

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ อัมเนอหล่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์ ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้าและทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ดังนี้

1. โรคติดเชื้อ
 - 1.1 ความหมายของโรคติดเชื้อ
 - 1.2 การวินิจฉัยผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคติดเชื้อในผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ
 - 1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ
 - 1.5 ผลกระทบจากการติดเชื้อในผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ
 - 1.6 การบำบัดผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ
2. การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน
 - 2.1 ประสิทธิภาพของการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน
3. โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ
 - 3.1 องค์ประกอบของโปรแกรม
 - 3.2 ผลของการดำเนินการโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ
4. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ
 - 4.1 พฤติกรรมการติดเชื้อ
 - 4.2 การกลับมารับการรักษา
5. ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม
6. สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลหล่มสั๊ก

ติดเชื้อ



โรคติดสุรา

โรคติดสุราเป็นปัญหาที่สำคัญทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเรื้อรังต่างๆ มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุราเอง และผลกระทบต่อผู้อื่นทั้งในครอบครัวและชุมชน สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) ในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) และฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (DSM-IV-TR) จำกัดความไว้ว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา หมายถึง บุคคลที่มีรูปแบบการดื่มที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2550) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุราว่า เป็นการที่บุคคลต้องใช้หรือพึ่งพาสุรา เพื่อให้ตนเองดำเนินชีวิตต่อไปได้ แบ่งเป็นการพึ่งพาทางด้านร่างกาย (physical dependence) จากการที่แอลกอฮอล์ไปมีอิทธิพลต่อร่างกาย ทำให้ต้องใช้สุราอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความไม่สุขสบายทางร่างกายที่เกิดจากความต้องการใช้สุราและการพึ่งพาด้านจิตใจ (psychological dependence) ที่ทำให้บุคคลต้องแสวงหาเพื่อสนองตอบความอยากและความเคี้ยว

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ และสุนทรี ศรีโกไสย (พันธุ์นภา และคณะ, 2549) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุราว่า หมายถึง ผู้ที่มักใช้เวลาส่วนใหญ่กับการดื่มสุรา ทำให้ความรับผิดชอบในหน้าที่ต่างๆ บกพร่องและไม่สามารถควบคุมการดื่มทั้งปริมาณหรือความถี่ หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ และเมื่อหยุดดื่มจะมีอาการถอนพิษ (withdrawal) ขึ้น

โดยสรุป โรคติดสุรา หมายถึง การที่บุคคลต้องใช้สุราอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยไม่สามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้ ทำให้บกพร่องในการปฏิบัติบทบาทของตนเอง และเมื่อหยุดดื่มจะมีอาการตอบสนองต่อภาวะขาดสุรา

การวินิจฉัยผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) ได้จัดทำเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุราไว้ในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) และฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (DSM-IV-TR) จำกัดความไว้ว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา หมายถึงบุคคลที่มีรูปแบบการดื่มที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการหรือมากกว่าในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

1. มีอาการคื้อยา ซึ่งมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

1.1 มีความต้องการดื่มสุร่าอย่างมาก เพื่อให้เกิดความมึนเมา (intoxication) หรือผลอื่นที่ ต้องการ

1.2 ได้รับผลจากสารลดลงอย่างมากหากคงใช้สารนั้นในปริมาณเท่าเดิม

2. มีอาการขาดยา ซึ่งโดยมีอาการอย่างน้อยอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

2.1 เกิดอาการทางกายขณะอยู่ในภาวะถอนพิษสุร่า (physiological withdraw state) เมื่อหยุดดื่มหรือหยุดน้อยลงจะมีอาการดังต่อไปนี้สองอาการหรือมากกว่า เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงถึงสองหรือสามวัน คือ เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว มีมือสั่นมากขึ้น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน เห็นภาพหลอน หูแว่ว สัมผัสหลอน หรือเห็นภาพผิดจากความเป็นจริง กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ชักทั้งตัว

2.2 การใช้สุร่า (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลดหรือกำจัดการขาดสุร่าได้

3. มีการใช้สุร่าปริมาณมากหรือเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจ

4. มีความต้องการสุร่าอยู่ตลอด หรือไม่สามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มได้

5. ใช้เวลาส่วนมากในการกระทำเพื่อให้ได้สุร่ามาดื่ม เช่น ดื่มไม่หยุดหย่อนหรือหมกมุ่นกับการหาสุร่ามาดื่ม

6. ต้องลดหรืองดการเข้าสังคม การงาน หรือความสนใจอื่นๆ เนื่องจากการดื่มสุร่า

7. คงมีการดื่มสุร่าถึงแม้ทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น เช่น ยังดื่มสุร่าแม้ทราบว่าสุร่าทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารเลวลง เป็นต้น

อาการและอาการแสดงของผู้ที่เป็นโรคติดสุร่า

อาการและอาการแสดงของผู้ที่เป็น โรคติดสุร่า สามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มอาการ และอาการย่อย 7 อาการ ดังนี้ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล และ สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, 2545)

1. กลุ่มอาการติดยาทางกาย มี 2 อาการย่อยได้แก่

1.1 การคื้อยา

1.2 อาการขาดยาเมื่อมีการหยุดใช้ยา

2. กลุ่มอาการบังคับใจไม่ได้ มีอาการย่อย 3 อาการดังนี้

2.1 ยังใช้ยาต่อไปอีก ทั้งๆ ที่มีผลร้ายเกิดขึ้นแล้ว

2.2 ใช้ยาจำนวนมากและเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจ

2.3 มีความต้องการที่จะหยุดหรือลดการใช้ยา แต่ไม่สามารถทำได้

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
วันที่ ๕ ๓ ๒๕๕๕
เลขที่ ๒๔๘๓๐๕
เลขเรียกหนังสือ.....



3. กลุ่มอาการที่หมกมุ่นต่อการใช้ยา (Compulsiveness & preoccupation) มี 2 อาการย่อยดังนี้

3.1 เสียเวลามากกับการแสวงหายา การใช้ยา และการพักผ่อนจากการใช้ยา

3.2 การงาน การพักผ่อน การใช้ชีวิตกับครอบครัวและสังคมน้อยลงหรือไม่มีเลย

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548) ได้จำแนกอาการของการติดเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) การติดยาทางกาย (physical dependence) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทเกิดขึ้น 2) การติดยาทางใจ (psychological dependence) แสดงออกในรูปของความอยาก ลักษณะความเคยชิน และพฤติกรรมกรรมการแสวงหายา โดยเกี่ยวข้องกับ brain rewarding mechanism ของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสุขความพึงพอใจใน limbic area

สรุปได้ว่า อาการและอาการแสดงของการติดสุรานั้น มีทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท ซึ่งส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราเกิดพฤติกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดสุราในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

ปัจจัยของการติดสุรา เกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ส่งผลให้ปัญหาจากการดื่มสุรามีความซับซ้อนมากขึ้น ปัจจุบันมีความเชื่อว่า การติดสุรามีความเกี่ยวข้องทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ

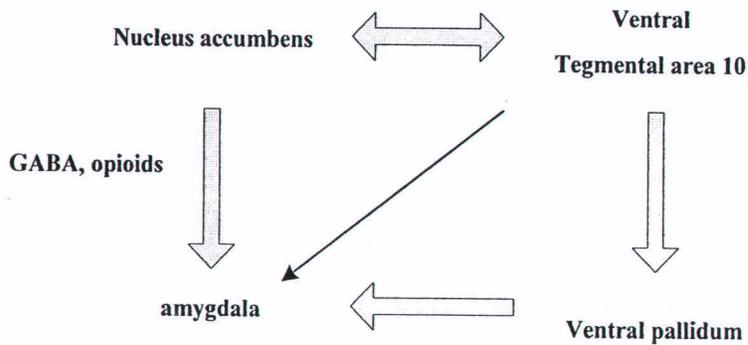
1.1 พันธุกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดสุราที่เกิดจากพันธุกรรม (ทรงเกียรติและคณะ, 2552) มีอัตราการติดสุราในพ่อแม่ พี่น้อง และบุตรของผู้ติดสุราสูงกว่าคนทั่วไปถึง 5 เท่า แม้ว่าจะเลี้ยงดูหรือเป็นบุตรบุญธรรมของผู้ที่ไม่มีความผิดปกติของการดื่มสุราก็ตาม จากการทบทวนพบว่า ยีน Ie gene coding ของ D2 receptor เกี่ยวข้องกับโรคติดสุราเรื้อรัง และ dopamine transportation เกี่ยวข้องกับการขาดสุรา (เบญจพร ปัญญาขง, 2552)

1.2 กลไกของสารเคมีในสมอง (neurochemical mechanism) พบว่า มีความเกี่ยวข้องกับการ reinforcement rewarding mechanism ของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสุขความพึงพอใจใน limbic area และ Neurotransmitter หรือวงจรแห่งความสุข (Pleasure System) ในสมอง ซึ่งอยู่ใน ventral tegmental area โดยมีโดปามีนซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่สร้างความรู้สึกมีความสุขและความพึงพอใจ เชื่อมโยงไปที่ nucleua accumbens และ vental pallidum จนถึง amygada ซึ่งเป็นส่วนที่เก็บความจำของอารมณ์ เมื่อวงจรแห่งความสุขถูกกระตุ้น สมองจะหลั่งโดปามีนออกมา ทำให้ร่างกายรู้สึกมีความสุขและเก็บความจำนี้ไว้ที่ amygada โดยที่มนุษย์มีสัญชาตญาณที่เป็น drive state ได้แก่ ความหิว ความต้องการทางเพศ ความอยู่รอด และต้องการความสำเร็จ เมื่อได้รับการตอบสนองเหมือนกับได้รับรางวัล

(experiencing reward) เกิดความรู้สึกพึงพอใจและเป็นสุข (sense of well being) เมื่อมีการดื่มสุรา แอลกอฮอล์จะไปเพิ่มการกระตุ้นการหลั่งโดปามีนที่มากกว่าปกติ จะรู้สึกมีความสุขมากขึ้น สมองส่วน amygdala ก็จะจำความรู้สึกนั้นไว้ เมื่อร่างกายอยู่ในระดับปกติไม่สามารถกระตุ้นให้มีการหลั่งโดปามีนออกมาในระดับที่เคยถูกกระตุ้น จึงรู้สึกทุกข์ทรมาน กระสับกระส่ายเป็นทุกข์ จึงจำเป็นต้องไปแสวงหาสุรามาดื่มเพื่อตอบสนองร่างกาย กระตุ้นการทำงานของสมองให้หลั่งโดปามีนให้เกิดความรู้สึกเป็นสุขได้อย่างรวดเร็วเท่ากับระดับที่ amygdala ได้จดจำไว้ (Michael, 2009) โดยเรียกวงจรนี้ว่า วงจรสุขิ (Pleasure circuit) (ทรงเกียรติ และคณะ, 2545) ดังภาพที่ 1

Anatomy of Addiction

The Pleasure Circuit : dopamine



ภาพที่ 1 วงจรสุขิ (Pleasure circuit) (ทรงเกียรติ และคณะ, 2545)

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม

2.1 ความขัดแย้งของจิตใจ (emotional conflict) เกิดจากมีความขัดแย้งในจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก ระยะ oral stage และเกิดความไม่มั่นใจหรือไม่อยากรับรู้ความขัดแย้งต่างๆ ในจิตใจตนเอง จึงหนีความจริงโดยการใช้สุราเพื่อช่วยในการเก็บกดความรู้สึกนั้น (อาไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์วงศ์, 2545)

2.2 บุคลิกภาพประจำตัว (personality traits) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดยา ได้แก่ บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (antisocial) แบบก้ำกึ่ง (borderline) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) impulsivity dependence need ในระดับสูง การควบคุมอารมณ์ที่บกพร่อง กลุ่มอาการ ADHD (ทรงเกียรติ และคณะ, 2545)

2.3 การเรียนรู้ (learned behavior) เนื่องจากสุรามีฤทธิ์ในระยะแรก ทำให้ผู้ดื่มรู้สึกเป็นสุข อารมณ์แจ่มใส ไร้ความกังวล มีผลกำลังและความมั่นใจมากขึ้น รวมทั้งยังกระตุ้นความรู้สึกทางเพศได้ดี เป็นแรงเสริมให้กลับมาดื่มซ้ำจนติด เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับความเครียด เบื่อหน่าย หรือไม่สบายใจต่างๆ ทำให้ติดสุราได้ง่าย (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์วงศ์, 2545)

2.4 ด้านสังคมและวัฒนธรรม (sociocultural factor) มีผลต่อการเรียนรู้ของบุคคลทั้งด้านบวกและด้านลบ ได้แก่ 1) การเลียนแบบ (social learning) พ่อ แม่ หรือคนใกล้ชิดที่ติดสุรา 2) วัฒนธรรมและศีลธรรม (cultural and ethnic influences) ในบางสังคมที่มีค่านิยมปกติในการดื่มสุรา ไม่ผิดกฎหมายหาซื้อได้ทั่วไป ทำให้เกิดโอกาสในการติดสุราได้ง่าย

ผลกระทบจากการติดสุราในผู้ที่เป็โรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเป็น โรคติดสุราเรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจรวมถึงผลกระทบต่อสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย ผลทางระบบหมุนเวียนโลหิต ความดันโลหิตสูงขึ้น ไกมัน HDL3 สูงขึ้น แต่ HDL2 ไม่เปลี่ยนแปลง เกิดหัวใจเต้นผิดปกติอย่างฉับพลัน (cardiac arrhythmia) เรียกกันว่า holiday syndrome เกิดกล้ามเนื้อหัวใจพุ้ง (cardiomyopathy) ผลทางต่อมไร้ท่อ (hormonal) คอร์ติซอล cortisol สูงขึ้น และไม่สามารถจะหยุดยั้งได้ในเพศชาย คอร์ติซอล testosterone จะต่ำลง แต่คอร์ติซอล estrogen กลับเพิ่มขึ้น ทำให้อัณฑะฝ่อ (testicular atrophy) ในเพศหญิงรังไข่จะไม่ทำงาน (ovarian failure) (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และคณะ, 2545) ผลทางระบบประสาทส่วนกลางจะทำให้เกิดภาวะ Wernicke's Encephalopathy ที่เกิดจากการขาดวิตามินบี1 หรือ thiamin (Vitamin B1) deficiency โดยจะมีอาการอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการ ต่อไปนี้ 1) สับสน (mental confusion) 2) ร่างกายโซเซ (truncal ataxia) จากการเกิด polyneuropathy ของแขนและขา และ 3) ประสาทตาเสีย คือเป็น ophthalmoplegia (cranial nerve VI palsy) มีอาการตากระตุก (nystagmus) หรือมีภาวะ Korsakoff's syndrome ที่มีอาการความจำขาดช่วง หรือ anterograde amnesia เพราะไม่สามารถเก็บข้อมูลปัจจุบันได้ มีการสร้างความจำเทียม หรือ confabulation ขึ้น สาเหตุเพราะมีรอยโรคหรือ lesions ที่ mammillary bodies และที่ hippocampus (Verfaellie & Cermak, 1997) นอกจากนี้ยังมีผลต่อสมองโดยตรง ได้แก่ dementia คือสติปัญญาเสื่อมเกิดจากสมองบางส่วนได้ถูกทำลายโดยเหล่า Marchiafava-Bignami syndrome เกิดจาก demyelination ของสมองส่วน corpus callosum มีอาการพูดไม่ได้ (aphasia), ทรงตัวไม่ได้ (ataxia), อัมพาตครึ่งตัวมีชีวิตไม่ยืนยาว (Cerebella Degeneration) เกิดจากพิษเหล้าโดยตรง รวมทั้งโรคเหน็บชา (polyneuropathy) โดยมีอาการชาที่ปลายประสาท

หรือ sensory deficit (stocking distribution) มีอาการ Achilles tendon reflex หายไปในกรณีที่มีอาการมาก จะมีอาการปวด และเหน็บชา เจ็บแสบที่ปลายประสาทได้ และจากการศึกษาสาเหตุการติดสุราและการเข้ารับการรักษาของผู้ติดสุรา ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาจะมีปัญหาสุขภาพด้วยโรคตับอักเสบ ตับแข็ง และแผลในกระเพาะอาหาร ร้อยละ 73.3 (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2548)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ การติดสุราทำให้นुकคลดสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง เกิดความคับข้องใจในการขาดความสามารถในการควบคุมตนเองจากการดื่ม ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราขาดความมั่นใจ รับรู้ควมมีคุณค่าของตนเองต่ำ ความสุขในการดำรงชีวิตประจำวันลดลง พรรษา เศรษฐบุปผา จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์ ภรภัทร สิมะวงศ์ และนพวรรณ อุปคำ (2553) ได้ศึกษาในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จำนวน 58 คน พบว่า ร้อยละ 50 มีระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 82.8 และมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 53.3 โดยเฉพาะความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้านครอบครัวมีค่าเฉลี่ย (SD) 1.89 ซึ่งหากไม่ได้รับการบำบัดดูแลที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชได้ โดยพบในเพศหญิงเป็นมากกว่าเพศชาย มีอาการของโรคทางอารมณ์ (affective disorder) โดยเฉพาะ โรคซึมเศร้า (depression) หรืออาการ โรคระวนกระวายใจ (anxiety disorder) พบบ่อยในระยะหยุดเหล้า หรือมีอาการขาดสุรา หรืออาจมีผลกระทบด้านจิตใจอย่างรุนแรง ทำให้เป็นโรคบุคลิกภาพปรวนแปร โดยเฉพาะการต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) พบบ่อยในผู้ติดสุราแต่วัยเยาว์ หรือมีอาการ โรคจิตแบบระแวง และหลงผิด (alcoholic paranoid/delusional disorder) และ โรคจิตแบบประสาทหลอน (alcoholic hallucinosis) ได้ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และคณะ, 2545)

3. ผลกระทบทางสังคม

ผลกระทบจากการติดสุราที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุราจะมีผลเสียต่อตนเองแล้วยังมีต่อบุคคลอื่นหรือต่อสังคม (social harm) โดยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุราจะมีปัญหาสัมพันธภาพ ที่ส่งผลถึงปัญหาชีวิตสมรสและครอบครัว ปัญหาการทำงาน สูญเสียอาชีพ รวมถึงการด้อยโอกาสทางสังคมเป็นเหตุกระตุ้นให้ก่อ ความรุนแรงหรืออาชญากรรม นอกจากนี้จากการเป็นผู้ที่ติดสุรายังส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนจากการเจ็บป่วย (cost illness) โดยเป็นค่าใช้จ่ายทางอ้อม (indirect cost) ที่เกิดเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ทำให้เสียโอกาสทางเศรษฐกิจในอนาคตมากที่สุด และยังมีค่าใช้จ่ายที่สูญเสียจริง (direct cost) จากการขาดงาน ไม่มีงานทำ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความเสียหายจากอาชญากรรมหรืออุบัติเหตุจากราจร เป็นต้น (ปริทรรศ ศิลปกิจ และ พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553)

จะเห็นได้ว่า ผลกระทบจากโรคติดสุรานั้น มีผลต่อทุกระบบในร่างกายของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติบทบาทของตนเองได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา รวมทั้งมีผลต่อครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว และเกิดความสูญเสียในระดับประเทศได้

การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ที่มีความซับซ้อนจากปัจจัยของสาเหตุการดื่ม อาการ และอาการแสดงที่แตกต่างกัน จึงทำให้มีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดดูแลหลายรูปแบบ เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราได้รับการดูแลที่เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดปัญหาจากการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง พันธันภา กิตติรัตน ไพบูลย์ (2552) ได้จำแนกมาตรการของการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุราซึ่งเป็นการรักษาในขั้นตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็น 3 มาตรการดังนี้

1. การบำบัดรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) เป็นการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา (detoxification) ประกอบด้วยการประเมินและรักษาภาวะถอนพิษสุรา (alcohol detoxification) เป็นระยะที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุราจะมีอาการรุนแรงหรือมีปัญหาที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546; สาวิตรี อัยมางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

1.1 การประเมินภาวะถอนพิษสุรา ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) มักเกิดขึ้นกับผู้ติดสุราหรือดื่มสุรามากกว่า 150-200 กรัมต่อวัน หรือดื่มติดต่อกันจนเมา หรือผู้ที่ดื่มสุราหนักมานานอย่างน้อย 5-10 ปี เมื่อหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุรา (เบญจพร ปัญญาขง, 2552) เมื่อหยุดดื่มหรือคิมน้อยลง อาการถอนพิษสุราจะเริ่มเกิดขึ้นและอาการจะค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ส่วนใหญ่อาการจะเริ่มเกิดตั้งแต่ 6-24 ชั่วโมง หลังดื่มครั้งสุดท้าย และเป็นมากที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมง อาการที่พบได้บ่อย เช่น มือสั่น เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง มีไข้ หายใจเร็ว หูแว่ว คลื่นไส้ ท้องเสีย กระสับกระส่าย เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ ฝันร้าย ปวดศีรษะ หน้าแดง วูบร้อนวูบหนาว โดยทั่วไปถ้าอาการไม่รุนแรงมาก มักจะหายไปเองภายใน 5-7 วัน แต่อาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด อาจยังคงมีถึง 10 วัน การวินิจฉัยภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) เมื่อหยุดหรือลดการดื่มสุรา หลังจากมีการดื่มอย่างมากและเป็นเวลานาน มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและติดตามภาวะถอนพิษสุราที่เป็นที่ยอมรับและนิยม 3 ชนิด ใช้ได้แก่ Alcohol Withdrawal Scale (AWS) วินิจฉัยโดยประเมินจากอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่ 1) autonomic hyperactivity เช่น เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว

มากกว่า 100 ครั้ง/นาทีก มีไข้ ความดันโลหิตสูง 2) มือสั่น 3) นอนไม่หลับ ผื่นร้าย 4) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย 5) กระสับกระส่ายอยู่ไม่ติดที่ 6) ประสาทหลอน เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน เหมือนมีแมลงมา ใต้ตามตัว หรือแปลสิ่งเร้าผิดไป เช่น เห็นเชือกเป็นงู 7) วิตกกังวล และ 8) grand mal หรือ General tonic-clonic seizure (ชักเกร็งกระตุกทั้งตัว) เครื่องมือ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar) และ Minneapolis Detoxification Scale (MINDS) (เบญจพร ปัญญาขง, 2552)

1.2 การรักษากาเวธอนพิษสุราแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุราขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะถอนสุรา ดังนี้ (เบญจพร ปัญญาขง, 2552) 1) กลุ่มที่มีอาการถอนพิษสุรา ระดับเล็กน้อยมาก มีระดับคะแนนการประเมินภาวะถอนพิษสุรา CIWAs น้อยกว่า 10 หรือ คะแนนของ AWS อยู่ระหว่าง 1-4 และไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง สามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา หรืออาจให้ยาแบบ symptom-trigger therapy และติดตามอาการถอนพิษสุราอย่างต่อเนื่อง 2) กลุ่มที่มีอาการถอนพิษสุรา ระดับเล็กน้อยมาก และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs ควรรับไว้ในนอนในโรงพยาบาลและให้ยาทันที ในรูปแบบ fixed-schedule เพื่อป้องกันการเกิด DTs 3) กลุ่มที่มีอาการถอนพิษสุรา ระดับปานกลาง มีระดับคะแนนการประเมินภาวะถอนพิษสุรา CIWAs ระหว่าง 10-18 หรือ คะแนนของ AWS อยู่ระหว่าง 5-4 และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs ควรรับไว้ในนอนในโรงพยาบาล ตรวจร่างกายอย่างละเอียด เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และให้สารน้ำ อาหารเสริม วิตามินและเกลือแร่ ประเมินอาการเป็นระยะ และให้ยาในรูปแบบ intravenous loading regimen เพื่อป้องกันการเกิด DTs (หทัยชนนี บุญเจริญ และคณะ, 2549)

2. การบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ (treatment and rehabilitation) เป็นขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุรารายหลังปลอดภัยจากการถอนพิษสุรา เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราลดการหวนคืนในระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วยการรักษาด้วยยา (Pharmacological treatment) และการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด (Psychological treatment) ดังนี้

2.1 การรักษาด้วยยา (Pharmacological treatment) แม้ว่าการรักษาทางจิตสังคมจะมีประสิทธิผลพอควรสำหรับผู้ติดสุรา แต่อาจมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 70 ที่กลับไปดื่มหนักอีกภายใน 1 ปี หลังการรักษาการใช้ยาจึงจัดได้ว่าเป็นหลักสำคัญประการหนึ่งของการรักษาการติดสุรา ในปัจจุบัน องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้การรับรองยาสำหรับการรักษาการติดสุรา เพียง 3 ชนิด 4 ขนาน คือ ยา disulfiram (DSF), ยา naltrexone ชนิด รับประทาน (NTX) และยา naltrexone ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อซึ่งสามารถออกฤทธิ์ได้นาน (extended-release injectable naltrexone, ERIN) และยา acamprostate (ACP) ยารักษาผู้ติดสุราทั้ง 3 ชนิดมีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน มีผลข้างเคียงที่แตกต่างกัน เหมาะสำหรับผู้ติดสุราที่มีลักษณะที่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาโดยรวมสนับสนุนว่า

ยาเหล่านี้มีประสิทธิผลในการทำให้หยุดดื่มโดยสิ้นเชิง ลดการดื่มหนัก (heavy drinking) และเพิ่มโอกาสหรือความยาวนานที่จะหยุดดื่มสุรา

2.2 การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด (Psychological treatment) (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) เป็นการรักษาด้านจิตสังคมของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ซึ่งจะช่วยให้สามารถควบคุมปัญหาจากการดื่มสุราในระยะฟื้นฟูสุขภาพ ไม่ให้กลับไปดื่มซ้ำ รวมทั้งสามารถช่วยลดอันตรายและผลกระทบจากการดื่มในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ยังไม่ยินยอมบำบัด และช่วยจูงใจให้เข้ารับการบำบัดต่อไป โดยจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้

2.2.1 การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy: CBT) พัฒนามาจากรูปแบบการป้องกันการเสพยาซ้ำ (Relapse Prevention : RP) ของ Jeffrey, Lay, McLaren, Sieffed (อ้างในพิชัย แสงชาญชัย, 2552) ซึ่งมีสาระสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การกลับไปดื่มซ้ำ (The Gray Model) ที่อธิบายถึงการกลับไปดื่มซ้ำว่า อยู่ระหว่างการหยุดดื่มโดยเด็ดขาด (abstinence) กับการกลับไปติดซ้ำ (relapse) ผลกลับไปดื่มซ้ำไม่ถือว่าเป็นการกลับไปติดซ้ำกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการกลับไปติดซ้ำของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ได้แก่ อารมณ์ที่ไม่ดี ความสัมพันธ์ที่เป็นปัญหา แรงกดดันทางสังคม และการเผชิญกับตัวกระตุ้นเร้า สามารถให้การบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่มได้ โดยมีกิจกรรมผสมผสานด้านการเปลี่ยนความคิดและปรับพฤติกรรมครอบคลุม โดยโครงการ MACTH ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) ได้ใช้ CBT ในการบำบัดผู้ติดสุราโดยให้การปรึกษาเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรูปแบบของการบำบัดแบบการควบคุมตนเอง (self-control) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย (ทิพาวดี เอมะวัฒน์, 2548) โดยปนัดดา ชีระเชื้อ และคณะ (2551) ได้พัฒนาโปรแกรมการควบคุมตนเองโดยดัดแปลงจากโปรแกรมกลุ่มฝึกทักษะการควบคุมตนเองของโสทธิยาภัย (Sotthiyapai อ้างในปนัดดา ชีระเชื้อ และคณะ, 2551) ซึ่งควบคุมทักษะที่สำคัญ 3 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง 2) ทักษะการแก้ปัญหา และ 3) ทักษะการควบคุมตนเอง และได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ที่ติดสุรา โดยการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จำนวน 7 ราย พบว่า หลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเองทันที และระยะ 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง และมีพฤติกรรมการดื่มสุราที่ไม่แตกต่างกันทั้ง 2 ระยะ

2.2.2 การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing : MI and Motivation Enhancement Therapy : MET) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นรูปแบบการบำบัดที่ผสมผสานการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 ขั้นตอน (prochaska & DiClemente อ้างในพิชัย แสงชาญชัย, 2552) ได้แก่ 1) ขึ้นไม่สนใจปัญหา

(Pre-contemplation) 2) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) 3) ขั้นตัดสินใจหยุดดื่มอย่างจริงจังหรือขั้นเตรียมการเปลี่ยนแปลง (Determination or Preparation) 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ 5) ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) และ 6) ขั้นกลับไปติดสุราซ้ำ (Relapse) และการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นแนวทางการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นหลัก (Client-centered counseling) เพื่อให้ผู้ที่เป็โรคติดสุราเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะ Health Education and Feedback เป็นระยะที่ช่วยให้ผู้ที่เป็โรคติดสุราตระหนักถึงปัญหา ลดความลังเลใจ และเสริมสร้างศักยภาพของตนเอง 2) ระยะ Commitment Strengthening เป็นระยะของการสนทนาเพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็โรคติดสุราให้คำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงตนเองและช่วยในการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง และ 3) Follow Through เป็นระยะของการสนทนาเพื่อติดตามความก้าวหน้า ทบทวนเป้าหมาย แก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบความมั่นคงของแรงจูงใจ และเสริมสร้างแรงจูงใจในรายที่แรงจูงใจถดถอยลง ซึ่ง สุนทรี ศรีโกสโย และคณะ (2548) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง โดยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 ราย สามารถลดพฤติกรรมการดื่มสุราได้ โดยมีจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง และมีจำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้น

2.2.3 การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) เป็นรูปแบบการบำบัดเพื่อเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่มสำหรับผู้ที่ดื่มแบบมีความเสี่ยงสูง มีการบำบัดจำนวน 1-3 ครั้งๆ ละ 5-15 นาที

2.2.4 การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation : TSF) เป็นหลักการฟื้นฟูทางด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ที่เป็โรคติดสุรา โดยให้การศึกษาเป็นรายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็โรคติดสุรายอมรับตนเองว่ามีปัญหาการติดสุราและไม่สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ ต้องหันมาเคารพและศรัทธาภาวะที่อยู่เหนือตน (higher power) ในการฟื้นตัวจากการดื่มสุรา ซึ่งพลังเหนือตนของแต่ละคนนั้น จะแตกต่างกันตามความเชื่อของแต่ละศาสนา

2.2.5 พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapies) แนวทางของพฤติกรรมบำบัดที่เน้นการเสริมแรงบวกต่อพฤติกรรมเป้าหมาย (Positive Reinforcement) ได้แก่ Community Reinforcement Approach: CRA, Behavioral Marital Therapy, Community Reinforcement Approach and Family Training: CRAFT เป็นต้น

2.2.6 การดูแลรายกรณี (Case management) สามารถใช้ดูแลผู้ที่เป็โรคติดสุราเรื้อรังที่ยังไม่มีเป้าหมายหยุดดื่มโดยเด็ดขาดหรือยังไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ เพื่อให้มีความต่อเนื่องในการดูแล

2.2.7 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group) กลุ่ม AA (Alcohol Anonymous) เป็นกลุ่มช่วยเหลือกันเองของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่แพร่หลาย ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราสามารถหยุดดื่มได้ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเชื่อว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุราเกิดจากโรคทางกายไม่ใช่เกิดจากความอ่อนแอของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา (เบญจพร ปัญญาขง, 2552)

2.2.8 การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated Treatment) เป็นโปรแกรมการบำบัดรักษาที่ใช้ทีมพหุสาขาวิชาชีพที่สามารถให้การบำบัดได้ทั้งโรคติดสุราและโรคจิตเวช มีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาราบบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัวบำบัดที่มีความเฉพาะเจาะจง รวมทั้งการผสมผสานการบำบัดด้านการรักษาด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสังคมสงเคราะห์ และอาชีพบำบัดเป็นต้น

3. การบำบัดดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (after care)

การบำบัดดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นรูปแบบของการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) มีได้หลายรูปแบบ อาจเกิดได้ทั้งในสถานพยาบาล ในชุมชน วัด หรือที่อื่น ๆ ตัวอย่างบริการทางเลือกในชุมชนที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา เช่นกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือกันเองเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ การบำบัดสุราโดยองค์การศาสนา รูปแบบการแก้ไขปัญหามสุราโดยชุมชน กลุ่มเอเอ และการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่จะสนับสนุนให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้สามารถดูแลและติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการบำบัดดูแลอย่างเหมาะสมในสถานการณ์การเจ็บป่วยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน เพื่อป้องกันการกลับไปป่วยซ้ำและช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราอยู่ในชุมชนได้นานขึ้นและเป็นการจัดการรายกรณีซึ่ง (The American Case Management Society of America-CMSA) ได้ให้ความหมายว่า การจัดการรายกรณี (case management) หมายถึง ระบบการดูแลผู้ป่วย ที่ใช้วิธีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนและแนวทางการดูแล ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด และติดตามผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลที่ต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ โดยใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่า (อมรพรรณ โตสิงห์, 2553) การดูแลเป็นลักษณะของรายกรณี (Case management) ให้มีประสิทธิภาพ คุ้มค่า และมีคุณภาพ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และได้แบ่งการจัดการผู้ป่วยรายกรณีตามลักษณะการจัดการดูแลของผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ 3 รูปแบบ ดังนี้

3.1 รูปแบบการจัดการทางคลินิกแบบรายกรณี (The Clinical Case Management Model) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีระบบชัดเจนเพื่อแก้ไขข้อจำกัดในเรื่องการขาดแหล่งทรัพยากรที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager) ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยในฐานะผู้บำบัดรักษา (clinicians)

3.2 รูปแบบการทำหน้าที่คนกลาง (The broker Model) เป็นรูปแบบที่มีผู้ที่ทำหน้าที่ในการประสานงานระหว่างแหล่งบริการต่าง ๆ แทน โดยผู้ที่เป็นคนกลางไม่จำเป็นต้องมีทักษะที่ลึกซึ่ง รูปแบบนี้มุ่งเน้นที่การประเมินความต้องการของผู้ป่วยในการวางแผนดูแลรักษา และการส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม

3.3 รูปแบบการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (The Assertive Community Treatment: ACT) หรือเรียกว่า โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Program Assertive Community Treatment) เป็นรูปแบบที่ใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกด้านเต็มรูปแบบตลอด 24 ชั่วโมง โดยทีมสหวิชาชีพ เน้นการติดต่อและการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างจริงจัง (assertive outreach) และสม่ำเสมอ ไม่มุ่งเน้นการส่งต่อ ทีมจะดูแลผู้ป่วยในจำนวน 10-15 คน รูปแบบนี้จะช่วยลดอัตราการนอนในโรงพยาบาลโดย Department of Health and Human Service : Toward a model plan for a Comprehensive Community-Base Mental health System ได้กำหนดองค์ประกอบของการจัดการรายกรณีไว้ 10 องค์ประกอบดังนี้ 1) การระบุผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง 2) การรักษาทางจิตเวช 3) การจัดการในระยะฉุกเฉิน 4) การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลรักษาฟื้นฟู 5) ที่พักอาศัย 6) การสนับสนุนรายได้และการเข้ารับบริการสุขภาพ 7) กลุ่มช่วยเหลือกันเอง 8) การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน 9) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 10) การสนับสนุนและระดับประคอง โดยมีผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นผู้ประสานงานและเชื่อมต่อหรือช่วยบริการตามองค์ประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการและลดปัญหาของการขาดแหล่งสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ในชุมชนได้ โดยผู้จัดการรายกรณีจะมีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การระบุตัวผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง 2) การประเมินความต้องการดูแลของผู้ป่วย 3) การวางแผนการให้บริการ 4) ประสานหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น 5) ควบคุม กำกับ การให้บริการเชิงรุก 6) สนับสนุน ส่งเสริมการบริการ (Stuart and Laraja, 2005) ซึ่งแนวคิดการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนนี้ ได้มีการพัฒนาโดย ھرรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2553) โดยได้พัฒนาเป็นรูปแบบของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตตติสุรา ที่ประกอบด้วยกลัษณะการทำงาน 3 ด้านครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 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) และการจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย (financial management)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่ เป็น โรคจิตเสวรา ที่พัฒนามาจากแนวคิดของรูปแบบ The Assertive Community Treatment (ACT) เนื่องจากโปรแกรมนี้ให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ซึ่งอาจจะช่วยให้ผู้ที่ เป็น โรคจิตเสวราที่ได้รับ การบำบัดดูแลตามโปรแกรมสามารถจัดการกับปัญหาการค้ำสุราของตนเอง และอาจจะช่วยลดการ กลับมารับการรักษาซ้ำใน โรงพยาบาลได้

แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน

ความหมายของการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน

การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน หมายถึง รูปแบบบริการส่งต่อ (a service delivery model) ที่พัฒนาขึ้นอย่างครอบคลุม และเน้นการบำบัดดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรังในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team) มีการติดต่อประสานงานให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วย มีปัญหาได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา (round the clock staffing of psychiatric unit) ให้บริการที่สะดวกใน ลักษณะใกล้บ้านใกล้ใจ (NAMI, 2008b อ้างใน พรรษา เศรษฐบุปผา, 2551)

แนวคิดหลักของการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนับเป็นหัวใจสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดดูแล ที่เหมาะสมในสถานการณ์การเจ็บป่วยทั้งใน โรงพยาบาลและที่บ้าน โดยผ่านระบบส่งต่อ (delivery system) ได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องที่เน้นให้ผู้ป่วยได้มีการ โอนย้ายจาก โรงพยาบาลสู่ชุมชน (deinstitutionalization) ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับใช้ชีวิตในครอบครัวและ ในชุมชนเร็วขึ้น ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพ นักวิจัย และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจึงได้มีการพัฒนา แนวทางในการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (community-based psychiatric care) ขึ้น ทั้งในรูปแบบ ของการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) การบำบัดดูแลหลายระบบ (multi systemic therapy: MST) รวมถึงการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive Community treatment) เป็นต้น โดยรูปแบบ การบำบัดเหล่านี้มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสถานที่ในการบำบัดดูแลนั้นจะกระทำในชุมชน ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่เพื่อเอื้อให้เกิดการบำบัดดูแลที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด (พรรษา เศรษฐบุปผา, 2551)

แนวคิดเกี่ยวกับการโอนย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (deinstitutionalization)

การโอนย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (deinstitutionalization) หมายถึง การส่งย้าย (transfer) ผู้ป่วยจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาบำบัดดูแลในโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้วมีการจำหน่ายสู่ชุมชน (Stuart & Laraia, 2005) โดยแนวคิดนี้เริ่มต้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1965 สหรัฐอเมริกา มีการกำหนดนโยบายโดยภาครัฐให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น ด้วยมุ่งหวังว่าชุมชนจะสามารถรับภาระส่งต่อการบำบัดดูแลจากบุคลากรในทีมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Assertive Community Treatment Association [ACTA], 2008a, b; Marx, Test & Stein, 1973; Stein & Santos, 1998; Test, 1992) (อ้างในพรหม เสรยฐนูปผา, 2551) แนวคิดคิดหลักการบำบัดเชิงรุกในชุมชนตามโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน มีหลักสำคัญ 10 ประการในการให้บริการ (Phillipsetal., 2001) ดังนี้

1. มุ่งกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาจิตเวชรุนแรง ผู้เสี่ยงสูงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเข้ารับการรักษาซ้ำหรือกลับเป็นซ้ำสูง
2. เน้นการบำบัดดูแล (treatment) การประคับประคอง สนับสนุน (support) และการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation services)
3. สมาชิกในทีมสหวิชาชีพร่วมกันรับผิดชอบในการบำบัดดูแลผู้ป่วย
4. อัตราส่วนของบุคลากรวิชาชีพต่อผู้ป่วย (staff to-consumer ratio) ต่ำ (ประมาณ 1:10)
5. เน้นการให้บริการอย่างครอบคลุม (comprehensive)
6. มุ่งที่จะบริการเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือในคลินิก
7. เน้นการให้บริการที่มีความยืดหยุ่น (flexible)
8. การบำบัดดูแลและการสนับสนุนช่วยเหลือเน้นเป็นรายกรณี (engaging individuals)
9. สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตลอด 24 ชั่วโมง
10. ทีมผู้บำบัดดูแลมุ่งที่จะให้การช่วยเหลือ ดูแลบำบัดรักษา (treatment) เชิงรุก และกำกับดูแล (monitoring)

องค์ประกอบหลักของการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน

แนวคิดการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนมีการบริการที่จำเป็นต้องให้การบำบัดดูแลตามกิจกรรม 3 ด้าน ดังนี้ (Stein & Santos, 1998)

1. การบำบัดดูแล (treatment) เป็นการบำบัดที่ครอบคลุมเกี่ยวกับ

- 1.1 การใช้ยาทางจิตเวช (psychopharmacologic treatment)
- 1.2 การประคับประคองรายบุคคล (individual supportive therapy)
- 1.3 การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติแบบเคลื่อนที่ (mobile crisis intervention)
- 1.4 การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (hospitalization)
- 1.5 การบำบัดสารเสพติด (substance abuse treatment)
- 1.6 การบำบัดรายบุคคลหรือรายกลุ่ม (individual/group therapy)
2. การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) เป็นวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติ ประกอบด้วย
 - 2.1 การสอนทักษะการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (behavioral oriented skill teaching)
 - 2.2 การช่วยจัดหางาน (supportive employment) และการช่วยฟื้นฟูการศึกษา (support for resuming education)
3. การบริการสนับสนุนประคับประคอง (support services) เป็นการช่วยให้เกิดการสนับสนุนประคับประคองโดยสมาชิกในครอบครัวหรือคนในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ได้แก่
 - 3.1 การช่วยเหลือสนับสนุน (support)
 - 3.2 การให้ความรู้ (education)
 - 3.3 การสอนทักษะในการดูแล (skill teaching)
 - 3.4 การผสมผสานความร่วมมือ (collaboration)

นอกจากนี้ยังรวมถึงการช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ที่อยู่อาศัย การบริหารเรื่องค่าใช้จ่าย และการเดินทางของผู้ป่วยจิตเวช

ซึ่งแนวคิดการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนนี้ได้มีการพัฒนาโดย ทรธยา เศรษฐบุปผา และคณะ (2553) โดยได้พัฒนาเป็นรูปแบบของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็โรติดิสสุราที่ประกอบด้วยลักษณะงาน 3 ลักษณะ ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 9 องค์ประกอบดังนี้

1. การบำบัดดูแล (treatment) เป็นการบำบัดที่ครอบคลุม 4 องค์ประกอบได้แก่
 - 1.1 การดูแลเรื่องยา (medication support)
 - 1.2 การจัดการกับภาวะวิกฤติ (crisis management)
 - 1.3 วิธีการฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน (rehabilitative approach to daily living skills)
 - 1.4 การให้การศึกษา (counseling)
2. การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion)

3. การบริการสนับสนุนระดับรอง (support services) ประกอบด้วย
 - 3.1 การสร้างโอกาสในการทำงาน (work opportunities)
 - 3.2 การเข้ารับบริการสุขภาพ(entitlements)
 - 3.3 การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance)
 - 3.4 การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย (financial management)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน

กลุ่มงานด้านจิตเวชแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Alliance on Mental Illness: NAMI) ได้ประกาศว่าโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Program of Assertive Community Treatment: PACT) เป็นวิธีการบำบัดดูแลที่มีประสิทธิผลมากที่สุด ในการลดการกลับเป็นซ้ำและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Fischer & Ahem อ้างในหรรษา เศรษฐบุปผา, 2551) โดยมีผลการวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Control Trial: RCT) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชระดับรุนแรงกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลในชุมชน การดูแลแบบรายกรณี และการฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า 1) มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงหลังได้รับ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนเข้ารับการรักษาต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลในชุมชน 2) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงหลังที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลในชุมชน และ 3) มีระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานการดูแลในชุมชน และการจัดการรายกรณี นอกจากนี้ยังลดค่าใช้จ่ายในการดูแลและเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและญาติด้วย (Marshall & Lockwood, 1998) เช่นเดียวกับการศึกษาของซูซาน และคณะ (2544) ที่ทำการวิจัยผลการวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Control Trial: RCT) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน จำนวน 25 ราย พบว่า โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีค่าใช้จ่ายไม่มากกว่าการดูแลแบบเดิม และช่วยสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการและครอบครัว

ในประเทศไทย พรทิพย์ ธรรมวงศ์ และ พิมพาภรณ์ แก้วมา (อ้างในเขมา ตั้งใจมั่น พรทิพย์ ธรรมวงศ์ และภรภัทร สิมะวงศ์, 2552) ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน โดยศึกษาจาก



ผู้ป่วยโรคจิตรุนแรงและเรื้อรังจากเมทแอมเฟตามีน พบว่าโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตรุนแรงและเรื้อรังจากเมทแอมเฟตามีนมีความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.5$) นอกจากนี้ เจมา ตั้งใจมั่น และคณะ (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรม การดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวช โดยโปรแกรมการบำบัดดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนที่พัฒนาโดยพรทิพย์ ธรรมวงศ์ และพิมพ์ภรณ์ แก้วมา (เจมา ตั้งใจมั่น และคณะ, 2552) พบว่ากลุ่มทดลอง 20 คน มีคุณภาพชีวิตและความสามารถโดยรวมในระยะหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.1$) และคุณภาพชีวิต ความสามารถโดยรวมหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.5$)

โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตดิสรู

โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตดิสรู เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น เพื่อป้องกันการกลับไปติ่มสุราซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตดิสรู และส่งเสริมเพื่อให้ ลด ละ เลิก การติ่มสุราอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ลดการกลับไปป่วยซ้ำในโรงพยาบาล และเพื่อให้ผู้ติ่มสุรามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พัฒนาโดยหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2553) ที่ประกอบด้วยลักษณะการทำงาน 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) การช่วยเหลือเรื่องที่พ้ออาศัย (housing assistance) และการจัดการการเงิน (financial management) และมี การให้บริการที่ครอบคลุมโดยทีมสุขภาพในพื้นที่ที่ผู้ที่เป็นโรคจิตดิสรูอาศัยอยู่ เพื่อช่วยเหลือดูแลบำบัดรักษาเชิงรุกเป็นรายกรณีในชุมชน ลักษณะของโปรแกรมเป็นชุดคู่มือประกอบการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตดิสรู จำนวน 4 เล่ม ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตดิสรู เป็นคู่มือที่มีรายละเอียดของโปรแกรม ประกอบด้วยลักษณะของ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติ่มสุราและขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรม

2. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วยสาระขององค์ประกอบทั้ง 9 องค์ประกอบ

3. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับญาติ ประกอบด้วยสาระ 3 ด้านได้แก่ 1) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย 2) การจัดการกับภาวะวิกฤติและการดูแลช่วยเหลือของญาติ และ 3) การให้การปรึกษา

4. แบบบันทึกใกล้บ้านสมานใจ เป็นแบบบันทึกที่จัดทำขึ้น เพื่อให้ทีมสุขภาพได้บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมิน สังเกต ซักถาม การให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อและญาติผู้ดูแล รวมถึงการบันทึกพันธะสัญญาของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มของตนเอง

ในการเยี่ยมบ้านทีมสุขภาพจะใช้การประเมิน สังเกต ซักถาม และบันทึก ในแบบบันทึก ร่วมกับการให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะตามองค์ประกอบ 9 องค์ประกอบ ของโปรแกรม เป็นรายบุคคล ตามขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนของผู้ติดเชื้อ 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 ครั้ง ตามแบบบันทึกในโปรแกรมร่วมกับการให้การปรึกษา โดยมีรายละเอียดของการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

ครั้งที่ 1 มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เยี่ยมและผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ 2) ประเมิน สังเกต ซักถาม และบันทึก ในแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา และแบบบันทึกใกล้บ้าน สมานใจ และ 3) เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะและแนวทางเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสมและแนวทางเกี่ยวกับการจัดการที่อยู่อาศัย และ 4) เพื่อให้การปรึกษาแก่ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ

ครั้งที่ 2 มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เยี่ยมและผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ 2) เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะและแนวทางเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะวิกฤติ และการเข้ารับบริการสุขภาพรวมถึงการเข้าถึงและรับบริการแก่ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อและญาติผู้ดูแล 3) เพื่อแนะนำวิธีการให้การปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแล และ 4) เพื่อให้การปรึกษาแก่ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ

ครั้งที่ 3 มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เยี่ยม และผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ 2) ให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะและแนวทางเกี่ยวกับการรับประทานยา และแนวทางเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และ 3) เพื่อให้การปรึกษาแก่ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ

ครั้งที่ 4 มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เยี่ยมและผู้ที่เป็นโรคติดสุรา 2) เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะและแนวทางเกี่ยวกับการสร้างโอกาสในการทำงานและแนวทางเกี่ยวกับการจัดการเรื่องเงิน และ 3) เพื่อให้การปรึกษาแก่ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

ครั้งที่ 5 มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เยี่ยม และผู้ที่เป็นโรคติดสุรา 2) เพื่อประเมิน สังเกต ชักถาม และบันทึก ในแบบบันทึกใกล้บ้าน สมานใจระยะสิ้นสุดโปรแกรม 3) เพื่อเพิ่มเติมสาระ ความรู้ที่จำเป็นตาม 9 องค์ประกอบ และ 4) เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ ในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ที่เป็นโรคติดสุราอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

การดำเนินการโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา จะดำเนินการตามขั้นตอนและองค์ประกอบของโปรแกรมโดยทีมสุขภาพในชุมชน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีนามัยที่ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดสุรา 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดสุราอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี 3) สามารถเดินทางลงพื้นที่ และติดตามเยี่ยมบ้านได้อย่างต่อเนื่องตามโปรแกรม และ 4) ยินดีและให้ความร่วมมือในการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกอดสุรา โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้แก่

1. พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง ลักษณะการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดสุรา ประเมินโดยเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT) ขององค์การอนามัยโลก แปลโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธ์ภา กิตติรัตน ไพบูลย์ (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. การกลับมารับการรักษาซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุรากลับเข้ามาับการรักษาในระบบสุขภาพด้วยโรคติดสุรา ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลน้อยกว่า 28 วัน ประเมินโดยแบบบันทึกตัวชี้วัดของโรงพยาบาลหล่มสัก

จากการศึกษาของหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2554) ได้ทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ โดยการวิจัยแบบ RCTs (Randomized Control Trials) ในผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน มีการติดตามผลลัพธ์ตามโปรแกรม พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราและอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) นอกจากนี้ ภัทร สิมะวงศ์, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์ และนพวรรณ อุปคำ (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดเชื้อ กรณีศึกษา: โรงพยาบาลสวนปรุง โดยศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรต่ำาก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($P < 0.1$) จึงนับว่าใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ เป็นโปรแกรมที่สามารถช่วยลดปัญหาจากการดื่มสุราในผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อได้

การเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์

การเผยแพร่วัตกรรม (Diffusion) เป็นกระบวนการถ่ายทอดข้อมูล ความคิดเห็น แนวคิด หรือวิธีปฏิบัติ ผ่านช่องทางการสื่อสารที่ช่วยทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลของบุคคลหรือองค์กรหนึ่งในระบบกับไปบุคคลหรือองค์กรอื่น ให้มีความเข้าใจนวัตกรรมที่ตรงกัน และเกิดการยอมรับในนวัตกรรมนั้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวิธีปฏิบัติของบุคคลหรือองค์กรซึ่งมีองค์ประกอบของกระบวนการเผยแพร่ 4 ประการ (Roger, 2003) ได้แก่

1. นวัตกรรม (Innovation) หมายถึง แนวคิดหรือวิธีปฏิบัติที่เกิดขึ้นจากบุคคลหรือองค์กร ที่มีลักษณะเป็นเครื่องมือหรือวัตถุที่ใช้ในการปฏิบัติการหรือโปรแกรมหรือชุดความรู้ของนวัตกรรมนั้น โดยคุณลักษณะของนวัตกรรม สามารถจำแนกตามการรับรู้ของบุคคล ดังนี้

- 1.1 ผลประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์กัน
- 1.2 สามารถผสมผสานเข้ากันได้กับงานประจำ
- 1.3 ความซับซ้อนของวิธีปฏิบัติหรือวิธีการนำนวัตกรรมไปใช้
- 1.4 สามารถตรวจสอบหรือทดสอบได้
- 1.5 ความน่าสนใจที่จะทำไปปฏิบัติ



2. ช่องทางการสื่อสาร (Communication Channels) หมายถึง ช่องทางการถ่ายทอดข้อมูลหรือวิธีปฏิบัติจากบุคคลหรือองค์กรหนึ่งไปยังบุคคลหรือองค์กรอื่น โดยการสื่อสารผ่านทางสื่อสาธารณะและทางบุคคลโดยตรง

3. ระยะเวลา (Time) หมายถึง ช่วงเวลาที่ใช้ในกระบวนการเผยแพร่ข่าวสารที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มจากการให้ความรู้การปรับเปลี่ยนทัศนคติ การตัดสินใจการนำนวัตกรรมไปทดลองใช้จนถึงระยะยืนยันผล และรวมถึงระยะเวลาของการนำนวัตกรรมไปทดลองใช้

4. ระบบสังคม (Social System) เป็นระบบของความสัมพันธ์แบบมีโครงสร้างของบุคคลหรือสมาชิกในสังคมที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหาให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งระบบความสัมพันธ์นี้อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรคในการเผยแพร่ข่าวสารของระบบสังคม

กระบวนการตัดสินใจใช้นวัตกรรม

กระบวนการตัดสินใจใช้นวัตกรรม เป็นกระบวนการตัดสินใจของบุคคลหรือองค์กรก่อนนวัตกรรมหรือวิธีปฏิบัติที่แตกต่างไปจากเดิมอย่างเป็นขั้นตอน โดยเริ่มจากการได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับนวัตกรรม การเกิดทัศนคติต่อนวัตกรรม จนถึงตัดสินใจที่จะยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ซึ่งแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน (Roger, 2003) ดังนี้

1. ขั้นให้ความรู้ (Knowledge stage) เป็นขั้นตอนที่บุคคลหรือองค์กรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับนวัตกรรม โดยผ่านช่องทางการสื่อสาร ซึ่งการสื่อสารทางสื่อสาธารณะ (Mass media) เป็นช่องทางที่เหมาะสมกับระยะนี้ เพื่อจูงใจให้บุคคลหรือองค์กรมีความตระหนักและสนใจที่จะค้นหาความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมเพิ่มเติม (Awareness-knowledge) ซึ่งผู้นำนวัตกรรมจะต้องมีวิธีการให้ความรู้และข้อมูลที่ดี (How-to-knowledge) เพื่อให้ผู้ที่จะนำนวัตกรรมไปใช้มีความเข้าใจถึงวิธีการที่จะนำนวัตกรรมไปใช้อย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย (Principle knowledge)

2. ขั้นโน้มน้าวหรือจูงใจ (The Persuasion stage) เป็นขั้นตอนที่ทำให้บุคคลหรือองค์กรเกิดทัศนคติต่อนวัตกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยผู้นำนวัตกรรมจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลที่ดีของนวัตกรรม เพื่อสร้างความมั่นใจและสร้างทัศนคติที่ดีของบุคคลหรือองค์กรต่อนวัตกรรมนั้น โดยช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคลโดยตรงจะเหมาะสมในขั้นตอนนี้ ซึ่งทัศนคติต่อนวัตกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลหรือองค์กรในระยะนี้ จะมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิเสธหรือยอมรับนวัตกรรมของบุคคลหรือองค์กรนั้นต่อไป

3. ขั้นตัดสินใจ (The Decision stage) เป็นขั้นตอนที่บุคคลหรือองค์กรเกิดการตัดสินใจที่จะยอมรับว่านวัตกรรมนั้นมีประโยชน์ต่อองค์กรและนำนวัตกรรมไปทดลองใช้หรือปฏิเสธ

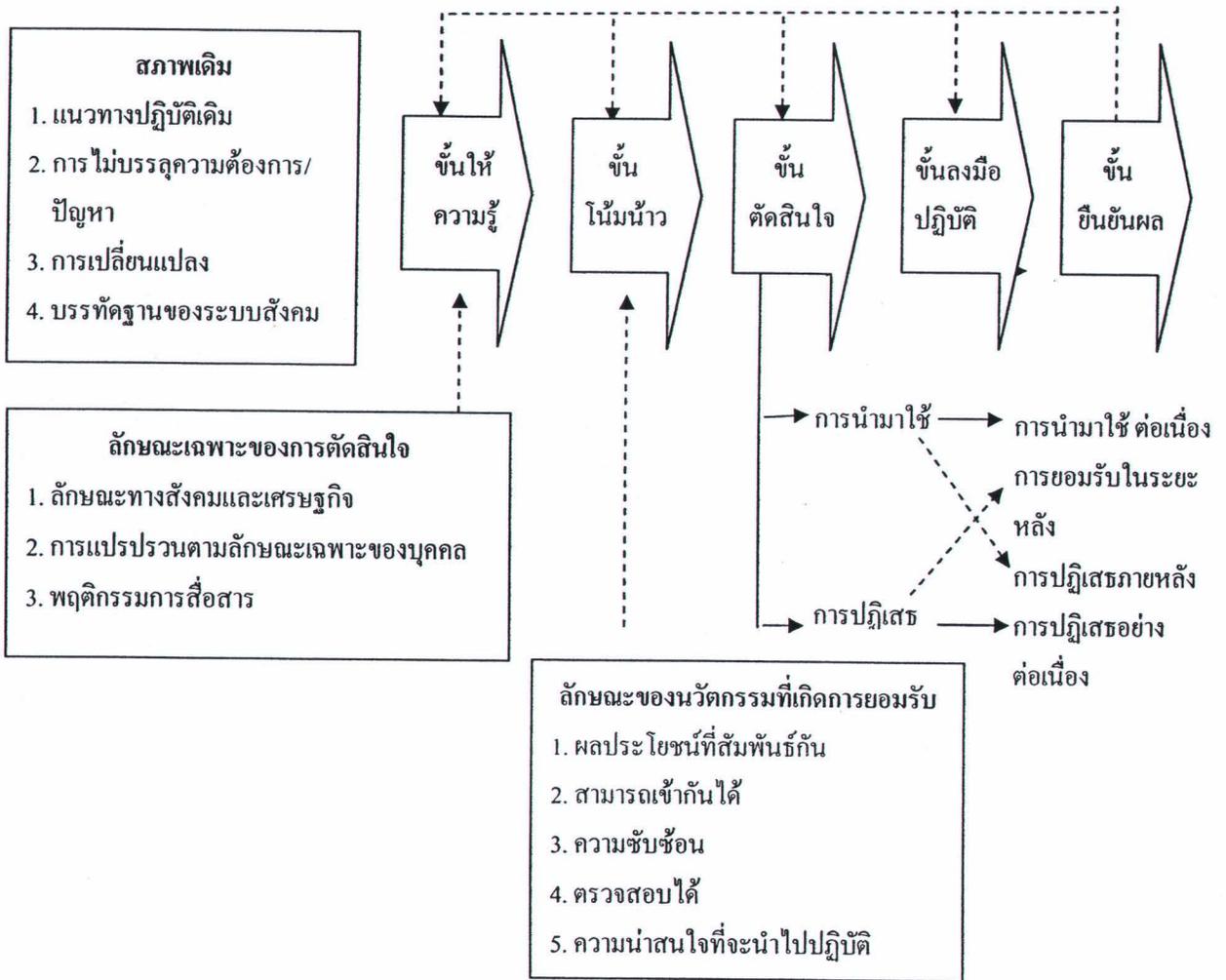
นวัตกรรม ซึ่งการปฏิเสธนวัตกรรมนั้น อาจเกิดในลักษณะของการปฏิเสธโดยการไม่นำนวัตกรรมไปทดลองใช้ (Rerise rejection) หรือปฏิเสธภายหลังจากตัดสินใจนำนวัตกรรมไปทดลองใช้แล้ว (Action rejection) ซึ่งบางครั้งการตัดสินใจของบุคคลหรือองค์กรจะขึ้นกับการได้รับข้อมูลด้านบวกของนวัตกรรมจากผู้ที่เคยยอมรับและนำนวัตกรรมไปใช้แล้ว ดังนั้นการใช้ช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคล จะช่วยทำให้ผู้นำนวัตกรรมกับบุคคลหรือองค์กรมีความใกล้ชิดกันและสามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นได้โดยตรง

4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (The Implementation stage) เป็นขั้นตอนที่บุคคลหรือองค์กรได้นำนวัตกรรมไปทดลองใช้ ซึ่งอาจจะนำนวัตกรรมไปใช้โดยตรงหรือมีการปรับเปลี่ยนบางกระบวนการของนวัตกรรม (Re-invention) โดยการทดลองใช้นั้น จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือวิธีปฏิบัติของบุคคลในองค์กรนั้น ทั้งนี้ความต่อเนื่องของการนำนวัตกรรมไปทดลองใช้นั้น จะขึ้นกับลักษณะเฉพาะของบุคคลและองค์กรนั้นที่มีความเชื่อมั่นต่อนวัตกรรม ที่เกิดจากการได้รับข้อมูลในการใช้นวัตกรรมอย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับช่วงเวลา ในขั้นตอนนี้ผู้นำนวัตกรรมจะต้องให้การสนับสนุนผู้นำเอานวัตกรรมไปใช้ให้บรรลุผลสำเร็จ

5. ขั้นยืนยันหรือประเมินผล (The Confirmation stage) เป็นขั้นตอนการประเมินผลของการนำนวัตกรรมหรือวิธีปฏิบัติไปใช้และเป็นขั้นตอนของการยืนยันว่าจะนำนวัตกรรมหรือวิธีปฏิบัติไปใช้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะขึ้นกับประสิทธิผลของนวัตกรรม ความสะดวกในการใช้นวัตกรรม และความสอดคล้องกลมกลืนกันในระหว่างการนำนวัตกรรมไปทดลองใช้ หากนวัตกรรมหรือวิธีปฏิบัติไม่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับวิธีปฏิบัติเดิมในระหว่างการนำนวัตกรรมไปทดลองใช้ (Dissonance) อาจส่งผลให้บุคคลหรือองค์กรปฏิเสธนวัตกรรมในภายหลังได้

โดยการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ สามารถอธิบายเป็นแผนผังตามรูปภาพ ดังนี้

ช่องทางการสื่อสาร



ภาพที่ 2 รูปแบบของกระบวนการตัดสินใจนวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger, 2003)

สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราของโรงพยาบาลหล่มสัก

จากการทบทวนข้อมูลของโรงพยาบาลหล่มสักพบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหล่มสัก แบบผู้ป่วยในด้วยภาวะถอนพิษสุรามีนอกจากนี้ โดยในปี 2549-2552 พบ 85, 53, 86 และ 104 ราย (สรุปผลงานสุขภาพจิตและยาเสพติด, 2552) และในปี 2553 มีผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลหล่มสักทั้งในคลินิกอดสุราโดยตรงและในตึกผู้ป่วยในด้วยอาการของภาวะขาดสุราหรือด้วยโรคที่สัมพันธ์กับสุรา จำนวน 195 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 ของผู้เข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช (สรุปผลงานสุขภาพจิตและยาเสพติด, 2553) ซึ่งจะได้รับการดูแลในระยะถอนพิษยา การสร้างแรงจูงใจในการบำบัดสุรา การให้การปรึกษา และวางแผนการดูแลต่อเนื่องในคลินิกอดสุรา จากการติดตามผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดจากคลินิกอดสุรา โรงพยาบาลหล่มสักทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี พบว่า มากกว่าร้อยละ 30 ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ เนื่องจากขาดการบำบัดและติดตามที่มีประสิทธิภาพในชุมชน (สรุปผลงานสุขภาพจิตและยาเสพติด, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hall และคณะ ที่พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยสุรา จะกลับไปดื่มซ้ำภายใน 3 เดือนแรก (Bruce singed in Frank & Grove, 1987) ผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนหนึ่งยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาการดื่มสุราของตนเองได้ รวมทั้งมีผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ขาดการเข้ารับบริการในคลินิกอดสุราอย่างต่อเนื่อง จึงกลับมารักษาด้วยอาการของภาวะที่สัมพันธ์กับสุราซ้ำ คลินิกอดสุราจึงได้ส่งต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุราดังกล่าวให้ติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน ซึ่งติดตามเยี่ยม โดยทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิและมีหน้าที่ในการจัดบริการที่เป็นองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน และสนับสนุนการพึ่งตนเองอย่างสมดุล โดยจะต้องมีผลลัพธ์การดำเนินงาน 4 ด้าน ได้แก่ มิติด้านประสิทธิผล มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพของการให้บริการ และมิติด้านการพัฒนาองค์กร ซึ่งหลังการติดตามการเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพ พบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุราในชุมชนยังคงมีปัญหาจากการดื่มสุรา อยู่ในชุมชนอย่างไม่มีความสุข มีความรับรู้คุณค่าของตนเอง และมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำกว่าปกติ

แม้ว่าโรงพยาบาลหล่มสักจะให้ความสำคัญกับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โดยกำหนดการให้บริการตามมาตรฐานการบำบัดผู้ที่เป็นโรคติดสุรา (พันธุงภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) โดยการประเมินและรักษาภาวะโรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนทางกาย ที่กำหนดให้มีการรักษาภาวะถอนพิษสุรา รวมทั้งการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในช่วงเมาสุรา (alcohol intoxication) และการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในช่วงขาดสุรา (alcohol withdrawal) การบำบัดทางจิตสังคมหลังผ่านภาวะถอนพิษสุราโดยจัดตั้งคลินิกอดสุราและให้การบำบัดดูแลระยะถอนพิษยา การสร้างแรงจูงใจในการบำบัดสุรา การให้การปรึกษาและวางแผนการดูแลต่อเนื่องในคลินิกอดสุรา และติดตามผู้ป่วย



ในชุมชนแล้ว ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรายังคงมีปัญหาจากการดื่ม มีปัญหาด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วย กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคทางกายที่รุนแรงขึ้น เช่น เลือดออกในกระเพาะอาหาร ดับแข็งในระยะสุดท้าย บางรายมีปัญหาด้านจิตใจ เครียด ซึมเศร้า มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ส่งผลให้เกิดปัญหาในการทำงานและว่างงาน ในปี 2552 มีผู้จิตสุราที่ทำร้ายตนเองด้วยการใช้มีดแทงตนเอง 1 ราย และรับประทานยาฆ่าแมลงในระหว่างที่มีอาการถอนพิษสุรา 2 ราย (สรุปผลการดำเนินงานงานสุขภาพจิตและยาเสพติด, 2552) ทั้งนี้จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในชุมชน พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้รับการติดตามเยี่ยมในชุมชนที่ไม่ครอบคลุมถึงการบำบัดดูแลที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาการดื่มในภาวะวิกฤติ ไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุนในการจัดการกับปัญหาด้านจิตสังคม โดยระยะหลังจำหน่ายนี้เป็นระยะฟื้นฟูสภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา แต่ขาดส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองและการจัดการกับกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม รวมทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตสุราไม่ได้รับการสนับสนุนระดับประคองระหว่างว่างงาน ไม่สามารถเข้าถึงบริการการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากไม่เข้าใจในสิทธิของตนเอง ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราไม่ได้รับการบำบัดดูแลและการสนับสนุนระดับประคองในระยะฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม (โรงพยาบาลหล่มสัก, 2554)

กรอบแนวคิดการศึกษา

ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มที่เป็นปัญหาและลดอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในชุมชน พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้รับการติดตามเยี่ยมในชุมชนที่ไม่ครอบคลุมถึงการบำบัดดูแลที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาการดื่มในภาวะวิกฤติ ไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุนในการจัดการกับปัญหาด้านจิตสังคม โดยระยะหลังจำหน่ายนี้เป็นระยะฟื้นฟูสภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา แต่ขาดส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองและการจัดการกับกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม รวมทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตสุราไม่ได้รับการสนับสนุนระดับประคองระหว่างว่างงาน ไม่สามารถเข้าถึงบริการการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากไม่เข้าใจในสิทธิของตนเอง ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราไม่ได้รับการบำบัดดูแลและการสนับสนุนระดับประคองในระยะฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม ดังนั้นโปรแกรมบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ที่हरยา เศรษฐบุปผาและคณะ (2553) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ที่ประกอบด้วยลักษณะการทำงาน 3 ด้าน ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 9 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การบำบัดดูแล (treatment) ประกอบด้วย การดูแลเรื่องยา (medication support) การจัดการกับ

ภาวะวิกฤติ (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) และมีการให้บริการที่ครอบคลุมโดยทีมสุขภาพในพื้นที่ที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุราอาศัยอยู่ เพื่อช่วยเหลือดูแลบำบัดรักษาเชิงรุกเป็นรายกรณีในชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิดการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger, 2003) มาเป็นกรอบแนวคิดในการนำเอาโปรแกรมการบำบัดดูแลผู้ป่วย เชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรามาใช้ ซึ่งขั้นตอนทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ มี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นให้ความรู้ เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนเริ่มมีความรู้จัก และตระหนักเกี่ยวกับ นวัตกรรมนั้นๆ โดยมีลักษณะเฉพาะของการตัดสินใจที่ขึ้นกับลักษณะทางสังคมและ เศรษฐกิจของ องค์กร ความแตกต่างของบุคคล และพฤติกรรมสื่อสาร 2) ขั้นโน้มน้าว เป็นระยะที่บุคคลมีการรับรู้ ถึงลักษณะเฉพาะของนวัตกรรมและเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบในด้าน ประโยชน์ที่จะได้รับ ความเหมาะสมกับองค์กร ความยุ่งยากซับซ้อนในการนำไปใช้หรือ เห็นมีลักษณะ เด่นให้เห็นชัดเจน 3) ขั้นตัดสินใจ เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรม ซึ่ง การตัดสินใจนั้นอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปได้ภายหลังการทดลองใช้นวัตกรรมแล้ว 4) ขั้นลงมือ ปฏิบัติ เป็นระยะที่บุคคลนำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติโดยตรงโดยอ้อม หรือดัดแปลง 5) ขั้นยืนยันผลหรือ ขั้นการประเมินประสิทธิผล ที่จะเกิดการยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้นหลังการทดลองใช้แล้ว และ ในขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน จะต้องมีการใช้ช่องทางการสื่อสารร่วมด้วย ซึ่งประสิทธิผลของโปรแกรม บำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรานี้อาจจะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับการ บำบัดดูแลตามโปรแกรมสามารถจัดการกับปัญหาการดื่มสุราของตนเอง และอาจจะช่วยลดการกลับมา รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้