดขึ้นภายหลังจากหยุดดื่ม 2-3 วัน โดยจะมีอาการแสดง คือ วิตกกังวล นอนไม่หลับ หลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวงกลัวถูกทำร้าย ระบบการเคลื่อนไหวผิดปกติ อาจมากขึ้นหรือน้อยลง

เพื่อฟื้น แต่ระดับความรู้สึกตัวยังดี (Schuckit, 2005) ซึ่งอาการทางจิตมักจะเกิดในช่วงหนึ่งเดือนที่มีภาวะพิษของแอลกอฮอล์ (alcohol intoxication) และภาวะขาดแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) อีกทั้งภาวะขาดแอลกอฮอล์ร่วมกับภาวะเพ้อคลั่ง (delirium tremens) โดยทั่วไปมักมีอาการภายใน 48-72 ชั่วโมง ซึ่งอาการจะสัมพันธ์กับภาวะเป็นพิษจากสุรา หรือภาวะถอนพิษสุรา พบได้ถึงร้อยละ 43 ของผู้ที่ติดสุรา อยู่ในช่วงอายุ 40-50 ปี โดยอาการที่เกิดขึ้นจะเป็นลักษณะแบบเฉียบพลัน คือเกิดขึ้นขณะดื่มสุราจำนวนมากหรือหยุดดื่ม ช่วงระยะเวลาที่แสดงอาการอาจจะเป็นสัปดาห์ เดือน หรือมากกว่านั้น (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2549) อาการประสาทหลอนส่วนใหญ่จะเป็นประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) และผิวหนัง (tactile hallucination) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองและผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วย ไม่สามารถแยกแยะความเป็นจริงได้ อาการ โรคจิตจากสุราจะหายได้เอง ภายหลังจากผู้ป่วยหยุดดื่มแอลกอฮอล์ หากผู้ป่วยไม่มีประวัติเป็น โรคจิตมาก่อนและอาการทางจิตกำเริบ เมื่อผู้ป่วยกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) แต่ก็มีบางรายที่อาการทางจิตหลงเหลือเป็นเดือน (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

### การวินิจฉัยโรคจิตจากสุรา

ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV-TR [DSM-IV-TR]) (APA, 2005) โดยรหัสโรคยึดตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (The International Classification of Diseases and Related Health of Problem 10 th Reversion [ICD-10]) Alcohol-induced psychotic disorder คือ F10.5 มีอาการดังต่อไปนี้

1. มีอาการประสาทหลอน หรือหลงผิดที่เด่นชัด
2. มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการดังข้อ 1 หรือข้อ 2
  - 2.1 อาการในข้อ 1 เกิดขึ้นในระหว่าง หรือภายในช่วงหนึ่งเดือนที่มีภาวะพิษของแอลกอฮอล์ (alcohol intoxication) หรือภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal)
  - 2.2 การใช้ยาเป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับความผิดปกติดังกล่าว
3. ความผิดปกตินี้ไม่ได้เข้าได้ดีกว่ากับโรคจิตที่มีได้เป็นผลจากแอลกอฮอล์ หลักฐานว่าอาการเหล่านี้เข้าได้ดีกว่า กับโรคจิตที่มีได้เป็นผลจากแอลกอฮอล์ อาจได้แก่ มีอาการก่อนการใช้แอลกอฮอล์หรือติดแอลกอฮอล์ อาการยังคงอยู่เป็นระยะเวลานาน (เช่น เป็นเดือน) หลังจากหมดภาวะพิษ (intoxication) หรือมีอาการมากเกินกว่าที่ควรจะเป็น เมื่อเทียบกับชนิด ปริมาณ หรือ

ระยะเวลาที่ใช้แอลกอฮอล์ หรือมีหลักฐานอื่นที่ระบุว่ามึโรจิตที่ไม่ขึ้นกับการใช้แอลกอฮอล์ (เช่น มีประวัติของช่วงที่มีอาการ โดยไม่สัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์อยู่เป็นระยะๆ)

4. ความผิดปกตินี้มีได้เกิดแต่เฉพาะในช่วงภาวะเพ้อคลั่ง (delirium) จากความหมายของโรจิตจากสุรา สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรจิตจากสุรา จะมีลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มของตัวเองได้ จะมีการดื่มมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลหรือฤทธิ์จากแอลกอฮอล์ หากลดหรือหยุดการดื่มจะมีอาการขาดแอลกอฮอล์เกิดขึ้น และยังคงดื่มแอลกอฮอล์อยู่ แม้จะรู้ว่า มีผลเสียเกิดขึ้นกับตัวเอง มีการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องทำให้เกิด โรจิตจากสุรา

ตามระบบการบันทึกเลขรหัสตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (The International Classification of Diseases and Related Health of Problem 10 th Reversion [ICD-10]) (WHO, 1992) Alcoholic psychosis (F10.5) มีอาการดังนี้คือ ผู้ป่วยจะมีอาการโรจิต เช่น ประสาทหลอน หรือ หลงผิด อาการอาจคงอยู่นานหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่มแล้ว แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน มักพบในผู้ที่มีประวัติดื่มอย่างหนัก และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรจิตจากสาเหตุใดๆ มาก่อน และไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงที่มีภาวะเพ้อ (Delirium)

ดังนั้นการศึกษานี้ใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV-TR [DSM-IV-TR]) (APA, 2005) คือ 1) มีอาการประสาทหลอน หรือ หลงผิดที่เด่นชัด 2) มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการดังข้อ 1 หรือข้อ 2 ซึ่งอาการในข้อ 1 เกิดขึ้นในระหว่าง หรือภายในช่วงหนึ่งเดือนที่มีภาวะพิษของแอลกอฮอล์ (alcohol intoxication) หรือภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) และการใช้ยาเป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับความผิดปกติดังกล่าว 3) ความผิดปกติไม่ได้เข้าได้ดีกว่ากับ โรจิตที่มีได้เป็นผลจากแอลกอฮอล์ หลักฐานว่าอาการเหล่านี้เข้าได้ดีกว่ากับ โรจิตที่มีได้เป็นผลจากแอลกอฮอล์ อาจได้แก่ มีอาการก่อนการใช้แอลกอฮอล์หรือติดแอลกอฮอล์ อาการยังคงอยู่เป็น ระยะเวลาาน เช่นเป็นเดือน หลังจากหมดภาวะพิษ (intoxication) หรือมีอาการมากเกินกว่าที่ควรจะเป็น เมื่อเทียบกับชนิด ปริมาณ หรือระยะเวลาที่ใช้แอลกอฮอล์ หรือมีหลักฐานอื่นที่ระบุว่ามึโรจิตที่ไม่ขึ้นกับการใช้แอลกอฮอล์ 4) ความผิดปกตินี้มีได้เกิดแต่เฉพาะในช่วงภาวะเพ้อคลั่ง (delirium)

## อาการและอาการแสดงของโรคจิตจากสุรา

โรคจิตจากสุรา เป็นอาการทางจิตมักจะเกิดในช่วงหนึ่งเดือนที่มีภาวะพิษของแอลกอฮอล์ (alcohol intoxication) และภาวะขาดแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) อีกทั้งภาวะขาดแอลกอฮอล์ร่วมกับภาวะเพ้อคลั่ง (delirium tremens) เกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2005) โดยทั่วไปมักมีอาการและอาการแสดงมีดังนี้

**อาการแสดงทางกาย** โดยทั่วไปอาการแสดงทางกายของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราจะเหมือนกับผู้ป่วยโรคติดสุรา คือในช่วง 4-12 ชั่วโมงภายหลังการหยุดดื่มสุรา หรือลดปริมาณลง ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราจะมีอาการแสดงปรากฏตั้งแต่อยู่มีบ้าน โดยจะมีอาการเหงื่อออกมาก ชีพจรเร็ว มือสั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน การทรงตัวเสีย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) กระสับกระส่าย วิดกกังวล มีไข้ (พันธุ์นภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์, 2547) ต่อจากนั้นในบางรายจะเกิดภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) ซึ่งเป็นอาการนำของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรามารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราจะมีอาการ โชเซ (truncal ataxia) สั่น (tremor) ทรงตัวไม่ดี (ataxia) พูดไม่ได้ (aphasia) นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) จากนั้นในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังจากดื่มครั้งสุดท้าย หรือมีอาการภายใน 7 วัน บางรายอาจเกิดภาวะเพ้อจากถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal delirium) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการดื่มสุราในปริมาณที่มากเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยจะมีอาการไม่รู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล (disorientation) สับสน (confusion) เสื่อมเสียการรู้สึกตัว (impaired consciousness) และมีการนอนหลับผิดปกติ (disturbed sleep) (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, และ ไพรัตน์ พุกยชาติคุณากร, 2542) สำหรับภาวะเพ้อจากถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal delirium) ในรายที่รุนแรงมาก จะเกิดอาการซักร้อยละ 3 และพบว่ามียอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 30 (พันธุ์นภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์, 2547)

**อาการแสดงทางจิต** ได้แก่ อาจมีการหลงผิด (delusions) หรือประสาทหลอน (hallucination) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) อาการแสดงหลายอย่างคล้ายอาการของโรคจิตเภท (Sadock & Sadock, 2005) ซึ่งอาการประสาทหลอนที่เด่นชัดที่พบบ่อย ได้แก่ อาการหูแว่ว และ หลงผิด หวาดระแวง กลัวคนทำร้าย หรือเห็นภาพหลอน หรือรู้สึกเหมือนมีแมลงไต่ตามตัว แม้ว่าหลังจากหมดภาวะถอนพิษสุรา แต่อาการประสาทหลอน และอาการหลงผิดยังคงมีอยู่เป็นระยะเวลานานหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่มแล้ว แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน อาการของ โรคจิตจากสุราจะกำเริบขึ้นได้ หากผู้ป่วยหวนกลับมาดื่มสุราอีก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) นอกจากนี้การดื่มสุราในปริมาณที่มาก และดื่มเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตแบบถาวร จากการถูกทำลายของระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทส่วนปลาย ที่มีผลต่อ



ความจำ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้ กลุ่มอาการเวอร์นิก โควาคอฟ (Wernicke-Korsakoff's syndrome) เป็นอาการทางจิตที่มีสาเหตุจาก การใช้สุราแล้วทำให้เกิดอาการขาดสารอาหาร และวิตามิน ผลจากการที่สมองถูกทำลายผู้ป่วยไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่ผ่านมาใหม่ๆ ได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

อาการแสดงทางพฤติกรรมและสังคม ในขณะที่ผู้ที่เป็น โรคจิตจากสุรา มีภาวะพิษของสุรา (alcohol intoxication) พิษของสุราจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและจิตใจอย่างมาก เช่น มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ก้าวร้าว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย สูญเสียการตัดสินใจที่ดี เสื่อมเสียหน้าที่ในด้านสังคมหรืออาชีพ เสื่อมเสียความใส่ใจและความจำ ขาดสติ ขาดความยับยั้งชั่งใจ มักก่อการทะเลาะวิวาท ทำให้เกิดปัญหาทางสังคม (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542)

สรุปอาการและอาการแสดงของโรคจิตจากสุรา จะมีภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) ซึ่งจะแสดงอาการประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusion) หวาดระแวง (paranoid) อย่างชัดเจนภายหลังหยุดสุรา 2-3 วัน แต่ไม่เกิน 6 เดือน โดยอาการต่างๆที่แสดงออกมานั้น มีผลเสียต่อผู้ที่เป็น โรคจิตจากสุราเอง ครอบครัว และเป็นปัญหาสังคมตามมาด้วย จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการบำบัดดูแลเป็นอย่างดี

### การประเมินโรคจิตจากสุรา

เครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย โรคจิตทุกประเภท ยกเว้นผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง (mania) ได้แก่

1. แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scales [HoNOS]) ฉบับภาษาไทย ของบุพพวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ และคณะ (2545) เป็นแบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 12 หมวด แต่หมวดที่นำมาประเมินอาการทางจิต คือ หมวด 6 และหมวด 8 ดังนี้

หมวด 6 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนและหลงผิด

1) ให้ 1 คะแนนเฉพาะกรณีมีพฤติกรรมหรือท่าทางแปลกๆที่ไม่มีอันตรายต่อผู้ใด 2) หากผู้ป่วยมีความหลงผิด โดยมั่นใจว่าตัวเองเป็นเชื้อพระวงศ์ แต่ไม่มีพฤติกรรมที่สนับสนุนอาการหลงผิด และ ไม่ได้รู้สึกกลัวคลุ้มกับอาการนั้น ให้ 2 คะแนน 3) หากผู้ป่วยมีอาการกลัวคลุ้ม หรือมีพฤติกรรมประหลาดไปตามความหลงผิด (เช่น แสดงท่าทางคล้ายผู้สูงศักดิ์ คาดหวังว่าตนเองได้รับการยินยอมให้เข้าไปในพระราชวัง) ควรให้ 3 หรือ 4 คะแนน ให้รวมถึงอาการประสาทหลอนและ

หลงผิด โดยไม่ต้องคำนึงถึงคำวินิจฉัยโรค และพฤติกรรมแปลกประหลาดที่เกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนและหลงผิด แต่ไม่รวมถึงพฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายข้าวของ หรือมีพฤติกรรมที่มากเกินไปอันเนื่องมาจากอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดที่ได้ประเมินไปแล้วในหมวด 1 ซึ่งแนวทางในการให้คะแนน มีดังนี้

- 0 ไม่มีหลักฐานว่ามีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดในช่วงของการประเมิน
- 1 มีความเชื่อที่ค่อนข้างแปลกหรือประหลาดที่ไม่เข้ากันกับความเชื่อตามปกติในวัฒนธรรมของตน
- 2 มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด (เช่น ได้ยินเสียง เห็นภาพหลอน) แต่ผู้ป่วยแสดงอาการกักตักเก็บ หรือมีพฤติกรรมประหลาดเพียงเล็กน้อย คือมีอาการทางคลินิกแต่น้อย
- 3 สังเกตได้ชัดว่าหมกมุ่นอยู่กับอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด ทำให้ผู้ป่วยกักตักเก็บมากและ/หรือแสดงพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดว่าประหลาด คือมีอาการทางคลินิกรุนแรงปานกลาง
- 4 อาการประสาทหลอนหรือหลงผิดมีผลต่อสภาพจิตใจและพฤติกรรมอย่างมากและร้ายแรงร่วมกับส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรง

หมวด 8 ปัญหาทางจิตและพฤติกรรมอื่นๆ

1) เป็นการเปิดโอกาสให้ได้ประเมินอาการอื่นที่ไม่ได้รวมไว้ในหมวดก่อนหน้านี้ ปัญหาหลายประเภทถูกระบุไว้ 2) ประเมินเฉพาะปัญหาทางคลินิกที่รุนแรงที่สุด ที่ไม่ได้นำมาพิจารณาใน หมวด 6 และหมวด 7 ดังต่อไปนี้ ซึ่งกำหนดลักษณะเฉพาะของความผิดปกติแต่ละประเภทโดยใช้ตัวอักษรต่อไปนี้เป็นเกณฑ์ **A** โรคกลัวอย่างรุนแรงเกินเหตุผล (รวมถึงการกลัวการออกจากบ้าน กลัวฝูงชน กลัวที่สาธารณะ กลัวการเดินทาง กลัวการเข้าสังคมพบปะผู้คน และความกลัวรุนแรงเฉพาะอย่างแบบอื่นๆ), **B** โรควิตกกังวล (และตื่นตระหนก), **C** โรคย้ำคิด-ย้ำทำ, **D** โรคเครียด (เป็นปฏิกิริยาต่อเหตุการณ์ที่ชวนให้เครียดมาก หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดรุนแรง), **E** โรค dissociative (ปัญหา “conversion”), **F** โรค somatoform (ยังคงมีปัญหาทางกายอยู่ ทั้งๆ ที่ได้รับการตรวจอย่างถี่ถ้วนแล้วและแพทย์ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยแล้วว่าไม่ได้มีโรคใดๆ), **G** การกิน (ปัญหาเกี่ยวกับความอยากอาหาร การกินมากเกินไป-กินน้อยเกินไป), **H** การนอน, **I** ทางเพศ, **J** อื่นๆ ซึ่งแนวทางในการให้คะแนน มีดังนี้

- 0 ไม่มีหลักฐานว่ามีปัญหาเหล่านี้ในช่วงของการประเมิน
- 1 มีปัญหาเล็กน้อย แต่ไม่สำคัญทางคลินิก

- 2 มีปัญหาทางคลินิกซึ่งแสดงอาการให้เห็นในระดับน้อย (เช่น ผู้ป่วย/ผู้รับบริการยังควบคุมได้ในระดับหนึ่ง)
- 3 เกิดอาการรุนแรงอย่างทันทีหรือมีอาการกักตักมานานๆครั้ง พร้อมกับสูญเสียการควบคุม (เช่น ต้องหลีกเลี่ยงโดยสิ้นเชิงจากสถานการณ์ที่ทำให้วิตกกังวล ต้องโทรศัพท์ขอให้เพื่อนบ้านมาช่วย ฯลฯ) คือมีปัญหาที่รุนแรงในระดับปานกลาง
- 4 มีปัญหาอย่างรุนแรงซึ่งมีอิทธิพลครอบคลุมกิจกรรมแทบทั้งหมด

2. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale ; BPRS) ของมานิตย์ ศรีสุรภานนท์ (2545) ประกอบด้วยแนวทางการสัมภาษณ์ 18 คำถาม ดังนี้ คือ 1) ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (somatic concern) 2) อาการไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคล (disorientation) 3) อาการซึมเศร้า (depression) 4) ความรู้สึกผิด (guilt) 5) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content) 6) ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (suspiciousness/persecution) 7) ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง (grandiosity) 8) อาการประสาทหลอน (hallucinatory behavior) 9) อาการวิตกกังวล (anxiety) 10) ความตึงเครียด (tension) 11) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement) 12) การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (motor retardation) 13) ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (mannerisms & posturing) 14) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) 15) การไม่ร่วมมือ (uncooperativeness) 16) การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) 17) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect) และ 18) ความคิดสับสน (conceptual disorganization) ซึ่งการประเมินทำได้ 3 วิธี คือ 1) ซักถามจากผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนสัมภาษณ์ผู้ป่วย 2) ซักถามจากผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์ 3) สังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์

แนวทางในการให้คะแนนการประเมินอาการทางจิต

คะแนน 1 (ไม่มีอาการ) ไม่มีอาการเลย

คะแนน 2 (มีอาการขั้นต่ำสุด) หมายถึง อาการผิดปกติที่ไม่ชัดเจน ยังไม่แน่ใจว่าจะเป็นอาการผิดปกติหรือไม่ หรือเพียงแต่สงสัยว่าจะมีความผิดปกติ หรืออาจเป็นอาการที่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพียงแต่มีความโน้มเอียงไปทางความผิดปกติมากกว่าคนทั่วไป

คะแนน 3 (มีอาการเล็กน้อย) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการนั้นโดยไม่ต้องสงสัย แต่ไม่เป็นอาการเด่นหรือรุนแรง และมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันเพียงเล็กน้อย

คะแนน 4 (มีอาการปานกลาง) หมายถึง อาการที่แม้จะเป็นปัญหาสำคัญ ก็มีอาการเพียงบางครั้ง และมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันในระดับปานกลางเท่านั้น

คะแนน 5 (มีอาการค่อนข้างรุนแรง) หมายถึง อาการที่มักแสดงออกอย่างรุนแรงและชัดเจน ซึ่งมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก แต่ไม่ถึงกับทำให้เสียไปทั้งหมด

คะแนน 6 (มีอาการรุนแรง) หมายถึง อาการซึ่งมีบ่อยมาก มีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก และอาจทำให้ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

คะแนน 7 (มีอาการรุนแรงมาก) หมายถึง อาการในระดับที่รุนแรงที่สุด ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยอย่างรุนแรง ทำให้ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และต้องได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ หลายด้าน โดยคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 18 – 126 คะแนน

3. แบบประเมินปัญหาจากการดื่มสุรา ซึ่งองค์การอนามัยโลกเป็นผู้พัฒนาแบบประเมินนี้ขึ้น (Alcohol Use Disorders Identification Test [WHO]) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยประเมินระดับปัญหาของการดื่มสุราลักษณะมาตรฐานค่า (rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ การตอบคำถาม การให้คะแนนมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (ปริทรรศน์ ศิลปกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2552)

ไม่เคยเลย	0 คะแนน
เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	1 คะแนน
2-4 ครั้งต่อเดือน	2 คะแนน
2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	3 คะแนน
4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์หรือมากกว่า	4 คะแนน

แปลผลโดยการคิดคะแนนที่รวมได้ โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

0-7 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบปลอดภัย (Low risk drinking)

8-15 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงหรือกลุ่มที่ดื่มแบบอันตราย

(Hazardous or Harmful drinking)

16-19 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบติดสุรา (Alcohol dependence)

20-40 คะแนน หมายถึง จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยภาวะติดสุราต่อไป

4. แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Revised Version [CIWA-Ar]) ของซอนเดอร์ส (Saunders อ้างใน พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ, 2549) เพื่อให้ประเมินอาการถอนพิษสุรา เป็นเครื่องมือใช้ง่าย สะดวก มีมาตรฐานสากล โดยสามารถบ่งบอกถึงระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา ได้ดังนี้

CIWA < 8 คะแนน	ระดับเล็กน้อย
CIWA 8-15 คะแนน	ระดับปานกลาง
CIWA > 15 คะแนน	ระดับรุนแรง



### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคจิตจากสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตจากสุรา ยังไม่พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง แต่จะเป็นปัจจัยที่ต่อเนื่องจากการดื่มสุราและการติดสุรา พัฒนากลายเป็นโรคจิตจากสุรา สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้ คือ

1. **ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factors)** จากการศึกษาพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มแอลกอฮอล์แบบติด และสามารถพัฒนากลายเป็นโรคจิตจากสุราได้ หากยังคงมีการดื่มต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ ปัจจัยแรกคือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวเคมีและการทำงานของสมอง พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มากของบุคคล หรือความต้องการอยากดื่มแอลกอฮอล์จะอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมองบริเวณเวนทรัล เทกเมนทัล (ventral tegmental area) ที่เชื่อมโยงการทำงานกับสมองส่วนนิวเคลียส เอกคัมเบม (nucleus accumbens) บริเวณดังกล่าวมีชื่อวาระบบให้รางวัลสมอง (brain reward system) ซึ่งบริเวณดังกล่าวจะมีสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ที่สำคัญคือ เอนโดจีนัส โอปิออยด์ (endogenous opioid) และโดปามีน (dopamine) โดยสารทั้งสองชนิดนี้จะถูกกระตุ้นด้วยแอลกอฮอล์ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ปัจจัยที่สอง คือ พันธุกรรมและเพศโดยเชื่อว่าการติดสุราเป็นโรคทางพันธุกรรม ซึ่งมีการพิสูจน์ถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยทางพันธุกรรมว่ามีผลต่อการดื่มสุราหรือไม่นั้น สามารถทำได้หลายลักษณะ เช่น โรคพิษสุราเรื้อรังในครอบครัว (Wedding, 1999) โดยมีการศึกษาทั้งในเด็กฝาแฝด และบุตรบุญธรรม พบว่า เด็กในครอบครัวที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังจะกลายเป็นผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมากกว่าครอบครัวทั่วไป ฝาแฝดแท้มีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมากกว่าฝาแฝดเทียม และลูกชายของครอบครัวที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมากกว่า 4 เท่าของครอบครัวที่ไม่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง และยังพบอีกว่าลักษณะดังกล่าวก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางชีวภาพของเด็กหรือการเลี้ยงดูของบิดามารดาด้วยเช่นกัน และยังพบว่า สารเอทานอล

ในสุรามีฤทธิ์ต่อระบบประสาทที่จำเพาะต่อ Gamma aminobutyric acid (GABA) system ทำให้เกิดการเสียดัดได้ ดังนั้นสาเหตุของการติดสุราหรือแอลกอฮอล์ น่าจะเกิดจากความผิดปกติในระบบการทำงานของ สารสื่อประสาท เมื่อมีการเสียดัดสุราเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้มีอาการทางจิตเกิดขึ้น โดยพบว่า สารเคมีในสมอง (biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitter) เกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีในประสาทในสมอง (neurochemical disturbances) เช่น สมมติฐานของโดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าเกิดจากการที่สารโดปามีนทำงานมากเกินไป (hyperdopaminergic activity) ทำให้เกิดอาการทางจิตเช่นเดียวกับการเป็น โรคจิตเภท (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวิช, 2542) โดยจะมีอาการประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusion) คิดหว่าดระแวงว่าผู้อื่นจะปองร้าย วิตกกังวล นอนไม่หลับ หรืออาจมีอาการกลัวอย่างรุนแรง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Schuckit, 2005) อาการส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นในระหว่าง หรือภายในช่วงหนึ่งเดือนที่มีภาวะพิษสุรา และจะคงอยู่เป็นเวลานานหลังจากหมดภาวะพิษสุรา อาการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ อาการประสาทหลอนทางหู โดยทั่วไปจะเกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่มสุรา อาการจะคงอยู่ได้ตั้งแต่ไม่กี่ชั่วโมงจนถึง หลายวัน และอาการจะหายไปในเวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน แต่ถ้าหากมีอาการนานกว่า 6 เดือน จะต้องวินิจฉัยแยกโรคจากอาการของ โรคจิตเภท (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2541)

**2. ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ (personality and psychological factors)** ด้านบุคลิกภาพ (personality factors) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านนี้จะพบว่าเริ่มต้นตั้งแต่ปัจจัยด้านบุคลิกภาพการติดสุรา ซึ่งจะพบก่อนการเป็น โรคจิตจากสุรา โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้อธิบายว่าบุคคลที่ติดสุรามักจะมีบุคลิกภาพตรึงแน่น (fixation) ในช่วงของการแสวงหาความสุขจากอวัยวะปาก (oral stage) จึงใช้การกินและดื่มเพื่อ ลดความคับข้องใจ (Keltner, 1995) ผู้ที่ใสสุราเป็นผู้ที่มีความกลัวอยู่ในระดับลึก มีปมด้อย มีความคิดด้านทำลายตัวเองสูง (self destructive) ด้วยเหตุนี้จึงเห็นได้ว่าผู้ที่ใสสุราสามารถบอกได้ถึงโทษของสุราและทราบว่สุรา มีผลเสียต่อร่างกายของเขา แต่ก็ไม่สามารถหยุดการดื่มได้ ทั้งนี้เนื่องจากความคิดทำลายตัวเองที่มีอยู่ในจิตไร้สำนึกของบุคคล (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545) กูดเนอร์ (Goodner, 1994) ได้กล่าวถึงบุคลิกภาพของผู้ติดสุรามักมีบุคลิกภาพ 4 แบบคือ 1) บุคลิกภาพต้องการพึ่งพาและไม่ต้องการพึ่งพา (dependency and independency) โดยจะมีลักษณะเด่นทางด้านความต้องการพึ่งพาเพราะผู้ติดสุรา จะไม่สามารถเผชิญกับความขัดแย้ง จึงหลีกเลี่ยงในการเผชิญกับความขัดแย้งโดย การใสสุราในการแก้ไขปัญหาซึ่งเกิดความขัดแย้งในเรื่องการพึ่งพาและไม่พึ่งพา 2) บุคลิกภาพ ความ โกรธและความคับข้องใจ (anger and frustration) ซึ่งเป็นผลมาจากความต้องการพึ่งพาที่ไม่ได้รับการตอบสนองสุราทำให้เขาสามารถระบายและคลายความ โกรธนั้นลงได้ และบุคลิกภาพที่พบเหมือนกันในบุคคล

ที่ติดสุรา คือ จะมีความทนทานต่อความไม่สมหวังต่ำ ซึ่งความไม่สมหวังเป็นสาเหตุของการที่ไม่สามารถจะเผชิญกับปัญหาความเครียดในชีวิตประจำวัน ได้ 3) บุคลิกภาพความรู้สึกถึงการจะมีอำนาจในการควบคุม (a feeling of power) มักจะมีการใช้สุราเป็นตัวกระตุ้น และทำให้ผู้ติดสุรา รู้สึกว่ามีอำนาจชั่วคราว รวมทั้งได้ผ่อนคลายความรู้สึกไม่สมหวัง ความรู้สึกผิด ต้องการได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญ มีคุณค่าและความต้องการการยอมรับนับถือ แต่ความรู้สึกนี้มักไม่สมหวัง จึงเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้กลับไปดื่มสุราซ้ำ 4) บุคลิกภาพการตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า (underlying depression) อาจเป็นสาเหตุหนึ่งในการเริ่มต้นดื่มสุราความรู้สึกสุขสบายจากการดื่มสุรา ทำให้ผู้ติดสุรา หวนกลับไปดื่มซ้ำ สุราทำให้ภาวะซึมเศร้าหายไปชั่วคราว ซึ่งพบว่าหากมีการหยุดดื่ม ระดับความซึมเศร้าของผู้ดื่มสุราจะเพิ่มขึ้นมาก

ด้านจิตใจ (psychological factors) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มักมีลักษณะการดื่มสุราที่มีรูปแบบที่ไม่เหมาะสม (alcohol used disorders) เช่นเดียวกับกับคนอื่น ๆ คือเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าจนติด และไม่สามารถควบคุมการดื่มทั้งปริมาณ ความถี่ หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ จนกระทั่งเกิดความผิดปกติทางร่างกาย พฤติกรรมและความคิด ทำให้ความรับผิดชอบในหน้าที่ต่างๆบกพร่องไป ไม่สามารถจัดการกับปัญหาชีวิตได้ และมีอาการทางจิต (Moore and Jefferson, 2004)

**3. ปัจจัยด้านภาวะวิกฤติของชีวิต (life crisis factors)** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะวิกฤติของชีวิตแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน (situational crisis) เช่น การแท้งบุตร การถูกทำร้าย การหย่าร้าง การเสียชีวิต และการสูญเสียจากบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น ส่วนภาวะวิกฤติของชีวิตอีกด้านหนึ่ง คือ ภาวะวิกฤติที่เกิดจากกระบวนการเจริญเติบโตและพัฒนาการของชีวิต (developmental crisis) (Aquilera, 1994) ซึ่งภาวะวิกฤติเช่นนี้มีผลทำให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ และทำให้บุคคลหันไปดื่มสุรา เพื่อให้บุคคลมีความกล้าที่จะเผชิญปัญหาที่ยากภายในชีวิตได้ดีกว่าการไม่ดื่มสุรา โดยบุคคลเหล่านี้ส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าสุราสามารถลดความเคร่งเครียดลงได้ (Carlson, Eisenstat, and Ziporyn, 1996) ซึ่งการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมในการดื่มสุราเช่นนี้ ส่วนหนึ่งมักจะดื่มเพื่อระงับความกดดัน และมักดื่มสุราลำพังเพียงคนเดียว เนื่องจากจิตใจอยู่ในสภาวะห่อหุ้ม เครียดหรือกดดัน (อำนาจ พิรุณสาร, 2538) ซึ่งการดื่มสุรานี้ เป็นจุดเริ่มต้นของการติดสุรา จนกลายเป็น โรคจิตจากสุราต่อมา

**4. ปัจจัยด้านภูมิหลังของครอบครัว (family background factors)** ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อบุคคลมาก ปัจจัยด้านภูมิหลังของครอบครัว หมายถึง ชีวิตความเป็นอยู่ และการเลี้ยงดูของครอบครัวที่เป็นสาเหตุให้ดื่มสุรา จากการศึกษาของเพนเดอร์เกส และเชคเฟอร์ (Pendergest and Schacfer อ้างใน อำนาจ พิรุณสาร, 2538) พบว่า ทักษะคิดของบิดา

มารดาที่มีต่อการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราของวัยรุ่น โดยเฉพาะในรายของบิดามารดาที่แสดงตัวแบบในการให้การสนับสนุน จึงเป็นการเปิดโอกาสให้วัยรุ่นใช้ หรือมีพฤติกรรมการดื่มสุรา กลิเซอร์ และบรูซ (Greiser and brotz, 1990) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุราของเด็กพบว่า เด็กที่ได้รับความสนใจและความอบอุ่นจากบิดามารดาจะมีการดื่มสุราน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับสิ่งดังกล่าว จะมีผลเช่นเดียวกันในเด็กวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาร์ติน และพริซชาร์ท (Martin and Prithchad, อ้างใน ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535) พบว่าครอบครัวที่ไม่มีเวลาดูแล แนะนำสั่งสอน เมื่อลูกเป็นวัยรุ่นมักจะดื่มสุราบ่อยและดื่มมาก นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กวัยรุ่นที่ดื่มสุรามักมีสภาพครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันของสมาชิก และจากการศึกษาของ อวัสตา จันท์แสนตอ (2541) พบว่าสตรีที่ติดสุรา มีสาเหตุเนื่องมาจากขาดความอบอุ่นจากครอบครัวในวัยเด็ก จากการศึกษาดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการดื่มสุรา ซึ่งการดื่มสุรานั้นเป็นจุดเริ่มต้นของการติดสุรา จนกลายเป็นโรคจิตจากสุราต่อมา

**5. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (social and cultural factors)** วัฒนธรรมเป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการแสดงออกของมนุษย์ โดยวัฒนธรรมจะรวมถึงประเพณี ค่านิยมของสังคมและศาสนา ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมจึงหมายถึง การเรียนรู้ในสังคมที่เกี่ยวกับการเสพติดสุรา แสดงให้เห็นว่าการเสพติดสุรามีในบุคคลทุกสังคมและทุกวัฒนธรรม แต่เนื่องจากแต่ละสังคมมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป จึงกลายเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ลักษณะและพฤติกรรมของการเสพติดสุรามีความแตกต่างกัน เช่น ประเทศไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งมีข้อห้ามในการดื่มสุรา แต่ก็มีคนที่ดื่มสุรากันทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือชาย ส่วนผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม ก็จะมีข้อปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดในเรื่องข้อห้ามไม่ให้ดื่มสุรา ยังพบว่ามึนน้อยคนที่กล้าฝ่าฝืน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม จะมีอัตราการดื่มสุราต่ำ และมีปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราน้อยกว่าประเทศอื่นๆ จากการศึกษาของ แดงโก, จอห์นสัน, นาโกชิ, เยน และจิดเล (Dango, Johnson, Nagosh, Yuen, and Gidley, 1998) ได้ศึกษาในชาวฮาวาย ซึ่งประกอบด้วยคนหลายเชื้อชาติ ได้แก่ ชาวจีน ญี่ปุ่น ฟิลิปปินส์ และคอเคเซียนอยู่ร่วมกัน พบว่าการดื่มสุราในแต่ละเชื้อชาติมีความแตกต่างกัน เช่นเดียวกับการสำรวจการดื่มสุราใน นักเรียนมัธยมในอเมริกาพบว่า นักเรียนที่มีเชื้อชาติเอเชียและผิวดำมีการดื่มสุราแตกต่างจากนักเรียนผิวขาว โดยที่สภาพครอบครัว การศึกษาและภูมิฐานะไปมีส่วนเกี่ยวข้อง (Bachman et al., 1991)

6. ปัจจัยด้านการใช้ประโยชน์จากสุรา (useful of alcohol factors) สามารถแบ่งออกเป็น ปัจจัยต่างๆ ได้ดังต่อไปนี้

6.1 การดื่มสุราในฐานะที่เป็นยารักษาโรค สุราที่มีแอลกอฮอล์สูงสามารถนำมาใช้ ประโยชน์ในทางการแพทย์ และการบำบัดรักษาโรคได้ คนไทยนิยมใช้สุราในฐานะที่เป็น ยารักษา โรคใน 3 ลักษณะ ได้แก่ นำไปทำยาคองเหล้า ล้างแผล (อำนาจ พิรุณสาร, 2538)

6.2 การดื่มสุราเนื่องจากสุราเป็นสื่อทางสังคม ในสังคมไทยสุรามีบทบาทต่อ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ไม่น้อย เนื่องจากสุราเป็นส่วนหนึ่งของงานเลี้ยงสังสรรค์ ในอดีตสุรา มักดื่มเพื่อความรื่นเริง สนุกสนาน ซึ่งมีเฉพาะใน โอกาสพิเศษ เช่น เทศกาลสงกรานต์ งานบุญบั้งไฟ หรืองานพิธีต่างๆ เช่น งานแต่งงาน งานบวช งานศพ งานขึ้นบ้านใหม่

6.3 การดื่มสุราเพื่อความรื่นเริง สนุกสนาน ซึ่งการดื่มสุราแบบนี้ถือว่าเป็นคนละ ส่วนกับพิธีกรรม โดยอาจมีการบริโภครก่อนหรือหลังพิธีกรรมก็ได้ แบบแผนการบริโภครสุราจึง เปลี่ยนแปลงไป พบว่ามีการใช้สุราใน โอกาสต่างๆ มากขึ้น เช่น การเลี้ยงต้อนรับ หรือการเลี้ยงฉลอง ความสำเร็จ เช่น เสร็จสิ้นจากการทำนา หรือมีการดื่มสุราในงานกึ่งพิธีกรรม เช่น การดื่มอวยพร ในงานเลี้ยง นอกจากนี้ยังมีการดื่มกันแม้ไม่มีโอกาสพิเศษ (อำนาจ พิรุณสาร, 2538)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ปัจจัยของการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มีหลายประการ ร่วมกัน ซึ่งจะสามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคจิตจากสุราได้

### ผลกระทบของการเป็นโรคจิตจากสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงผลกระทบของการเป็นโรคจิตจากสุรา พบว่ามีผลกระทบ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตสุรา ซึ่งจะมีอาการหลงผิด ประสาท หลอนที่เด่นชัดนั้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่ง ผลกระทบดังกล่าวมีรายละเอียดดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกายในผู้ที่เป็โรคจิตจากสุรา เช่นเดียวกับโรคจิตสุรา คือ สุรา มีผลกระทบต่อร่างกาย โดยหากร่างกายมีปริมาณแอลกอฮอล์มากเกินไป จะทำให้เกิดการทำลาย ของ ตับอ่อน และมีผลต่อการทำงานของฮอร์โมน เกิดอาการแทรกซ้อนทางกาย เช่น โรคตับอักเสบ ตับแข็ง ตับอ่อนอักเสบ โรคแผลในกระเพาะอาหาร มะเร็งระบบทางเดินอาหาร กล้ามเนื้อหัวใจ ผิดปกติ ความดันโลหิตสูง เลือดออกในสมอง ความผิดปกติในการเผาผลาญ อาการขาดสารอาหาร ความผิดปกติของเลือด บาดแผลและการติดเชื้อ (Cargiulo, 2007)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ แอลกอฮอล์เป็นสารที่ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง จิตใจและอารมณ์เปลี่ยนแปลง เกิดโรคได้หลายแบบ ได้แก่โรคระแวงจากพิษสุรา (alcoholic paranoid) ประสาทหลอน (alcoholic hallucination) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตสุราที่อยู่ในระยะถอนพิษสุรา (Miller, 1997) แต่ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรามักจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด กังวล เพราะความรู้สึกลึกซึ้ง ผู้หญิงที่ดื่มสุราจำนวนมากจะตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงที่มีความสัมพันธ์กับสุรา การถูกทารุณในบ้านหรือการถูกข่มขืน

3. ผลกระทบต่อครอบครัว การที่มีบุคคลในครอบครัวป่วยและมีอาการของ โรคจิตจากสุรา จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีการทะเลาะเบาะแว้งกันในครอบครัว ร้อยละ 48.8 (สุกฤษา แสงเดือนฉาย, 2547) และก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวมากขึ้น เกิดความระแวง ก้าวร้าว ส่งผลให้ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวลดลง และขัดขวางการทำหน้าที่ของครอบครัว (Brown and Munson, 1987) ครอบครัวที่มีหัวหน้าครอบครัวเป็น โรคจิตจากสุรา จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยภรรยาต้องมีภาระรับผิดชอบมากขึ้น ต้องตัดสินใจเองมากขึ้น และเป็นผู้นำแทนสามี ทำให้ภรรยาเกิดความเครียด ความคับข้องใจ และในที่สุดต้องระบายนามไปยังบุตร (เอี่ยมเดือน เนตรเขม, 2541) ทำให้บุตรเกิดความสับสนไม่แน่ใจสถานการณ์ในบ้าน ไม่มีความมั่นใจในตนเอง และเกิดรู้สึกไม่มั่นคงในความรักของพ่อแม่ เด็กกลุ่มนี้จะพัฒนาเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์หรือบุคลิกภาพ (Gelder, Mayou, and Cowen, 1996) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาสุขภาพจิตของกลุ่มสมรสของผู้ที่เป็น โรคจิตจากสุราพบว่า สุขภาพจิตของกลุ่มสมรสของผู้ที่เป็น โรคจิตจากสุราจะมีสภาพจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 49 และร้อยละ 55 มีความพึงพอใจในชีวิตที่ค่อนข้างต่ำ (ไสยา ตะกุดมูล, 2546)

4. ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ที่เป็น โรคจิตจากสุรานั้น จะมีความอดทนต่อความไม่สมหวังต่ำ มีพฤติกรรมการเผชิญต่อปัญหาต่างๆ ไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ ทำให้เป็นสาเหตุของการกลับไปดื่มสุราอีก เมื่อดื่มสุราจนเมา มักขาดสติ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ชอบก่อการทะเลาะวิวาท ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม เกิดการสูญเสียทรัพยากรทั้งคนและสิ่งของ เพิ่มอัตราการป่วยและอัตราการตาย เพิ่มปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรง (Sullivan, 1995) และจากการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่ามีความเจ็บป่วยทางจิต มักไม่ได้รับการยอมรับหรือเห็นคุณค่า สัมพันธภาพเริ่มเปลี่ยนแปลงไปในหมู่เพื่อนฝูง หรือคนอื่นๆ กลายเป็นลักษณะผิวเผิน (Lloyd, Sullivan, and Williams, 2005) และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช คนส่วนใหญ่ยังมีการรับรู้และความเข้าใจในลักษณะของโรคน้อย จึงมีทัศนคติทางลบ รู้สึกหวาดกลัว รังเกียจ ไม่ติดต่อ ไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ที่เป็น โรคจิตจากสุราถูกตัดโอกาสในการเข้าร่วม

กิจกรรมและ การใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมของตน (เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์ และคณะ, 2547) นอกจากนี้ผู้ที่ เป็นโรคจิตจากสุราเป็นระยะเวลานาน จะมีอัตราการว่างงานสูง จากการศึกษพบว่า อัตราผู้ที่ เป็น โรคจิตจากสุราไม่มีงานทำอยู่ระหว่างร้อยละ 61 ถึง 72 ซึ่งเป็นการกีดกันทางสังคม ส่วนใหญ่ร้อยละ 95 จะมีผลกระทบต่ออาชีพ การงานและการจ้างงาน และยังคงส่งผลกระทบต่อ ต้นทุนส่วนบุคคลจากการเจ็บป่วยจากโรคที่ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาโรค ต้นทุน เวลาใน การขาดงาน และมูลค่าการสูญเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย มีมูลค่ารวมเป็น 4968.4-7492.8 ล้านบาท (คิดเป็นร้อยละ 22.2-38.2 ของมูลค่าความเสียหายทั้งหมด) (นิพนธ์ พัวพงศกร และคณะ, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า ผลกระทบของการเป็น โรคจิตจากสุราจะส่งผลกระทบต่อในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ถึงแม้ว่าจะมีผลกระทบต่างๆมากมายดังที่กล่าวมา แต่ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราก็ยังคงดื่มสุรายู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาจากการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง และเรื้อรังขึ้น จำเป็นต้องเข้า รับการ บำบัดรักษาใน โรงพยาบาลในระยะยาว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่องต่อไป

### การบำบัดดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตจากสุรา

การรักษาผู้ที่ เป็น โรคจิตจากสุรา ต้องใช้การดูแลรักษาที่ค่อนข้างซับซ้อน และการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจง โดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการถอนพิษสุรา ได้อย่างทันท่วงที โดยกระบวนการบำบัดดูแลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

1. การบำบัดดูแลในระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง หรือ มีปัญหาที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2546; สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณ พงศ์ไพศาล, 2543) การรักษาในระยะนี้คือ

1.1 การรักษาอาการถอนพิษสุรา อาการถอนพิษสุราระดับไม่รุนแรงมักเกิดหลังจากหยุดดื่มสุรา 2-3 ชั่วโมง มักเริ่มมีอาการวิตกกังวล รู้สึกกระวนกระวายเล็กน้อย เบื่ออาหาร มือสั่น ใจสั่น ส่วนอาการขาดสุรารุนแรงมักจะเกิดขึ้นหลังจากหยุดสุรา 12-48 ชั่วโมง เริ่มจากอาการแสดงออกของประสาทอัตโนมัติผิดปกติ (hyper autonomic activity) ได้แก่ ไม่รู้จักเวลา สถานที่ บุคคล (disorientation) สับสน (confuse) อาจเกิดอาการชัก (seizure) แนวทางการรักษาในกรณีนี้ที่ ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุราไม่รุนแรง คือ การดูแลแบบประคับประคองให้กำลังใจ และให้ ความ

เชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงจะรักษาโดยการให้ยาในกลุ่ม เบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepine) เพื่อลดหรือป้องกันการเกิดอาการถอนพิษสุราและทำให้ผู้ป่วยสงบ โดยทั่วไปจะใช้ยาที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (long half-life benzodiazepine) เพราะทำให้ควบคุมอาการได้ดี เช่น ไดอะซีแพม (diazepam) หรือ คลอไดอะซีพอกไซด์ (clodiazepoxide) ส่วนในผู้ที่มีความบกพร่องของการทำงานของตับ หรือในผู้สูงอายุ ควรพิจารณาให้ยาที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น และมีความปลอดภัย เช่น ลอราซีแพม (lorazepam) การให้ยาเพื่อรักษาอาการถอนพิษสุราที่ใช้ทั่วไป แบ่งเป็นการให้ยาตามมาตรฐานการให้ยา (Standard treatment regimen) เป็นการให้ยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด ในรายที่มีความเสี่ยงหรือเริ่มมีอาการขาดสุราเพื่อป้องกันอาการถอนพิษสุราหรือควบคุมไม่ให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น และการให้ยาตามอาการที่เกิดขึ้น (Symptom-triggered Regimen) เป็นการให้ยาตามความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา โดยพิจารณาขนาดยา และความถี่ในการให้ตามความรุนแรงของอาการ ซึ่งประเมินจาก CIWA-Ar โดยระยะเวลาการประเมิน พิจารณาตามความรุนแรงของอาการ ยาที่ให้อาจพิจารณาให้โดยการกิน หรือฉีดเข้าทางเส้นเลือด ในกรณีที่มีผู้ป่วยอาการรุนแรงมาก กินไม่ได้หรือไม่ยอมกิน (Bayard, 2004 : วันทดา ถมคำพาณิชย์ และคณะ, 2550) ดังนั้นเป้าหมายการรักษาในระยะนี้คือป้องกันการเกิดอาการชักและอาการสับสนเพ้อคลั่ง (delirium tremens) อันเนื่องมาจากภาวะถอนพิษสุรา

1.2 การรักษาอาการทางจิตที่เกิดจากสุรา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ในปัจจุบันยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่เป็น โรคจิตจากสุราที่ได้ผลดี คือยารักษาอาการทางจิต (antipsychotic drug) ยาระงับอาการวิตกกังวล (antianxiety drug) ยาระงับอาการซึมเศร้า (antidepressant drug) ถึงแม้ว่า ยาที่รักษาอาการทางจิตจะทำให้อาการทุเลาแต่ยาทุกตัวที่รักษาโรคอาจมีฤทธิ์ข้างเคียงเกิดขึ้นได้ ฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อย เช่น กล้ามเนื้อเกร็ง ตัวแข็ง มือสั่น กระสับกระส่าย ความดันโลหิตต่ำ ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก ผื่นคัน แพ้แดดทำให้เกิดอาการใหม่ ฤทธิ์ข้างเคียงนี้ถือเป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่ค่อนข้างรุนแรงของยารักษาโรคจิต

2. การบำบัดดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะหลังจากรักษาภาวะถอนพิษสุราแล้วซึ่งผู้ป่วยโรคจิตจากสุราจะไม่มีภาวะถอนพิษสุรา ไม่มีอาการทางจิต กระบวนการความคิดปกติ สามารถคิดหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เป็นการบำบัดที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา กลับไปอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมเดิมได้ สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มได้นานที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยปัญหาจากสุรา ซึ่งแนวทางการรักษาทางจิตสังคมเพื่อฟื้นฟูทางจิตใจ และสังคม มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การทำจิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยผู้รักษาต้องใช้วิธีการแบบเชิงรุก (active & supportive psychotherapy) มุ่งเน้นเฉพาะทักษะ การแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ (coping skill to deal with situations) การสร้างแรงจูงใจให้หยุดดื่ม แอลกอฮอล์ (motivation) เรียนรู้และคาดการณ์ถึงผลกระทบจากการดื่ม

2.2 การบำบัดทางพฤติกรรม (behavioral therapy) ได้แก่ การรักษาแบบชุมชนบำบัด (community reinforcement approach) ซึ่งใช้หลักของพฤติกรรมบำบัด การบำบัดรักษาประกอบด้วย ครอบครัวบำบัด (conjoint therapy) การฝึกทักษะการทำงาน (training in job finding) การให้คำปรึกษา เกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม และเน้นทานการโดยปลอดสุรา (counseling focused on alcohol free social recreational activities) การเข้าชมรมปลอดสุรา (alcohol free social)

2.3 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) เป็นรูปแบบการบำบัดที่อาศัยทฤษฎีระยะการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) และการบำบัดโดยใช้แรงจูงใจ (Motivational interviewing : MI) เป็นการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการช่วยผู้ป่วย ได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจของตนเอง สร้างความรู้สึกรู้สึกให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ด้วยทำที่ที่แสดงความเข้าใจ เห็นใจของผู้บำบัด ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดอย่างน้อย 15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จำนวน 2-4 ครั้ง ตามสภาพของผู้ป่วย (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.4 การปรับเปลี่ยนแนวความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy: CBT) ถูกพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ที่มีโครงสร้างและระเบียบการบำบัดที่ชัดเจน โดยผสมผสานการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive therapy) และการปรับพฤติกรรม (behavior therapy) สามารถให้การบำบัดเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มได้ โดยมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้การบำบัด เพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็น ในการควบคุมการดื่มสุรา โครงสร้างการบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ การให้จิตวิทยาศึกษา การเฝ้าติดตามตนเอง การกำหนดเป้าหมายพฤติกรรม การให้รางวัลเมื่อบรรลุเป้าหมาย การฝึกทำ functional analysis ของสถานการณ์การดื่ม การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา และมีกรบ้านเพื่อฝึกปฏิบัตินอกชั่วโมงบำบัด ผลลัพธ์ที่ดีของการบำบัดโดยวิธีนี้มักสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงศักยภาพสูงของตนเอง (self-efficacy) และการที่ผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ไขปัญหามากกว่าวิธีหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อ การดื่ม การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive therapy) ที่ขาดองค์ประกอบของ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior therapy) พบว่าไม่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา การฝึกทักษะทางสังคม (social skill

training) ที่จำเป็น ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การฝึก assertive training และทักษะการปฏิเสธสุรา (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.5 กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group) เป็นรูปแบบในการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด รู้จักกันดีในนามของกลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (Alcohol Anonymous or AA) เป็นการรวมกลุ่มของผู้ที่เสพติดสุรา คือผู้เสพติดสุราจะช่วยเหลือกันเอง วัตถุประสงค์หลัก คือ ช่วยให้สมาชิกมีการพัฒนาคุณภาพะทางอารมณ์ มีชีวิตอยู่ได้โดยไม่พึ่งพาอาศัยสุรา ช่วยเหลือ ปรึกษา ปรึกษาปรึกษาให้ผู้เสพติดสุราที่มีความพยายามจะเลิกสุรา ช่วยให้เขาหยุดดื่มสุราได้นานที่สุด จะจัดประชุมทุกสัปดาห์เล่าประสบการณ์และความรู้สึกของตนเองให้เพื่อนสมาชิกฟัง เป็นความสมัครใจ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและไม่มีการตำหนิ มีแต่การให้กำลังใจและเข้าใจกัน ต่างเสริมให้ตนเองละเลิกการดื่มสุรา (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

3. การบำบัดดูแลเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือภายหลังจำหน่าย โดยเน้นการประเมินทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งญาติผู้ดูแลและแหล่งสนับสนุนในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้ครอบครัวชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราอย่างถาวร มีความพร้อมในการกลับคืนสู่สังคม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ รวมทั้งได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดการรายกรณี (case management) เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิข, 2548; American Psychiatric Association [APA], 1994; Kaplan and Sadock, 2000)

จะเห็นได้ว่า การบำบัดดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรามืออยู่ 3 ระยะด้วยกัน และในแต่ละระยะก็จะมีแนวปฏิบัติในการบำบัดดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายวิธี เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราอย่างแท้จริง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย ลดพฤติกรรมกรดืมสุราและลดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยต่อไป สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ที่ครอบคลุมการดูแลในระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูจิตใจ

## สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยโรคจิตจากสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาด 700 เตียง สังกัดกรมสุขภาพจิต มีวิสัยทัศน์ คือ เป็นผู้นำทางวิชาการ ให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีมาตรฐาน และมีความเชี่ยวชาญด้านปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ ภายในปี 2554 โดยได้กำหนดอยู่ในแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาล ในยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้ได้มาตรฐาน อย่างยั่งยืน และเป็นเลิศในการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ จึงได้ให้การบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา โดยจัดให้มีดีกฝ้ายคำ (แผนกผู้ป่วยในชาย) และดีกจิระ (แผนกผู้ป่วยในหญิง) เป็นสถานที่บำบัดรักษามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 มีสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ในปี 2551 และ 2552 คือ 1,702 และ 1,794 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา (alcohol induced psychotic disorder หรือ F10.5) จำนวน 403 และ 579 คน คิดเป็นร้อยละ 23.67 และ 34.64 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราทั้งหมด (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552) โดยแบ่งการดูแลเป็นระยะ คือ การดูแลในระยะเฉียบพลัน ซึ่งจะเน้นการดูแลในระยะถอนพิษสุรา โดยผู้ป่วยในทุกคนจะผ่านหน่วยถอนพิษสุราก่อนทั้งผู้ป่วยโรคจิตจากสุราและผู้ป่วยโรคติดสุรา แต่ในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรานั้นจะต้องประเมินอาการทางจิต การดูแลให้ได้รับยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง และการสังเกตผลข้างเคียง ที่อาจเกิดจากการได้รับยาทางจิต หากพ้นระยะถอนพิษสุราแล้วจะเข้าสู่การดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการประเมินด้านแรงจูงใจในการเลิกสุรา ประเมินการรับรู้และความสามารถในการอ่านและเขียน เพื่อรับการบำบัดทางจิตสังคมจากทีมสหวิชาชีพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) 2) การให้การปรึกษาปัญหาการดื่มสุราแบบกลุ่ม (alcohol group counseling) 3) กลุ่มการให้ความรู้สำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (alcohol education) 4) การบำบัดแบบกลุ่มประคับประคองทางจิตใจ (group supportive) 5) การให้คำแนะนำ และการบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (brief counseling: brief advice/brief intervention) 6) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy/ motivational interviewing) และ 7) การให้คำปรึกษาครอบครัว (family counseling) เป็นต้น

ถึงแม้จะมีแนวปฏิบัติดังกล่าวมาแล้วแต่ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสุรากลับมารักษาซ้ำในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง มีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่กลับไปดื่มสุราซ้ำและเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง ปี 2551 และ 2552 ในระยะ 2 สัปดาห์ ร้อยละ 27.23 และ 28.56 และในระยะ 4 สัปดาห์ ร้อยละ 52.35 และ 62.01 ตามลำดับ เป็นต้น (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552) จากการทบทวนโรงพยาบาลสวนปรุง ยังไม่มีการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การ

กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราแต่พบว่า ศิริินภา ชันธรรม (2553) ได้ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีผู้ป่วย โรคจิตสุราจำนวนหนึ่ง ซึ่งมีโอกาสพัฒนาไปเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา นั้น ยังคงมีพฤติกรรม การดื่มสุราซ้ำ ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราต่อเนื่องที่บ้าน แมคคีแฮน (McKeehan, 1981) ได้กล่าวไว้ว่า แผนจำหน่ายผู้ป่วย คือ กิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในรูปแบบมาตรฐาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินความต้องการที่ดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับญาติหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องให้ ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย โดยเฉพาะในระยะฟื้นฟู และระยะก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความพร้อม และความมั่นใจในการดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตัวเอง ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และไม่กลับมารับการรักษาซ้ำด้วยปัญหาจากการดื่มสุราอีก ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราต่อเนื่องที่บ้าน

### แนวคิดเกี่ยวกับแผนจำหน่ายผู้ป่วย

#### ความหมายของแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้คำนิยามของแผนจำหน่ายไว้หลายความหมายด้วยกัน ดังนี้

แผนจำหน่ายผู้ป่วย คือกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วย ภายหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือ ประสานงานกันระหว่างบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหา ความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติและการประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

แผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นส่วนประกอบหนึ่งของกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการเตรียมผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเพื่อการดูแลในระยะต่อไป และได้รับการช่วยเหลือในการจัดการเกี่ยวกับสิ่งที่จำเป็นต่างๆ ในการดูแลในระยะนั้นๆ เพื่อให้สามารถดูแลตัวเองหรือได้รับการดูแลจาก

สมาชิกภายในครอบครัวหรือแม้กระทั่งจากหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ (American Hospital Association, 1983)

แผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การดูแลในกระบวนการวางแผนจำหน่ายจะเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยไปอยู่บ้าน (Rorden & Taft, 1990)

แผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาล โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่จัดทำขึ้นในรูปแบบมาตรฐาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นกระบวนการประสานงานกันระหว่างบุคลากรหลายๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินความต้องการการดูแลต่อที่บ้านร่วมกับญาติภายหลังออกจากโรงพยาบาล (McKeeHan, 1981)

แผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นแผนซึ่งทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันจัดทำขึ้น เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือหน่วยบริการสุขภาพอื่นภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว เป็นผลให้เกิดการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ (Pearlman, 1984)

แผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการบริการที่กว้างขวาง ครอบคลุมทั้งการบริการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคล ครอบครัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นบริการที่จำเป็นอย่างหนึ่งที่โรงพยาบาลต้องให้แก่ผู้ป่วยจำหน่าย และถือเป็นสิ่งประกันคุณภาพการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ว่าผู้ป่วยจะมีความพร้อม อย่างเต็มที่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (กองการพยาบาล, 2539)

แผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบการดูแลสุขภาพ การวางแผนจำหน่ายเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิในการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย (O'Ryan, 1988)

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า แผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับการรักษา จนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลสู่ที่บ้าน หรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วย โดยได้รับความร่วมมือประสานงานระหว่างบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว

## องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

กองการพยาบาล (2539) กล่าวว่า องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วย

- 1) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสหวิชาชีพ องค์กรหรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งในและนอกสถานบริการ โดยมีพยาบาลซึ่งรับผิดชอบใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นผู้ประสานกิจกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 2) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล (care giver) ในการกำหนดเป้าหมายวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับพยาบาลหรือทีมสุขภาพอื่นๆ ภายใต้สัมพันธภาพที่ดี
- 3) การนำขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการ การวินิจฉัยปัญหาการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผล
- 4) การมีแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่สื่อความหมายในการปฏิบัติ และ
- 5) มีกระบวนการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของความเจ็บป่วย ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลที่บ้านหรือการดูแลภายหลังจำหน่าย

แมคคีแฮน (McKeeHan, 1981) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปฏิสัมพันธ์กัน 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยและบุคคลสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการวางแผนจำหน่ายที่มีคุณภาพ แต่ผู้ป่วยจะต้องมีบทบาทให้ความร่วมมือในการวางแผนร่วมกับผู้ดูแลและจะต้องเชิญสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนนี้ด้วย ซึ่งการวางแผนจำหน่ายนี้จะต้องเริ่มต้นตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ เพื่อที่จะมีเวลาในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสม

2. การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ บ้านของผู้ป่วย องค์กรหรือสถาบันต่างๆ ในชุมชนที่ให้การช่วยเหลือ

3. กฎระเบียบต่างๆ ที่ใช้ในการปฏิบัติของหน่วยบริการสุขภาพ ต้องมีผู้รับผิดชอบในการวางแผนจำหน่าย ผู้ปฏิบัติต้องเข้าใจถึงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการประเมินผลย้อนกลับให้ผู้ปฏิบัติได้รับทราบ ถ้าหากไม่ได้รับความสะดวกหรือมีอุปสรรคในการดำเนินการวางแผนจำหน่าย

4. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ ต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการผสมผสานการให้บริการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและผลสำเร็จของการผสมผสานนี้ขึ้นกับบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาใช้องค์ประกอบตามแนวคิดของแมคคีแฮน (McKeeHan, 1981) โดยเน้นในเรื่องการทำงานเป็นทีมของทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ เป็นสำคัญ

### รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลายรูปแบบด้วยกัน ซึ่งแต่ละรูปแบบมีความคล้ายคลึงกันคือประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ องค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการกำหนดแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การนำขั้นตอนกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผน มีระบบการส่งต่อและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยแต่ละรูปแบบอาจมีความแตกต่างกันในเรื่องเป้าหมาย รายละเอียดของแผนหรือบทบาทของทีมสหวิชาชีพ ปัจจุบันในทางปฏิบัติได้มีผู้คิดค้นวิธีที่จะทำให้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเกิดประสิทธิผลตามที่ต้องการดังเช่นรูปแบบต่างๆ ต่อไปนี้ (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

1. รูปแบบการปฏิบัติร่วมกันแบบหุ้นส่วนในการดูแล (The partners-in-care model of collaborative practice) รูปแบบนี้มุ่งผลของการใช้ผู้จัดการทางการพยาบาล (nurse case management) ในการประสานการดูแลระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย (Pugh et al., 1999)

2. รูปแบบ A-B-C ได้พัฒนาขึ้นโดยโรเดน และทาล์ฟ (Roden and Talf, 1990) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลที่เป็นต่อการวางแผนจำหน่าย (assessment) จากนั้นนำมาสร้างแผนจำหน่าย (building a plan) โดยเน้นจากปัญหาและความต้องการที่รวบรวมได้ การยืนยันแผนจำหน่าย (confirm the plan) กระทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้

3. รูปแบบ D-METHOD รูปแบบนี้เสนอโดยกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) ซึ่งจะเป็นแนวทางกลางๆ ในการที่จะใช้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ภายหลังการจำหน่าย ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละเรื่องแตกต่างกันตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ป่วยต้องได้รับความรู้ตามตัวอักษร ได้แก่ D (Disease) ความรู้เรื่องโรคที่ตนเองเป็น M (Medication) ความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ E (Environment and Economic) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ T (Treatment) มีความเข้าใจในเป้าหมายของการรักษาและทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา H (Health) ต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง เข้าใจผลกระทบของการเจ็บป่วยและสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม

O (Outpatient Referral) เข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด D (Diet) เข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหาร ได้ถูกต้อง เหมาะสมกับโรค

4. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ (Comprehensive Discharge Planning Program) พัฒนาขึ้นโดยเนลเลอร์ (Naylor et. al., 1994) เป็นการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ โดเฉพาะผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในระบบต่างๆ เช่น ระบบหัวใจและทรวงอก รูปแบบนี้มุ่งที่ความสมดุลระหว่างการให้การพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ไป

5. รูปแบบของแมคคีแฮน (McKeeHan, 1981) เป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกันในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินปัญหา การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนให้เหมาะสมกับสภาพของปัญหา การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาใช้รูปแบบของแมคคีแฮน (McKeeHan, 1981) มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เนื่องจากรูปแบบของแมคคีแฮน มีขั้นตอนการปฏิบัติคล้ายกับกระบวนการพยาบาลที่ประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินปัญหา (Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้ ด้านพยาบาล ช่วยให้พยาบาลเกิดความมั่นใจ เนื่องจากแผนการพยาบาลซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการพยาบาล อันจะช่วยให้พยาบาลทราบถึงเป้าหมายที่สำคัญสำหรับผู้รับบริการอย่างเฉพาะเจาะจง แผนการพยาบาลที่ดีจะช่วยลดเวลาและความสับสนที่เกิดจากการปฏิบัติ แบบลองผิดลองถูกของพยาบาล ช่วยให้พยาบาลได้ใช้ทักษะพื้นฐานต่างๆ และยังช่วยในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภทได้ นอกจากนี้ยังช่วยในการสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีม และด้านผู้ป่วย การให้การพยาบาลยึดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จะเป็นการตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง

### ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามแนวคิดของแมคคีแฮน (McKeeHan, 1981) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย



เป็นขั้นตอนแรกในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นการประเมินแบบองค์รวมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงแหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือหรือความต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายโดยการสัมภาษณ์ประวัติ การตรวจร่างกาย และทักษะต่างๆ ต่อเนื่องได้ เพื่อกำหนดความต้องการความช่วยเหลือและวินิจฉัยปัญหา ทั้งในปัจจุบัน และก่อนที่จะเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งขั้นตอนนี้จะต้องทำอย่างต่อเนื่องเป็นวงจร ในด้านการวางแผนการเปลี่ยนแปลงผลกระทบของการเจ็บป่วย และ ความต้องการการเอาใจใส่ดูแลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ แต่ข้อมูลดังกล่าวจะต้องคำนึงถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2. การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล และความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการประเมินปัญหาและความต้องการ บุคลากรในทีมสหวิชาชีพเป็นการวินิจฉัย การพยาบาลในลักษณะของปัญหาเฉพาะหน้า นำข้อมูลดังกล่าวมาร่วมกันวิเคราะห์และให้การวินิจฉัยเกี่ยวกับความต้องการการดูแลทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องกำหนดไว้เป็นแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้บรรลุถึง ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

3. การกำหนดแผนจำหน่าย เพื่อลงมือปฏิบัติโดยผู้ป่วยและญาติ กับผู้ให้การดูแลอื่นๆ การสอนและกระตุ้น ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการสอนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ โดยการสอนผู้ป่วย จะต้องทำเป็นเอกสารที่มีบันทึกถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวไว้ด้วย รวมทั้งมีการวางแผนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหรือกลับสู่ชุมชน โดยมีระบบการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่ให้การดูแลต่อไป

4. การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน ซึ่งเป็นการปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ โดยทั่วไปพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติตามแผนจำหน่าย โดยมีหน้าที่เป็นผู้วางแผน ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ให้สำเร็จด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสอน การสาธิต การให้คำปรึกษา เป็นต้น รวมทั้งเป็นผู้ที่มอบหมายงานให้บุคลากรทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วม ในการปฏิบัติตามแผน

5. การติดตามประเมินผล เพื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติ แม้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผลลัพธ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว พยาบาลก็ต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วย หลังจากการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นๆ ข้อมูลเหล่านี้จะต้องเป็นไปตามการวางแผนของพยาบาลในหน่วยงานของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ที่ต้องให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวหลังจำหน่าย ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวไม่ว่าจะเป็นในด้านผู้ป่วย ญาติ

และทีมสหวิชาชีพสามารถติดตามได้โดยใช้การสื่อสารด้วยวิธีการต่างๆ ที่ขึ้นอยู่กับวิธีการของโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน

### บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

แผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นบทบาทของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ โดยแพทย์ มีบทบาทในการประเมินและวินิจฉัยโรคจิตจากสุราตามระบบ DSM IV-TR ประเมินภาวะแทรกซ้อน และโรคร่วม การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้การบำบัดรักษา ตรวจเยี่ยม และปรับแผนการรักษา โรงพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานการดำเนินงาน ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษา เผื่อระวัง ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนและสังเกตความผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตลอดจนให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตจากสุรา และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ นักกายภาพบำบัดมีบทบาทในการประเมินศักยภาพผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อวางแผนการฟื้นฟูในระยะที่อาการทางจิตสงบ เภสัชกร มีบทบาทในการให้ข้อมูลสารสนเทศด้านยาแก่ทีมเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ฤทธิ์ข้างเคียง ของยา จัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์แบบ unit dose ตามแผนการรักษา ประเมิน ADR เมื่อได้รับรายงาน จากพยาบาล และให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยรายบุคคลหากมีปัญหาในเรื่องการใช้ยา นักโภชนาการ มีบทบาทในการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโดยใช้ BMI จัดอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย และอาหารเฉพาะโรคในผู้ป่วยแต่ละบุคคล ติดตามการรับประทานอาหารของผู้ป่วย อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในกลุ่มที่มีปัญหาโภชนาการ ตลอดจนให้ข้อมูลในเรื่องอาหารที่เหมาะสมสำหรับ ผู้ป่วย นักจิตวิทยามีบทบาทในการประเมินอาการทางจิต การทดสอบทางจิตวิทยา ประเมินปัญหา ของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาให้การบำบัดที่เหมาะสม การบำบัดทางจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทในการประเมินปัญหาและวินิจฉัยปัญหาทางสังคม ให้คำปรึกษาทางสังคมแก่ผู้ป่วยและญาติ ทำกลุ่มแก้ไขปัญหาทางสังคม เตรียมครอบครัว/ชุมชน ให้ข้อมูลและดำเนินการเรื่องสิทธิประโยชน์ ของผู้ป่วย และขั้นตอนของการให้บริการหน่วยสาธารณสุขใกล้บ้านและ โรงพยาบาลจิตเวช ตลอดจนแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถขอรับความช่วยเหลือได้ (ศศิรส, 2553)

แผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary collaboration) เป็นสิ่งสำคัญที่จะสนับสนุนให้เกิดข้อตกลงเกี่ยวกับเป้าหมายของรูปแบบแผนจำหน่ายให้เป็นไป ในทิศทางเดียวกัน โดยสหวิชาชีพแต่ละสาขาอาจจะออกแบบ โปรแกรมที่สะท้อนให้เห็นถึงความ ร่วมมือกันอย่างเต็มที่ทุกฝ่าย (comprehensive approach) ซึ่งจำเป็นในแผนจำหน่าย การเข้ามามีส่วนร่วม

ตั้งแต่แรกถือเป็นกุญแจสำคัญในการวางแผน ความร่วมมือ (cooperation) การประสานงาน (collaboration) และการสื่อสาร (communication) ที่มีประสิทธิภาพ (Rindeke and Block, 1998)

โลเวนสเทน และฮอฟ (Lowenstein and Hoff, 1994) ให้ความเห็นว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทุกสาขาที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ 1) การประเมินความต้องการดูแลสุขภาพภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2) การร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการกำหนดแผนการจำหน่าย 3) การร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติตามแผน 4) การประเมินศักยภาพของหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปรับความช่วยเหลือ และการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม 5) การกำหนดแบบแผนการสอน การดูแลสุขภาพตัวเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

กองการพยาบาล (2539) ได้สรุปบทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายไว้ดังต่อไปนี้

1. ประเมินความต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตัดสินใจเปรียบเทียบกับกระบวนการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วยเพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึง ปัญหาสุขภาพหรือความต้องการการดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจและทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้อง เหมาะสม
3. เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือและวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากร ทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
4. ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ ทรสอน การให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองตามการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งการจัดการหตุการณ์ เครื่องใช้ โดยการดัดแปลงกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน
5. บริหารจัดการการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมระหว่างการใช้เวลากับการดูแลให้การพยาบาลกับปัญหาในระยะเฉียบพลัน และเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามแผนการจำหน่าย
6. ส่งต่อแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผนอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง
7. ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะๆ ปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติ ให้เหมาะสมตลอดเวลาก่อนจำหน่าย
8. ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย

9. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม

10. ประชุมปรึกษาหารือในทีมการพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่าย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ เช่น การวิเคราะห์สาเหตุของการกลับเข้ามารับการรักษาค่า การวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตัวเองก่อนจำหน่าย หรือการประชุมร่วมกับพยาบาลสาธารณสุขที่เยี่ยมบ้านเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัวหลังจำหน่าย

สำหรับแมคคีแฮน (McKeeHan, 1981) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายไว้ดังนี้

1. บทบาทในการบริหารจัดการให้กระบวนการวางแผนจำหน่ายครอบคลุมทุกขั้นตอน ได้แก่ การประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความเข้าใจ ทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง นำข้อมูลประเมินได้มาวางแผนการดูแล ปฏิบัติตามแผน และประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะ ปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมเพื่อเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

2. บทบาทของผู้ประสานในการเป็นสื่อกลางการประชุมปรึกษาวางแผนร่วมกันในทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน รวมทั้งเป็นผู้ประสานระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัว และการประสานความร่วมมือส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยังหน่วยงานสุขภาพชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

3. บทบาทของผู้ที่ให้ความรู้ สอน ให้คำปรึกษาต่างๆ รวมถึงการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลตนเองต่อที่บ้าน

4. บทบาทของผู้อำนวยความสะดวกในการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองต่อที่บ้านของผู้ป่วย ตลอดจนการอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น แจกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยให้ทีมสหวิชาชีพ ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ อีกทั้งยังเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในด้านผู้ให้การดูแล และ ผู้ประสานงาน ส่งผลให้เกิดการพยาบาลที่ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจทั้งด้านปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย ซึ่งเป็นการบริการที่ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ ของผู้ป่วย ชุมชน สังคม และวัฒนธรรมต่อไป

## การใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วย

การใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งได้กำหนดขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผลแนวปฏิบัติไว้ดังนี้ 1) กำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของการดำเนินการ 2) กำหนดทีมสหวิชาชีพเพื่อดำเนินงาน 3) กำหนดวัตถุประสงค์ 4) กำหนดผลลัพธ์ของการดูแล 5) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) กำหนดแนวปฏิบัติจากหลักฐานที่ดีที่สุด โดยพิจารณาจากข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7) นำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 8) ประเมินผล การใช้แนวปฏิบัติ อธิบายได้ดังนี้

1) กำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของการดำเนินการ โดยการกำหนดปัญหาที่ ควรพิจารณา เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

2) กำหนดทีมสหวิชาชีพเพื่อดำเนินงาน โดยกำหนดทีมสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาแผนจำหน่าย ประกอบด้วยทีมผู้เชี่ยวชาญที่มาจากบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ครอบคลุมถึงความสำคัญของการพัฒนาแผนจำหน่าย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด และนักโภชนาการ

3) กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ ซึ่งการกำหนดวัตถุประสงค์ ที่คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์จากการนำแผนจำหน่ายไปใช้ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ตามประเด็นปัญหาทางคลินิก ที่ต้องการปรับปรุงให้มีความสอดคล้อง ชัดเจน และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

4) กำหนดผลลัพธ์ของการดูแล การกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพของการนำแผนจำหน่ายมาใช้ จะทำให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น โดยอาจเป็นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาวก็ได้

5) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ การสืบค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ จะต้องมีการสืบค้นอย่างเป็นระบบ เข้าถึงทุกแหล่งข้อมูล โดยการทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการปรับปรุงแก้ไข และวิเคราะห์ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์นั้น เพื่อให้ได้มาซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือที่สุด เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของการให้การดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด โดยมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันของทีมพัฒนา มีการกำหนดคำสำคัญของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ขอบเขต และเป้าหมายในเรื่องที่ต้องการพัฒนา กำหนดแหล่งสืบค้นและวิธีการสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลที่สามารถสืบค้นงานวิจัย และวรรณกรรมที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ความรู้เชิงประจักษ์ที่ดี

ที่สุด เหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติ การคัดเลือกและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ ต้องกระทำอย่างเป็นระบบ

6) กำหนดแนวปฏิบัติจากหลักฐานที่ดีที่สุด โดยสืบค้นหาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เลือกมา โดยใช้เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับงานวิจัย (AGREE) ฉบับแปลโดยฉวีวรรณ ชงชัย (2547) ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ขอบเขต ได้แก่

1. มีขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ชัดเจน (scope and purpose) ซึ่งสร้างจากปัญหาทางคลินิก มีการประเมินวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก และระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติ

2. การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (stakeholder involvement) โดยประเมินผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนา การพัฒนาทำโดยบุคคลหรือ กลุ่มสหวิชาชีพ ลักษณะของผู้ที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก กลุ่มผู้ป่วยและการศึกษาก่อนการเผยแพร่

3. มีขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นระบบที่ถูกต้องและชัดเจน (rigour of development) ซึ่งจะประเมินระบบการค้นคว้าหาหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ความชัดเจนในการคัดเลือกหลักฐาน และความชัดเจนของการให้ข้อเสนอแนะ (recommendation) รวมถึง การประเมินประโยชน์ ความเสี่ยงในการนำไปใช้ ตลอดจนการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

4. ความชัดเจนในการนำเสนอ (clarity and presentation) ประเมินในด้านความชัดเจนของข้อแนะนำ การให้คำจำกัดความที่ง่าย การให้ทางเลือกในการจัดการอย่างชัดเจน มีคู่มือหรืออุปกรณ์ที่ช่วยสนับสนุนการนำไปใช้

5. มีความง่ายต่อการประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน (applicability) ประเมินความชัดเจนในการอธิบายถึงประโยชน์และอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปประยุกต์ใช้

6. ความเป็นอิสระของทีม ในการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก (editorial independence) โดยประเมินถึงความเป็นอิสระในการตีพิมพ์ ความชัดเจนของความคิดเห็นของทีม หลังจากนั้น นำคะแนนที่ประเมินได้ มาคำนวณคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้สูตรคำนวณ คือ

$$\text{คะแนนที่ได้} = \frac{\text{คะแนนรวมที่ได้} - \text{คะแนนความเป็นไปได้ต่ำสุด}}{\text{คะแนนความเป็นไปได้สูงสุด} - \text{คะแนนความเป็นไปได้ต่ำสุด}} \times 100$$

โดย คะแนนความเป็นไปได้สูงสุด = 4(เห็นด้วยอย่างยิ่ง) x 3(ข้อความ) x 2(ผู้ประเมิน)

คะแนนความเป็นไปได้ต่ำสุด = 1(ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) x 3(ข้อความ) x 2(ผู้ประเมิน)

โดยการศึกษาครั้งนี้ พบว่าจะแนะนำการคัดเลือกและประเมินคุณค่าแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดังนี้ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ชัดเจน 81.47 % 2) การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 100 % 3) ขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นระบบที่ถูกต้องและชัดเจน 100 % 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ 93.25 % 5) มีความง่ายต่อการประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน 74.06 % 6) ความเป็นอิสระของทีมในการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก 66.66 % ซึ่งจะแนะนำทั้งหมดเท่ากับ 86.69 % แผนจำหน่ายโรคจิตจากสุรานี้จึงเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดี สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเหมาะสมที่จะนำมาใช้

7) นำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเผยแพร่แนวปฏิบัติเป็นขั้นเตรียมการ ขั้นตอนที่ 2 การใช้แนวปฏิบัติเป็นขั้นดำเนินการ และขั้นตอนที่ 3 การจัดการระบบเป็นขั้นประเมินผล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การเผยแพร่แนวปฏิบัติ (Dissemination of Guidelines)

1. ให้กลุ่มเป้าหมายหรือผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถเข้าถึงแนวปฏิบัติได้ (Making the guidelines accessible) แนวปฏิบัติที่นำเสนอควรมีการสร้างรูปแบบที่ชัดเจน เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน สามารถทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันได้ มีความเหมาะสมสำหรับผู้ใช้

2. การจัดพิมพ์เอกสารแนวปฏิบัติในการประกอบการใช้ (Publishing the guidelines) สิ่งที่จะจัดพิมพ์ควรมีความครอบคลุม สรุปเนื้อหาสำคัญเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ เช่น การตีพิมพ์ในวารสาร จดหมายข่าวของสมาคมวิชาชีพ จดหมายข่าวของสถาบันหรือหน่วยงาน การเผยแพร่ผ่านทางอินเทอร์เน็ต และเชื่อมโยงกับเว็บไซต์ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เทปเสียงหรือวิดีโอในการจัดพิมพ์เผยแพร่การใช้แนวปฏิบัตินี้ควรใช้ภาษาและรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

3. เผยแพร่ข้อมูลแก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติ หรือกลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสม (Informing the target audience of the guidelines' availability) เป็นการทำให้กลุ่มเป้าหมายทราบถึงแนวทางในการใช้แนวปฏิบัติอย่างถูกต้อง เหมาะสม และสามารถเผยแพร่ไปยังกลุ่มเป้าหมายหรือผู้สนใจอื่นๆ ได้มากขึ้น เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านสมาคมวิชาชีพ การประชาสัมพันธ์ผ่านวารสาร การนำเสนอในการประชุมวิชาการ การอภิปรายในการประชุมสัมมนา

ขั้นตอนที่ 2 การใช้แนวปฏิบัติ (Implementation of Guidelines) เป็นการร่วมกันวางแผนในการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมกันตลอดระยะเวลาในการใช้ แนวปฏิบัติ ดังนี้

1. การใช้ความคิดเห็นเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและผลลัพธ์ (The use of opinion leaders) โดยใช้ความคิดเห็น และกระบวนการในการวิเคราะห์ เพื่อให้เห็นปัญหาและกลยุทธ์ที่จะปรับใช้ แนวปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติ

2. มีการรับรองโดยกลุ่มทางคลินิก (Endorsement by clinical groups) หากแนวปฏิบัติได้รับการรับรองโดยกลุ่มวิชาชีพ เช่น วิทยาลัย สถาบันสุขภาพ หรือสภาวิชาชีพทางการแพทย์ มีแนวโน้มที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยแพทย์ การรับรองโดยกลุ่มสหวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากกระบวนการการรับรอง หมายถึง แนวทางที่ถูกรวบรวมอย่างใกล้ชิดโดยแพทย์ อันจะนำไปสู่การปรับปรุง เพื่อให้เหมาะสมกับแต่ละวิชาชีพ ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกของการเป็นผู้นำ ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

3. เยี่ยมชมการปฏิบัติงานจากผู้เชี่ยวชาญ (Practice visits from influential experts) ทำให้ได้รับคำแนะนำในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ การเยี่ยมชมการปฏิบัตินี้มีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของผู้ปฏิบัติ

4. การให้ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย (Education of patients and patient-mediated intervention) โดยการให้ความรู้และข้อมูลตามคู่มือแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อนำไปสู่ การปรับปรุงในการให้บริการทางคลินิกเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น โดยการเปรียบเทียบหาความแตกต่างระหว่างผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันกับมาตรฐานที่ควรเป็น และวิเคราะห์ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถนำไปปรับใช้ในองค์กรได้อย่างไร และการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ

5. วัสดุที่ใช้ในการศึกษา (Educational materials) จัดทำเอกสารแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีการปรับให้มีความเหมาะสม และมีการสรุปสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี โดยมีรูปแบบเป็นการเรียนรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ต่างๆ

6. จัดสัมมนาและประชุมทางวิชาการ (Seminars and conferences) โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

7. ระบบการแจ้งเตือนในการปฏิบัติทางคลินิกประจำวัน (Reminder systems incorporated in clinicians' daily work) มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ สิ่งที่ต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจะปรากฏในคอมพิวเตอร์ทันที เป็นการเตือนให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้อย่างทันทั่วถึงและเกิดประสิทธิผลที่ดี

8. การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ (Quality assurance and quality improvement) การประกันคุณภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับแนวปฏิบัติทางคลินิก กิจกรรมในการประกันคุณภาพส่งเสริมให้มีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางคลินิกไปสู่งานประจำ ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีการรวบรวมข้อมูลสำหรับการตรวจสอบและรับรองคุณภาพโดยสถาบันภายนอกได้

9. การปรับตัวและการรวมตัว (Local adaptation and incorporation) การพัฒนาการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยกลุ่มวิชาชีพที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ ปรับแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสมกับแต่ละวิชาชีพ มีการเผยแพร่โดยใช้เอกสาร แผ่นดิสก์หรืออินเทอร์เน็ต

10. แรงจูงใจ (Incentives) แนวปฏิบัติที่มีอยู่จะนำไปใช้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อผู้ปฏิบัติมีแรงจูงใจ เป็นงบประมาณทางคลินิก ค่าตอบแทน การได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญ การรับรองการศึกษา คำชื่นชมจากผู้ร่วมงาน

11. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (The use of information technology) ตามความคิดเห็นของนักพัฒนาแนวปฏิบัติของออสเตรเลีย เทคโนโลยีสารสนเทศมีบทบาทสำคัญในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เช่น อินเทอร์เน็ตและการปรับปรุงระบบการจัดการข้อมูล และกลยุทธ์ในการดำเนินการในอนาคต ตลอดจนการเรียนรู้ต่างๆที่นำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการระบบ (A systems approach) หากแนวปฏิบัติมีผลกระทบต่อระบบ จะต้องมีการวางกลยุทธ์ที่มีคุณภาพ มีการวางแผนปรับปรุงบูรณาการ ทบทวน และปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติทางคลินิก เช่น การทบทวนและการศึกษาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพเพื่อส่งเสริมและปรับปรุงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพ

8) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ เป็นสิ่งที่สำคัญ มีการกำหนดผลลัพธ์อย่างชัดเจน โดยประเมินคุณค่าและประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทั้งผลลัพธ์และกระบวนการที่ได้หลังจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1. การเผยแพร่แนวปฏิบัติ (Evaluation of dissemination) มีการประเมินเอกสาร สิ่งตีพิมพ์ หรือโปสเตอร์ ประเมินความเข้าใจของผู้อ่านว่ามีความเข้าใจแนวปฏิบัติมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งชี้ให้เห็นถึงการยอมรับในแนวปฏิบัติและกลยุทธ์ที่ใช้ในการเผยแพร่ว่าบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

2. การประเมินผลของการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติทางคลินิกและผลลัพธ์ ด้านสุขภาพ (Evaluation of changes in clinical practice and health outcomes) โดยการศึกษาค่าข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและผู้ที่ไม่ปฏิบัติ

3. การประเมินผลของการสนับสนุนแนวปฏิบัติต่อการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติทางคลินิกและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Evaluation of the guidelines' contribution to changes in clinical practice and health outcomes) เป็นการประเมินการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของแต่ละวิชาชีพ การประเมินแนวปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญที่มีการมุ่งเน้นด้านกระบวนการ ซึ่งการเปลี่ยนแปลง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

4. การประเมินผลของผู้ใช้แนวปฏิบัติ (Evaluation of consumer guidelines) การประเมินผลของผู้ใช้แนวปฏิบัติมีแนวทางการประเมิน คือ การเข้าถึงแนวปฏิบัติ ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ ปริมาณข้อมูลในแนวปฏิบัติ บทบาทของแต่ละวิชาชีพในแนวปฏิบัติ ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ

5. การประเมินค่าใช้จ่ายของผู้ใช้แนวปฏิบัติ (Economic of consumer guidelines) เป็นการประเมินค่าใช้จ่ายในกระบวนการพัฒนา เผยแพร่ และดำเนินการตามแนวปฏิบัติ โดยจะเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายก่อนการใช้แนวปฏิบัติ และหลังการใช้แนวปฏิบัติ

6. รายงานผลการประเมิน (Reporting on the evaluation) โดยการนำเสนอในส่วนของข้อเสนอแนะที่ได้ ข้อจำกัด และประโยชน์ที่ได้รับจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

### ประสิทธิผลการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วย

ประสิทธิผลของการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง การติดตามประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีปัจจัย 3 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ การให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน (McKeehan, 1981)

รูปแบบของการนำแผนจำหน่ายไปใช้และการประเมินประสิทธิผล ได้มีการพัฒนาขึ้นในหลายสถาบัน เช่น สภาวิจัยทางสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) ได้ประยุกต์รูปแบบ PDSA (plan-do-study-act) จากแนวคิดของสถาบันพัฒนาการดูแลสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement) ประเทศสหรัฐอเมริกามาใช้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1.1 การกำหนดเป้าหมาย (setting)
- 1.2 การกำหนดตัวชี้วัด (establishing measures)
- 1.3 การเปลี่ยนแปลงเพื่อนำไปสู่การพัฒนา (developing changes)

การนำแผนจำหน่ายไปใช้และการประเมินประสิทธิผล ในรูปแบบ plan-do-study-act เป็นการปฏิบัติเพื่อการพัฒนางานอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบวงจร ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) การวางแผน (plan) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงาน หรือผลลัพธ์ที่ทีมปฏิบัติต้องการให้เกิดขึ้น รวมทั้งมีการกำหนดกิจกรรม อุปกรณ์ที่ใช้ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม

2) การปฏิบัติการ (do) เป็นขั้นตอนนำแผนจำหน่ายไปสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งขั้นตอนนี้ จะมีการบันทึกสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นด้วย ได้แก่ ปัญหาต่างๆ หรือสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนด และมีการทบทวนผลงานเป็นระยะๆ

3) การเรียนรู้ (study) เป็นขั้นตอนของการรวบรวมและวิเคราะห์ ผลการปฏิบัติ หลังจากนั้นนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปทำการเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดที่ได้ตั้งไว้ รวมทั้งทำการรวบรวมสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติทั้งหมด

4) การปรับปรุงงาน (act) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงจรนี้ที่สรุปผลของการปฏิบัติงานทั้งหมด เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการวางแผนเพื่อปรับปรุงก่อนเริ่มขั้นตอน การปฏิบัติงานในวงจรใหม่ต่อไป

ในการศึกษารั้วนี้ผู้ศึกษาเลือกการประเมินประสิทธิผล ตามแนวคิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในคลินิกของสภาการวิจัยทางสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) มาประยุกต์ใช้เนื่องจากมีความสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาคูณาการบริการของโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งเป็นไปตามที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทยกำหนด

## แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง

### แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ของศศิธร ชอบดี และคณะ (2553) ซึ่งเป็นวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) ที่พัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในหอผู้ป่วยฝ่ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC อ้างใน จวีวรรณ ชงชัย, 2548) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุราโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยขั้นตอนการพัฒนาแผนจำหน่ายโรคจิตจากสุรา ได้แก่

**ขั้นตอนที่ 1** การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข เป็นการประชุมครั้งที่ 1 โดยการประชุมบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team : PCT) และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยฝ่ายคำ ร่วมกันมองถึงวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล สถิติการกลับมารักษาซ้ำ พบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสุรามีการกลับมารักษาซ้ำเป็นจำนวนมาก และจากการทบทวนปัญหา พบว่ามีสาเหตุจากการที่ไม่สามารถให้การบำบัดรักษาอย่างครอบคลุมกับผู้ป่วยได้ทุกราย ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับคำแนะนำและการเตรียมพร้อมก่อนจำหน่าย ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการประสานความร่วมมือในทีมสหวิชาชีพ นอกจากนี้ยังไม่มีแผนจำหน่ายที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ทำให้การปฏิบัติไม่เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน

**ขั้นตอนที่ 2** การกำหนดทีมพัฒนาเป็นการประชุมครั้งที่ 1 โดยผู้ร่วมประชุมมีความเห็นตรงกันว่า ซึ่งทีมสหวิชาชีพที่พัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีการคัดเลือกและแต่งตั้งประธาน เลขานุการ และคณะกรรมการในการพัฒนาแผนจำหน่าย

**ขั้นตอนที่ 3** การกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ โดยการประชุมทีมพัฒนาแผนจำหน่ายครั้งที่ 2 มีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการพัฒนาแผนจำหน่าย ดังนี้ 1) เพื่อใช้เป็นแนวทางการวางแผนจำหน่าย และเป็นมาตรฐานเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจจากทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 3) เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการของหน่วยงาน ให้มีความชัดเจนสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และมีการกำหนดผลลัพธ์ของการใช้แผนจำหน่าย ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดื่มสุราลดลง และ 2) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลง

**ขั้นตอนที่ 4** การสืบค้นหลักฐาน โดยการประชุมทีมพัฒนาแผนจำหน่าย ครั้งที่ 3 ในขั้นตอนนี้ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและทำการสืบค้นข้อมูลจากเอกสาร วารสาร ตำราวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา หลังจากนั้นนำมาเสนอ และขอข้อเสนอแนะในที่ประชุม พร้อมทั้งขอความร่วมมือให้ทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงในงานของแต่ละวิชาชีพ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ในโรงพยาบาลสวนปรุง โดยกำหนดเวลาในการสืบค้นหาข้อมูลประมาณ 1 สัปดาห์ เพื่อจะได้หาเนื้อหาที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด หลังจากนั้นนำหลักฐานที่สืบค้นมาจัดระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐาน โดยอาศัยการพิจารณาความน่าเชื่อถือ และมีคุณภาพจากระดับมากไปหาน้อย ของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) และ นำหลักฐานที่สืบค้นมากำหนดข้อความในแนวปฏิบัติและพิจารณาการนำไปสู่การปฏิบัติ โดยพิจารณาตามระดับของข้อเสนอแนะการปฏิบัติ

**ขั้นตอนที่ 5** การยกร่างแผนจำหน่าย โดยการประชุมทีมพัฒนาแผนจำหน่าย ครั้งที่ 4 ซึ่งทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันยกร่างแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุราจากข้อมูลที่สืบค้น ทีมได้ร่วมกันกำหนดหัวข้อ แบบฟอร์ม และกิจกรรมการดูแลของทีมสหวิชาชีพที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และเห็นว่าควรมีการผสมผสานระหว่างข้อมูลที่สืบค้นมาในแต่ละวิชาชีพ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ปฏิบัติอยู่แล้ว เนื่องจากจะไม่ได้เพิ่มภาระงานประจำมากเกินไป ส่วนเนื้อหาที่พัฒนาขึ้นสำหรับนำมาใช้ต้องเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยพัฒนา แผนจำหน่ายตามแนวคิดกระบวนการวางแผนจำหน่ายของแมคคีแฮน (McKeehan, 1981) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติตั้งแต่ก่อนการรักษาจนถึงปัจจุบัน 2) การวินิจฉัยปัญหาที่ได้จากการประเมิน 3) การกำหนดแผนการดูแลร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว 4) การปฏิบัติกิจกรรมตามแผน และ 5) การติดตามประเมินผล

**ขั้นตอนที่ 5.1** การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน และนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขและเพิ่มเติมแผนจำหน่าย และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้

**ขั้นตอนที่ 5.2** การตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ มีการประชุมทีมพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วย ครั้งที่ 6 เกี่ยวกับขั้นตอนในการใช้แผนจำหน่าย และดำเนินการทดลองใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น

ลักษณะของแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง ที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ คือ

**ส่วนที่ 1** เนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย

1.1 การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ได้แก่ 1) การหาสาเหตุที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ได้แก่ การประเมินทางด้านร่างกาย การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและปัจจัยเสี่ยงของอาการขาดสุรารุนแรง การประเมินอาการทางจิต การประเมินทางด้านพฤติกรรม สังคม และจิตวิญญาณ 2) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยารักษาอาการถอนพิษสุรา ยารักษาอาการทางจิต วิตามิน และยารักษาภาวะโรคร่วมทางกาย หรือภาวะแทรกซ้อนทางกาย 3) การเฝ้าระวังอาการผิดปกติจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาต้านโรคจิต 4) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ 5) การดูแลป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ 6) การจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและปลอดภัย 7) เฝ้าระวังการทำร้ายตัวเองและผู้อื่นจากการมีประสาทหลอน 8) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ 9) การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายและการส่งต่อ

1.2 การดูแลระยะฟื้นฟู ได้แก่ 1) การให้การดูแลตามแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวัน 2) การค้นหาปัญหาทางด้านจิตสังคมและปัญหาครอบครัว 3) การส่งเข้าร่วมการบำบัด

1.3 การดูแลระยะก่อนกลับบ้าน ได้แก่ 1) การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ 2) การแจกเอกสารแผ่นพับ 3) บันทึกสรุปแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา 4) ส่งต่อข้อมูลให้ทีมสหวิชาชีพ 5) การส่งต่อข้อมูลให้แก่โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

**ส่วนที่ 2** คู่มือแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุราโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย

2.1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วย การประเมินทางด้านร่างกาย การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุรารุนแรง การประเมินอาการทางจิต การประเมินทางด้านพฤติกรรม สังคม และจิตวิญญาณ การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของญาติ

2.2 ข้อวินิจฉัย กิจกรรม และการประเมินผลในรูปแบบตาราง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราหลังหยุดดื่มสุราหรือลดปริมาณการดื่มสุรา 2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากอยู่ในระยะถอนพิษสุรา 3) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโตรไลต์ 4) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่นจากมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน 5) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย 6) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราและกลับมารักษาซ้ำ 7) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย และ 8) ปัญหา



อื่นๆ ทีมสหวิชาชีพต้องให้การดูแลตามแนวปฏิบัติแผนจำหน่ายและปฏิบัติตามกิจกรรมในคู่มือแผนจำหน่าย และมีการประเมินผลของการให้กิจกรรมทุกครั้ง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีการลงรายมือชื่อ วันเดือนปี/เวลา เมื่อผู้ให้บริการปฏิบัติตามแผนจำหน่าย

2.3 แบบบันทึกสรุปแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ในโรงพยาบาลสวนปรุง ประกอบด้วย ชื่อ-สกุลผู้ป่วย อายุ เลขที่ทั่วไป เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ที่อยู่ปัจจุบัน วันที่เข้ารับการรักษา ครั้งที่เข้ารับการรักษา วันเดือนปีที่จำหน่าย ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ชื่อ-สกุลญาติผู้รับกลับ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ประเภทของการจำหน่าย อาการขณะจำหน่าย ยาที่ผู้ป่วยได้รับประทานต่อที่บ้าน สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องหลังจำหน่าย สรุปปัญหาที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง/ส่งต่อสถานพยาบาลใกล้เคียง การนัดผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ของ ศศิรส ขอบดี และคณะ (2553) เป็นแผนจำหน่ายที่มีความสอดคล้องในการตอบสนองของผู้ป่วยและญาติ และเป็นการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ที่ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยอาศัยทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการบำบัดดูแลผู้ป่วย และผลการทดลองใช้แผนจำหน่ายกับกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินในระดับดี จึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาปรับใช้และประเมินประสิทธิผลแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงต่อไป

ประสิทธิผลของการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา หมายถึง การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ซึ่งจากการทบทวนถึงประสิทธิผลของ แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ของศศิรส ขอบดี และคณะ (2553) พบว่ามีผลลัพธ์ที่ทำให้ การประเมินหลังจำหน่าย 1 เดือน ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่ได้รับการดูแลตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง ประเมินโดยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุราขององค์การอนามัยโลก (Alcohol Use Identification Test) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปกิจ และ พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552)
2. ผู้ป่วยไม่มีการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคจิตจากสุราภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินโดยแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคจิตจากสุราภายใน 28 วัน จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล
3. บุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มีความพึงพอใจในการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ประเมินโดยแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่สร้างขึ้นโดย ศศิรส ขอบดี และคณะ (2553)

4. ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่ได้รับการดูแลตามแผนจำหน่ายโรคจิตจากสุรา มีความพึงพอใจในการได้รับบริการตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประเมินโดยแบบประเมินความพึงพอใจในการได้รับบริการตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่สร้างขึ้นโดยศศิรส ชอบดี และคณะ (2553)

5. ญาติของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่ได้รับแผนจำหน่ายโรคจิตจากสุรา มีความพึงพอใจในการได้รับบริการตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประเมินโดยแบบประเมินความพึงพอใจสำหรับญาติในการได้รับบริการตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่สร้างขึ้นโดยศศิรส ชอบดี และคณะ (2553)

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

โรงพยาบาลสวนปรุง ประสบกับปัญหาผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา และกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยเอง ญาติ บุคลากรผู้ดูแล ดังนั้นจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือ การดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุม ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราสามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ โดยการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่พัฒนาขึ้นโดยศศิรส และคณะ (2553) เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วย 3 ระยะ คือ 1) การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (24-72 ชั่วโมง) 2) การดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (1-2 สัปดาห์) 3) การดูแลผู้ป่วยระยะก่อนกลับบ้าน (ช่วงสัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป) ผู้ศึกษาได้นำแผนจำหน่ายมาใช้ โดยนำแนวทางปฏิบัติ และการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติตามแนวคิด การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) โดยดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา และขั้นประเมินผล ซึ่งแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรานี้จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วย เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน ผู้ป่วยมีความรู้ ความพร้อม และความมั่นใจในการดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน อันจะนำไปสู่การลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา และ ลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และยังเป็นการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราระหว่างตัวผู้ป่วยเอง ญาติผู้ดูแล และบุคลากรทีมสหวิชาชีพ จึงเกิดความพึงพอใจต่อแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา