

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา หมายถึงผู้ที่มีการดื่มสุราที่ดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดการเปลี่ยนแปลงของสมอง ความจำ และร่างกาย อาการแสดงที่พบบ่อยเช่น คอแข็งมากขึ้น และมักจะมีอาการขาดสุรา หากหยุดดื่ม จะมีความรู้สึกรอยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ และยังคงดื่มต่อแม้จะทราบว่าจะเกิดผลเสียตามมา จนละเลยกิจกรรมอื่นๆหรือหน้าที่รับผิดชอบ (พันธุภากิตติรัตน์ไพบูลย์, 2553) และสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2000) อธิบายความหมายของโรคติดสุรา ว่าเป็นโรคที่เกี่ยวกับสุราที่มีลักษณะของการดื่มสุรา ที่ร่างกายแสดงออกถึงความต้องการเพิ่มปริมาณการดื่มสุรา เพื่อให้ได้ผลจากฤทธิ์ของสุรา หรือมีอาการแสดง ของการขาดสุราภายใน 4-12 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม ไม่สามารถลดหรือควบคุมการดื่มได้ จึงทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่ทราบว่ามีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติครั้งที่ 3 ในกลุ่มประชากรไทยอายุระหว่าง 15-59 ปี โดยใช้แบบสัมภาษณ์ทางคลินิกชนิดมีโครงสร้างอย่างย่อ (M.I.N.I.: Mini International Neuropsychiatric Structure Interview) พบว่า มีความชุกของประชากรไทยอายุระหว่าง 15-59 ปีที่อยู่ในภาวะติดสุรา ดังนั้นปัญหาที่เกิดจากผลของการติดสุรา จึงนับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่สังคมไทยกำลังเผชิญ ซึ่งการดื่มสุราแบบติดนั้น จะส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) ร้อยละ 6.6 หรือประมาณ 3.2 ล้านคน (พันธุภากิตติรัตน์ไพบูลย์, 2551) ดังนั้นปัญหาที่เกิดจากการติดสุรา จึงนับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่สังคมไทยกำลังเผชิญ ซึ่งการดื่มสุราแบบติดนั้น จะส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุราเองและกระทบต่อครอบครัวและสังคม (สาวิตร์ อัยณรงค์กรชัย, 2550) โดยผลกระทบที่เกิดต่อสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคติดสุราเองได้แก่ ผลต่อระบบไหลเวียนโลหิต ระบบต่อมไร้ท่อ (ทรงเกียรติ ปิยะกะและคณะ, 2545) ผลทางระบบประสาทส่วนกลางจะทำให้เกิด ภาวะ Wernicke's Encephalopathy (Verfaellie & Cermak, 1997) และพบผู้ที่เป็นโรคติดสุราป่วยด้วยโรคตับอักเสบ ดับแข็ง และ แผลในกระเพาะอาหาร (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2548)

นอกจากนี้ยังอาจเกิดอาการนอนพิษสุรา ที่มักเกิดขึ้นหลังจากลดปริมาณการดื่มสุราหรือหยุดดื่ม โดยจะมีอาการหงุดหงิด ความดันโลหิตสูง หน้าแดง อาการระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากขึ้น มีอาการเหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขคนิชย์, 2548) ร่วมด้วยมากกว่าร้อยละ 50 (โรงพยาบาลหล่มสัก, 2552) เนื่องจากการติดสุราทำให้ผู้ที่เป็ นโรคติดสุราสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง เกิดความคับข้องใจในการขาดความสามารถในการควบคุมตนเองจากการดื่ม ส่งผลให้ผู้ที่เป็ นโรคติดสุราขาดความมั่นใจ รับรู้ควมมีคุณค่าของตนเองต่ำ ความสุขในการดำรงชีวิตประจำวันลดลง โดย ھرรษา เศรษฐบุปผา, จารุณี รัศมิ์สูวิวัฒน์, ภรภัทร สิมะวงศ์ และนพวรรณ อุปคำ (2553) ได้สำรวจผู้ที่เป็ นโรคติดสุรา จำนวน 58 คน พบว่า ร้อยละ 50 มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 82.8 และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำถึงปานกลางร้อยละ 53.3 โดยเฉพาะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้านครอบครัวมีค่าเฉลี่ย (SD) 1.89 หากผู้ที่เป็ นโรคติดสุราไม่ได้รับการบำบัดดูแลที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้ที่เป็ นโรคติดสุราเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชได้ โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ที่มีอาการของโรคทางอารมณ์ (affective disorder)

จากการทบทวนข้อมูลของโรงพยาบาลหล่มสักพบว่า ผู้ที่เป็ นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหล่มสักในปี 2549-2552 พบ 85, 53, 86, และ 104 ราย คิดเป็ นร้อยละ 13, 7.2, 10, และ 14.7 ของผู้รับบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งหมดตามลำดับ (โรงพยาบาลหล่มสัก, 2552) และในปี 2553 มีผู้ที่เป็ นโรคติดสุราที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลหล่มสักทั้งในคลินิกอดสุราโดยตรงและในตึกผู้ป่วยในด้วยอาการของภาวะขาดสุราหรือด้วยโรคที่สัมพันธ์กับสุรา จำนวน 195 ราย คิดเป็ นร้อยละ 4.7 ของผู้ที่มารับการรักษาในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช (โรงพยาบาลหล่มสัก, 2553) ซึ่งผู้ที่เป็ นโรคติดสุรา จะได้รับการดูแลในระยะถอนพิษยา การสร้างแรงจูงใจในการบำบัดสุรา การให้การปรึกษา และวางแผนการดูแลต่อเนื่องในคลินิกอดสุรา จากการติดตามผู้ที่เป็ นโรคติดสุรา ที่ผ่านการบำบัดจากคลินิกอดสุรา โรงพยาบาลหล่มสักทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี พบว่ามากกว่าร้อยละ 30 (โรงพยาบาลหล่มสัก, 2552) ผู้ที่เป็ นโรคติดสุรากลับไปดื่มสุราซ้ำจนติด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hall และคณะ ที่พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยสุรา จะกลับไปดื่มซ้ำภายใน 3 เดือนแรก (Bruce cited in Frank & Grove, 1987) โดยผู้ที่เป็ นโรคติดสุราส่วนหนึ่ง ยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาการดื่มสุราของตนเองได้ รวมทั้งมีผู้ที่เป็ นโรคติดสุราที่ขาดการเข้ารับบริการในคลินิกอดสุราอย่างต่อเนื่อง จึงกลับมารักษาด้วยอาการของภาวะที่สัมพันธ์กับสุราซ้ำ คลินิกอดสุราจึงได้ส่งต่อผู้ที่เป็ นโรคติดสุราดังกล่าวให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน หลังการติดตามการเยี่ยมบ้านพบว่า ผู้ที่เป็ นโรคติดสุราในชุมชนยังคงมีปัญหา

การดื่มสุรา อยู่ในชุมชนอย่าง ไม่มีความสุข เนื่องจากการบำบัดและติดตามเยี่ยมในชุมชน ไม่ครอบคลุมในการช่วยให้ผู้เป็นโรคติดสุรา สามารถจัดการกับปัญหาการดื่มของตนเอง

แม้ว่าโรงพยาบาลหล่มสักจะให้ความสำคัญกับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โดยกำหนดการ ให้บริการตามมาตรการบำบัดผู้ที่เป็นโรคติดสุรา (พันธุ์นภา กิตติรัตน ไพบูลย์, 2553) โดยการ ประเมินและรักษาภาวะโรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนทางกาย ที่กำหนดให้มีการรักษาภาวะถอนพิษ สุรา รวมทั้งการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในช่วงเมาสุรา (alcohol intoxication) และการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในช่วงขาดสุรา (alcohol withdrawal) และการ บำบัดทางจิตสังคมหลังผ่านภาวะถอนพิษสุราโดยจัดตั้งคลินิกอดสุราและให้การบำบัดดูแลระยะ ถอนพิษยา การสร้างแรงจูงใจในการบำบัดสุรา การให้การปรึกษาและวางแผนการดูแลต่อเนื่องใน คลินิก อดสุรา และติดตามเยี่ยมผู้ที่เป็นโรคติดสุราในชุมชน โยทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา สามารถจัดการกับปัญหาการดื่มของตนเองได้ โดยจะ สามารถลดพฤติกรรมกรดื่มได้ สามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้นและมีกรกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำ ลดลง แต่จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราในชุมชน พบว่าผู้ที่เป็นโรค ติดสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้รับการติดตามเยี่ยมในชุมชนที่ไม่ครอบคลุมถึงการบำบัด ดูแลที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาการดื่มในภาวะวิกฤติ ไม่ได้รับอย่างต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุนในการจัดการกับปัญหาด้านจิตสังคม โดยระยะหลัง จำหน่ายนี้เป็นระยะฟื้นฟูสภาพของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา แต่ขาดการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพตนเองและการจัดการกับกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม รวมทั้งผู้ที่เป็นโรคติดสุราไม่ได้รับ การสนับสนุนระดับประคองระหว่างว่างงาน ไม่สามารถเข้าถึงบริการการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากไม่เข้าใจในสิทธิของตนเอง ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราไม่ได้รับการบำบัดดูแลและการ สนับสนุนระดับประคองในระยะฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม (โรงพยาบาลหล่มสัก, 2554)

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานการบำบัดดูแลผู้เป็น โรคติดสุราในชุมชน ซึ่งเป็นมาตรการการดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวหลังการรักษา (After Care) ในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา (พันธุ์นภา กิตติรัตน ไพบูลย์, 2553) ซึ่งรูปแบบการดูแลระยะหลังการ รักษานี้อาจเกิดได้ทั้งในสถานพยาบาล ในชุมชน วัด หรือที่อื่นๆ ตัวอย่างบริการทางเลือกในชุมชน ที่พบว่ามีประสิทธิผลในการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ที่ช่วยเหลือกันเอง เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ การบำบัดสุราโดยองค์กรศาสนา รูปแบบการแก้ไขปัญหาสุรา โดยชุมชน กลุ่มเอเอ และโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนของผู้ติดสุรา (PACT MODEL) ที่จะสนับสนุนให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้สามารถดูแลและติดตาม

ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการบำบัดดูแลอย่างเหมาะสมในสถานการณ์การเจ็บป่วยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยผ่านระบบการส่งต่อ (delivery system) (หรรษา เศรษฐบุปผา, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Program of Assertive Community Treatment: PACT) เป็นวิธีการบำบัดดูแลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการลดการกลับเป็นซ้ำและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Fischer & Ahern, 2000; Kane & Blank, 2005; National Alliance of Mental Illness [NAMI], 2008a; Stein & Santos, 1998; Stein & Test, 1985) โดยโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนมีการบริการที่จำเป็นต้องให้การบำบัดดูแลที่ประกอบด้วยลักษณะงาน 3 ด้าน ครอบคลุม 9 องค์ประกอบ (Stein & Santos, 1998) ดังนี้ 1) การบำบัดดูแล (treatment) ประกอบด้วย การดูแลเรื่องยาการจัดการกับภาวะวิกฤติ การดูแลกิจวัตรประจำวัน และการให้การปรึกษา 2) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ และ 3) การบริการสนับสนุนประคับประคอง (supportive service) ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการทำงาน การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลที่อยู่อาศัย (housing assistance) และการจัดการเงิน โดย มาร์แชล และ ลีออสต์ (1998) ได้ศึกษาวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Control Trial: RCT) เพื่อเปรียบเทียบผลของ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชระดับรุนแรงกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลในชุมชน การดูแลแบบรายกรณี และการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า 1) มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงหลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนเข้ารับการรักษาต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลในชุมชน 2) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงหลังที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลในชุมชน และ 3) มีระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานการดูแลในชุมชน และการจัดการรายกรณี นอกจากนี้ยังลดค่าใช้จ่ายในการดูแลและเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและญาติด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชูชาน และคณะ (2544) ที่ทำการวิจัยผลการวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Control Trial :RCT) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน จำนวน 25 ราย พบว่า โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีค่าใช้จ่ายไม่มากกว่าการดูแลแบบเดิม และช่วยสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการและครอบครัว

ในประเทศไทย พรทิพย์ ธรรมวงศ์ และพิมพาภรณ์ แก้วมา (2552) ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนโดยศึกษาจากผู้ป่วยโรคจิตรุนแรงและเรื้อรังจากเมทแอมเฟตามีนพบว่าโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตรุนแรงและเรื้อรังจากเมทแอมเฟตามีนมีความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.5$) นอกจากนี้ เชมมา ตั้งใจมั่น, พรทิพย์ ธรรมวงศ์ และชลธิชา สิมะวงศ์ (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชโดยโปรแกรมการบำบัดดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนที่พัฒนาโดยพรทิพย์ ธรรมวงศ์ และพิมพาภรณ์ แก้วมา (2552) พบว่ากลุ่มทดลอง 20 คน มีคุณภาพชีวิตและความสามารถโดยรวมในระยะหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.1$) และคุณภาพชีวิต ความสามารถโดยรวมหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.5$)

สำหรับผู้ที่เป็็นโรคจิตสุรา หรรยา เศรษฐบุปผา และคณะ (2553) ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนมาใช้กับกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตสุราขึ้น ตามแนวคิดของโปรแกรมการบำบัดดูแลในเชิงรุกในชุมชน (Program of Assertive Community Treatment: PACT) ซึ่งประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ จากการทบทวนวรรณกรรม และจากข้อมูลเชิงลึกจากการวิจัยเชิงคุณภาพ (หรรยา และคณะ, 2553) เป็น โปรแกรมที่สร้างขึ้นในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำและส่งเสริมการลด ละ เลิกการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนลดการกลับป่วยซ้ำ ในโรงพยาบาล และเพื่อให้ผู้ติดสุรา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการพัฒนาโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากข้อมูลพื้นฐาน ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการต้องการการดูแลเชิงรุกในชุมชนในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ญาติหรือผู้ดูแล บุคคลในชุมชน และบุคลากรสุขภาพ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาตาม 9 องค์ประกอบตามลักษณะการทำงาน 3 ด้าน ดังนี้ 1) การบำบัดดูแล (treatment) ประกอบด้วย การดูแลเรื่องยา (medication support) การจัดการกับภาวะวิกฤติ (crisis management) วิธีการฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน (rehabilitative approach to daily living skills) และการให้การปรึกษา (counseling) 2) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) และ 3) การบริการสนับสนุนประคับประคอง (support services) ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการทำงาน (work opportunities) การเข้ารับบริการสุขภาพ (entitlements) การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) และการจัดการการเงิน (financial management)

ลักษณะของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน เป็นการเยี่ยมบ้านของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ประกอบไปด้วยการประเมิน สังเกต ชักถาม และบันทึก ในแบบบันทึกร่วมกับการให้

ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะ ในการเยี่ยมบ้านที่มสุขภาพจะใช้การประเมิน สังเกต ชักถาม และบันทึก ในแบบบันทึกร่วมกับการให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะตามองค์ประกอบ 9 องค์ประกอบของ โปรแกรมเป็นรายบุคคล ตามขั้นตอนการดำเนินการของ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนของผู้ติดเชื้อ จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60-70 นาที โดยครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 4 ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อจะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพครบทั้ง 9 องค์ประกอบของ โปรแกรม ครั้งละ 2 องค์ประกอบร่วมกับการให้การปรึกษา ทั้ง 4 ครั้ง และการเยี่ยมบ้านในครั้งที่ 5 ทีมสุขภาพจะติดตามประเมินผลกิจกรรมที่ผ่านมาทั้ง 4 ครั้งตามแบบบันทึกใน โปรแกรมร่วมกับการให้การปรึกษาและได้นำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรติดื้อนี้ ไปทดลองใช้โดยการวิจัยเชิง แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials) กับผู้ที่เป็นโรติดื้อ ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน มีการติดตามผลลัพธ์ตามโปรแกรมครอบคลุมในเรื่อง ปัญหาจากการใช้สาร ยาคุณภาพชีวิต ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการกลับมารับการรักษาซ้ำโดยประเมินเมื่อสิ้นสุด โปรแกรมทันที และติดตามผล 1 เดือนโดยผลการศึกษาพบว่า ปัญหาจากการติดเชื้อและอัตราการกลับมารับรักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย 1 เดือน ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) นอกจากนี้ ภัทรทิ สิมะวงศ์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนต่อพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อในผู้ติดเชื้อ กรณีศึกษา: โรงพยาบาลสวนปรุง โดยศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($P < 0.1$) ซึ่งนับว่า เป็นโปรแกรมที่สามารถช่วยลดปัญหาการติดเชื้อสำหรับผู้ที่เป็นโรติดื้อได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจในการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรติดื้อ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งการนำเอาผลการวิจัยมาใช้ในหน่วยงาน อาจจะไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน หากผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจในกระบวนการนำมาใช้หรือไม่มีกระบวนการนำมาใช้ที่ชัดเจน ผู้ศึกษาจึงได้นำขั้นตอนการนำผลการวิจัยไปใช้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger, 2003) ซึ่งขั้นตอนของทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์มี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นให้ความรู้ (The knowledge stage) เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนเริ่มรู้จัก และตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นๆ โดยการให้ข้อมูลและสถิติของผู้ที่เป็นโรติดื้อและการบำบัดดูแลโดยโปรแกรมบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนแก่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง 2) ขั้นโน้มน้าว

(The persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรมเห็นคุณค่าและประโยชน์
 นวัตกรรมนั้นๆ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสียของ โปรแกรมบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน
 สำหรับผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ 3) ขั้นตัดสินใจ (The decision stage) เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจยอมรับ
 หรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้นๆ โดยการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติเลือกใช้ โปรแกรมบำบัดดูแลเชิงรุก
 ในชุมชนในการดูแลผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (The implementation stage) เป็นระยะที่
 บุคคลนำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติโดยตรง โดยอ้อมหรือดัดแปลง โดยการให้ความรู้ในการใช้
 กระบวนการของ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ ประเมิน
 ประสิทธิภาพก่อนการใช้ การดำเนินการตาม โปรแกรม ติดตามความสม่ำเสมอในการใช้โปรแกรม
 กระตุ้นและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน และ 5) ขั้นยืนยันผลหรือขั้น
 การประเมินประสิทธิผล (The confirmative stage) โดยการใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบ
 คุณภาพประเมินประสิทธิผลหลังการใช้โปรแกรม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อที่จำหน่าย
 จากโรงพยาบาล ได้รับการติดตามต่อเนื่องจากบุคลากรทีมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรม
 การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อนี้อาจจะช่วยให้ผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อที่ได้รับ
 การบำบัดดูแลตาม โปรแกรม สามารถจัดการกับปัญหาการติดเชื้อของตนเอง และอาจจะช่วยลดการ
 กลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็น
 เป็น โรคติดเชื้อ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อของผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัด
 ดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ
2. เพื่อศึกษาการกลับมารับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อหลังได้รับ โปรแกรม
 การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของทีมสุขภาพต่อการนำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุก
 ในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อมาใช้

คำถามการศึกษา

1. ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อการติดเชื้อเป็นอย่างไร
2. ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำเป็นอย่างไร
3. ทีมสุขภาพมีความคิดเห็นต่อการนำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อมาใช้หรือไม่

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operational research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำก้อ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกอดสูรา โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ในระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554

นิยามศัพท์

โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ หมายถึง แผนการดูแลผู้ป่วยรายกรณีโดยบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อในชุมชนที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกอดสูรา โรงพยาบาลหล่มสักพัฒนาขึ้นโดยहरรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2553) ตามแนวคิดการบำบัดดูแลเชิงรุกที่ประกอบด้วยลักษณะการทำงาน 3 ด้าน ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 9 องค์ประกอบดังนี้ 1) การบำบัดดูแล (treatment) ประกอบด้วย การดูแลเรื่องยา (medication support) การจัดการกับภาวะวิกฤติ (crisis management) วิธีการฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน (rehabilitative approach to daily living skills) และการให้การปรึกษา (counseling) 2) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) และ 3) การบริการสนับสนุนระดับประคอง (support services) ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการทำงาน (work opportunities) การเข้ารับบริการสุขภาพ (entitlements) การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) และการจัดการการเงิน (financial management)

ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และให้รหัสของโรคในระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem [ICD-10]) ที่มารับบริการที่คลินิกอดสุราของโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา หมายถึง การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกอดสุรา โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยประเมินหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน ดังนี้

1. พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง ลักษณะการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดสุรา ประเมินโดยเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT) ขององค์การอนามัยโลก แปลโดย ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2550) ที่แสดงผลของพฤติกรรมการดื่มสุราเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อย (low-risk) มีคะแนนระหว่าง 0-7 คะแนน 2) กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยง (high-risk or hazardous) มีคะแนนระหว่าง 8-15 คะแนน 3) กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา (harmful) มีคะแนนระหว่าง 16-19 คะแนน และกลุ่มดื่มแบบติด (dependence) มีคะแนน 20 คะแนนขึ้นไป
2. การกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุรากลบเข้ามาได้รับการรักษาในระบบสุขภาพด้วยโรคติดสุรา ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลน้อยกว่า 28 วัน ประเมินโดยแบบบันทึกตัวชี้วัดของโรงพยาบาลหล่มสัก
3. ความคิดเห็นของทีมสุขภาพต่อการนำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับ ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามาใช้ ประเมินโดยแบบสำรวจความคิดเห็นของทีมสุขภาพต่อการนำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรามาใช้ พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของโรเจอร์โดยหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2553) มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ความมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ 2) ความมีประโยชน์ในการผสมผสานกับงานประจำของหน่วยงาน 3) ความมีประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน 4) ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และ 5) ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม