



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operational research) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger, 2003) มาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำก้อ จำนวน 9 คน 2) กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราจำนวน 9 คน และ 3) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำก้อ จำนวน 6 คน ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน 2554 ถึง วันที่ 15 สิงหาคม 2554 ผลการศึกษาได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ตามลำดับดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและทีมสุขภาพ

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

**ส่วนที่ 3** ข้อมูลความคิดเห็นของทีมสุขภาพที่นำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตสุรามาใช้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ และทีมสุขภาพ

ตารางที่ 1

จำนวนของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุที่เริ่มดื่มครั้งแรก และระยะเวลาของการดื่ม (n=9)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=9)
เพศ	
ชาย	8
หญิง	1
อายุ (ปี) (range= 32-63 ปี, $\bar{X}$ = 48 ปี, SD=8.453)	
30-40 ปี	1
41-50 ปี	4
51-60 ปี	3
61-70 ปี	1
อาชีพ	
ว่างงาน	1
รับจ้าง	4
เกษตรกร	4
สถานภาพสมรส	
โสด	1
คู่	7
หม้าย	1
วุฒิการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	1
ประถมศึกษา	7
มัธยมศึกษา	1

**ตารางที่ 1 (ต่อ)**

จำนวนของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุที่เริ่มดื่มครั้งแรก และระยะเวลาของการดื่ม (n=9)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=9)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (range 0-5,000 บาท, $\bar{X}$ = 4111.12 บาท, SD = 1054.09)	
ไม่มีรายได้	
2,000-4,000 บาท	1
4,001-6,000 บาท	4
อายุที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรก (ปี) (range 12-30 ปี, $\bar{X}$ =17.9 ปี, SD=5.206)	4
10-20ปี	8
21-30ปี	1
ระยะเวลาของการดื่ม (range 17-51 ปี, $\bar{X}$ =31.89 ปี, SD=10.105)	
10-20ปี	1
21-30ปี	4
31-40ปี	2
41-50ปี	1
51-60ปี	1

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีอายุ ระหว่าง 32-63 ปี อายุเฉลี่ย 48 ปี (SD = 8.453) มีอาชีพ รับจ้าง 4 ราย เกษตรกร 4 ราย และว่างงาน 1 ราย จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด สถานภาพสมรส คู่ 7 ราย หม้าย 1 ราย และ โสด 1 ราย รายได้เฉลี่ย 4,111 ต่อเดือน (SD = 1054.09) อายุเฉลี่ยที่ดื่มสุราครั้งแรก 17.9 ปี (SD = 5.206) และระยะเวลาของการดื่มมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 31.89 ปี (SD = 10.105)

## ตารางที่ 2

จำนวนของญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ ความสัมพันธ์ ระดับการศึกษา และระยะเวลาของประสบการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา (n=9)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=9)
เพศ	
ชาย	1
หญิง	8
อายุ (ปี) (range = 25-60 ปี, $\bar{X}$ = 41.8 ปี, SD=12.073)	
20-40 ปี	3
41-50 ปี	3
51-60 ปี	3
อาชีพ	
รับจ้าง	4
เกษตรกร	3
ค้าขาย	2
ความสัมพันธ์	
สามี/ภรรยา	7
บุตร/ญาติพี่น้อง	2
วุฒิการศึกษา	
ประถมศึกษา	7
มัธยมศึกษา	2
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (range 3,000-10,000 บาท, $\bar{X}$ = 5111.11 บาท, SD = 2088.32)	
น้อยกว่า 5,000 บาท	3
5,001 – 10,000 บาท	6
ประสบการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา (range =1-10 ปี, $\bar{X}$ = 4 ปี, SD=2.65)	
น้อยกว่า 5 ปี	3
มากกว่า 5 ปี	3

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุ ระหว่าง 25-60 ปี อายุเฉลี่ย 41.8 ปี (SD = 12.073) มีอาชีพ รับจ้าง 4 ราย เกษตรกร 3 ราย และค้าขาย 1 ราย จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด มีความสัมพันธ์แบบสามีหรือภรรยามากที่สุด 7 ราย บุตรหรือญาติพี่น้อง 2 ราย รายได้เฉลี่ย 511.111 ต่อเดือน (SD = 2088.32) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อเฉลี่ยอยู่ที่ 4 ปี (SD = 2.65)

### ตารางที่ 3

จำนวนของทีมสุขภาพ จำแนกตาม เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา และระยะเวลาของประสบการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ (n=6)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=6)
เพศ	
ชาย	1
หญิง	5
อายุ (ปี) (range = 24-47 ปี, $\bar{X}$ = 35.5 ปี, SD=9.48)	
20-30 ปี	2
31-40 ปี	1
41-50 ปี	3
ตำแหน่ง	
พยาบาลวิชาชีพ	3
นักวิชาการสาธารณสุข	2
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	1
วุฒิการศึกษา	
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	1
ปริญญาตรี	1
สูงกว่าปริญญาตรี/ปริญญาโท	4
ประสบการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ (range = 2-27 ปี, $\bar{X}$ = 14.34 ปี, SD=14.33)	
น้อยกว่า 5 ปี	2
มากกว่า 5 ปี	4

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นทีมสุขภาพจำนวน 6 คน เป็นหญิง จำนวน 5 ราย ชายจำนวน 1 คน มีอายุระหว่าง 24-47 ปี อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 33.5 ปี (SD = 9.48) เป็นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3 คน ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข 2 คน และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 คน จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี 4 คน ระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร 2 คน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราระหว่าง 2-27 ปี เฉลี่ย 14.34 ปี SD = 14.34)

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

### ตารางที่ 4

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราก่อนได้รับโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา 1 เดือน (n=9)

ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา	คะแนนตามแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา		สรุปผลคะแนน
	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน	
รายที่ 1	23	0	ลดลง
รายที่ 2	30	8	ลดลง
รายที่ 3	30	0	ลดลง
รายที่ 4	31	12	ลดลง
รายที่ 5	22	6	ลดลง
รายที่ 6	32	0	ลดลง
รายที่ 7	21	15	ลดลง
รายที่ 8	30	7	ลดลง
รายที่ 9	26	9	ลดลง

จากตาราง 4 พบว่าผลจากการประเมินปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคติดสุราก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัด กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรามากกว่า 20 คะแนน (alcohol dependence) และหลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนจากการประเมินปัญหาการดื่มสุราลดลงทุกคน โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ดื่มสุรา 3 คน โดยมีคะแนนปัญหาการดื่มสุราเท่ากับ 0

### ตารางที่ 5

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราก่อนได้รับโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา 1 เดือน (n=9)

ระดับของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา	ก่อนได้รับโปรแกรม (n=9)		หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน (n=9)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)	
ไม่ดื่ม	0	0	3	33.4
ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ Low risk drinking (0-7 คะแนน)	0	0	2	22.2
กลุ่มดื่มแบบมีความเสี่ยง Hazardous drinking (8-15 คะแนน)	0	0	4	44.4
กลุ่มดื่มแบบอันตราย Harmful (16-19 คะแนน)	0	0	0	0
กลุ่มดื่มแบบติด Dependence (>20 คะแนน)	9	100	0	0
รวม	9	100	9	100

จากตารางที่ 5 พบว่า ผลจากการประเมินปัญหาการดื่มของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคติดสุราก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบติด (alcohol dependence) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และกลุ่มตัวอย่างมีระดับของพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราหลังสิ้นสุดโปรแกรมบำบัด 1 เดือน แบบไม่ดื่มสุราเลย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.4 มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบมีความเสี่ยงต่ำ (low risk drinking) 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแบบติด (alcohol dependence)

ตารางที่ 6

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละการกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อหลัง  
หลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ 1 เดือน (n=9)

การกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน	จำนวน (n=9)	ร้อยละ
กลับมารับการรักษาซ้ำ	0	0
ไม่กลับมารับการรักษาซ้ำ	9	100

จากตาราง 6 พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรค  
ติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างไม่มีการกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลความคิดเห็นของทีมสุขภาพที่นำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่ เป็นโรคติดเชื้อไวรัส

##### ตารางที่ 7

จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นของทีมสุขภาพที่นำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ที่ เป็นโรคติดเชื้อไวรัส (n=6)

ความคิดเห็นของทีมสุขภาพ	เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ	6	100	-	-
2. ความมีประโยชน์ในการผสมผสานกับงานประจำของหน่วยงาน	6	100	-	-
3. ความมีประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน	6	100	-	-
4. ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ	5	83.34	1	16.66
5. ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม	6	100	-	-

จากตารางที่ 7 พบว่า ทีมสุขภาพร้อยละ 100 เห็นด้วยกับความมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติความมีประโยชน์ในการผสมผสานกับงานประจำของหน่วยงาน ความมีประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม และทีมสุขภาพร้อยละ 83.34 เห็นด้วยในความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ

#### ข้อคิดเห็นของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อไวรัส ญาติหรือผู้ดูแล และทีมสุขภาพ

##### 1. ความมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ

ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อไวรัส ญาติหรือผู้ดูแล และทีมสุขภาพเห็นด้วยว่า โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่ เป็นโรคติดเชื้อไวรัส มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อไวรัส ญาติหรือผู้ดูแล และทีมสุขภาพ ดังนี้

ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อไวรัสคนที่ 1 : “เมื่อก่อนเงินทองมีตมมาก ทำให้ทะเลาะกันบ่อย เคียวนี่ให้เงินลูกไปโรงเรียนก็คล่องขึ้น ทะเลาะกันน้อยลง ถึงไม่มีเงินเก็บเงินทองก็หิบบคล่องขึ้น ...เมื่อก่อน

ลูกหลานไม่ค่อยได้กินอะไรดี, หลังจากหมอมายเยี่ยม และอบรม ผมมีกำลังใจ พยายามกินให้น้อยลง  
ห่างไปเยอะอาทิตย์ 2 อาทิตย์ครั้งหนึ่ง เดียวนี้เวลากินก็ยัดยัดก็กินกันคนละชาม”

ญาติคนที่ 1: “เดี๋ยวนี้ลุงกินน้อยลงเยอะ เมื่อก่อนกินจนเมาทุกวัน ไม่เมาไม่กลับบ้าน  
เดี๋ยวนี้กินแต่ตอนเย็น ก่อนกินข้าวแก่นั่นเอง”

ญาติคนที่ 2: “เมื่อก่อนหนูมาหาพ่อ เห็นพ่อนั่งกินเหล้ากับเพื่อน หนูเลี้ยวรถกลับทันทีเลย  
หนูให้เงินทีละสี่ห้าร้อย วันเดียวก็หมด กินเหล้าหมด เดียวนี้หลังจากที่พ่อหยุดกิน พ่อกินนมแทน  
กินข้าวเยอะขึ้น หนูก็หามาไว้ให้ ดูหน้าตามีสีสัน ทำงานได้ สานตะกร้าไปขายมีเงินในกระเป๋าเป็นพัน  
บางที่ยังแบ่งให้ลูกๆ หนูก็เก็บไว้ให้แกหลายตั้งค์เหมือนกัน ชอบคุณมาก ๆ เลยค่ะ หนูได้พ่อหนูคืน  
แล้ว”

ทีมสุขภาพคนที่ 1: “พอเราให้ความรู้ตามคู่มือญาติก็เข้าใจจน ไข่มากขึ้น ให้กำลังใจ  
คนไข้”

ทีมสุขภาพคนที่ 2: “เมื่อก่อนคนนี้นะ มาทุกอาทิตย์เลยพี่ เดียวรถล้ม เดียวเป็นลม เดียว  
เป็นแผล เดียวปวดท้อง ตั้งแต่ไปเยี่ยมบ้านหายไปนานเลย ไม่เห็นมา รพสต. เลย”

## 2. ความมีประโยชน์ในการผสมผสานกับงานประจำของหน่วยงาน

ทีมสุขภาพทุกคนเห็นด้วยว่า โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรค  
ติดยา มีประโยชน์ในการผสมผสานกับงานประจำของหน่วยงาน ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

ทีมสุขภาพคนที่ 3: “บ้านคนไข้อยู่ทางผ่าน ไปบ้านหนูพอดี หนูเยี่ยมได้ตลอดค่ะ  
ช่วงเย็น ๆ คนไข้ไม่ไปไหนอยู่แล้ว วันไหนเป็นวันเยี่ยมตามโปรแกรมหนูก็ไปเยี่ยมก่อนกลับบ้าน”

ทีมสุขภาพคนที่ 4: “พวกเรามีหมู่บ้านรับผิดชอบของเราอยู่แล้ว เราก็แบ่งคนไข้ของ  
แต่ละหมู่บ้านไปเยี่ยมวัน ก็ถือว่าต่อเนื่องดี เพราะเราได้ติดตามเอาจริง ๆ ได้ไปเห็นสภาพแวดล้อม  
ของเขที่บ้าน ได้อันนี้ด้วย บางทีดูลูกน้ำไปด้วยเลย”

## 3. ความมีประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน

ทีมสุขภาพทุกคนเห็นด้วยว่า โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรค  
ติดยา มีประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

ทีมสุขภาพที่ 2: “ก่อนหน้านี้หนูเรียก 1669 มารับคนไข้คนนี้ประจำเลยเดี๋ยวสั้น เดียวพ่อ  
บางทีมาล้มตึง คนไข้ไปโรงพยาบาลแล้ว หนูไม่รู้เลยว่าคนไข้เป็นอะไร พอใช้โปรแกรมนี้หนูรู้แล้ว  
หนูไม่กลัวแล้ว มาตรงนี้ หนูจะ Consult นะ”

ทีมสุขภาพคนที่ 4: “ไม่น่าเชื่อนะพี่ ว่าเค้าจะหยุดได้ แต่ก่อนนี้ที่เค้าหยุดออกไปนอน  
กลางศาลาวัด วันพระแบบไม่แคร์ใครเลย พอติดตาม ตามคู่มือ โปรแกรมดูแลก็มีกำลังใจขึ้น แกบอก  
ว่าไม่รู้ทำไปได้อย่างไร”

#### 4. ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ

ทีมสุขภาพเห็นด้วยว่า โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดเชื้อ มีความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ 4 ราย ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

ทีมสุขภาพคนที่ 5 : “คู่มือใช้ง่ายดีนะ ก็ทำตามนั้นเลย ว่าครั้งที่ 1 ทำอะไรครั้งที่ 2 ทำอะไรที่ใช้เวลาพอสมควรเพราะต้องฟังเค้า แล้วก็ต้องคุยกับญาติแต่เค้าให้ความร่วมมือดีนะ”

ทีมสุขภาพ 1 ราย ไม่เห็นด้วยว่า การนำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดเชื้อมีความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ดังนี้

ทีมสุขภาพคนที่ 2 : “หนูไม่ค่อยถนัดเรื่องการให้การปรึกษาเลย หนูใจไม่ค่อยเย็นแต่ก่อนกับมัน ๆ ไป กินทำไมไม่กลัวตายรี เคียวนี้ต้องพยายามใจเย็น ๆ”

#### 5. ความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม

ทีมสุขภาพทุกรายมีความพึงพอใจในการนำ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดเชื้อมาใช้ ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

ทีมสุขภาพคนที่ 4 : “ดีครับ เราจะได้มีแนวทางดูคน ไข้กลุ่มนี้ชัดเจน”

### การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยศึกษาจากพฤติกรรมกรรมการคุ้มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อและการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ ภายหลังการใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ และศึกษาจาก ความคิดเห็นของทีมสุขภาพในการนำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อมาใช้ ผู้ศึกษาได้นำผลการศึกษามาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การศึกษาดังนี้

**พฤติกรรมกรรมการคุ้มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อและการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ**

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ 1 เดือน ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อมีพฤติกรรมกรรมการคุ้มสุราลดลงทุกราย โดยมีพฤติกรรมกรรมการคุ้มแบบเสี่ยงต่ำ (low risk) 5 ราย ไม่คุ้ม 3 ราย พฤติกรรมกรรมการคุ้มแบบมีความเสี่ยง (hazardous) 4 ราย และไม่พบผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่เข้าร่วมศึกษากลับมาได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำก้อและโรงพยาบาลหล่มสัก

ทั้งนี้ จากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่ เป็นโรคติดเชื้อ ซึ่งทีมสุขภาพได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อและญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 5 ครั้ง โดยสังเกต ซักถาม และบันทึก ในแบบบันทึกที่ร่วมกับการให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะ ตามองค์ประกอบ 9 องค์ประกอบตามแนวคิดการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Stein & Santos, 1998) ที่เน้นลักษณะการทำงาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การบำบัดดูแล (treatment) ประกอบด้วย การดูแลเรื่องยา การจัดการกับภาวะวิกฤติ วิธีการฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน และการให้การปรึกษา 2) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ และ 3) การบริการสนับสนุนระดับประคอง (support services) ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการทำงาน การเข้ารับบริการสุขภาพการช่วยเหลือ เรื่องที่พักอาศัย และการจัดการการเงิน (หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ, 2553) พบว่า ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อติดเชื้อมีในชุมชน สามารถลด ละ เลิกการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน ลดการการ กลับไปรับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ จากการได้รับโปรแกรม การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ ที่เน้น 1) การบำบัดดูแล (treatment) ที่ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อและญาติหรือผู้ดูแล สามารถสังเกตและจัดการกับอาการเบื้องต้นของภาวะวิกฤติ ของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง และมีสัมพันธภาพที่ดี ในครอบครัวและชุมชน ด้านการช่วยเหลือทางจิตใจได้ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อได้ระบายความรู้สึก และทำความเข้าใจปัญหาของตนเองและสร้างแรงจูงใจในการลด ละ เลิกสุราอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร ศรีโกสย และคณะ (2548) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดเชื้อที่รับบริการ โรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า แรงจูงใจมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยมีจำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง และมีจำนวนวันที่ หยุดดื่มเพิ่มขึ้น 2) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ที่สุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ให้ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมนำไปสู่การลด ละ เลิก การดื่มสุรา โดยให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะที่สำคัญ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การดูแลตนเองด้านจิตใจ ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการควบคุมตนเองให้สามารถ ลด ละ เลิกสุราได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปนัดดา ชีระเชื้อ และคณะ (2551) ที่พบว่า หากผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อได้รับการฝึกทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะการแก้ปัญหา แลทักษะการ ควบคุมตนเอง จะช่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อได้ และ 3) การบริการสนับสนุน ระดับประคอง (support services) โดยการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำในการจัดการที่อยู่อาศัย จัด สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อการส่งเสริม หาแหล่งสนับสนุนในการ ทำงานให้ผู้ติดเชื้อตามศักยภาพ การวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในบ้านและการเข้ารับบริการสุขภาพ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2553) ที่ได้ศึกษาผลโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็ นโรคติดเชื้อ ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน มีการติดตามผลลัพธ์ตามโปรแกรมพบว่าอัตราการกลับมา รักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย 1 เดือนของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ( $P < 0.05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของมาร์แชลและลือควู้ด (2001) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชระดับรุนแรงกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการ รุนแรงที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงหลังจากที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน มีอัตราการเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระยะฟื้นฟูในโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลในชุมชน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของชูชาน และคณะ (2544) ที่ทำการวิจัยผลการวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Control Trial :RCT) ว่า โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สามารถลดอัตราการเข้ารับการ รักษาใน โรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงได้

พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อที่ลดลงในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลน้ำก้อ นั้น เป็นสิ่งที่ยืนยันถึงผลลัพธ์ของการนำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกใน ชุมชนสำหรับผู้ที่เป็ นโรคติดเชื้อมาใช้ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันการกลับไป ดื่มสุราซ้ำของผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อ และส่งเสริมเพื่อให้ผู้ที่เป็ นโรคติดเชื้อ ลด ละ เลิกการดื่มสุราอย่าง ต่อเนื่องและยั่งยืน และลดการกลับไปรับการรักษาป่วยซ้ำในโรงพยาบาลได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของหรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2553) ที่ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุก สำหรับผู้ที่เป็ นโรคติดเชื้อโดยการวิจัยแบบ RCTs (Randomized Control Trials) ในผู้ที่เป็ นโรคติดเชื้อ ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน มีการติดตามผลลัพธ์ตาม โปรแกรม พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราและอัตราการกลับมา รักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) นอกจากนี้ ภรภัทร สิมะวงศ์, จารุณี รัศมิ์สูวิวัฒน์ และนพวรรณ อุปลำ (2554) ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดเชื้อ ภูมิศึกษา : โรงพยาบาลสวนปรุง โดยศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรต่ำก่อก่อนได้รับ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน และ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $P < 0.1$ ) จึงนับว่าใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็ นโรค ติดเชื่อนี้ เป็นโปรแกรมที่สามารถช่วยลดปัญหาจากการดื่มสุราในผู้ที่เป็ นโรคติดเชื้อได้ นอกจากนี้ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ยังเป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงในการลดการกลับเป็นซ้ำ และลดการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Fischer & Ahem, 2000; Kane & Blank, 2005 ;



ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน (rehabilitative approach to daily living skills) ในระยะฟื้นฟูสภาพ (หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ, 2553) ดังคำกล่าวญาติญาติคนที่ 2 : “เมื่อก่อนหนูมาหาพ่อ เห็นพ่อนั่งกินเหล้ากับเพื่อน หนูเลยวิ่งกลับไปทักที่เลย... หนูให้เงินที่ละสี่ห้าร้อย วันเดี๋ยวก็หมด กินเหล้าหมด เดียวนี้หลังจากที่พ่อหยุดกิน พ่อกินนมแทน กินข้าวเยอะขึ้น หนูก็หามาไว้ให้ หนูตามมีมีสีสัน ทำงานได้ สานตะกร้าไปขายมีเงินในกระเป๋าเป็นพัน บางที่ยังแบ่งให้ลูก ๆ หนูก็เก็บไว้ให้แกหลายตั้งค์เหมือนกัน ขอบคุณมาก ๆ เลยค่ะ หนูได้พ่อหนูคืนแล้ว” และทีมสุขภาพที่ใช้โปรแกรมบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนกับผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในความรับผิดชอบ เห็นว่า โปรแกรมนี้มีประโยชน์ช่วยให้ญาติมีความเข้าใจผู้เป็นโรคจิตสุรามากขึ้น ตามคำกล่าวว่า “พอเราให้ความรู้ตามคู่มือ ญาติก็เข้าใจคนไข้มากขึ้น ให้กำลังใจคนไข้” และยังช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราสามารถดูแลตนเองทั้งในด้านการจัดการพฤติกรรมการดื่มและสุขภาพทางกาย ดังคำกล่าวของทีมสุขภาพคนที่ 2 ว่า “เมื่อก่อนคนนี้นะ มาทุกอาทิตย์เลยพี่ เดี่ยวรถล้ม เดี่ยวเป็นลม เดี่ยวเป็นแผล เดี่ยวปวดท้อง ตั้งแต่ไปเยี่ยมบ้านหายไบนานเลย ไม่เห็นมารพสด. เลย”

## 2. ความมีประโยชน์ในการผสมผสานกับงานประจำของหน่วยงาน

ทีมสุขภาพทุกคนเห็นด้วยว่า โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคจิตสุรา มีประโยชน์ในการผสมผสานกับงานประจำของหน่วยงาน ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้

ทีมสุขภาพคนที่ 3: “บ้านคนไข้อยู่ทางผ่านไปบ้านหนูพอดี หนูเยี่ยมได้ตลอดค่ะ ช่วงเย็นๆ คนไข้ไม่ไปไหนอยู่แล้ว วันไหนเป็นวันเยี่ยมตามโปรแกรมหนูก็ไปเยี่ยมก่อนกลับบ้าน”

ทีมสุขภาพคนที่ 4: “พวกเรามีหมู่บ้านรับผิดชอบของเราอยู่แล้ว เราก็แบ่งคนไข้ของแต่ละหมู่บ้านแล้วไปเยี่ยมกัน ก็ถือว่าต่อเนื่องดี เพราะเราได้ติดตามเองจริง ๆ ได้ไปเห็นสภาพแวดล้อมของเค้าที่บ้าน ได้อีกด้วย บางทีก็ดูลูกนำไปด้วยเลย”

เนื่องจากหลักการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีหลักการงานที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วม ยึดหลักให้บริการในสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552) ทีมสุขภาพจะต้องออกพื้นที่เพื่อเยี่ยมบ้านและให้การดูแลผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ดังนั้น การเยี่ยมบ้านผู้ที่เป็นโรคจิตสุราตามกิจกรรมของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน จึงเป็นการสนับสนุนให้ทีมสุขภาพได้เยี่ยมบ้านผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มป่วยด้วยกิจกรรมการดูแลเฉพาะโรคที่เหมาะสม ตามองค์ประกอบของโปรแกรม



### 3. ความมีประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการปฏิบัติงาน

ทีมสุขภาพทุกคนเห็นด้วยว่า โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดเชื้อ มีประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการปฏิบัติงานในด้านวิธีปฏิบัติของกระบวนการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ ซึ่งต้องใช้ความรู้ ทักษะ และทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ร่วมกับญาติหรือผู้ดูแลที่ต้องได้รับการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และทักษะจากทีมสุขภาพ ดังตัวอย่างคำพูด ดังที่ทีมสุขภาพที่ 2 กล่าวว่า “ก่อนหน้านี้นูเรียก 1669 มารับคนไข้คนนี้ประจำเลย เคียวสัน เคียวเพื่อ บางทีมาล้มตึง คนไข้ไปโรงพยาบาลแล้ว หนูไม่รู้เลยว่าคนไข้เป็นอะไร พอใช้โปรแกรมนี้หนูรู้แล้ว หนูไม่กลัวแล้ว มาตรงนี้ หนูจะ Consult นะ” ซึ่งสอดคล้องกับการที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2552) ได้กำหนดไว้ในเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิว่า ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของทีมสุขภาพ จะเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพ ดังนั้นการที่ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อมีพฤติกรรมที่ดีลดลง ไม่มีการกลับมารับการรักษาซ้ำหลังจากได้รับ โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดเชื้อนั้น จึงแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของทีมสุขภาพด้วย ตามคำกล่าวของทีมสุขภาพคนที่ 4 ดังนี้ “ไม่น่าเชื่อนะที่ ว่าเค้าจะหยุดได้ แต่ก่อนนี้ที่เค้าหยุดไปนอนกลางศาลาวัด วันพระแบบไม่แคร์ใครเลย พอติดตาม ตามคู่มือของโปรแกรมแล้วดูแลก็กำลังใจขึ้น แกบอกว่าจะไม่รู้ทำไปได้อย่างไร”

### 4. ความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ

ทีมสุขภาพเห็นด้วยว่า โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดเชื้อ มีความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ 5 ราย โดยทีมสุขภาพคนที่ 5 กล่าวว่า “คู่มือใช้ง่ายดีก็จะทำตามนั้นเลย ว่าครั้งที่ 1 ทำอะไรครั้งที่ 2 ทำอะไรก็ใช้เวลาพอสมควรเพราะต้องฟังเค้า แล้วก็ต้องคุยกับญาติแต่เค้าให้ความร่วมมือดีนะ” เนื่องจากชุดโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ ที่มีคู่มือและแบบบันทึก จำนวน 4 เล่ม ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดเชื้อ เป็นคู่มือที่มีรายละเอียดของโปรแกรม ประกอบด้วย ลักษณะของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดเชื้อและขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรม 2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วยสาระขององค์ประกอบทั้ง 9 องค์ประกอบ 3) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับญาติ ประกอบด้วยสาระ 3 ด้านได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การจัดการกับภาวะวิกฤติและการดูแลช่วยเหลือของญาติ และการให้การปรึกษา และ 4) แบบบันทึกใกล้บ้านสมานใจ ที่เป็นแบบบันทึกที่จัดทำขึ้น เพื่อให้ทีมสุขภาพได้บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมิน สังเกต ซักถาม การให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ และญาติผู้ดูแล รวมถึงการบันทึกพันธะสัญญาของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มของตนเองนั้น ทีมสุขภาพสามารถนำไปใช้ประกอบการเยี่ยมบ้านได้สะดวก

และช่วยให้ทีมสุขภาพใช้คู่มือนี้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อราได้อย่างเหมาะสมตามกิจกรรมและตามสภาพร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา

อย่างไรก็ตามเนื่องจากในบางกิจกรรมของบางองค์ประกอบจำเป็นต้องใช้ทักษะเฉพาะทางและความชำนาญ เช่น การให้การปรึกษาที่ผู้บำบัดจะต้องมีความรู้ ทักษะ ทักษะและประสบการณ์ จึงอาจจะไม่สะดวกและไม่ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ จึงทำให้ทีมสุขภาพไม่เห็นด้วยในความสะดวกและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติของโปรแกรม 1 ราย ดังตัวอย่างคำพูด ดังที่ทีมสุขภาพคนที่ 2 กล่าวว่า “หนูไม่ค่อยถนัดเรื่องการให้การปรึกษาเลย หนูใจไม่ค่อยเย็นแต่ก่อนก็บ่น ๆ ไปกินทำไม้มากแล้วตายรี เดียวนี้ต้องพยายามใจเย็น ๆ” โดยผู้ศึกษาได้ให้การสนับสนุน กำลังใจและทบทวนหลักการให้การปรึกษาให้กับทีมสุขภาพรายนี้ เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อราปฏิบัติอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลสำเร็จ และตัดสินใจเลือกใช้โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อราอย่างต่อเนื่องต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการตัดสินใจในขั้นลงมือปฏิบัติ (The Implementation stage) ของโรเจอร์ (2003) ที่กล่าวว่าความต่อเนื่องของการนำนวัตกรรมไปทดลองใช้นั้น จะขึ้นกับลักษณะเฉพาะของบุคคลและองค์กรนั้นที่มีความเชื่อมั่นต่อนวัตกรรม ที่เกิดจากการได้รับข้อมูลในการใช้นวัตกรรมอย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับช่วงเวลา ในขั้นตอนนี้ผู้นำนวัตกรรมจะต้องให้การสนับสนุนผู้นำเอานวัตกรรมไปใช้ให้บรรลุผลสำเร็จ หากทีมสุขภาพไม่เห็นประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา จะส่งผลถึงขั้นยืนยันหรือประเมินผล (The Confirmation stage) ที่จะยืนยันว่าจะนำนวัตกรรมหรือวิธีปฏิบัติไปใช้อย่างต่อเนื่องได้

##### 5. ความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม

ทีมสุขภาพทุกรายมีความพึงพอใจในการนำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดเชื้อราไปใช้ อาจเนื่องมาจากในขั้นของการลงมือปฏิบัติ (The Implementation stage) ของโรเจอร์ (2003) ทีมสุขภาพได้รับการถ่ายทอดนวัตกรรมอย่างเป็นขั้นตอน ตามกระบวนการตัดสินใจใช้นวัตกรรมของโรเจอร์ (2003) ทั้ง 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นให้ความรู้ เป็นระยะที่บุคคลหรือกลุ่มคนเริ่มมีความรู้จัก และตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นๆ โดยผู้ศึกษาได้ใช้สมรรถนะในการสอนให้คำแนะนำจนทีมสุขภาพเกิดความตระหนักและความเข้าใจในโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดเชื้อรา 2) ขั้นโน้มน้าว เป็นระยะที่บุคคลมีการรับรู้ถึงลักษณะเฉพาะของนวัตกรรมและเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบในด้านประโยชน์ที่จะได้รับความเหมาะสมกับองค์กร และ 3) ขั้นตัดสินใจ เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรม ซึ่งการตัดสินใจนั้นอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไปได้ภายหลังการทดลองใช้นวัตกรรมแล้วที่ผู้ศึกษาได้ใช้สมรรถนะในการสร้างพลังอำนาจในการเสริมพลัง (empowering) ให้ทีมสุขภาพมีความรู้และข้อมูล

ในการตัดสินใจ 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ เป็นระยะที่บุคคลนำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติโดยตรงโดยอ้อม หรือ  
 คัดแปลงในขั้นตอนนี้ผู้ศึกษาได้ใช้สมรรถนะด้านการเป็นที่เลี้ยง (coaching) และเสริมพลัง (empowering)  
 และ 5) ขั้นยืนยันผลหรือขั้นการประเมินประสิทธิผล ที่จะเกิดการยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น  
 หลังการทดลองใช้แล้ว โดยมีวิธีการสื่อสารที่ีระหว่างผู้ศึกษากับทีมสุขภาพ โดยการใช้สมรรถนะ  
 ของการจัดการผลลัพธ์ทางสุขภาพ นอกจากนี้การที่ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อการนำโปรแกรม  
 การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดสุรามาใช้ อาจเนื่องจากชุดของโปรแกรมการ  
 บำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดสุรา มีความสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ และ  
 ผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดสุรา ที่ช่วยลดพฤติกรรม  
 การดื่มและลดการกลับมาใช้บริการรักษาซ้ำของผู้ติดสุรา จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของทีม  
 สุขภาพ ดังตัวอย่างคำพูดทีมสุขภาพคนที่ 4 ดังนี้ “ดีครับ เราจะได้มีแนวทางดูแลคนไข้กลุ่มนี้ชัดเจน”