

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดสุรา (alcohol dependence) หมายถึง โรคที่มีลักษณะของการติดแอลกอฮอล์ด้านร่างกายที่ต้องมีปริมาณการดื่มเพื่อให้ได้ผลจากแอลกอฮอล์ หรือมีอาการแสดงของการขาดแอลกอฮอล์ภายใน 4-12 ชั่วโมง หลังจากลดหรือหยุดดื่ม (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2003) และมีอาการเสียดแทงทางจิตใจ (psychological dependence) ทำให้สูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมและ/หรือชีวิตการทำงาน (Shahorkh & Hales, 2003) ข้อมูลจากศูนย์วิจัยสุราพบว่า ในปี 2544 ประเทศไทยมีการดื่มสุรามากเป็นอันดับ 5 ของโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอันดับสองที่ก่อให้เกิดการะโรคถึงร้อยละ 8.1 ของการะโรคทั้งหมด (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2552) ซึ่งจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุราของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2550 พบว่าประเทศไทยมีสัดส่วนของผู้ดื่มสุราเป็นบางโอกาสลดลง แต่สัดส่วนของผู้ที่ดื่มประจำทุกวันเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ร้อยละ 37.14 .ในปี 2549 เป็นร้อยละ 40.64 ในปี 2550 โดยประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มสุรา 14.9 ล้านคน หรือร้อยละ 29.3 ผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง 6 เท่า กลุ่มเยาวชนมีอัตราการดื่มสูงถึงร้อยละ 21.9 กลุ่มวัยทำงานมีอัตราการดื่มมากกว่ากลุ่มอื่น คิดเป็นร้อยละ 34.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) สถิติการเข้ารับการรักษาของผู้ที่เป็นโรคติดสุราในสถาบันสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และศูนย์บำบัดรักษาเสียดแทงภูมิภาคทั้ง 5 แห่ง ในปี 2546 ถึง ปี 2548 มีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 4,682 คน เป็น 6,445 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 37.6 (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550) สอดคล้องกับสถิติของศูนย์บำบัดรักษาเสียดแทงเชียงใหม่ ซึ่งรับผิดชอบ 17 จังหวัดภาคเหนือ พบว่ามีจำนวนผู้ที่เป็นโรคติดสุราเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น ในปี 2546 ถึง ปี 2548 จำนวน 561 ราย, 1,645 และ 1,850 ราย ตามลำดับ (ศูนย์บำบัดรักษาเสียดแทง เชียงใหม่, 2548) จากการศึกษาผู้มีปัญหาจากการใช้สุราในแผนกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 322 ราย ด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM-IV) และ CAGE Score พบว่า มีผู้ที่เป็นโรคติดสุราร้อยละ 51.71 และ 54.97 (วิวัฒน์ เสงี่ยมชัย และนิศานาถ โชคเกิด, 2541) และจากข้อมูลการสำรวจระดับชาติปี 2551 ของกรมสุขภาพจิต ในประชากรอายุ 15-59 ปี

จำนวน 17,140 คน พบว่าความชุกของโรคจิตสุราเป็นร้อยละ 6.6 หรือ ประมาณ 3.2 ล้านคน (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2553)

โรคจิตสุราเป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรังชนิดหนึ่งที่เกิดจากพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผิดปกติเป็นเวลานานจนมีผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งต่อตัวผู้เสพ ครอบครัว ชุมชน สังคม เศรษฐกิจและประเทศชาติ เป็นสาเหตุที่ทำให้ถึงแก่ความตายได้ (Gold อ้างใน ปริทรรศ ศิลปะกิจ, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, และ วนิตา พุ่มไพศาลชัย, 2542) ผลกระทบด้านร่างกาย สุราส่งผลโดยตรงต่อตับทำให้เกิด การคั่งของไขมันในตับ ตับอักเสบ ตับแข็ง (เดิมไชย ไชยนิติ และ ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, 2541) และทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547) นอกจากนั้นยังทำให้เกิดอาการทางจิต เช่น โรคหวาดระแวงเพราะพิษสุรา (alcohol paranoid) จิตหลอน (alcoholic hallucination) โรคคลั่งเพ้อ (toxic psychosis or delirium tremens) เป็นต้น (Miller, 1997) จากรายงานการศึกษาความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทย ปี. 2542 พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 11.9 มีความคิดอยากทำร้ายผู้อื่นร้อยละ 11.3 และผลกระทบด้านจิตใจที่มักพบเสมอในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ก้าวร้าวแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์และมีบุคลิกภาพผิดปกติ (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542) สอดคล้องกับการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. 2551 ของกรมสุขภาพจิต พบโรคจิตเวชร่วม (Co-morbidity) ในกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราร้อยละ 7.1 เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.6 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่มีความผิดปกติพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่า มีโรคจิตร่วมสูงถึง 3.8 เท่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ควรเฝ้าระวัง (alarm risk) ในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย คิดเป็น 5.5 เท่าในผู้หญิง และ 2.9 เท่าในผู้ชาย (บัณฑิตศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, และ กมล วัฒนพร, 2553)

ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า การเป็นโรคจิตสุราทำให้เกิดการสูญเสียเศรษฐกิจในครอบครัว คุณภาพความมั่นคงในการทำงาน และขัดขวางการทำหน้าที่ปกติของครอบครัว (Brown, 1988) ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา มีความรับผิดชอบต่อบทบาทภายในครอบครัวลดลง เกิดการทะเลาะวิวาทใช้ความรุนแรงกับคนในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และแยกตัวออกจากสังคม บุตรที่มีบิดามารดาติดสุรา มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพื้นฐานของอารมณ์ที่ผิดปกติและมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Michale, Denis, Richard, & Phillip, 1996) ก่อให้เกิดความหวาดระแวง การถูกเหยียดหยามมีพฤติกรรมก้าวร้าว เกิดปัญหาหย่าร้างตามมา (Rossow, 2007)

ผลกระทบต่อชุมชนและสังคมพบว่าโรคติดสุราเป็นสาเหตุของการกระทำรุนแรงในสังคม จากสถิติศาลจังหวัดลพบุรีในคดีอาญาที่มีสาเหตุจากการดื่มสุรา ร้อยละ 59.2 (วิชัย โปษยะจินดา และคณะ, 2544) การศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชน ปี พ.ศ.2550 พบว่า ผู้ดื่มสุราเพศชาย อายุ 12-19 ปี มีปัญหาการทะเลาะวิวาทมากที่สุด ร้อยละ 26.1 จากสถิติจรรยาบรรณสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ปี 2552 พบจำนวนคดีอุบัติเหตุที่มีสาเหตุมาจากการเมาสุรา เพิ่มขึ้นจาก ปี 2551 ถึง 990 คดีหรือคิดเป็นร้อยละ 28 และร้อยละ 40 ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจรรยาบรรณมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ, 2553) ด้านเศรษฐกิจพบว่าในปี 2551 มีต้นทุนค่ารักษาพยาบาล 5,491.2 ล้านบาท ต้นทุนจากทรัพย์สินเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุจรรยาบรรณ 779.4 ล้านบาท และต้นทุนจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความ 242.4 ล้านบาท (มนทรัพย์ถาวรเจริญทรัพย์, 2551)

ผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนใหญ่พบความผิดปกติทางจิตเวชร่วมด้วย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะโรคร่วมที่มีความสำคัญ และนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ที่เป็นโรคติดสุราเรื้อรังของ เอ็มมอนด์ เนตรแหม (2541) พบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุราเรื้อรัง ร้อยละ 90 มีภาวะซึมเศร้า เนื่องมาจากผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพอ่อนแอ และมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม และไม่นับถือตนเอง คิดว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่นทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบกับตนเอง จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นมาได้ (เอ็มมอนด์ เนตรแหม, 2541) นอกจากนั้นภาวะซึมเศร่ายังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของปัญหาด้านจิตสังคม ปัญหาด้านสัมพันธภาพ การกลับไปดื่มสุราซ้ำ และการต่อต้านการรักษาที่สำคัญคือเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย (Lowe & Kranzler, 1999) จากการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายพบว่า สาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย คือภาวะซึมเศร้าและการเป็นโรคติดสุรา และภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 50 (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2542) สอดคล้องกับรายงานของ กรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2544 พบว่า โรคซึมเศร้าและการเสพติดสุราเป็นสาเหตุหนึ่งของ การตายที่สำคัญ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะโรคร่วมทางจิตเวช (psychiatric co-morbidity) ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร่านั้นเป็นผลมาจากการลดลงของสารสื่อประสาทที่ชื่อว่า ซีโรโทนิน หรือนอร์อิพิเนเฟริน ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สุราเพื่อบรรเทา ภาวะซึมเศร้ากับการถอนพิษสุราแล้วเกิดภาวะซึมเศร้า (หทัยชนนี บุญเจริญ, 2552) นอกจากผู้ที่เป็นโรคติดสุราดื่มสุราติดต่อกันเป็นเวลานานจะส่งผลให้เกิดการสูญเสียบทบาทหน้าที่ ปัญหาการเงิน การทำงาน ส่งผลให้เกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย แล้วภาวะโรคร่วมที่พบในผู้ที่เป็นโรคติดสุรายังเป็นตัวทำนายถึงผลการรักษาที่ไม่ดี อีกทั้งเป็นตัวบ่งชี้ว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟู ในระยะยาว ซึ่งภาวะโรคร่วมนี้ส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลง (เชิรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2545)

จากการทบทวนวรรณกรรมการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ไม่พบว่ามีการรักษาเฉพาะของผู้ที่เป็นโรคจิตตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า แต่ใช้หลักการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตตสุราที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งมี 2 ประการ คือ การรักษาด้วยยาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและลดการดื่มสุราร่วมกับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม (หทัยชนนี บุญเจริญ, 2552)

โรงพยาบาลจอมทองเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 207 เตียง ได้รับการพัฒนายกฐานะเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิขั้นสูงระดับ 2.3 ตามแผนการพัฒนาระยะ 4 ปี (2549-2552) มีสถานีนอนาัมย์ในเครือข่าย จำนวน 15 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่การให้บริการทั้งภายในเขตอำเภอจอมทองและ 7 อำเภอสาขายใต้ของจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดลำพูน โรงพยาบาลจอมทองจังหวัดเชียงใหม่ โครงสร้างการบริหารแบ่งออกเป็น 6 กลุ่มงาน จำนวนบุคลากรทั้งหมด 478 คน แพทย์ 18 คน พยาบาลวิชาชีพ 90 คน สถิติการเข้ารับบริการของผู้ที่เป็นโรคจิตตสุราทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในปีงบประมาณ 2549, 2550 และ 2551 มีจำนวน 263, 536 และ 977 คน ตามลำดับและจากสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จที่มีเหตุกระตุ้นภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเองจากการเสพติดสุรา ในปี 2550 และ 2551 คิดเป็น 100 และ 75 ตามลำดับ (งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจอมทอง, 2551) มีหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช รับผิดชอบให้การดูแลบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเปิดคลินิกอดสุราแบบผู้ป่วยนอก ให้บริการบำบัดทั้ง 4 ขั้นตอน คือ การเตรียมการก่อนบำบัด การถอนพิษสุราการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามผล ขั้นตอนเตรียมการเริ่มจากการประเมินระดับการติดสุรา ประเมินภาวะโรคร่วมทางกายและทางจิต ประเมินปัญหาทางจิตสังคม ประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ให้การบำบัดเบื้องต้นแก่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราแต่ไม่เป็นโรคจิตตสุราและเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับขั้นตอนการบำบัดรักษาแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตตสุราและผู้ที่เป็นโรคจิตตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าพร้อมครอบครัว ก่อนส่งพบแพทย์ ขั้นตอนถอนพิษ มีการบำบัดรักษาด้วยยา มีการประเมินและเฝ้าระวังภาวะถอนพิษสุรา ภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองในกรณีที่มีอาการทางจิตรุนแรงจะได้รับการประเมินเพื่อพิจารณาส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุงการบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้มีการประยุกต์โปรแกรมการบำบัดหลายโปรแกรมได้แก่ Matrix program, Motivation Interviewing ,โปรแกรมจิราสา และการดูแลสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพ จัดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายโดยนักกายภาพบำบัด การให้ความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยโภชนากร เป็นต้น ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพได้นำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ซึ่งพัฒนาโดย นพวรรณ อุปคำ

(2549) มาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิต ร่วมกับกิจกรรมแบบกลุ่มช่วยเหลือกันเอง โดยมีสมาชิกสามารถเลิกดื่มสุราเป็นแกนนำหลักตั้งชมรม “จิตอาสา” มีการติดตามเยี่ยมสมาชิก การรวมกลุ่มฝึกอาชีพ และการเป็นวิทยากรในชุมชนโดยสมาชิกเพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้ที่เป็น โรคติดสุรา และขึ้นการติดตามผล มีการนัดหมายการติดตามหลังการรักษาทุกรายอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 ปี มีการประสานการดูแลต่อเนื่องกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านหลังการจำหน่าย

สำหรับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีการดูแลร่วมไปกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ด้านโครงสร้างการดูแล มีหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลบำบัดรักษา มีนโยบายด้านการดูแลทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งภายในโรงพยาบาลจอมทอง และโรงพยาบาลจิตเวช ได้แก่ โรงพยาบาลสวนปรุง และภาคจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีเครือข่ายการดูแลร่วมกับหน่วยบริการในชุมชน และแกนนำในชุมชน มีทีมเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเฉพาะทาง เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลเฉพาะทางสารเสพติด นักจิตวิทยา เป็นต้น มีสถานที่ให้บริการแยกเป็นสัดส่วนจากหน่วยงานอื่น ได้รับการสนับสนุน ด้านงบประมาณดำเนินงานและวัสดุอุปกรณ์และสื่อในการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคติดสุราและภาวะซึมเศร้าจากงบประมาณทั้งภาครัฐและเอกชน ด้านกระบวนการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีทั้งเชิงรุกและเชิงรับ กล่าวคือ เชิงรับจัดให้มีบริการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ารายใหม่ทุกวันทำการ และจัดให้มีบริการบำบัดรายกลุ่มทุกวันพุธ มีการประเมินปัญหาด้านสังคมจิตใจและภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุราทุกรายทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีประวัติการดื่มสุรา มีกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันเองทุกวันพุธ มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มเป้าหมาย การดำเนินงานในเชิงรุกได้มีการค้นหาปัญหาในชุมชนและสร้างความตระหนักด้วยกระบวนการค้นหาปัญหาอย่างมีส่วนร่วม จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ บุคลากรทางสาธารณสุข และแกนนำชุมชน เพื่อให้ความรู้ในการคัดกรอง และการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้คำปรึกษาเบื้องต้นก่อนการส่งต่อ และติดตามให้การดูแลต่อเนื่อง โดยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และการประสานงานกับครอบครัว ซึ่งในกระบวนการดูแลได้เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยการนำเสนอข้อมูลปัญหาให้ชุมชนรับทราบ จัดให้มีการเสวนาในกลุ่มแกนนำในชุมชน เกี่ยวกับการค้นหาปัญหาการติดสุราภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เจตคติต่อการดูแลในชุมชน ให้ชุมชนการวางแผนการ

แก้ปัญหาาร่วมกัน และขอรับการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมป้องกันและแก้ไขจากองค์กรส่วนท้องถิ่น (งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจอมทอง, 2551)

ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราตั้งแต่ปี 2548 ถึงปี 2551 จากข้อมูลการเข้ารับบริการผู้ที่เป็นโรคจิตสุราทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ภายหลังเปิดให้บริการในปี 2548 เพิ่มขึ้นจากปี 2547 ร้อยละ 67.66 อัตราการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวน 8 ราย คิดเป็น 13.6 ต่อแสนประชากร อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวน 3 ราย คิดเป็น 4.54 ต่อแสนประชากร และอัตราการว่างงานของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราระหว่างการบำบัดร้อยละ 70 จากข้อมูลการให้บริการ โรงพยาบาลจอมทอง ปี 2549 ถึงปี 2551 พบว่า การเข้ารับบริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น 2 อันดับ ได้แก่ โรคซึมเศร้า มีจำนวน 269, 496 และ 763 ราย ตามลำดับ และผู้คิดสารเสพติด มีจำนวน 722, 1,391 และ 2,004 ราย ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำนวน 263, 536 และ 977 รายตามลำดับ ประกอบกับข้อมูลฆ่าตัวตายของอำเภอจอมทอง ปี 2550 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 21.06 ต่อแสนประชากร เมื่อวิเคราะห์สาเหตุกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและร้อยละ 100 มีประวัติการเสพติดสุรา จากข้อมูลการบำบัดรักษาพบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตสุรา (F10.2) จำนวน 513 ราย ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า คิดเป็นร้อยละ 4.87 เมื่อใช้แบบสอบถาม Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) Thai Version 5.0.0 คัดกรองผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มารับบริการ ในแผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจอมทอง จำนวน 50 ราย พบว่ามีโรคซึมเศร้า จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 46 และจากข้อมูลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในเดือน มิถุนายน 2551 ถึงเดือนกันยายน 2552 โดยใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต 15 ข้อ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 จำนวน 23 ราย พบว่ามีภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.95 โดยแบ่งเป็นระดับน้อย , ปานกลาง, และรุนแรง จำนวน 7, 8, 5 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 30.43, 34.78, 21.73 และเคยมีประวัติการทำร้ายตนเองอย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.39 ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 23 ราย ยังคงอยู่ในกระบวนการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและมีการกลับไปดื่มสุราซ้ำใน 3 เดือน จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.21 ในขณะที่อัตราการกลับไปดื่มสุราซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีเพียง ร้อยละ 5 (งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจอมทอง, 2551)

จากผลการดำเนินงานยังแสดงให้เห็นว่า ผู้เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร่ายังมีอัตราการกลับไปดื่มสุราซ้ำสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งการกลับไปดื่มสุราซ้ำจะทำให้มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น ประสิทธิภาพการรักษาลดลง (เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2545) ต้องใช้ระยะเวลา

การรักษาที่ยาวนานขึ้น และทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อต้นทุนทางการรักษาพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ญาติ ชุมชนและสังคม นับว่าเป็นผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโครงสร้างและกระบวนการดูแลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลต่อผู้เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยงานงานสุขภาพจิตและจิตเวชงานยาเสพติด และงานบริการปรึกษา โรงพยาบาลจอมทอง และเป็นผู้รับผิดชอบการบำบัดดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราโดยตรง มีความสนใจที่จะวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งแนวทางในการวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดตามการดำเนินการของโดนาเบดีน (Donabedian) ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ด้านโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) (Donabedian, 2003) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อกัน กล่าวคือ หากองค์ประกอบใด องค์ประกอบหนึ่งมีความบกพร่องย่อมส่งผลต่อองค์ประกอบอื่น หากมีโครงสร้าง และกระบวนการดูแลที่ดีย่อมทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งการฆ่าตัวตายปัญหาสำคัญของอำเภอจอมทอง และเป็นความสูญเสียที่ส่งผลกระทบในระดับประเทศ คาดว่าจากผลการศึกษาจะทำให้ผู้ศึกษาและผู้เกี่ยวข้อง มีความเข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าและสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าของหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่ออธิบายโครงสร้างของระบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่ออธิบายกระบวนการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่ออธิบายผลลัพธ์ของการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการศึกษา

คำถามในการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย

1. โครงสร้างของระบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร
2. กระบวนการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร
3. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน 1 พฤษภาคม 2553 ถึง 31 กรกฎาคม 2553

นิยามศัพท์

การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง การวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เกี่ยวกับโครงสร้าง (structure) และกระบวนการ (process) ผลลัพธ์ (outcome) ในการดูแลดังนี้

1. โครงสร้างของระบบบริการการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง โครงสร้างของระบบบริการของหน่วยงาน นโยบายและแผนพัฒนางานบริการของโรงพยาบาล ประเมินโดยแนวคำถามในการสัมภาษณ์รายบุคคลที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นและในส่วนของงบประมาณ ทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์ต่างๆ ยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ สถานที่ที่เฉพาะสำหรับงานบริการสุขภาพจิต คู่มือหรือแนวปฏิบัติต่างๆ ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ประเมินโดยแนวคำถามในการสัมภาษณ์รายบุคคลในกลุ่มผู้บริหารที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น

2. กระบวนการ (process) ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง รูปแบบและกิจกรรมในการดำเนินงานในการบำบัดรักษา ดูแลช่วยเหลือ การฟื้นฟู การป้องกัน การส่งต่อและการติดตามในการดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพ การดูแลและให้ความช่วยเหลือของญาติหรือผู้ดูแล และการสนับสนุนช่วยเหลือของชุมชนต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้

2.1 รูปแบบการดำเนินงานในการบำบัดรักษา ดูแลช่วยเหลือ การฟื้นฟู การป้องกัน การส่งต่อและการติดตามดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพต่อผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง ลักษณะกิจกรรมที่บุคลากรทีมสุขภาพได้ปฏิบัติต่อผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย การประเมิน คัดกรอง การบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ วิธีการและระยะเวลาในการส่งต่อและการติดตามดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ประเมินโดยแนวคำถามในการสัมภาษณ์รายบุคคล และการสังเกตตามแบบบันทึกการสังเกตในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น

2.2 การดูแลและให้ความช่วยเหลือของญาติหรือผู้ดูแลต่อผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง การที่ญาติหรือผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ คำแนะนำ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านการบำบัดรักษา สิ่งของ ข้อมูล ข่าวสาร ประเมินโดยแนวคำถามในการสัมภาษณ์รายกลุ่มในกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น

2.3 การสนับสนุนช่วยเหลือของชุมชนต่อผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง การที่สมาชิกในชุมชนให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ คำแนะนำ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือในด้านการรักษา สิ่งของ ข้อมูล ข่าวสาร ประเมินโดยคำถามในการสัมภาษณ์รายกลุ่มที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น

3. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง ประสิทธิภาพของการดูแล ในด้านการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรม ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ในผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะ

ซึมเศร้าหลังมารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ประเมินโดยคำถามในการสัมภาษณ์รายบุคคลที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3.2 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง ระดับการรับรู้การได้รับการดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ญาติหรือผู้ดูแลหลังรับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้การดูแล (Perception of Care: POC) ของไอเซน (Eisen, 1995) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย ต๊ะปินตา และคณะ (Thapinta, Robert, Wiwatkunupakan, Kitsumbun, & Vadtanapong, 2001)

ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่เป็น โรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Edition [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association [APA], 1994) และหรือตามระบบ ICD-10 (F 10.2: Alcohol dependence) ร่วมกับมีอาการและอาการแสดงถึง ความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิดการรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ อารมณ์เศร้า อารมณ์หงุดหงิดง่าย รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิด และการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสีย มีความคิดอยากตาย โดยมีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ 9 คำถาม (PHQ-9) ฉบับปรับปรุงโดย จินตนา ถึงงเพิ่มพูน และคณะ (2549) มีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน