

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ .ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2553 โดยใช้กรอบแนวคิดของ โดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) ที่ประกอบด้วย โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 5 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน กลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มแกนนำชุมชน ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย และนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดประเด็นหมวดหมู่ แสดงเป็นผังสถานการณ์ ผลการวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านโครงสร้างของระบบบริการการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านกระบวนการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านผลลัพธ์กระบวนการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 46 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 5 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้บริหาร จำนวน 9 คน 2) กลุ่มบุคลากรที่มียุทธศาสตร์ จำนวน 7 คน 3) กลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 คน 4) กลุ่มญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 10 คน และ 5) กลุ่มแกนนำชุมชน จำนวน 10 คน

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้บริหาร จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และประสบการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้บริหาร

ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการบำบัดรักษาหรือดูแลช่วยเหลือ ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 8 คน มีอายุอยู่ในระหว่าง 38-58 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 48 ปี และมีช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี และ 50-59 ปี มากที่สุด จำนวนเท่ากัน กลุ่มละ 4 คน วุฒิการศึกษาสูงสุดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด จำนวน 6 คน ระดับปริญญาโท จำนวน 3 คน ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ มากที่สุด จำนวน 8 คน มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 22.22 ปี โดยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน อยู่ระหว่าง 20-29 ปีมากที่สุด จำนวน 6 คน มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มี ภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 1-5 ปี มากที่สุด จำนวน 8 คน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนผู้บริหาร จำแนกตามเพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า (n=9)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน
เพศ	
หญิง	8
ชาย	1
อายุ (ปี)	
30-39	1
40-49	4
50-59	4
(range 38-58 ปี, $\bar{X}$ =48 ปี, SD=6.80)	
วุฒิการศึกษาสูงสุด	
ปริญญาตรี	6
ปริญญาโท	3
ตำแหน่งปัจจุบัน	
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	8
แพทย์	1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	
10-19 ปี	1
20-29 ปี	6
30-39 ปี	2
(range=17-36 ปี, $\bar{X}$ =22.22 ปี, SD=6.16)	
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า	
1-5 ปี	8
6-10 ปี	1
(range=1-10 ปี, $\bar{X}$ =2.67 ปี, SD=3.39)	

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และประสบการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า บุคลากรที่มีสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการบำบัดรักษาหรือดูแลช่วยเหลือ ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 5 คน มีอายุอยู่ในระหว่าง 22-39 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 31.29 ปี และมีอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุด จำนวน 5 คน วุฒิการศึกษาสูงสุดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด จำนวน 6 คน ระดับปริญญาโท จำนวน 1 คน ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการมากที่สุด จำนวน 5 คน แพทย์และนักจิตวิทยาเท่ากัน จำนวน 1 คน มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 8.71 ปี โดยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 1-10 ปีมากที่สุด จำนวน 4 คน มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 3-6 ปี มากที่สุด จำนวน 5 คน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จำแนกตาม เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า (n=7)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน
เพศ	
หญิง	5
ชาย	2
อายุ (ปี)	
20-29	2
30-39	5
(range 22-39 ปี, $\bar{X}$ =31.29 ปี, SD=6.78)	
วุฒิการศึกษาสูงสุด	
ปริญญาตรี	6
ปริญญาโท	1
ตำแหน่งปัจจุบัน	
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	5
แพทย์	1
นักจิตวิทยา	1
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	
1-10 ปี	4
11-20 ปี	3
(range=1-20ปี, $\bar{X}$ =8.71 ปี, SD=8.88)	
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า	
1-3 ปี	2
3-6 ปี	5
(range=3-6 ปี, $\bar{X}$ =4.43 ปี, SD=0.98)	

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่ติดเชื้อ และจำนวนครั้งที่มารับบริการ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นเพศชายทั้งหมด มีอายุอยู่ระหว่าง 28-51 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 38.9 ปี และมีอายุมากที่สุดอยู่ในช่วง 30-39 ปี จำนวน 5 คน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 5 คน วุฒิการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา จำนวน 7 คน ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 7 คน มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000-6,500 บาท มีรายได้เฉลี่ยส่วนบุคคลต่อเดือน 2,850 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 2501-5,000 บาท จำนวน 5 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 2-6 คน ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 1-3 คน จำนวน 7 คน สถานภาพในครอบครัว เป็นผู้อาศัยมากที่สุด จำนวน 7 คน ระยะเวลาที่ติดเชื้ออยู่ในระหว่าง 2-10 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการติดเชื้อ อยู่ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 8 คน จำนวนครั้งที่เข้ามารับการบำบัดรักษาด้วยอาการติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระหว่าง 4-24 ครั้ง จำนวนครั้งเฉลี่ยอยู่ที่ 12.30 ครั้ง รายละเอียดดัง ตารางที่ 3

ตารางที่ 3

จำนวนของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิก สถานภาพในครอบครัว ผู้ดูแล ระยะเวลาที่ติดเชื้อ และจำนวนครั้งที่มารับบริการ (n=10)

รายละเอียดของข้อมูล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	10
อายุ (ปี)	
20-29	1
30-39	5
40-49	3
50-59	1
(range=28-51 ปี, $\bar{X}$ = 38.9, S.D.= 5.92)	
สถานภาพสมรส	
คู่ (อยู่ด้วยกัน)	5
โสด	3

ตารางที่ 3 (ต่อ)

รายละเอียดของข้อมูล	จำนวน (คน)
สถานภาพสมรส (ต่อ)	
แยกกันอยู่	1
หย่าร้าง	1
วุฒิการศึกษาสูงสุด	
ประถมศึกษา	7
มัธยมศึกษาตอนต้น	2
อนุปริญญา	1
อาชีพ	
รับจ้าง	7
ค้าขาย	1
เกษตรกรรม	1
ว่างงาน	1
รายได้เฉลี่ยส่วนบุคคลต่อเดือน (บาท)	
ต่ำกว่า 2,500	4
2,501-5,000	5
5,001-7,500	1
(range=1,000–6,500บาท, $\bar{X}$ = 2,850 บาท S.D.=1,700.49)	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	
1 – 3 คน	7
4 – 6 คน	3
(range=2-6 คน, $\bar{X}$ = 3.60 คน, S.D.= 1.25)	
สถานภาพในครอบครัว	
หัวหน้าครอบครัว	3
ผู้อาศัย	7
ระยะเวลาที่ติดสุรา (ปี)	
1-5	8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

รายละเอียดของข้อมูล	จำนวน (คน)
ระยะเวลาที่ติดสุรา (ปี) (ต่อ)	
6-10 (range=2-10 ปี, $\bar{X}$ =4.20 คน, S.D.= 2.90)	2
จำนวนครั้งที่มาเข้ารับบริการด้วยอาการ ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า (ครั้ง)	
1-10	4
11-20	4
20-29	2
(range=4-24 ครั้ง, $\bar{X}$ =12.30 ครั้ง, S.D.= 7.33)	

กลุ่มที่ 4 กลุ่มญาติหรือผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ที่ เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าญาติหรือผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ทั้งหมด มีอายุอยู่ในระหว่าง 36-70 ปี โดยอายุเฉลี่ย 56.9 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-49 ปี จำนวน 5 คน และมีอายุอยู่ในช่วง 50-69 ปี จำนวน 4 คน ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 9 คน มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 9 คน มัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 1 คน และมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 7 คน รองลงมามีอาชีพเกษตรกรกรรม จำนวน 2 คน โดยมีรายได้ ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 4,400 บาท และมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด จำนวน 7 คน และมีรายได้ในช่วง 5,001-10,000 บาท จำนวน 2 คน มีความสัมพันธ์กับ ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในฐานะภรรยามากที่สุด จำนวน 5 คน รองลงมาเป็นมารดาและบิดา จำนวน 4 คน มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่าง 1-9 ปี ประสบการณ์เฉลี่ยอยู่ที่ 5.60 ปี โดยมีประสบการณ์ในการดูแลระยะเวลา 1-5 ปี มากที่สุด จำนวน 9 คน และ มีประสบการณ์ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า 6-10 ปี จำนวน 1 คน รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

จำนวนญาติหรือผู้ดูแลจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิกการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าและระยะเวลาที่ดูแล ($n=10$)

รายละเอียดของข้อมูล	จำนวน (คน)
เพศ	
หญิง	10
อายุ (ปี)	
30-49	5
50-69	4
70 ปีขึ้นไป	1
(range=36-70 ปี, $\bar{X}$ = 51.9, S.D.= 13.09)	
สถานภาพสมรส	
คู่ (อยู่ด้วยกัน)	9
หม้าย	1
วุฒิกการศึกษาสูงสุด	
ประถมศึกษา	9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1
อาชีพ	
รับจ้าง	7
เกษตรกรรวม	2
แม่บ้าน	1
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)	
น้อยกว่า 5,000	7
5,001-10,000	2
10,001-15,000	1
(range= 1,000-15,000 บาท, $\bar{X}$ =4,400 บาท, S.D.= 4338.46)	

ตารางที่ 4 (ต่อ)

รายละเอียดของข้อมูล	จำนวน (คน)
ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะ	
ซึมเศร้า	
ภรรยา	5
บิดา/มารดา	4
บุตร	1
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มี	
ภาวะซึมเศร้า	
1-5 ปี	9
6-10 ปี	1
(range= 1-9 ปี, $\bar{x}$ =5.60 ปี, S.D.= 2.72)	

กลุ่มที่ 5 กลุ่มแกนนำชุมชน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า แกนนำชุมชนที่ดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 6 คน มีอายุอยู่ในระหว่าง 37-58 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 47.10 ปี และมีอายุมากที่สุดอยู่ในช่วง 50-59 ปี จำนวน 5 คน รองลงมาเป็นช่วงอายุ 30-39 ปี จำนวน 2 คน มีสถานภาพสมรสคู่ทั้งหมด วุฒิการศึกษาสูงสุดเรียนจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 9 คน และเรียนจบมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 1 คน และมีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด จำนวน 5 คน รองลงมามีอาชีพค้าขาย และอาชีพรับจ้าง จำนวนเท่ากัน กลุ่มละ 2 คน มีรายได้ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 2,500-35,000 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 7,740 บาท และมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท มากที่สุดจำนวน 8 คน รองลงมามีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท และมากกว่า 20,000 บาท จำนวนเท่ากัน กลุ่มละ 1 คน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วง 1-5 ปีมากที่สุด จำนวน 7 คน รองลงมามีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวน 3 คน รายละเอียดดัง ตารางที่ 5

ตารางที่ 5

จำนวนของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มแกนนำชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส
วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า (n=10)

รายละเอียดของข้อมูล	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	4
หญิง	6
อายุ (ปี)	
30-39	3
40-49	2
50-59	5
(range=37-58 ปี, $\bar{X}$ = 47.1 ปี, S.D.= 9.29)	
สถานภาพสมรส	
คู่ (อยู่ด้วยกัน)	10
วุฒิการศึกษาสูงสุด	
ประถมศึกษา	9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1
อาชีพ	
เกษตรกรรวม	5
รับจ้าง	2
ค้าขาย	2
แม่บ้าน	1
รายได้	
ต่ำกว่า 10,000 บาท	8
10,001-20,000 บาท	1
มากกว่า 20,000 บาท	1
(range=2,500-35,000 บาท, $\bar{X}$ = 7,740 บาท, S.D.=10,673.04)	

ตารางที่ 5 (ต่อ)

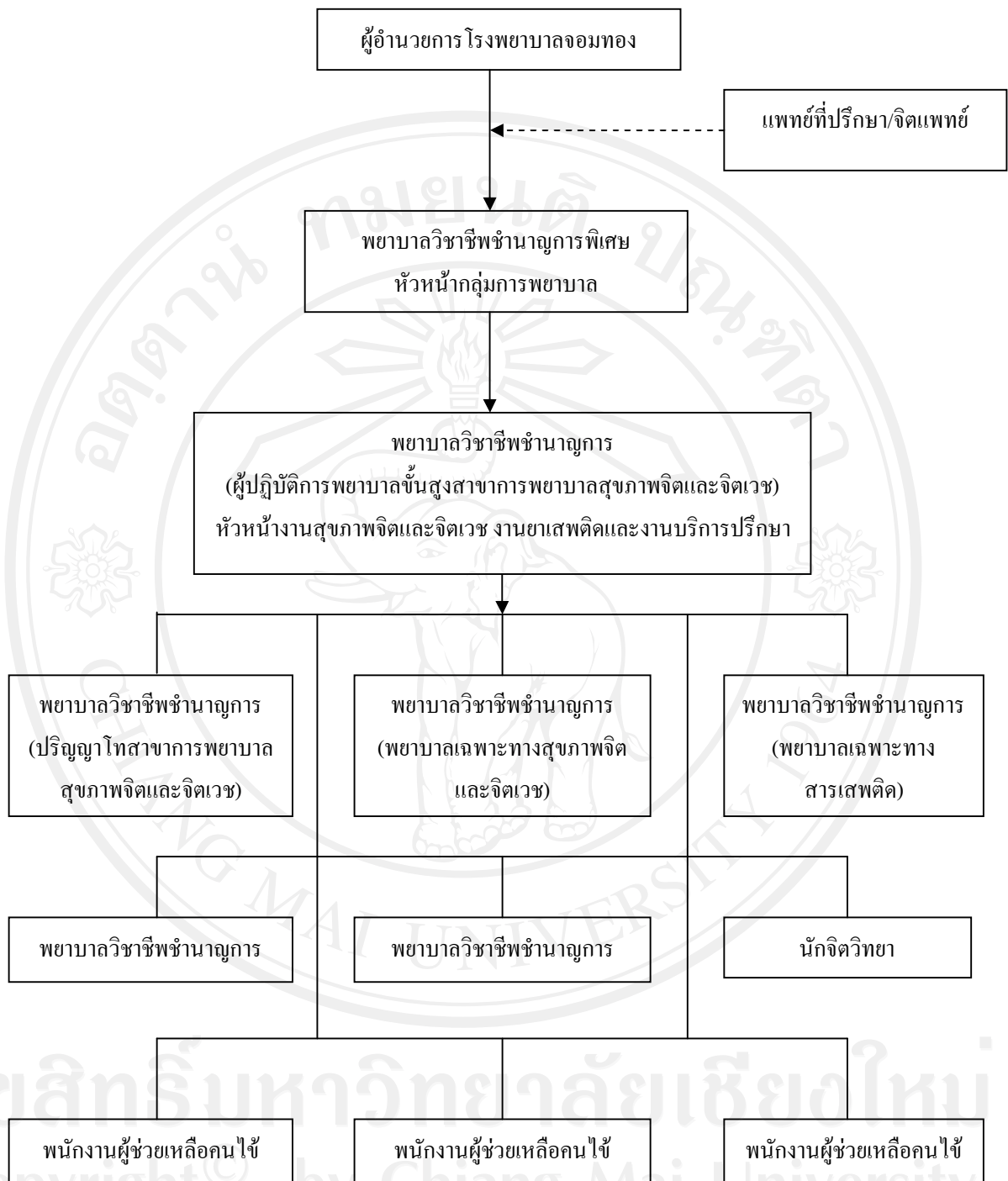
รายละเอียดของข้อมูล	จำนวน (คน)
ระยะเวลาในการดูแล (ปี)	
1-5 ปี	7
6-10 ปี	3
(range= 0-10 ปี, $\bar{X}$ = 4.40 ปี, S.D.= 3.17)	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านโครงสร้างของระบบบริการการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลด้านโครงสร้างระบบบริการการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในกลุ่มผู้บริหาร แล้วนำข้อมูลที่ได้อาจจัดประเด็นหมวดหมู่ และเขียนเป็นผังสถานการณ์ ซึ่งผู้ศึกษาได้สรุปและวิเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์และคำถามในการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านโครงสร้างระบบบริการของหน่วยงาน นโยบายและแผนพัฒนางานบริการของโรงพยาบาล และงบประมาณ

1.1 มีโครงสร้างองค์กรสำหรับการดูแลผู้ที่เป็น โรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ โดยพบว่า มีหน่วยงานรับผิดชอบหลักคือ หน่วยงานสุขภาพจิต และจิตเวช งานยาเสพติดและงานบริการปรึกษา กลุ่มงานการพยาบาล ซึ่งมีการวางระบบบริการให้มีผู้รับผิดชอบเฉพาะทาง ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา มีการส่งต่อผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อและพบว่ามีภาวะซึมเศร้าจากหน่วยบริการต่างๆ และใช้ระบบการประสานงานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันทั้งหน่วยบริการภายในโรงพยาบาล เช่น งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน งานผู้ป่วยใน รวมไปถึงการประสานงานกับองค์กรทั้งภายในและภายนอกอำเภอจอมทองรวมถึงเครือข่ายต่างๆ โดยมีโครงสร้างสายบังคับบัญชา ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1. โครงสร้างสายบังคับบัญชา งานสุขภาพจิตและจิตเวช งานยาเสพติดและงานบริการปรึกษา

และจากการสัมภาษณ์รายบุคคล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ก็มีหน่วยงานที่ขึ้นกับกลุ่มการพยาบาล ก็คือ หน่วยงานยาเสพติดกับสุขภาพจิต... มีจิตแพทย์และทีมงานดูแลค่ะ...ระบบในโรงพยาบาล ในแต่ละหน่วยงาน ประสานหน่วยงาน และหน่วยงานนั้นเขาเป็นก็ผู้จัดการ เป็นเจ้าภาพงานตรงนี้เลย กรณีเชื่อมโยงไปถึงท้องถิ่นก็มีระบบในการประสานงานของเขา ถึงท้องถิ่นด้วย ทั้งอำเภอ และนอกเครือข่ายเรา”

“ของโรงพยาบาลคลินิกเกี่ยวกับเรื่องสุรามีอยู่แล้ว งานสุขภาพจิตนะ ..”

1.2 มีนโยบายการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา โดยพบว่า โรงพยาบาลจอมทองมีนโยบายของโรงพยาบาล เน้นการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย แต่ละหน่วยบริการมีการจัดระบบการดูแลให้สอดคล้องกับนโยบายหลักของโรงพยาบาล ทั้งในเรื่องของการเฝ้าระวังความเสี่ยง โอกาสในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมแบบองค์รวม และบูรณาการการดูแลโรคจิตสุราร่วมกับภาวะซึมเศร้า ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“นโยบายของโรงพยาบาลเราจะเน้นในเรื่องของการดูแลคนไข้ให้ปลอดภัยในทุกๆ โรค เพราะฉะนั้นในแต่ละหน่วยบริการก็ต้องมีการมาจัดระบบการดูแลคนไข้ในทุกๆ โรค ทุกๆหน่วยบริการ โดยเฉพาะคลินิกจิตเวช หรือคลินิกคนไข้สุรา...ดูแลเรื่องความปลอดภัยของการดูแลคนไข้..คำว่าอะไรที่เป็นความเสี่ยง โอกาสพัฒนาที่จะดูแลคนไข้ให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต ..เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลในการดูแลคนไข้ครอบคลุมแบบองค์รวม”

“...โรงพยาบาลจอมทองให้นโยบายกับหน่วยงานว่า ให้มีการประเมิน คัดกรอง และมีการดูแลคนไข้ให้ปลอดภัย”

“นโยบายการดูแลคนไข้กลุ่มนี้ คือ คนไข้ทั้งหมดที่มาแผนกผู้ป่วยนอกเราจะดูแลให้ผสมผสานกันไปทั้งหมด”

“นโยบายหน่วยงานก็คือ ในคนไข้ที่ติดสุราและซึมเศร้าจะต้องส่งปรึกษาจิตเวชหรือจิตแพทย์ทุกราย”

“...นโยบายให้มีการดูแลผู้ป่วยสุราผนวกกับคนที่มีภาวะซึมเศร้า เราก็มาบูรณาการร่วมกันในการดูแลคนไข้กลุ่มนี้ค่ะ เอมารวมกัน”

1.3 มีแผนการให้บริการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา โดยพบว่า โรงพยาบาลจอมทองมีแผนการให้บริการ การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

ทั่วไปและพัฒนาแนวทางการดูแลของทีมให้ครอบคลุมการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ติดสุรา โดยมีการเชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลเครือข่าย โรงพยาบาลสวนปรุง ขยายบริการการดูแลในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย ให้สามารถดูแลผู้ป่วยในชุมชน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เริ่มแรกเราใช้แนวทาง แนวปฏิบัติของกรมสุขภาพจิตในเรื่องของการดูแลคนใช้สุราทั่วไปนะคะ จากนั้นเราก็พัฒนาแนวทางของเราเองโดยมีการประชุมทีมระหว่างแพทย์พยาบาล ว่าเราจะมีการประเมินคัดกรองคนใช้สุราที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างไร อย่างน้อยคนใช้ที่มีอาการชัดเจน ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าติดสุรา หรือว่ามีภาวะถอนพิษสุรา ต้องได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าทุกรายและมีแนวทางการปฏิบัติ และปีนี้เรามีโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดสุราของ โรงพยาบาลจอมทอง โดยใช้แนวปฏิบัติของแผนงานพัฒนาระบบการบำบัดดูแลผู้ติดสุราแบบบูรณาการ ผรส.ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งก็พัฒนามาจากผู้ปฏิบัติงานด้านสุราโดยตรงเหมือนกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ของคนทำงานจริงๆเอามาพัฒนาเป็นแนวทาง ซึ่งปีนี้เรากำลังทดลองใช้...เราก็มีการเชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลเครือข่าย โรงพยาบาลสวนปรุงค่อนข้างจะชัดเจน แนวปฏิบัติในการดูแลคนใช้สุราที่มีภาวะซึมเศร้า มีการวางระบบ ปรีกษา การส่งต่อ และการปรึกษาทางโทรศัพท์ ในส่วนของระดับศูนย์สุขภาพชุมชน/ สอ. มี สอ. สัก 2-3 แห่งที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพมาไ้ระดับหนึ่งซึ่งก็สามารถดูแลคนใช้หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว...”

1.4 มีแหล่งงบประมาณสำหรับการดูแลเพียงพอ โดยพบว่า ได้รับงบประมาณจากงบเงินบำรุงของโรงพยาบาลจอมทองในการจัดการอบรมแก่บุคลากรภายในหน่วยงาน และส่งบุคลากรเข้าร่วมการอบรมภายนอกหน่วยงานซึ่งได้รับงบประมาณจากกรมสุขภาพจิตหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับงบประมาณค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) ตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย และได้รับการอนุเคราะห์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจากองค์กรทางศาสนาในอำเภอจอมทอง และการส่งเสริม ป้องกันในชุมชน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาลในเขตอำเภอจอมทอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“การจัดอบรมโดยงานสุขภาพจิต จิตเวชเองก็จะทำโครงการขอสนับสนุนงบประมาณทั้งในส่วน of โรงพยาบาลเอง สนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ กรมสุขภาพจิต หรือว่าหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องที่เขาจัด.. ในส่วนการประเมินคัดกรอง การดูแลต่อเนื่องในชุมชน หลายๆชุมชนก็ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่น”

“...ก็จะทำโครงการขอสนับสนุนงบประมาณทั้งในส่วนของโรงพยาบาลเอง สนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ กรมสุขภาพจิต หรือว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เขาจัด เราก็จะส่งคนเราไปอบรมนะ...”

“งบประมาณในการดูแลจริงๆเป็นงบปกติตามสิทธิของผู้ป่วย”

“จาก สสจ.ที่เขาได้ดูแลเรื่องงบประมาณในการดูแลตรงนี้ สสจ.ก็เชื่อมโยงไปทาง สปสช....งบประมาณของท้องถิ่นด้วย อบต. หรือในชุมชนที่เขาส่งเสริมเรา...”

2. ทรัพยากรบุคคล

2.1 อัตรากำลังในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีไม่เพียงพอ โดยพบว่าแต่ละหน่วยงานมีการมอบหมายให้มีบุคลากรทางการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบเพียงหน่วยงานละ 1 คน ทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูล ส่งให้หน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช งานบริการผู้ป่วยนอกมีการแยกคลินิกให้บริการเฉพาะโรคหลายคลินิกภายใต้อัตรากำลังที่มีจำกัด ส่วนการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาระงานส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้บริการผู้ป่วยหนักทางกาย ทั้งผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลได้เต็มที่ แต่ก็สามารถให้การดูแลได้โดยการบริหารจัดการภายในหน่วยงานและมีการประสานเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“มีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบโดยตรง ...แต่แต่ละหน่วยงานจะมีผู้รับผิดชอบเพียง 1 คน รวบรวมรายงานส่งงานสุขภาพจิตทุกเดือน ”

“อัตรากำลังทั่วไปก็ยังไม่เพียงพอ แล้วหน่วยงานสุขภาพจิตและยาเสพติดเขาดูแลเรื่องนี้ ก็ยังมีงานอีกมากมายที่ต้องทำ...เท่าที่การบริหารจัดการของแต่ละหน่วยงานแล้วมาเชื่อมโยงกัน ก็ทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่องานได้ แต่ใช้คำว่าพอ ก็ยังไม่พอ”

“ไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่มีประมาณห้าหกคนแต่คนมีเจ็ดแปดร้อย ไม่พอแน่ และการแยกสาขาอีก เบาหวาน ความดัน ตรวจสุขภาพ ตา ตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว ใช้คนห้าหกคนเนี่ย คือ น้อยมาก...”

“ถ้าหากว่าภาระงานเรามาก...พยาบาลจะมุ่งประเด็นในคนไข้หนัก ส่วนมากเป็นคนไข้ อายุรกรรม ศัลยกรรม...บุคลากรที่จำกัด...ถ้าสมมติว่ามีคนไข้ถอนพิษสุรา หรือซึมเศร้ามากๆ ถ้าจะให้ดีมันจะต้องมีการดูแลเป็นกรณีๆไปเพื่อที่จะประเมินในทุกกระยะ แต่ตอนนี้ยังไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่”

“ถามว่าพอไหมก็ยังไม่พอ จริงๆแล้วการดูแลคนไข้กลุ่มนี้นั้นน่าจะเป็นหนึ่งต่อหนึ่งด้วยซ้ำ เพราะเขาจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา”

2.2 มีแผนพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และศักยภาพในการดูแล โดยพบว่า โรงพยาบาลจอมทองมีการสนับสนุนโดยให้อาสา เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานจิตเวชทุกคนรวมทั้งหน่วยบริการต่างๆทุกระดับ จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ ได้ผ่านการอบรมการประเมินคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยสุรา มีการสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องในหลักสูตรเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช ยาเสพติด การศึกษาระดับปริญญาโท โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก โรงพยาบาลจอมทองเองกรมสุขภาพจิตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานจิตเวชทุกคน จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการอบรมเรื่องการดูแลคนไข้สุราเราให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานจิตเวชได้ผ่านการอบรมการประเมินคัดกรอง การดูแลคนไข้สุราทุกคน และมีการสนับสนุนให้รับการศึกษาต่อเนื่องทั้งในหลักสูตรเฉพาะทาง ของจิตเวชโดยตรง เฉพาะทางสารเสพติด และการศึกษาระดับปริญญาโทซึ่งเราก็สนับสนุน โรงพยาบาลเราสนับสนุนทุกระดับ ในส่วนของพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการก็มีการจัดอบรมโดยงานสุขภาพจิต จิตเวชเอง... ก็คือพยายามพัฒนาทุกระดับที่จะให้คนเรามีความรู้ทั้งในส่วนแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพล ที่เกี่ยวข้องที่จะให้การดูแลคนไข้สุรา”

“ในส่วนของผู้รับผิดชอบงานที่งานสุขภาพจิตเขาก็จัดอบรมให้ความรู้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการฉีกขาดและมือการทางจิต...ส่วนมากก็จะเป็น ไปกับทีมงานสุขภาพจิตกรณีทางจังหวัดหรือผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดเขาจัดอบรม...”

“การอบรมภายในองค์กรเรา บุคลากรเราก็มีการอบรมโดยเชิญวิทยากรมาให้ความรู้แล้วเราก็มีส่งอบรมนอกองค์กรนะคะ หรือว่าทางทีมของกรมสุขภาพจิต สวนปรุง หรือสถาบันพัฒนาการเด็ก เขาก็มีการให้เราได้อบรม หรือว่าอยากจะเรียนต่อ มีการสนับสนุนให้ ตามที่ทางหน่วยงานส่งแผนเข้ามาในการพัฒนาบุคลากร ก็ยื่นต่อทีม HRD หรืองานพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล ...”

“จะเป็นลักษณะจัดการอบรม บางทีก็จาก โรงพยาบาลสวนปรุงบ้าง งานสุขภาพจิตบ้าง เชิญวิทยากรจากข้างนอกมาอบรมให้ความรู้ เราจะส่งเจ้าหน้าที่เราเข้าอบรมทุกคน... จัดภายนอกองค์กร ถ้างานอย่างนี้เป็นงานเฉพาะกิจ พี่ก็จะ อนุมัติให้เขาไปอบรม...”

3. อุปกรณ์ต่างๆ ยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ สถานที่เฉพาะสำหรับงานบริการสุขภาพจิต คู่มือหรือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตประสาทที่มีภาวะซึมเศร้า

3.1 มีเวชภัณฑ์ ยาเพียงพอสำหรับการบำบัดรักษาผู้ที่เป็น โรคจิตประสาทที่มีภาวะซึมเศร้าโดยพบว่า โรงพยาบาลจอมทองเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งมี

การรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องทั้งด้านการรักษาด้วยยา และการประเมินติดตามอาการ มีคณะกรรมการยาของโรงพยาบาลพิจารณาร่วมกับเครือข่ายจาก โรงพยาบาลสวนปรุงในการกำหนดยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยต่อเนื่อง และมีจิตแพทย์เป็นผู้ให้การ ดูแลรักษา ทำให้มีเวชภัณฑ์ยาในการบำบัดรักษาทั้งภาวะถอนพิษสุราและภาวะโรคร่วม เช่น ยาต้านเศร้า ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เรื่องเวชภัณฑ์ยาที่ดูแลคน ไข้สุราที่มีภาวะซึมเศร้า ยาต้านเศร้าของเราค่อนข้างจะมีครบทุก ตัวแล้ว คิดว่าเพียงพอ”

“คิดว่าในเรื่องของเวชภัณฑ์ยาไม่มีปัญหา...”

“เพียงพอ เพราะว่า เรามีคณะกรรมการยา มีจิตแพทย์และมีเครือข่ายจากการดูแลคน ไข้สุรา หรือซึมเศร้าจากสวนปรุง มีที่ปรึกษา เขาส่งต่อคน ไข้มาให้เรา...เขาก็กำหนดยาขึ้นมา เสนอ ต่อคณะกรรมการยา แพทย์ทุกคนเขาเห็นควรว่าจะมีอันนี้ๆ ก็น่าจะเพียงพอ ทั้งเภสัชด้วย”

3.2 มีแบบประเมินคัดกรองสำหรับการประเมินคัดกรองผู้ที่เป็น โรคติดสุราที่มี ภาวะซึมเศร้าเพียงพอ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

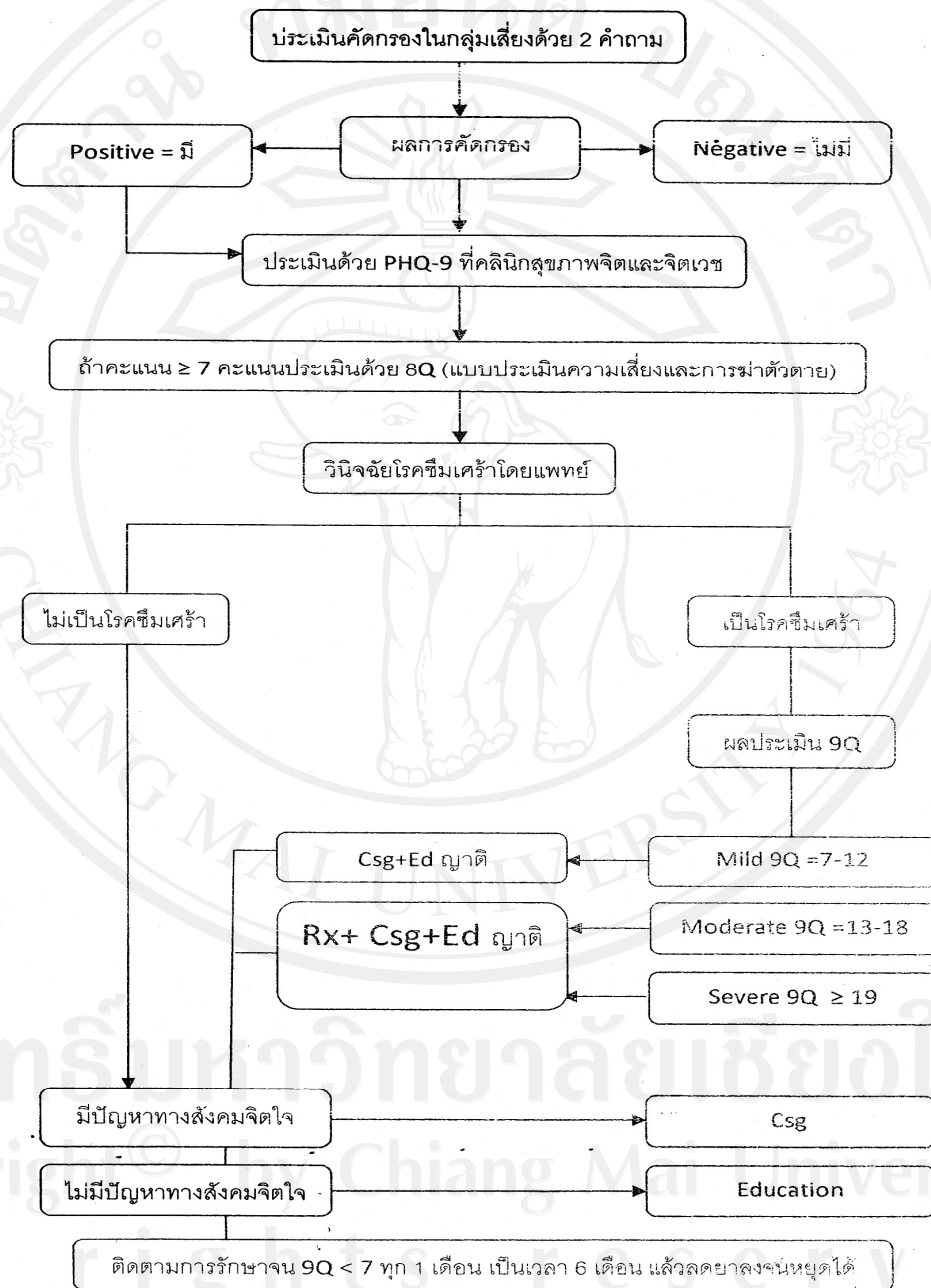
“...แบบประเมินคัดกรองคิดว่าเพียงพอจะ ขึ้นอยู่กับความถูกต้อง ความสามารถของผู้ ประเมินด้วย”

“...ในส่วน of OPD คน ไข้ที่เข้ามามีการซักประวัติทุกรายในเรื่องการดื่มสุรา จะมี แบบฟอร์มที่น้องให้กรอกรายละเอียดในแต่ละคน แล้วส่งให้งานสุขภาพจิต...แบบคัด กรอง แบบประเมินที่เราใช้อยู่พอๆ”

3.3 มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็น โรคติดสุราที่มีภาวะ ซึมเศร้า โดยพบว่า โรงพยาบาลจอมทองมีคู่มือแนวทางของหน่วยงานสุขภาพจิตซึ่งพัฒนามาจาก คู่มือและแนวทางในการปฏิบัติของกรมสุขภาพจิต จัดทำเป็น WI/SOP และ CPG เป็นแนวทางการ ปฏิบัติให้กับหน่วยงานต่างๆและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ที่เป็น โรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ในโรงพยาบาลจอมทอง และบุคลากรมีการนำแนวทางที่ได้มาใช้ โดยมีหัวหน้าหน่วยงานตรวจสอบการ ใช้แนวทางการปฏิบัติของพยาบาลร่วมกับแพทย์ ด้วยการสุ่มตรวจ และนิเทศติดตามผลลัพธ์ของ การดูแลจากการประเมินอาการแสดงของผู้ป่วยขณะรับการรักษาโดยมีผังไหลขั้นตอนการดูแล ผู้ป่วยซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ของกรม สุขภาพจิต (2552) และผังไหลการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราตามแนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มี

ปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ของกรมสุขภาพจิต (2549) ดังแผนภาพที่ 2

ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง



ภาพที่ 2. ฟังไหลขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

และจากการสัมภาษณ์รายบุคคล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“บุคลากรมีการใช้แนวทางปฏิบัติซึ่งได้พัฒนามาจากแนวทางของกรมสุขภาพจิตในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยสุราทั่วไป และได้มีการนำแนวปฏิบัติของแผนงานพัฒนาระบบการบำบัด ดูแลผู้ติดสุราแบบบูรณาการ ผรส. ของ กรมสุขภาพจิตมาทดลองใช้... ในส่วนของระดับ PCU สอ. กำลังอยู่ในช่วงพัฒนาระบบ”

“เราใช้ร่วมกับหน่วยงานอื่น ซึ่งเราเคยได้คิดร่วมกับทีมงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยติดสุราและในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เราก็ได้ร่วมกันทำแนวทางในกลุ่มของผู้ป่วยใน ใช้เหมือนกันในทุกหอผู้ป่วย”

“มีคู่มือ มีแนวทางนะ เบื้องต้นก็คือกรมสุขภาพจิต ของทางสวนปรุง หรือ สสจ. สำนักงานโรงพยาบาล และมีเอกสารงานวิจัยที่เราสามารถนำองค์ความรู้มาเป็นแนวทาง ทำให้เป็น WI เป็นแนวทาง เป็นคู่มือ และทำให้เป็น SOP เป็นแนวปฏิบัติทำให้เราทำงานแบบมีมาตรฐาน มีแนวทาง มีคู่มือค่ะ”

“มาตรฐานที่ได้จากงานสุขภาพจิต งานสุขภาพจิตเขาก็จะได้แนวทางของกรมเขามาอีกที... ในโรงพยาบาลแต่ละหน่วยงานก็จะมีการประชุมแนวทางให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน...”

“มี CPG ในการดูแลคนไข้ เขาเรียกว่า WI/SOP ซึ่งงานสุขภาพจิตเพิ่งเอามาให้”

“.. ทำตามมาตรฐานของหน่วยสุขภาพจิต ทั้งหมด ทั้งพยาบาล ที่เฉพาะทางมาแล้ว บุคลากรเราก็ทำตามนั้น”

“มี ได้นำแนวทางการปฏิบัติมาใช้ แต่ว่าผู้ป่วยมันไม่ค่อยมีในผู้ป่วยในหญิง... ซึ่งในเดือนที่ผ่านมาก็มีคนไข้ที่รับนอน ที่ติดสุราถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้าก็มีอยู่ 1 ราย”

“มั่นใจว่า แพลตฟอร์มเฝ้าระวังต้องใช้... เราก็มีการนิเทศดู มีการสุ่มตรวจว่าคนไข้เมื่อมาถึงหอผู้ป่วย นื่องเขาใช้แนวทางในการดูแลรักษาคอนไซคนนี้ร่วมกับแพทย์ เขาประเมินออกมาแล้ว เขารายงานแพทย์ แพทย์ใช้อย่างไร เราเข้าไปดู แล้วเขาก็ได้ใช้จริงค่ะ คนไข้จึงมีอาการดีขึ้น มีแนวทางที่ชัดเจนขึ้นมา... แพทย์บางคน ไม่ได้เป็นจิตแพทย์ แต่ก็ได้ยึดแนวทางนี้ในแต่ละหน่วยงาน”

“ติดตามจากเนื้อหาของเขา... มีการประเมินการทำงาน มีการตรวจสอบผลลัพธ์กับคนไข้... ผลลัพธ์ที่ออกมาจากคนไข้ หรือจากผลงานที่ออกมาจากหอผู้ป่วยจะรู้ทันทีเลยว่า คุณไม่ได้ทำ...”

“ห้องฉุกเฉินไม่ได้ออกแบบทำตามมาตรฐานของหน่วยสุขภาพจิต”

3.4 สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยในใช้ร่วมกับผู้ป่วยโรคทั่วไป โดยพบว่า โรงพยาบาลจอมทองมีหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตประสาทที่มีภาวะซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก สถานที่ยังคับแคบ ห้องสำหรับการทำกิจกรรม ยังไม่เพียงพอ แต่ได้มีการปรับปรุงสถานที่เพิ่มความสะดวกและให้บริการได้ ส่วนหอผู้ป่วยในทั้งผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิง ใช้หอผู้ป่วยในร่วมกับผู้ป่วยโรคทั่วไป สถานที่ไม่เหมาะสมในการดูแล เนื่องจากเป็นตึกสูง เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายกับผู้ป่วย และไม่เป็นสัดส่วน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“สถานที่เรายังเป็นปัญหาอยู่นะ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน คือผู้ป่วยนอก สถานที่เราก่อนข้างคับแคบ...เราเป็นคลินิกที่ดูแลทั้งคนไข้จิตเวช สุขภาพจิตยาเสพติดและก็ให้การปรึกษาทั่วไป ทั้งเรื่องงานสังคมสงเคราะห์การติดต่อประสานงานหลายเรื่อง..ห้องแยกที่เป็นสัดส่วนที่คนไข้จะมาทำกิจกรรมได้ยังไม่เพียงพอ ต้องไปอาศัย ห้องสมุด ห้องประชุมบ้าง แต่ก็สามารถบริหารจัดการได้...”

“คลินิกผู้ป่วยนอก(สุขภาพจิตและจิตเวช) ยังคับแคบไป...แต่เราสามารถบริหารจัดการได้ก็อำนวยความสะดวกให้โดยการติดแอร์ เขาขอแยกเป็นสัดส่วนเราก็ดำเนินการให้ สามารถแยกเป็นสัดส่วนได้ ถึงแม้จะคับแคบก็สามารถดำเนินการไปได้อยู่”

“...เรื่องอาคารสถานที่ เราก็กังไม่เป็นสัดส่วน...โรงพยาบาลเรายัง ไม่มีสถานที่ในการดูแลเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้...”

“ผู้ป่วยก็อาศัยหอผู้ป่วยทั่วไปดูแลคนไข้ ยังไม่มีหอผู้ป่วยเฉพาะ”

“อาคาร สถานที่ ไม่เพียงพอ...ถ้าเป็นคลินิกผู้ป่วยนอก หน่วยงาน คิดว่ามีการบริการคนไข้ซึมเศร้า สุราพวกนี้ แล้วใน หอผู้ป่วยในใช้ร่วมกับคนไข้ ทั่วไปอยู่ยังไม่ได้มีหอผู้ป่วยแยก”

“ในขณะนี้ เนื่องจากผู้ป่วยในหญิงอยู่ชั้น 4 เราก็กังกันทุกอย่าง...เขาอาจจะเกิดอันตรายได้”

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านกระบวนการในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตประสาทที่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลด้านกระบวนการในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตประสาทที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการดูแลการสัมภาษณ์รายกลุ่มในกลุ่มแกนนำชุมชน และกลุ่มญาติหรือผู้ดูแล ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมขณะปฏิบัติงานในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตประสาทที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งผู้ศึกษาได้สรุปและวิเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์และคำถามในการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. รูปแบบการดำเนินงานในการบำบัดรักษา ดูแลช่วยเหลือ การฟื้นฟู การป้องกัน การส่งต่อและการติดตามดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพต่อผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

1.1 มีการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราแต่ไม่ครอบคลุมทุกราย โดยพบว่า ส่วนใหญ่มีการประเมินคัดกรองเฉพาะปัญหาการดื่มสุราในผู้รับบริการที่มีประวัติการดื่มสุรา เช่น แผนกอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกจิตเวช โดยใช้แบบประเมินคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) เมื่อพบว่ามีปัญหาการดื่มสุราหรือมีภาวะทางจิตใจร่วมด้วย ส่วนใหญ่จะส่งต่อให้งานสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้ประเมินคัดกรองต่อ บางรายที่ได้รับการส่งต่อก็จะไม่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า ส่วนผู้รับบริการทุกรายรวมทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชจะมีการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยคำถาม 2Q ก่อน ถ้าได้ผลบวก จะประเมินด้วย แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ได้คะแนนมากกว่า 7 คะแนน แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้า จะมีการประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองด้วย แบบประเมิน 8Q ร่วมกับการสังเกต ดูประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัวร่วมด้วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“การดูแลคนใช้สุราที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลเราจะมีระบบการคัดกรอง ประเมินคัดกรองคนใช้สุราทุกรายที่มารับบริการ . เราก็มีการจัดระบบตรงนี้ชัดเจนใน บางหน่วยที่มีความเร่งด่วน อย่างเช่น ห้องฉุกเฉิน หรือ แผนกคน ไข้นอกเพราะว่าด้วยภาระงานที่คนไข้เยอะ เขาก็ไม่สามารถประเมินคัดกรองได้ทุกราย...ก็จะมีการส่งต่อมาที่คลินิกเลิกสุราแล้วก็จะได้รับการประเมินคัดกรอง..”

“คนไข้ที่เข้ามาจะเป็นคนไข้ฉุกเฉิน อันดับแรกเราก็ประเมินทั่วไป เสร็จแล้ว แก่ใช้ภาวะวิกฤติคนไข้...เบื้องต้นเราได้คัดกรองคร่าวๆ เดียวนี้ก็มีระบบว่า คัดกรองติดสุรา...มีการประเมินซึมเศร้าร่วมด้วยเป็นรายๆ...”

“ใช้เครื่องมือต่างๆในการประเมิน เช่น แบบประเมิน AUDIT ..เราจะประเมิน 2Q ก่อน ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งเป็นผลบวก เราก็จะเริ่มประเมิน PHQ-9 ..”

“เมื่อผู้ป่วยเข้ามาที่เรา ผู้ป่วยติดสุราอยู่แล้วเราก็จะประเมินซึมเศร้าโดยการประเมินตาม PHQ-9 แล้ว เมื่อคะแนนออกมา ถ้าคะแนนมากกว่า 7 เข้าข่ายซึมเศร้าแล้ว”

“คนไข้สุราถ้ามาถึงเราจะต้องประเมิน AUDIT และประเมินซึมเศร้าด้วย ทุกคนของคนติดสุรา ก็จะถาม 2Q ก่อน ก่อน ถ้าได้ผลบวกเราก็จะเริ่มใช้ PHQ-9 ต่อ ถ้าได้คะแนนมากกว่า 7 ก็คือมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย เราจะประเมินคำถาม 8Q ต่อ เกี่ยวกับการฆ่าตัว

ตายทุกคน...ดูจากประวัติในใบบันทึกผู้ป่วยนอกร่วม เคยมีประวัติเคยทำร้ายตนเองไหม มีประวัติซึมเศร้ามาก่อนไหม...”

“...คนไข้ติดสุราบางรายที่มาด้วยโรคทางกายที่ไม่ได้ส่งมาที่คลินิกแล้วไม่ได้ประเมินภาวะซึมเศร้าก็มี ก็จะหลุดไป”

“ช่วงหลังๆเรามีการคัดกรองการดื่มสุราเกือบทุกจุดบริการ เน้นในจุดบริการผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน คลินิกโรคเรื้อรัง พอพบว่ามีปัญหาการดื่มสุราหรือมีอาการทางจิตใจ เช่น ไม่สบายใจ นอนไม่หลับเครียด ก็จะมีการส่งต่อมาที่คลินิกสุขภาพจิตฯ หรือส่งพบจิตแพทย์ ก็จะได้รับการคัดกรองซึมเศร้าต่อ.”

1.2 มีการบำบัดรักษาและดูแลช่วยเหลือไม่ครอบคลุมทุกราย โดยพบว่า การบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุราและมีภาวะซึมเศร้ามีเพียงหน่วยงานเดียว คืองานสุขภาพจิตและจิตเวช ให้การบำบัดรักษาทั้งปัญหาการติดสุราและภาวะซึมเศร้าโดยปัญหาการติดสุราผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำแบบสั้น (BA) หรือ คำปรึกษาแบบสั้น (BI) หรือ เสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เช่น ครอบครัวบำบัด ส่วนการดูแลภาวะซึมเศร้าเริ่มจากผู้ที่เป็โรคติดสุราได้รับการประเมินพบว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก/สูง เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการดูแลและส่งพบแพทย์เพื่อพิจารณารูปแบบการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน และพิจารณารักษาด้วยยาต้านซึมเศร้ากรณีอาการรุนแรง มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองสูงจะพิจารณาส่งต่อ มีการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ารายบุคคลยังไม่ครอบคลุมทุกราย ยังไม่มีการทำจิตบำบัดในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนรายนกลุ่มทำร่วมกับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“...หลังจากประเมินแล้วซึมเศร้ามาก เราจะส่งให้หมอเพื่อรักษาด้วยยาซึมเศร้าก่อน บางครั้ง BI, BA ทำเอง MI และ BI พี่เขาจะทำเอง”

“ในระบบของการดูแลของโรงพยาบาลเราก็คือคนไข้ที่มาใช้บริการทุกรายโดยเฉพาะคนไข้ที่มีภาวะแทรกซ้อน เราจะมีหรือนัดญาติหรือครอบครัวเข้ามา เข้าสู่กระบวนการบำบัดด้วยกัน จะมีในเรื่องของ ครอบครัวบำบัด...”

“ทุกวันนี้เรามีจิตแพทย์ การบำบัดรักษาเมื่อพบปัญหาโรคร่วม ก็จะมีการส่งพบจิตแพทย์แต่ถ้าถามว่าทุกคนไหม ก็อาจจะหลุดบ้าง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราตามจุดบริการต่างๆ ที่ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าก็จะไม่ได้ส่งมา ก็อาจจะได้รับการบำบัดรักษาเข้าไป สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลและกลุ่มเราก็ไม่ได้แยกเฉพาะและก็ไม่ค่อยได้ทำเฉพาะส่วนใหญ่ทำร่วมกับผู้ติดสุรา.”

“...สุขภาพจิตศึกษาและการให้คำปรึกษารายบุคคลจริงๆแล้วต้องทำทุกคน แต่ภาระงานมาก บางครั้งเจ้าหน้าที่ในงานก็ไม่พอ ต้องไปงานอื่นๆ ก็จะไม่มีความพอที่จะทำรายบุคคลได้ทุกคน ซึ่งมันได้ผลนะ ..รายกลุ่มทำรวมกับผู้ติดสุรา..ส่วนใหญ่แล้วก็ไปกลุ่มสุราไม่ได้เน้นเรื่องซึมเศร้ามากนัก...ถ้าถามจิตบำบัดต่างๆเฉพาะกลุ่มนี้ไม่ค่อยได้ทำนะ ”

1.3 มีการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ครอบคลุมทุกราย โดยพบว่า โรงพยาบาลจอมทอง จัดให้มีการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกหลังจากการบำบัดรักษาร่วมกับผู้เป็นโรคติดสุรา โดยเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพเรื่องโรคติดสุราเป็นหลักและแทรกเรื่องภาวะซึมเศร้า ยังไม่มีกลุ่มฟื้นฟูแยกเฉพาะ ส่วนใหญ่ให้การปรึกษารายบุคคล กิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูผู้ที่เป็โรคติดสุราทุกวันพุธ เช่น กิจกรรมกลุ่มชมรมจิตอาสา , กลุ่มผู้ติดสุรานินาม (AA) ,ฝึกสมาธิแนวพุทธ,ฝึกอาชีพ ยังไม่ครอบคลุมทุกรายเนื่องจากซึ่งขึ้นอยู่กับความพร้อมและความสมัครใจของผู้ป่วย กรณีมีความสมัครใจและอาการไม่รุนแรงมีการส่งเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่วัดด้วยการปฏิบัติธรรมและรักษาด้วยสมุนไพร และมีการติดตามเยี่ยมของทีมแพทย์ พยาบาล หากผู้ป่วยไม่พร้อมก็จะให้การดูแลรายบุคคลและให้การปรึกษาร่วมด้วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“การฟื้นฟูจะรวมกะ ทั้งซึมเศร้าด้วยทั้งติดเหล้าที่ไม่มีซึมเศร้าไปด้วยกัน...มีการฝึกสมาธิต่างๆ แนวพุทธนะค่ะ”

“ ถ้าไม่รุนแรง ถ้าเขาสมัครใจส่งต่อไปที่วัดที่เราเอาวัดเป็นหอผู้ป่วย เอาวัดเป็นที่บำบัดสุราซึมเศร้า แล้วคนไข้ต้องสมัครใจไปอยู่ เพราะเราไปเปิดที่ถ้าต้อง วัดพระธาตุฯ นิโรธาราม ทางปฏิบัติธรรมด้วย ทางสมุนไพร ..”

“กลุ่มฟื้นฟูแบบเพื่อนช่วยเพื่อนที่เขามาเป็นชมรม ก็จะมีการฝึกอาชีพ มีการมาพูดคุยกันเหมือนเสริมสร้างกำลังใจให้เดินต่อไปข้างหน้าได้ ...ก็ไม่ทุกรายแล้วแต่ความสมัครใจของเขาด้วย...ระยะเวลาไม่แน่นอนในแต่ละคน อาจจะใช้เวลา คงต้องช่วยประคับประคองกันไปเรื่อยๆ...”

“...จะเป็นเรื่องของระบบผู้ป่วยนอก หลังการจำหน่าย ก็จะมีฟื้นฟูในเรื่องของการทำกลุ่มประคับประคอง ผู้ป่วยช่วยเหลือกันเอง...ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่จะกระตุ้นให้เข้า...แต่ไม่ทุกรายขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยด้วย ..”

“ถ้าถามการฟื้นฟูในกลุ่มนี้ ก็ยังไม่ใช้เต็มรูปแบบ เน้นติดสุราเป็นหลัก แต่แทรกซึมเศร้าเข้าไปบ้าง ไม่ได้ดูแลแบบซึมเศร้าเสียทีเดียว ก็อาจจะไม่ครบถ้วนสำหรับการฟื้นฟูภาวะซึมเศร้า การฟื้นฟูเฉพาะผู้ที่เป็ซึมเศร้าเราก็ไม่ได้ทำเฉพาะ ยังให้การปรึกษาเป็นรายบุคคลเท่าที่ทำได้ก็ไม่ทุกราย รายกลุ่มเน้นการฟื้นฟูเฉพาะซึมเศร้าก็ยังไม่...”

1.4 มีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนไม่ครอบคลุม พบว่า โรงพยาบาลจอมทอง มีการส่งต่อ 2 กรณี ได้แก่ กรณีการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในระดับตติยภูมิ ซึ่งก่อนหน้านี้โรงพยาบาลจอมทองไม่มีจิตแพทย์ ได้มีการส่งต่อผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและผู้ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าไปรับการรักษาที่ รพ.สวนปรุง รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ แต่ปัจจุบันการส่งต่อลดลง ส่วนใหญ่รับเป็นผู้ป่วยนอน และส่งต่อเฉพาะกรณีมีระดับของภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีแนวโน้มฆ่าตัวตายสูง กรณีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนหลังการบำบัดรักษา ส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนทุกราย เนื่องจากทีม *Home Health Care* เน้นโรคทางกายยังไม่ครอบคลุมผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า สถานบริการในชุมชนบางแห่งยังไม่พร้อมในการให้การดูแลต่อเนื่อง การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยบางรายทำให้ไม่สามารถส่งต่อให้กับผู้นำชุมชน หรือ อาสาสมัครในพื้นที่ได้ ส่วนใหญ่เป็นเพียงการส่งต่อข้อมูลเบื้องต้นเพื่อการสื่อสารให้มารับการรักษาในโรงพยาบาลตามนัด มีเฉพาะการส่งต่อผู้ที่เป็นโรคจิตสุราให้กลุ่มผู้ติดสุราดูแลกันเองเป็นรายบุคคล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เมื่อก่อนตอนเราไม่มีจิตแพทย์ เราส่งต่อคนไข้ไปรับยาต่อที่รพ.สวนปรุง หรือรพ.สวนดอก... ทุกวันนี้การส่งต่อลดลง ส่งเฉพาะกรณีที่ซึมเศร้าที่ระดับคะแนนมาก และมีแนวโน้มฆ่าตัวตายสูง ...ส่วนใหญ่เราจะรับนอนที่นี่เลย ถ้าจำหน่าย..หมอนัดต้องมา ชักประวัติซ้ำอีกที...”

“...กรณีติดสุราแล้วมีภาวะซึมเศร้าแต่ก็ยังไม่ทุกคน ส่วนใหญ่ *Home Health Care* ก็จะเน้นทางกายเป็นหลัก ในส่วนเรื่องซึมเศร้าก็ยังไม่ได้ส่งผู้ป่วยให้ชุมชนติดตามเป็นจริงเป็นจัง ...สุราก็จะส่งให้กลุ่มสุราช่วยดูแลกันเองเป็นรายบุคคลแต่ก็ยังไม่มียูนิฟอร์มชัดเจน ยังแยกกันอยู่”

“...รายที่มีซึมเศร้าด้วย ยังไม่ได้ส่งให้พื้นที่ ผู้นำหรือ อสม ติดตาม. บางที่เราคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ก็ไม่สามารถส่งต่อได้ ก็จะดูแลเป็นรายๆ ไป”

“ติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า มีน้อยมากที่เราส่งต่อ ส่วนมากก็จะประสานส่งต่อข้อมูลเบื้องต้นกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เพื่อติดตามมารักษาตามนัดบ้าง แต่ไม่ได้ส่งต่อปัญหาหรือการดูแลต่อเนื่องเสียทีเดียว..เพราะคนไข้ส่วนใหญ่ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอยู่แล้ว.ส่วนการบำบัด พื้นฟูในชุมชน สถานบริการก็ยังไม่พร้อมเป็นส่วนใหญ่ ส่วนมากก็จะติดเยี่ยมบ้าน หรือสื่อสารให้มารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเท่านั้น”

1.5 การติดตามหลังการจำหน่าย และการติดตามเยี่ยมในชุมชน ขาดความต่อเนื่อง และไม่ครอบคลุมทุกราย โดยพบว่า มีการติดตามหลังการจำหน่ายหลายวิธี ได้แก่ การนัดติดตามในคลินิกที่คลินิก 1-2 สัปดาห์หลังการจำหน่าย กรณีไม่มาตามนัดจะติดตามให้มารับบริการโดย

ใช้โทรศัพท์ ไปรษณียบัตร และการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีม Home Health Care เฉพาะรายที่ขาดนัดและต้องเฝ้าระวัง และมีการประสานงานกับ อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชน ในการออกติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน แต่มีการวางแผนร่วมกันในการดูแลน้อย ยังไม่มีรูปแบบการติดตามเยี่ยมในชุมชนเฉพาะผู้ที่เป็โรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า และการติดตามเยี่ยมในชุมชนไม่มีความต่อเนื่อง

“การติดตาม เราจะนัดเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แล้ว เราจะโทร ไปติดตามว่าอาการเป็นอย่างไรบ้าง ..นัดติดตาม 1-2 อาทิตย์มาดูว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ไหม ..”

“ก็มีการวางแผนการจำหน่าย ...การติดตามหลังการจำหน่าย สองอาทิตย์ หรือนัดมาพบพร้อมกับญาติในคลินิก...การติดตามเยี่ยมในชุมชน ในหมู่บ้าน ในเขตที่รับผิดชอบ...เป็นการวางแผนร่วมของ Home Health Care ของสหวิชาชีพ...ขณะไปตามเราจะมี อสม.ร่วมด้วย แจ่งกำนัน ผู้ใหญ่บ้านทราบ ก่อนเข้าติดตามในชุมชน”

“...ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารวมทั้งติดสุรา เราจะมีการติดตาม ด้วยการนัดมาในคลินิกอยู่แล้ว ถ้าไม่มาก็จะโทรติดตาม โทรแล้วไม่มาก็จะส่งไปรษณียบัตรตามมาให้มาที่คลินิก ถ้าไม่มีจริงๆก็ออกเยี่ยม แต่ก็มีน้อยที่ได้ออกเยี่ยม งานเยอะมาก...คนไข้ที่ไม่มาส่วนมากก็จะมีปัญหาเศรษฐกิจ การเดินทาง ในชุมชนมีเทศกาลบ่อย กลับไปดื่มน้ำก็ไม่มาตามนัด บางคนก็คิดว่าตัวเองหาย ต้องไปทำงานบ้างก็ไม่มา”

“การติดตามเยี่ยมบ้าน คู่อะไรบ้างที่เราที่ยังอิงรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคทางกาย รูปแบบเฉพาะการติดตามเยี่ยมผู้ที่เป็โรคติดสุราหรือเป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าไม่มีก็อาจจะไม่ครอบคลุมทั้งกระบวนการ และคนไข้ทุกราย และที่สำคัญเราไม่ค่อยได้ออกติดตามเยี่ยม และขาดความต่อเนื่อง...เวลาเยี่ยมก็มีการแจ้งพื้นที่นะ ทั้งเจ้าหน้าที่ แกนนำ อสม. เท่าที่มาร่วมได้ แต่มีการวางแผนการดูแลร่วมกันไม่ทุกราย น้อยราย”

1.6 การประสานงานกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับไปเป็นซ้ำไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยพบว่า มีการประสานงาน 2 ระดับ คือระดับผู้บริหารโดยมีการสื่อสารผ่านการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน องค์กรในท้องถิ่น เกี่ยวกับ สถานการณ์ของปัญหา และข้อมูลระบบบริการ ส่วนระดับปฏิบัติการมีผู้รับผิดชอบหลักคือ งานสุขภาพจิตและจิตเวช จะเป็นผู้ประสานงาน ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นประสานงานแบบบูรณาการ เฉพาะพื้นที่ที่มีความพร้อมในการดูแลหรือมีปัญหาหนัก ไม่เน้นเรื่องการกลับเป็นซ้ำทั้งโรคติดสุราและภาวะซึมเศร้า ลักษณะการประสานงานมีทั้งที่เป็นทางการ ไม่เป็นทางการ และทางโทรศัพท์สายด่วนของโรงพยาบาล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“มีการประชุมชี้แจงร่วมกับหัวหน้าส่วน ที่ประชุมของแกนนำชุมชน เช่น กำนันผู้ใหญ่บ้านในปัญหาที่เกิดขึ้น...แล้วนำเอากรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาเข้าไปร่วมชี้แจงกับแกนนำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน และทีมงานสุขภาพจิตลงเชิงรุกเข้าไปในชุมชน เราก็ได้กระจายข้อมูลเรื่องนี้ลงไปให้ทางชุมชน...”

“ประสานผ่านเทศบาล...มีการประสานเป็นการส่วนตัว พี่จะประสานไปทาง สอ....คนที่รับผิดชอบงานด้านนี้จะเป็นคนประสาน เป็นตัวหลักที่ต้องประสาน...มีการประสานผ่าน Hot line สายด่วน”

“การประสาน จะเป็นในเรื่องของเจ้าหน้าที่ในสถานีนอนาถ อสม.ประจำหมู่บ้าน หรือว่าเครือข่ายของคนไข้ที่เข้ารับการบำบัดในเรื่องสุรา เครือข่ายจิตอาสา หรือว่า เอเอ (กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม)”

“การประสานกับชุมชน กับเครือข่ายต่างๆ เรามีอยู่แล้ว แต่จะเป็นเรื่องไหนเท่านั้นเอง ส่วนมากก็จะประสานแบบบูรณาการ ถ้าเป็นเรื่องซึมเศร้ามีค่อนข้างน้อย มีเหมือนกัน แต่ไม่สม่ำเสมอ ติดสุราด้วยก็จะประสานเรื่องติดสุราเป็นหลัก ...ประสานเรื่องทั่วไปแต่ก็ไม่ได้เน้นเกี่ยวกับเรื่องป้องกันการกลับไปเป็นซ้ำมากนักทั้งซึมเศร้าและโรคติดสุรา บางพื้นที่ที่มีความพร้อมในการดูแลหรือมีปัญหาไม่ทุกที่”

2. การดูแลและให้ความช่วยเหลือของญาติหรือผู้ดูแลต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

2.1 ญาติมีการดูแลช่วยเหลือด้านร่างกาย โดยพบว่า ญาติส่วนใหญ่ให้การดูแลด้านร่างกาย แม้ว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองและสามารถทำงานประกอบอาชีพได้ เช่น ดูแลเอาใจเรื่องเครื่องนุ่งห่ม จัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร การรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการสังเกตอาการผิดปกติ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ด้านร่างกาย สมมติว่าเป็นเสื้อผ้า บางครั้งเราก็ได้ซักให้ แล้วให้ไปตาก บางครั้งก็บอกให้มันซัก ให้มันขี้ ให้กระตุ้นสมองมันบ้าง...หาอาหารมาเตรียมไว้ให้ในถาดข้าว บางครั้งก็ซื้อนม ซื้อแลกตาชอยมาไว้ให้...”

“ไปทำงานก็ซื้อนม ซื้ออะไรไป เราก็แอบสังเกตดู ถ้ามันเดินไปเดินมา อยากกินอะไรก็บอกมัน นมมีที่นั่นนะ ขนมมีที่นั่นนะ มันไม่สบายเราก็จะไปอาบน้ำอาบทำ เอาข้าวให้กิน ซื้อนมให้กิน เอาผ้าเช็ดเนื้อเช็ดตัว เอายาให้กิน เอาอาบน้ำ เช็ดเนื้อเช็ดตัว กินยาแล้วก็นอนหลับ...”

“ให้กินของที่มีประโยชน์ มีทั้งหาและแนะนำให้เขาช่วยเหลือตัวเองด้วย เป็นกับข้าวที่สามารถทำได้ก็ให้เขาทำ บางทีเราก็ออมาเตรียมไว้ให้ละ ของที่กินง่ายๆ ให้เขาได้ฝึกช่วยเหลือตัวเองและดูแลตัวเองเป็นถ้าเราไม่มีเวลา ต้องทำงานนอกบ้าน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในบ้าน สมมติซักผ้าได้ก็เอาแค่ของตัวเองไปก่อน ไม่จำเป็นต้องซักให้เรา หรือว่าของคนอื่น ดูแล เช่น อาบน้ำ แนะนำว่า เวลานี้ควรจะไปอาบนะ อาบน้ำแล้วก็กินข้าว กินข้าวแล้วก็นอน”

“ซักผ้าให้ เขามาก็หาของกิน กินแล้ว “แม่เตรียมห่อข้าวให้ด้วยนะ” ไปเลี้ยวหัว ให้ดูแลตัวเอง อาบน้ำคนเดียว ไม่งั้นก็ถ้าไปเลี้ยวหัวกลับมาทำกับข้าวเอง”

“ตอนที่พ่อกินยา น้องก็สังเกตดูว่าเขาไปกินจริงไหม ต้องสังเกตดู บางครั้งกินหรือไม่กิน ไม่รู้ว่าพ่อกินหรือยัง เรากลัวเขาไม่กิน ... เราก็แอบสังเกต ถ้ายาหมดก็มาเอาให้”

“เราสังเกตดูตามัน ดูท่าทางอ่อนเพลีย มันซึม มันช้า เคลื่อนไหวช้า...”

2.2 ญาติมีการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจและอารมณ์ โดยพบว่า ญาติให้การดูแลประคับประคองด้านจิตใจด้วยการ พูดให้กำลังใจ โน้มน้าวและเตือนสติ หาเวลาอยู่ร่วมกันโดยทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เมื่อมีอารมณ์หงุดหงิด ญาติก็จะหยุดพูด ไม่ต่อว่า ไม่ตอบโต้ การสังเกตภาวะซึมเศร้า ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“มันไม่สบายใจเราก็อ่อยๆพูดกับมัน “ไอ้ห้ล้าไอ้นาย อย่าอะอะ แม่แก่แล้ว ไม่มีใครหาให้กินแล้ว อย่าไปกินเลย หยุดเถอะ อย่าขอเงิน แม่ไม่มี”...เวลาเขาหงุดหงิด แม่ก็ไม่พูดแล้ว... ไม่ตอบโต้...อย่าไปคิดอยากตาย อายุยังน้อย ยังไม่ถึงสามสิบเลย แม่อายุเจ็ดสิบแม่ยังไม่อยากตาย อยู่ไปก็ให้เลิกซะ เหล้าล่ะ แม่อายุเจ็ดสิบแล้วให้ได้เลี้ยงแม่ เคี้ยวเนื้อแม่ดูแลแก แกก็เลิกเหล้าให้ได้มาดูแลพ่อแม่อีก”

“เดือนเขา“อย่าไปทำอย่างนั้นนะ โตแล้ว ให้ทำตัวดีๆ”...ถ้าเขาหงุดหงิดเราไม่ต้องไปพูดมากถ้ามันเข้ามาแล้ว ... ไม่บ่นไม่ว่าไม่ยุ่งเหยิงมัน”

“ด้านจิตใจก็จะให้กำลังใจ ถึงแม้ว่าวันนี้กินลดได้บ้าง หรือกินลดไม่ได้เลย ก็จะให้กำลังใจ สมมติว่าเรามีลูก ก็จะพูดเหตุผล ถามว่าเป้าหมายเรา เราก็จะต้องมีต้นแบบที่ดี ต้องมีกำลังใจที่จะดูแลลูก ดูแลตัวเอง เป็นต้นแบบให้ด้วย แล้วก็แรงจูงใจก็จะเป็นลูก ลูกจะเข้ามามีส่วนร่วมด้วยมาดูแล มาให้กำลังใจพ่อ เราก็จะให้ลูกเข้าหา พูดแล้วก็มีกิจกรรม กิจกรรมร่วมกัน ทำนันทนาการ เป็นกิจกรรมในบ้าน คือหาอะไรมาทำหลังจากกินข้าว ให้มีเวลาร่วมกัน ก็จะให้มีเวลาพูดกันก็ดูอบอุ่นขึ้น”

“เราก็ต้องถามเขา เฝ้าระวังดูอาการของเขา...มันจะมีอยู่ช่วงหนึ่งที่มีความเครียดนะ ไม่ค่อยพูด เงียบอยู่คนเดียว...ก็จะเก็บยา จำกัดในการกินยา เราจะจัดให้กะ...ก็จะพยายามไม่ให้ยู่คนเดียว ทำอะไรพยายามให้อยู่ในสายตา หรือให้ลูกช่วยดูแล ถ้าเราไปทำงานไม่มีเวลาดูแล เราก็จะพูดทางโทรศัพท์ ลูกจะสังเกตดู มีอะไรก็จะบอกให้ บางทีก็จะลงมาดูแลเอง เวลาพักจะเข้าไปดูอาการ”

“ถ้าคุณเครียดมาก ถ้ามันบ่นมาก จะเอาเข้ามาหาหมอแล้ว ไม่เอาไว้บ้าน มาปรึกษาหมอเลย ส่งเข้าโรงพยาบาลเลยถ้าสังเกตดูไม่ดีขึ้นนะ...สังเกตที่มันวุ่นวาย พูดเรื่อยเปื่อย...อารมณ์มันหงุดหงิด พฤติกรรมกลัวมันจะทำร้ายตัวเอง ถ้ามันว่า เบื่อหน่าย เราฟังมันไว้แม้มักจะเอามาโรงพยาบาลเลย”

2.3 การศึกษาการให้คำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าโดยพบว่า ส่วนใหญ่ญาติใช้วิธีการพูดคุย ดักเตือน ยกตัวอย่าง และหาเอกสารความรู้ให้อ่านเกี่ยวกับผลกระทบทางกายจากการดื่มสุราและการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เรื่องสุขภาพกะ ถ้ากินไปนานๆมันจะมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งตับ ตับแข็ง หรือว่าอย่างลงจิตที่เป็นมะเร็งกล่องเสียง ได้มาจากแผ่นพับ หรือใบตามที่โรงพยาบาลเรามีให้บางที่เราอาจจะหยิบติดมือไปให้ทางบ้านเราอ่าน ถ้าเราไม่มีเวลาพูดมากพอ เขาก็จะมีเวลาอ่าน เขาก็จะเริ่มเข้าใจตนเอง ความเสี่ยงที่เวลาเขากินมันเป็นอย่างไรมาบวกกับในที่เขานะนะ...”

“พูดตอนที่ยังไม่กินเหล้าว่า อย่าไปกิน ตับแข็ง พูดให้ฟัง มันไม่ดีเวลาป่วยมา...ที่บ้านมันมีคนคิดเหล้าเยอะแล้วเราเห็นสภาพเขา มันนอนฝุ่น นอนดิน เราก็มาพูดให้ฟัง...เราเห็นคนที่กิน คนที่ตายมันมีหลายคน ตายตับแข็ง เราก็พูดให้เขาฟัง”

“บอกว่า พ่อเตี้ยนี้พ่อบวม เราก็บอกไปที่เรารู้กะ...เป็นตับแข็ง นื่องพูดไปตรงๆ เพราะญาติพี่น้องมีคนตายที่ตับแข็ง เพิ่งตายเมื่อประมาณปลายปีที่แล้วนี่เอง ยกตัวอย่างให้ดูว่าคนนั้นตาย คนนี้ตาย”

“ก็เอามาพูดให้ฟัง ที่เขาตายกันเป็นอย่างนั้น อย่างนี้ กินเหล้ามากเกิน ตายแขวนคอบ้างฆ่าตัวตายบ้าง”

3. การสนับสนุนช่วยเหลือของชุมชนต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

3.1 แก่นนำช่วยคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุราแต่ไม่ครอบคลุม โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการคัดกรองการดื่มสุราโดยสอบถามเกี่ยวกับปริมาณและลักษณะการดื่มสุรา แต่ไม่ได้สอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าทุกราย แต่จะคัดกรองซึมเศร้าและฆ่าตัวตายเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ดื่มสุรามากๆ หรือรายที่เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ครับ เคยคัดกรองแต่ว่าไม่ได้คัดกรองในเชิงของผู้ติดเชื้อ เมื่อก่อนเราก็ดูคัดกรองด้านซิมเซร่า บ้าง คัดกรองฆ่าตัวตายคัดกรองโรค”

“เวลาไปถาม ถามว่า “กินเหล้าไหม”...ซิมเซร่า คัดกรองค่ะ...คิดเหล้าในเขตของพี่ มันไม่มี ค่ะ กินอยู่ในระดับที่สองค่ะ...ก็ถามแต่เขาไม่มี อาการของซิมเซร่า”

“ได้ไปถามว่า กินมาแล้วนานไหม ตั้งแต่อายุเท่าไร เพราะมีที่แบบคัดกรองครับ...กินยา ฆ่าตัวตายก็มี...ครับมีซิมมีเซร่า ก็ได้ไปพูดไปบอกเหมือนกัน”

“มีแบบประเมิน กินเหล้าวันละเท่าไร ตั้งแต่เข้ามากินไหม กินลดลงหรือว่าเพิ่มขึ้นแต่ละ วัน...ถามค่ะ แต่เขตของพี่มีคนติดแต่ไม่มีซิมเซร่า บางคนก็กินทุกวันแต่ไม่ซิมเซร่า”

“ซิมเซร่ากับฆ่าตัวตายส่วนมากจะถามคนที่กินเหล้ามากๆ ก็ถาม หรือเคยมีทำร้ายตัวเอง ”

3.2 แกนนำชุมชนให้คำแนะนำเฉพาะปัญหาการติดเชื้อแต่ขาดคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะซิมเซร่า โดยพบว่า ส่วนใหญ่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่บำบัดรักษาการติดเชื้อ เช่น ศูนย์บำบัดยาเสพติด และโรงพยาบาล ร่วมกับการแนะนำให้ลดปริมาณการดื่มลง ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของสุรา และในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธและไม่พร้อมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แนะนำให้ใช้ธรรมชาติหรือนั่งสมาธิช่วยด้านจิตใจ และแนะนำญาติให้นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“พี่ก็ไปแนะนำเขา เขี่ยมาแล้วถามเขาว่ามีปัญหาอะไรถึงกินเหล้ามาก ..บอกให้เขาปฏิบัติตามที่หมอสั่ง...เราก็บอกแฟนเขา ห้ามแฟนเขาอย่าไปกินมาก รักษาตัวบ้าง ให้กินลดลงไป..”

“แนะนำให้ไปปรึกษาโรงพยาบาลหรือศูนย์บำบัดยาเสพติด ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของสุรา และนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ศูนย์บำบัดยาเสพติด”

“สมมติว่าไม่อยากไปรักษามีอีกวิธีหนึ่งก็คือ อาจจะแนะนำเขา นั่งสมาธิ หรือปรึกษาพระ..”

“เราก็ค่อยๆพูดกับเขาว่า เคียวนี่นะ ยกตัวอย่าง “เคียวนี่ นายกินเหล้ามากจนมาก จันตึ๊ดแล้วนะ นายลดๆบ้างนะ เราจะช่วย นายไปรักษาดีไหมที่โรงพยาบาล เราจะช่วยแนะนำ”

“ไปเยี่ยมเขาที่บ้านตอนที่เขาออกโรงพยาบาลมา บอกเขาว่า เขายังหนุ่ม อนาคตยังไกล เลิกเสียเถอะ”

“เยี่ยมบ้าน สอบถามปัญหา และให้คำแนะนำเลิกดื่มหรือไปรักษาที่โรงพยาบาล แนะนำครอบครัวให้ห้ามปรามผู้ป่วย และแนะนำให้พาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหลังจากนั้นก็ติดตามเยี่ยมดูแล บอกให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแพทย์สั่ง”

3.3 แก่นนำชุมชนมีการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเข้าไปพูดคุย รับฟัง ไม่ต่อว่า ไม่ตำหนิ พูดตลกขบขัน เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย แนะนำวิธีลดซึมเศร้า ด้วยการฟังเพลง การยอมรับ ระบายความเครียดด้วยการ ปรีกษา พูดคุยแทนการไปดื่มสุราให้กำลังใจ แนะนำญาติให้ดูแลใกล้ชิดเมื่อมีภาวะซึมเศร้า ไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้ง และแนะนำญาติให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เราก็พูดเล่นเขาค่ะ...ให้เขาหายเครียดค่ะ ให้เขาหัวเราะบ้าง เราพูดตลกๆให้เขาฟัง”

“ด้านจิตใจนี้เราก็ก็นำไปสอบถามเขาว่า คนที่ซึมเศร้านะครับ เขาจะระบายความทุกข์ของเขาให้ฟัง”

“พูดดีๆ ไม่ต้องไปต่อว่าอะไรเขาแล้ว...ไม่ซ้ำเติมเขา เขาก็จะไม่ได้อะไรไปมากกว่านั้นอีก”

“ด้านจิตใจ ถามเขาว่าด้านจิตใจ เคียวนี่ใจเราคิดอะไรบ้าง เราต้องถามเจ้าตัว จิตใจตัวเองคิดอะไรอยู่ มีความกังวลอะไรบ้าง”

“ต้องทางลูกทางเมียก่อน เราจะต้องไปบอกว่า พยายามอย่าให้เขาอยู่เดียว ถ้าเขาอยู่ในภาวะซึมเศร้า พยายามอย่าให้เขารู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ให้เราเป็นกำลังใจให้เขาตลอด”

“แนะนำให้เขาทำใจ เปิดวิทยุฟังเพลง จะได้ร่าเริง ไม่ให้เขาซึมเศร้า”

“ถ้าเขาระบายความทุกข์ให้ เราฟังแล้วว่า เขาทุกข์อย่างนี้ ผมก็เคยแนะนำบอกเขาว่า

“เคียวนี่ มันมีมืดพรงนี้มันก็สว่าง ถ้าน้องเลิกได้มันก็จะเหมือนกลางวัน กลับคืนมาเหมือนวงล้อถ้ามันหมุนแล้ว มันก็จะกลับคืนมา” และผมเคยแนะนำนะครับ เปรียบเทียบให้”

“บอกเขาว่า “คิดมากทำไม ถ้าคิดมากอย่าเอาเหล้ามาเป็นเครื่องระบาย ให้พูดคุยกัน ปรีกษากันได้...บอกให้เขามาปรีกษา พูดคุยกัน เล่าสู่กันฟัง ไม่ต้องไปเก็บกด ไปลงที่เหล้าค่ะ”

“...ก็ลดไปๆมันอาจจะมึนวันหนึ่งที่หยุดได้”

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรม ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษาได้ประเมินโดยคำถามในการสัมภาษณ์รายบุคคลในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า และระดับการรับรู้การได้รับการดูแลในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ญาติหรือผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผลลัพธ์เกี่ยวกับเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

1.1 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัย และผลกระทบจากการจิตสุราและมีภาวะซึมเศร้า หลังรับบริการ โดยพบว่า

1.1.1 ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยของการเกิดโรคจิตสุราและมีภาวะซึมเศร้า จากการมารับบริการว่ามีสาเหตุจากการดื่มสุรา กรรมพันธุ์ ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เพื่อนชักจูง ความเครียดจากปัญหาครอบครัวไม่เข้าใจกัน การหย่าร้าง การทำงาน ความรู้สึกผิดหวังในชีวิต เป็นต้น เมื่อหยุดดื่มหรือสร้างเมาทำให้ซึมเศร้ามากขึ้น และอยากกลับไปดื่มให้หายเศร้าอีก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“...รู้หลังจากมารับบริการว่ามีปัญหาทางครอบครัวก็ใช่ะครับ ไม่เข้าใจกัน หย่าร้างกันหลายอย่างครับ...ตอนที่เมา ไม่เศร้า พอสร้างเมาแล้วเศร้าครับ...เศร้าแล้วก็อยากจะไปดื่มอีกให้มันหายเศร้าครับ”

“ส่วนมากสาเหตุมันมาจากที่เราดื่มเหล้า...ที่รู้ก็เพราะเข้ามารักษานี้ครับ เราเริ่มรู้ขึ้นมา...มันจะมี...หมอ พยาบาลแนะนำ หมอนัด มาตามนัดแล้วก็ เขาจะบอกอธิบายให้เรา...สาเหตุมันมาจากเหล้านี้แหละครับ...มันมีปัญหของครอบครัวอาจจะมาเกี่ยวข้องก็ได้...ตั้งแต่เข้ามาโรงพยาบาลนี่ถึงรู้ว่าตัวเราเป็นซึมเศร้า”

“จากสาเหตุการดื่มเหล้ามากครับ...เครียดบ้าง ครอบครัวบ้าง หลายอย่าง ด้านการงานบ้างครับ จึงหันดื่มเหล้าครับ...มารู้ทีหลังครับ”

“หลังจากมารับบริการรู้เพิ่มว่า ดื่มเหล้ามีกรรมพันธุ์ ครับ แล้วก็ปัจจัย ความผิดหวังในชีวิต เราตั้งความหวังไว้สูง ปัญหาครอบครัว”

1.1.2 ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการเป็นโรคจิตสุราและมีภาวะซึมเศร้าว่า ทำให้ตนเองไม่สุขสบายทางกาย เกิดโรคแทรกซ้อนทางกาย เช่น ความจำเสื่อม อ่อนเพลีย โรคตับ เบาหวาน ความดัน มะเร็ง หัวใจ ด้านจิตใจ ทำให้ตนเองรู้สึกเสียใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย ทำร้ายตนเอง ทำให้ครอบครัวเดือนร้อน ทำงานไม่ไหว ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“พอมานี้เจ้าหน้าที่เขาพูดให้ฟังว่า...ทำให้เราอ่อนเพลีย...เหนื่อยบ่อย เหนื่อยง่าย...โรคตับ...ทำร้ายตัวเอง...มีท้อแท้ เบื่อหน่ายครับ...ไม่ดีกับคนข้างเคียง ดื่มแล้วพูดมากเขาจะรำคาญ...”

“...ผลกระทบมันนะ...ทำอื้อครอบครัวอยู่เป็นสุขค้า...พะวังพะวังกับเฮา กินเหล้ากาเฮาเครียดกา เฮาจะ...อยู่เป็นสุข ป้าอื้อครอบครัวเป็นห่วงเฮา...เมื่อก่อนนี้บ่ฮู้ฮู้มอกเฮามาฮักเฮา..เป็น(เจ้าหน้าที)อื้อฮือเฮาฟ่งล่อ.”

“...เมื่อก่อนก่อบ่เคยฮู้เลย ว่ามันจะเป็นโรคหลายๆอย่างตีมาแทรกแซง เช่นมะเร็งกา โรคปอดกา โรคตับกา ดับแข็งจะเอียะ บ่ฮู้ โรคหัวใจนี้ก่อก่อนมีส่วนเหมือนกันนา...หมอบอกฮือ”

“ผลกระทบที่เราตีมา ทำให้ครอบครัวยุ่งยาก ลำบาก เค็ดรื้อนครับ คิมมากฯพูดไม่รู้เรื่อง มีหลายอย่างครับ...ด้านร่างกายนี้ หนึ่งความจำเริ่มเสื่อม สองถ้าเรตีมาคิมมากฯไม่กินข้าว ใจไม่ดี ทำงานไม่ไหว สามนอนไม่หลับครับ มารู้อยากหลังที่ผมมา ตั้งแต่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนี้ครับ”

“มีการสูญเสียหลายอย่างครับ ครอบครัวและการทำงานครับ...เสียใจครับ ไม่ค่อยแข็งแรงอ่อนเพลีย มีโรคแทรกซ้อนเยอะ เช่น ความดัน...มารู้ตอนเข้าโรงพยาบาลนี้ครับ”

1.2 ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า ต้องหยุดดื่มสุรา การดูแลร่างกายด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย กิจกรรมทำเพื่อผ่อนคลายความเครียด พักผ่อนวันละแปดชั่วโมง เวลามีอาการซึมเศร้าพยายามไม่อยู่คนเดียว ควบคุมอารมณ์และความคิดของตนเอง หากิจกรรมที่ตนเองชอบทำ เข้าร่วมกิจกรรมตามนัด และต้องรับประทานยาทุกวัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เขาบอกว่า อย่าไปดื่มเหล้า ห้ามมอกห้ามใจ... ต้องกินยาทุกวันครับ...ออกกำลังครับ ตอนเย็นมาก็อาบน้ำ อาบทำ แล้วก็กินยาแล้วก็นอน”

“เป็นก่อบ่ฮู้กินเหล้า เป็นฮู้กินข้าว อาหารหยั่งตีมันมีวิตามินแบบบำรุงร่างกาย บ่ฮู้ไปกินเหล้า เหล้านี้เป็นของคหีย กินไปตั้งนมดังเนยปุ่นดีกว่า...เป็นก่อก่อนนคเฮามา นคมาแบบทำกลุ่ม”

“พยายามละเว้นตีตอนเมื่อเลงบ่ไปหาเจ้าหมุ่ตีกินเหล้า...ต้องกินยาสม่ำเสมอ ออกกำลังกาย เฮาบ่ได้ไปทำงาน อยู่บ้านก่ไปเสาะฟืนเสาะอะหยังมาฮือ ไวฮู้ฮู้ลูกฮือเมีย...เรื่องก้านดูแลตัวเก่า เจ้าหน้าทีเป็นบอกว่า เวลาเป็นจิตยาฮือ ฮือกิน หลังอาหารตีงวัน ...เวลาเฮาบ่ม่วน บ่ต้องอยู่คนเดียว เฮาต้องไปหาญาติพี่น้อง ไปฮู้กันเอียะก่า เมื่อก่อนผมบ่เคยไปฮู้ไปจำกับไฟ อยู่บ้าน อยู่คนเดียว บ่ม่วนก่อนนอนเหยีย บ่ตีว่ามันจะเป็น โรคจะฮู้ นึกว่ามันเป็นธรรมดา”

“เขาให้หาเวลาว่าง ทำกิจกรรม เข้าร่วมสังคม ก็จะคลายความเครียดครับ...กินยาให้ครบ ให้ถูกวิธี...หยุดไม่ได้...หมั่นออกกำลังกาย ทำกิจกรรม...กินอะไรที่มีประโยชน์ บำรุง

ร่างกาย มีพิเศษคือ กล้วยน้ำว่า...การพักผ่อน ให้นอนตอนเย็น กินยาแล้วก็นอน นอนทั้งวัน ไม่นอนนะ ประมาณ แปดชั่วโมง”

“คือถ้าออกจากโรงพยาบาล หมอก็แนะนำให้กินยา พยายามหลีกเลี่ยงจากเพื่อนฝูงที่เคยคบ กันที่ดื่มเหล้า...ซิมเศร้านี้ ไม่ให้อยู่คนเดียวครับ”

“หมอบอกว่าการดูแลตัวเอง เวลานั้นเข้ากลุ่มก็ต้องมาเข้า...เจ้าหน้าที่แนะนำครับ ห่างจาก เพื่อนฝูงที่เราเคยคบ...ผมไปทำงานมา อยากกินข้าวก็กิน...ห่างจากเพื่อน แล้วก็คำแนะนำที่ หมอสั่งให้กินยาด้วยครับ.. กินยาตามเวลาที่หมอสั่งครับ”

“เขา(เจ้าหน้าที่)ก็สอนว่า ให้หลีกเลี่ยงเสีย หลีกเลี่ยงได้ดีที่สุดครับ...เวลาจะคิดมาก ก็หยุด เราต้องหักห้ามใจเรา เราต้องเอาชนะใจเราครับ...ครับยกเว้นเหล้าอย่างเดียว...การกินยา ให้ กินไปตามที่เขาบอกครับ เป็นเวลาๆ...หยุดยาเองไม่ได้ครับ”

“เขาอธิบายให้ความรู้เพิ่มเติม คือ บางทีมันมีอาการหงุดหงิด เราก็ต้องพยายามระงับ อาการที่เราจะทำลงไปทำงานที่เราชอบ ให้นั่งผ่อนคลาย ต้องมีกิจกรรมทำ ถ้าเราเหนื่อย เราก็พัก ดูทีวี ไม่ใช่นั่งเศร้าอยู่คนเดียว แล้วก็คิดซ้ำวนเวียนซ้ำซาก ไม่หยุด มีกิจกรรมที่เรา ชอบ เรื่องการกินยาก็ให้ตรงตามที่ระบุไว้แล้วต้องหยุดสุราโดยเด็ดขาด”

1.3 ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาที่มีการเปลี่ยนแปลง ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา โดยพบว่า ส่วนใหญ่ทราบวิธีรับประทานยาว่าต้องกินยาตรงเวลา และต่อเนื่องทุกวัน ไม่เพิ่มหรือลดยาเอง ไม่หยุดยาเองต้องปรึกษาแพทย์ก่อน ทราบอาการข้างเคียง ของยาที่ตนเองรับประทานอยู่ และสามารถบอกการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น รับประทานยาแล้วมีอาการหน้ามืดเวลาลุก ก็ต้องค่อยๆลุก ควรหยุดดื่มสุราในระหว่างการ รักษาด้วยยา ดังคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เขา(เจ้าหน้าที่)บอกให้กินติดต่อกัน...หยุดยายังต้องปรึกษาหมอกครับ”

“หมอเป็นก๋อชื่อความรู้สึก เวลานั้นๆ ถ้ากินบ่อยเวลามันก่อตั้งบ่อกผล ออกฤทธิ์เอื้อะ... เป็นบอกว่าถ้าจะหยุดยานี้ต้องมาปรึกษาหมอก่อน ...กินชื่อตรงเวลา”

“หมอเป็นแนะนำครับ อย่างยาหลังอาหารอย่างน้อย ห้าถึงสิบห้านาที ยาก่อนอาหารครึ่ง ชั่วโมง...ยาที่เมื่อดื่มแล้วมันจะง่วง ระมัดระวังในก้านขับรถ เป็นแนะนำ...มีอาการ เวลาเขาลุกโวยหน้อยมันอึจะ โกงัน มันเมาหัว หน้ามืด เป็นบอกว่า ก๋อๆลุกก๋อน ช่วงดี เสากินยาเนี่ยนา เป็นปรบยาชื่อแล้ว แล้วบะเดี่ยวดีขึ้นแล้ว”

“...หมอให้กินตามที่หมอสั่งครับ...ถ้ากินยา ไม่ให้ดื่มน้ำครับ ...หยุดยาเองไม่ได้ครับ... เขาบอกเราว่า กินยาต้องกินอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ...เวลาเราดื่มน้ำ ถ้าเรากินยา มันจะมีอาการครับ เช่น ยาแก้ปวด ผมกินแล้วไปดื่มน้ำ น้ำจะแดง ใจไม่ดี”

“เขา(เจ้าหน้าที่)บอกว่าถ้ากินยาแล้วต้องกินต่อเนื่อง...กินยาแล้วดื่มน้ำเข้าไป ยาจะไม่มีประโยชน์...แล้วอย่ากินเกินขนาด หมายถึงเพิ่มยาเอง เช่น นอนไม่หลับ กรณีนี้อย่าไปเพิ่มยาเอง ต้องปรึกษา ถ้าไม่ไหว เราก็ต้องรีบมา มาปรึกษาว่าควรจะทำอย่างไรกับอาการที่นอนไม่หลับ เขาอาจจะเปลี่ยนยา หรือเพิ่มปริมาณยาให้ คือแพทย์ที่ดูแลเรา”

1.4 ผู้ที่เป็นโรคจิตประสาทที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับการป้องกันไม่ให้กลับไปดื่มน้ำสุราซ้ำแต่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำน้อย โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตประสาทที่มีภาวะซึมเศร้าทราบวิธีลดความอยากดื่มน้ำสุราด้วยการรับประทานอาหารก่อนเวลา หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะทำให้กลับไปดื่มน้ำสุรา การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เดือนสติและสร้างแรงจูงใจตนเองไม่ให้กลับไปดื่มน้ำสุรา ส่วนวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำ โดยการจัดการกับความคิดของตนเอง และการได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิด ดังคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ตอนเนี่ย เป็น(เจ้าหน้าที่)บอกฮือพยายาม สักสามโมงสี่โมงเมื่อแดงนี้ก่อเสาะหาอะยังกินฮือมันตื้นท้อง แล้วมันดื่มน้ำอยากละ...ใช้วิธีหลีกเลี่ยงทุกวัน”

“เขา(เจ้าหน้าที่)แนะนำว่า ก็ต้องหลีกเลี่ยงการเข้าหาเหล้า เพื่อนฝูง มีส่วนมากเลย...แนะนำให้คบเพื่อนที่ไม่ดื่มน้ำเหล้า...การป้องกันซึมเศร้า...มันมีที่ใจ เราก็ต้องไม่คิดอะไร คิดในสิ่งดีๆ ก็ถูกเมื่อยพูดกับเราดี มันก็ไม่มีปัญหาแล้ว...มีทั้งหมด ทั้งพยาบาล ผู้ช่วย ให้กำลังใจเรา มาหาเขาก็ต้อนรับดี”

“เป็น(เจ้าหน้าที่)บอกฮือหลีกเลี่ยงครับ .ฮือหลีกเลี่ยงการกินเหล้า ที่เขากินเหล้าเฮาก่อหลีกเลี่ยง ถ้าเขาฮือกับกิน ถึงเฮานั่งในวงเหล้า แต่เพื่อนก่ฮือแล้วว่าเฮาเลิกเหล้า เขาก่อบอฮือเฮากิน...อาบน้ำ นอน ไม่ต้องออกจากบ้าน...มาเข้ากลุ่ม”

“เขา(เจ้าหน้าที่)บอกอย่างตอนเนี่ยผมมีโรคประจำตัว ถ้ากลับไปกินมันจะเป็นอย่างเดิม ต้องหยุดดื่มน้ำครับ เราต้องมาตามนัด ตามที่หมอสั่งครับ กินยาอย่างสม่ำเสมอ และเข้าร่วมกิจกรรมด้วย กับสมาชิกในกลุ่ม”

“...นับวันที่ผมเลิกได้ นับวันต่อวันครับ นับปฏิทิน วันต่อวัน ถึงวันที่สี่เราก็ครบหนึ่งเดือนแล้วนะ ถึงวันที่สี่เราก็ครบหนึ่งปี เลิกได้ถึงปานนี้ อามใจตัวเอง ,ตั้งกฎในใจว่า “ ข้อหนึ่ง ห้ามดื่มน้ำแรก ข้อสองทำใจให้เข้มแข็งต่อสู้ ข้อสามหมั่นเข้าชมรมพบเพื่อนฝูง ผมทุกพุธ มาเข้าชมรม...ตั้งแต่เข้าชมรมที่โรงพยาบาลครับ เขาก็สอน จากหน่วยงานที่เขารักษาเรา...”

2. ระดับความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า

โดยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทองจังหวัดเชียงใหม่มีความพึงพอใจในการบริการให้การดูแล โดยมีการรับรู้การได้รับการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับดีมากโดยมีค่าคะแนนการรับรู้การได้รับการดูแลเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 และเมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้การได้รับการดูแลรายด้านโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ส่วนการรับรู้การได้รับการดูแลโดยรวมด้านการอธิบายเกี่ยวกับกฎระเบียบต่างๆ และด้านการยอมรับฟังความคิดเห็น อยู่ในระดับดี ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6

จำนวนของกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าที่จำแนกตามการรับรู้การได้รับการดูแล (n=10)

ประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับการดูแล	ดีมาก ที่สุด	ดีมาก	ดี	ปาน กลาง	ไม่ค่อย ดี	ค่าเฉลี่ย	แปลผล
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
1. ความเหมาะสมของโปรแกรมหรือกิจกรรมที่จัดให้	3	6	1	0	0	3.2	ดีมาก
2. การได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎและระเบียบต่าง ๆ	1	7	2	0	0	2.9	ดี
3. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย	2	7	1	0	0	3.1	ดีมาก
4. การได้รับข้อมูลที่ชัดเจนสมบูรณ์เกี่ยวกับการรักษา	3	4	3	0	0	3.0	ดีมาก
5. ความสะดวกที่จะได้รับข้อมูล	3	4	3	0	0	3.0	ดีมาก
6. ความสม่ำเสมอในการได้รับข้อมูล	2	5	3	0	0	3.9	ดีมาก
7. การทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่	4	5	1	0	0	3.3	ดีมาก
8. ระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย	5	4	1	0	0	3.4	ดีมาก
9. การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย	0	7	3	0	0	2.7	ดี

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับการดูแล	ดีมาก ที่สุด	ดีมาก	ดี	ปาน กลาง	ไม่ค่อย ดี	ค่าเฉลี่ย	แปลผล
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
10. เจ้าหน้าที่มีความใส่ใจในความ ต้องการของผู้ป่วย	5	4	1	0	0	3.4	ดีมาก
11. เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจว่าสิ่งที่ ท่านคิดมีความสำคัญ	3	6	1	0	0	3.2	ดีมาก
12. เจ้าหน้าที่ให้เกียรติและยอมรับ ในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย	3	5	2	0	0	3.1	ดีมาก
13. ความมั่นใจและความไว้วางใจ ต่อเจ้าหน้าที่	7	3	0	0	0	3.7	ดีมาก
14. ความสุภาพอ่อนโยนและความ เป็นมิตรของเจ้าหน้าที่	5	4	1	0	0	3.4	ดีมาก
15. การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน	5	4	1	0	0	3.4	ดีมาก
16. การให้ความร่วมมือหลังจาก ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล	2	8	0	0	0	3.2	ดีมาก
17. ภาพรวมของคุณภาพการให้การ ดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ	5	5	0	0	0	3.5	ดีมาก
18. ผลลัพธ์จากการดูแลที่ได้รับ	4	6	0	0	0	3.4	ดีมาก
$\bar{X} = 3.22$ คะแนน S.D.=0.62							

3. ระดับความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแล

โดยพบว่า ญาติหรือผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่รับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่มีความพึงพอใจในการบริการให้การดูแล โดยมีการรับรู้การได้รับการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าคะแนนการรับรู้การได้รับการดูแลเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.77 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ญาติหรือผู้ดูแลมีการรับรู้การได้รับการดูแลรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงดีมากที่สุด ส่วนการรับรู้การได้รับการดูแล

ด้านความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ต่อสิ่งที่ญาติหรือผู้ดูแลคิดว่ามีความสำคัญและด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน อยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7

จำนวนของกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลที่จำแนกตามการรับรู้การได้รับการดูแล (n=10)

ประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับการดูแล	ดีมาก ที่สุด	ดีมาก	ดี	ปาน กลาง	ไม่ค่อย ดี	ค่าเฉลี่ย	แปลผล
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
1. ความเหมาะสมของโปรแกรมหรือกิจกรรมที่จัดให้	2	7	1	0	0	3.1	ดีมาก
2. การได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎและระเบียบต่าง ๆ	2	6	2	0	0	3.0	ดีมาก
3. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย	5	4	1	0	0	3.4	ดีมาก
4. การได้รับข้อมูลที่ชัดเจนสมบูรณ์เกี่ยวกับการรักษา	5	5	0	0	0	3.5	ดีมาก
5. ความสะดวกที่จะได้รับข้อมูล	3	5	2	0	0	3.3	ดีมาก
6. ความสม่ำเสมอในการได้รับข้อมูล	5	4	1	0	0	3.4	ดีมาก
7. การทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่	6	3	1	0	0	3.5	ดีมาก
8. ระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย	7	3	0	0	0	3.7	ดีมาก
9. การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย	4	5	1	0	0	3.3	ดีมาก
10. เจ้าหน้าที่ที่มีความใส่ใจในความต้องการของผู้ป่วย	5	2	2	0	0	3.0	ดีมาก
11. เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจว่าสิ่งที่ท่านคิดมีความสำคัญ	5	3	1	1	0	3.1	ดีมาก

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับการดูแล	ดีมาก ที่สุด	ดีมาก	ดี	ปาน กลาง	ไม่ค่อยดี	ค่าเฉลี่ย	แปลผล
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน		
12. เจ้าหน้าที่ให้เกียรติและยอมรับ ในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย	5	3	2	0	0	3.3	ดีมาก
13. ความมั่นใจและความไว้วางใจ ต่อเจ้าหน้าที่	5	4	1	0	0	3.4	ดีมาก
14. ความสุภาพอ่อนโยนและความ เป็นมิตรของเจ้าหน้าที่	6	2	2	0	0	3.4	ดีมาก
15. การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน	3	6	0	1	0	3.1	ดีมาก
16. การให้ความร่วมมือหลังจาก ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล	6	4	0	0	0	3.6	ดีมาก
17. ภาพรวมของคุณภาพการให้ การดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ	6	4	0	0	0	3.6	ดีมาก
18. ผลลัพธ์จากการดูแลที่ได้รับ	6	3	1	0	0	3.5	ดีมาก
$\bar{X} = 3.28$ คะแนน S.D.=0.77							

ผังสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่



การอภิปรายผล

ผลการศึกษาในการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ อภิปรายผลได้ตามวัตถุประสงค์ และคำถามการศึกษา ได้ดังนี้

ด้านโครงสร้างของระบบบริการการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า

1. ด้านการจัดโครงสร้างองค์กร นโยบาย แผนการดำเนินงาน งบประมาณ

1.1 มีโครงสร้างองค์กรสำหรับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ โดยพบว่า โรงพยาบาลจอมทองมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดูแลและประสานงานการดูแลทั้งภายในโรงพยาบาลและในชุมชนคือ หน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช งานยาเสพติด และงานบริการปรึกษา โดยมีทีมสหวิชาชีพให้การดูแลประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลเฉพาะทางสารเสพติด และนักจิตวิทยา (งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจอมทอง, 2551) โรงพยาบาลจอมทองได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพ (สรพ.) เมื่อปี 2549 และได้ผ่านการรับรอง Re-Accreditation กระบวนการคุณภาพตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานงานยาเสพติดจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ เมื่อ 21 กรกฎาคม 2551 (โรงพยาบาลจอมทอง, 2551) มีการจัดระบบบริการการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ 3 ระบบ คือระบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ระบบการดูแลแบบผู้ป่วยใน และระบบการดูแลหลังการจำหน่าย ซึ่งทั้งสามรูปแบบมีการประสานเชื่อมโยงกัน ซึ่งระบบการดูแลผู้ป่วยนอกจะเน้นการประเมินคัดกรองผู้รับบริการเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกจิตเวช ส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะโรคร่วม เช่น ภาวะซึมเศร้าได้จัดให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในผู้ติดเชื้อและผู้ที่มีประวัติการดื่มสุราในโรคต่างๆ โดยเฉพาะ ผู้ป่วยสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุต่างๆ และให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าและครอบครัว ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบสั้น การเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง เป็นต้น

กรณีผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะถอนพิษสุรา มีภาวะโรคร่วมทางจากการดื่มสุรา เช่น ภาวะโรคร่วมทางกาย ภาวะซึมเศร้าที่ไม่รุนแรง แพทย์จะพิจารณารับเข้าสู่ระบบการดูแลแบบผู้ป่วยใน โดยให้การดูแลร่วมกับผู้ป่วยโรคทางกายทั่วไปซึ่งแยกเป็น หอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหอผู้ป่วยพิเศษ กรณีที่มีเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น แพทย์

จะพิจารณาเพื่อส่งต่อไปรับการรักษายังโรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากความไม่พร้อมด้านสถานที่และบุคลากรมีจำกัด ส่วนระบบการดูแลหลังการจำหน่าย มีระบบการนัดพบแพทย์ในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อรักษาต่อเนื่อง รับการประเมินซ้ำ และฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มช่วยเหลือกันเอง กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม ชมรมจิตอาสา และการบำบัดแนวพุทธ เป็นต้น มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล (Home Health Care) ซึ่งประกอบด้วยพยาบาล เกษตรกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำในชุมชน ในเขตรับผิดชอบ และสมาชิกชมรมจิตอาสา ซึ่งระบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลจอมทอง มีความครอบคลุมและเป็นไปตามหลักการในการดูแลผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราคือต้องดูแลรักษาทั้งร่างกายและจิตสังคมที่เป็นผลมาจากสุรา (สาวิตรี อัยฉัตรกรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ประกอบกับลักษณะการทำงานเป็นทีม มีการประสานงาน ส่งต่อทั้งระบบภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ แสดงถึง การมีโครงสร้างองค์กรที่ดี ส่งผลให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว มีความมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ (อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล, 2544)

1.2 มินโยบายและการดำเนินงานการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โดยพบว่า โรงพยาบาลจอมทองมีนโยบายหลักเน้นเรื่องความปลอดภัยในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค และให้การดูแลให้ครอบคลุมแบบองค์รวม โดยแต่ละหน่วยบริการจะจัดระบบการดูแลให้สอดคล้องกับนโยบายหลักของโรงพยาบาล ในการให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลจอมทองนั้น ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลทั้งด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ตามความหมายของการดูแลแบบองค์รวมที่หมายถึง การดูแลผู้ป่วยในฐานะความเป็นบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล อ้างใน พยอม อยู่สวัสดิ์, 2544) แม้จะเป็นโรงพยาบาลฝ่ายกาย แต่ด้วยกลยุทธ์ในการดูแลแบบบูรณาการโดยใช้การประสานเชื่อมโยงกันในการดูแลเป็นทีมสหวิชาชีพ และถือเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันของทุกหน่วยงานทำให้การดูแลเป็นไปตามนโยบายหลักของโรงพยาบาลที่ได้ตั้งไว้เป็นเครื่องยืนยันว่านโยบายหลักของโรงพยาบาลเป็นตัวกำหนดทิศทางระบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ดังคำกล่าวที่ว่า การกำหนดนโยบายจะเป็นเสมือนเข็มทิศและหางเสือที่ช่วยให้การบริหารงานดำเนินไปอย่างถูกทิศทาง (ทวีป ศิริศรี, 2545)

1.3 มีแผนการให้บริการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โดยพบว่า โรงพยาบาลจอมทองได้ผ่านการรับรอง Re-Accreditation กระบวนการคุณภาพตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานงานยาเสพติด จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลและสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ เมื่อ 21 กรกฎาคม 2551 ซึ่งมีการวางแผนพัฒนาการปฏิบัติตามแผนพัฒนายุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย การพัฒนามาตรฐานบริการ การพัฒนาพฤติกรรมบริการ การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบข้อมูล การพัฒนาการบริหารทรัพยากร การบริหารความเสี่ยง และการส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่และชุมชน (โรงพยาบาลจอมทอง, 2551)

นอกจากนั้น โรงพยาบาลจอมทองยังได้รับการประกาศเกียรติคุณจากกรมสนับสนุนด้านบริหารจัดการเป็นแบบอย่างที่ดีมีแผนการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง (งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจอมทอง, 2551) สำหรับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลสวนปรุงซึ่งเป็นพี่เลี้ยงในการให้การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา เข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลนำร่องในการทดลองนำแนวปฏิบัติของแผนงานพัฒนาระบบการบำบัดดูแลผู้ติดสุราแบบบูรณาการ ผรส.ของกรมสุขภาพจิตมาใช้เพื่อพัฒนาระบบงานบริการการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น มีแผนการพัฒนาระบบบริการลงสู่ชุมชนด้วยการพัฒนาศักยภาพการดูแลในศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย ให้สามารถดูแลผู้ป่วยในชุมชนและเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้มีแผนการพัฒนาวัด สำนักสงฆ์ เป็นหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราโดยมีการจัดทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าไปช่วยประเมินคัดกรอง สนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตกิจกรรมกลุ่มบำบัด และดูแลการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการฟื้นฟูที่ร่วมกับวัด (นพวรรณ อุปคำ และคณะ, 2552ก) และมีแผนการพัฒนาระบบการให้มีความเชื่อมโยงการดูแลกับชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของตนเองโดยการนำเสนอข้อมูลปัญหาผ่านที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ และประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน ให้การสนับสนุนการสร้างเครือข่ายและการขยายเครือข่ายการดูแลและป้องกันปัญหาการดื่มสุราในชุมชนโดยชุมชน จากข้อมูลทำให้เห็นว่าโรงพยาบาลจอมทองมีแผนการพัฒนาระบบบริการการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ซึ่งการวางแผนนั้นมีความสำคัญต่อการออกแบบระบบบริการ และการชักจูงให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมโดยการระดมสมองจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแต่ละขั้นตอน ทำให้ได้มุมมอง ประสิทธิภาพและหน้าที่รับผิดชอบที่หลากหลาย และช่วยให้บุคลากรทุกระดับทุกฝ่ายเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของในแผนสู่การปฏิบัติ (พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ, 2549)

1.4 มีแหล่งงบประมาณสำหรับการดูแลเพียงพอ โดยพบว่า โรงพยาบาลจอมทองมีแหล่งสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าในรูปแบบการบูรณาการระหว่างการดูแลผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้าและผู้ที่มีปัญหาการติดสุรา จากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ เช่น ด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องกับการ

ดูแล ได้รับงบประมาณจากโรงพยาบาลจอมทองในการจัดการอบรมแก่บุคลากรภายในโรงพยาบาล และงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชน (PP area base) ในการจัดการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชนเกี่ยวกับการประเมินคัดกรองในชุมชน การส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรม การดูแลผู้ติดสุราที่โรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกรมสุขภาพจิต ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ได้รับงบประมาณสำหรับการบริการตามสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ด้านการประเมินคัดกรอง การดูแลต่อเนื่องในชุมชน และการส่งเสริมป้องกันในชุมชน ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรส่วนท้องถิ่น ในเขตอำเภอจอมทอง โดยการเสนอขอรับงบประมาณในแผนการพัฒนาด้านสาธารณสุขทุกสามปี (งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจอมทอง, 2551) การได้รับการสนับสนุนจากแหล่งงบประมาณต่าง ๆ นั้นส่งผลให้การบริการมีความครอบคลุมทั้งบำบัดรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ มาริเนอร์-ทอมมี (Marriner-Tome, 2004) ที่กล่าวถึง งบประมาณ และทรัพยากรว่าเป็นปัจจัยสนับสนุนในการดำเนินงาน งบประมาณ ที่ถูกกำหนดขึ้นเป็นค่าใช้จ่ายและควบคุมกำกับกับการดำเนินงานของบุคลากรและองค์กร ทำให้มั่นใจว่าผลลัพธ์จะสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้

2. ด้านทรัพยากรบุคคล

2.1 อัตรากำลังในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามายังไม่เพียงพอ โรงพยาบาลจอมทองเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ขนาด 2.3 ซึ่งอยู่ระหว่างขยายบริการ และอัตรากำลังคนให้เพียงพอกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน บริการผู้ป่วยนอกมีคลินิกบริการเฉพาะโรคหลายคลินิก ส่วนบริการผู้ป่วยในส่วนใหญ่มุ่งเน้นงานบริการผู้ป่วยทางกาย ทั้งผู้ป่วย อายุรกรรม ศัลยกรรม ซึ่งจากการศึกษาพบว่า แต่ละหน่วยงานมีการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบงานผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา มีหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงาน การดูแลร่วมกับหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช หน่วยงานละ 1 คน ส่วนการปฏิบัติการดูแลในหอผู้ป่วยนั้น ถึงแม้จะสามารถให้การดูแลด้วยการบริหารการอัตรากำลังภายในหน่วยงานร่วมกับการประสานงาน เชื่อมโยงกับหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช แต่เนื่องจากอัตรากำลังมีจำกัดและต้องให้การดูแลร่วมกับผู้ป่วยทางกายทั่วไป ส่งผลให้ไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเต็มที่และครอบคลุมตามแนวทางการดูแลการเฝ้าระวังอาการถอนพิษสุรา เน้นการเฝ้าระวังอาการขาดสุราภายใน 7 วัน โดยการประเมินตามแบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale) และให้การบำบัดรักษาตามแนวเวชปฏิบัติสุราหรือตามแผนการรักษาและการรักษาภาวะโรคร่วม (แผนงานพัฒนาระบบ

รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ, 2553) ดังนั้นทำให้เห็นว่า อัตราค่าล้างที่ไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลอย่างครบถ้วน จึงควรมีการเพิ่มอัตราค่าล้างให้เหมาะสมในการดำเนินงาน จะทำให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากคนเป็นทรัพยากรที่ทรงคุณค่าขององค์กร จนกล่าวได้ว่าทรัพยากรมนุษย์เป็นสินทรัพย์ที่มีทั้งคุณค่าและเกียรตินิยม เพราะทรัพยากรมนุษย์ จะทำหน้าที่บริหารทรัพยากรอื่นๆ ให้กลายเป็นผลผลิตที่มีประสิทธิภาพ (สุนันทา เลาหะนันท์, 2546)

2.2 มีแผนพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และศักยภาพในการดูแล โดยมีแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช กำกับกับการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งบุคลากรในหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวชและหน่วยบริการต่างๆทุกระดับ ให้ผ่านการอบรมประเมินคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา และการดูแลผู้ป่วยสุรา มีการสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องในหลักสูตรเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช ยาเสพติด การศึกษาระดับปริญญาโท โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก งานพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลจอมทอง กรมสุขภาพจิต และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันมีพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง 1 คน มีพยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน และพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด 1 คน ให้บริการ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ครอบคลุมทั้ง การส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ต้องมีการพัฒนาทรัพยากรบุคคล โดยประเมินจากความต้องการ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน รวมทั้งรายงานอุบัติการณ์ที่พบบ่อยๆ มีการจัดทำแผนพัฒนาผู้ให้การบำบัดรักษา ผู้ติดสารเสพติด มีการจัดกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ ประชุมวิชาการ แผนการประเมินบุคลากรภายหลังการพัฒนา แผนการนิเทศติดตามทั้งระยะสั้นและระยะยาว เทอดศักดิ์ เดชคง (2546) และ สุนันทา เลาหะนันท์ (2546) กล่าวว่า การมีบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญเปรียบเสมือนเข็มทิศชี้้นำการปฏิบัติให้ไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาการรับรู้การได้รับการดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า มีระดับการรับรู้ภาพรวมดีมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.22 และญาติหรือผู้ดูแล มีระดับการรับรู้ภาพรวมดีมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.28

3. ด้านวัสดุอุปกรณ์ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่

3.1 มีเวชภัณฑ์ ยาเพียงพอสำหรับการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลจอมทองเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลสวนปรุง มีการรับส่งต่อการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลสวนปรุงทั้งในเขตอำเภอจอมทองและใกล้เคียง เช่น อำเภอ ดอยหล่อ สอด ดอยเต่า อมก๋อย แม่แจ่มและ

เขตรับบริการของโรงพยาบาลจอมทองบางหมู่บ้านของอำเภอในเขตจังหวัดลำพูน เช่น อำเภอวังผาง อำเภอเวียงหนองล่อง อำเภอบ้านโฮ่ง เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องทั้งการรักษาด้วยยาการประเมน ติดตามอาการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งคณะกรรมการยาของโรงพยาบาลจอมทองได้มีการพิจารณาร่วมกับเครือข่ายจากโรงพยาบาลสวนปรงในการกำหนดยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยใน เครือข่ายเข้าไว้ในบัญชียาหลักของโรงพยาบาล และมีจิตแพทย์เป็นผู้ให้การตรวจรักษาและมีการ ติดตามเยี่ยมของเครือข่ายโรงพยาบาลสวนปรงทุก 4 เดือน ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลจอมทอง ได้แก่ ยาเพื่อรักษาอาการถอนพิษสุราหรือสงบอาการขาด สุรา (sedation) คือ ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ได้แก่ ยาไดอะซีแพม (diazepam) และยาวิตามินเสริม (supplement) ได้แก่ วิตามินบีหนึ่ง (vitamin b 1) โฟลิกแอซิด (folic acid) ร่วมกับยาด้านซึมเศร้ากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ ฟลูออกซิทีน (Fluoxetine) ในผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่ได้รับการประเมินว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรง ซึ่งจากผลการศึกษาแบบ meta-analysis ของงานวิจัย 14 งานวิจัยในผู้ป่วย 848 รายที่มีการติดสุรา ร่วมกับโรคซึมเศร้าพบว่า ยาแก้ซึมเศร้าทั้งชนิด tricyclic antidepressants และ selective serotonin reuptake inhibitor สามารถลดได้ทั้งอาการซึมเศร้าและการดื่มสุรา แต่มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากนัก ที่สามารถหยุดดื่มได้ ดังนั้นการรักษาเฉพาะของการติดสุราจึงยังจำเป็นสำหรับผู้ที่มีการติดสุรา ร่วมกับโรคซึมเศร้า (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552) ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาได้รับงบประมาณจัดสรร ตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

3.2 มีแบบประเมินคัดกรองสำหรับการประเมินคัดกรองผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มี ภาวะซึมเศร้าเพียงพอ แบบประเมินคัดกรองที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะ ซึมเศร้าในโรงพยาบาลจอมทองทั้งหมด ได้แก่ แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) และ แบบประเมินการถอนพิษสุรา (AWS) ได้รับการสนับสนุนจากแผนงานพัฒนาระบบ รูปแบบ และ วิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหาคาบริโรคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)และงบประมาณของ โรงพยาบาลจอมทอง แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยคำถาม 2Q และแบบประเมินด้วย 9 คำถาม จัดทำโดยใช้งบประมาณของโรงพยาบาลจอมทอง จากข้อมูลการศึกษาพบว่ามีความเพียงพอ สำหรับการให้บริการในแต่ละหน่วยบริการ ซึ่งวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสถานบริการ มีความจำเป็นต่อการบริหารให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากในการปฏิบัติงาน จำเป็นต้องใช้ เครื่องมือ อุปกรณ์ ตลอดจน สถานบริการ ในการช่วยสนับสนุนให้บริการเป็นไปอย่างราบรื่น (วรพจน์ พรหมสัถยพรต, สงครามชัย ลีทองดี, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์, และ วีระชัย ก้อนมณี, 2549)

3.2 มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะ ซึมเศร้า ซึ่งพัฒนามาจากแนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ใน

โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ของกรมสุขภาพจิต ใช้ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยนำมาจัดทำเป็นแนวทางการปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันในการให้การดูแลผู้ป่วย และในปี 2553 ได้มีการนำรูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ (Integrated Management of Alcohol Intervention Program: i-MAP Health) พัฒนาโดยแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) เข้ามาทดลองใช้ควบคู่กับแนวทางเดิม ซึ่งให้การดูแล 4 มาตรการตั้งแต่ มาตรการการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการให้การบำบัดเบื้องต้น มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา (Detoxification) และโรคร่วมทางกาย มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ (Alcohol Treatment and Rehabilitation) และการมาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา (After Care) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการใช้แนวทางสำหรับการบำบัดรักษาและดูแลเฉพาะ ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า แต่เป็นการบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่มีภาวะโรคร่วมจิตเวช ซึ่งไม่ว่าจะเป็นโรคร่วมจิตเวชจะเป็นชนิดใด หลักสำคัญของการรักษาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วม ก็คือ ลดอาการทางจิต ลดการดื่มสุรา ใช้มาตรการเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มหนัก ใช้จ่ายที่มีโอกาส ดินน้อย ให้อาหารเพียงไม่กี่ครั้ง และให้อาหารที่มีผลข้างเคียงน้อย และจากการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยที่มีการติดสุราร่วมกับภาวะซึมเศร้า พบว่า การรักษาเฉพาะของการติดสุรายังมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีการติดสุราร่วมกับภาวะซึมเศร้า (Nunes, Levin อ้างใน มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552)

จากการตรวจสอบการใช้แนวปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลร่วมกับแพทย์ในการให้การดูแลผู้ป่วยของหัวหน้าหน่วยงาน ด้วยการสุ่มตรวจบันทึกทางการแพทย์และการติดตามผลลัพธ์จากการประเมินอาการแสดงของผู้ป่วยขณะรับการรักษา พบว่าบุคลากรในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลทั้ง 3 แนวทางร่วมกัน ตามบริบทของการบริการแต่ละหน่วยงาน ครอบคลุมทั้ง 4 มาตรการ และมีการเชื่อมโยงการดูแลภายในกับหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช ภายนอกหน่วยงานมีการเชื่อมโยงกับเครือข่ายการดูแลในชุมชน เช่น องค์กรส่วนท้องถิ่น แกนนำ และจิตอาสา (งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจอมทอง, 2553)

3.3 สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยในใช้ร่วมกับผู้ป่วยโรคทั่วไป โรงพยาบาลจอมทอง มีหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งแยกออกมาจากแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปมีห้องตรวจ 1 ห้อง มีห้องให้คำปรึกษารายบุคคล 1 ห้อง ห้องบำบัดฟื้นฟูแบบกลุ่ม สำหรับ 8-10 คน จำนวน 1 ห้อง จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวันประมาณ ไม่ต่ำกว่า 20 ราย ไม่รวมผู้ป่วยที่มาใช้บริการไม่ตรงนัด ผู้ป่วยที่ส่งต่อ

จากหน่วยบริการอื่นๆ นอกจากนั้นยังมีกลุ่มบำบัดยาเสพติดทุกวัน จันทร์, พุธ และศุกร์ ที่ต้องใช้ห้องกิจกรรมกลุ่มพร้อมกัน จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปให้บริการบำบัดฟื้นฟูตามห้องต่างๆ ในโรงพยาบาล เช่น ห้องประชุม ห้องสมุด และจากปริมาณงานในแต่ละวันส่งผลให้สถานที่ภายในหน่วยงาน ไม่มีความเป็นส่วนตัว กับแคบ การระบายอากาศไม่สะดวก จากการเฝ้าระวังความเสี่ยงในหน่วยงานพบว่า บุคลากรในหน่วยงานและผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ แม้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลได้อนุมัติให้มีการปรับปรุงสถานที่เพิ่มความสะดวกในการใช้งานเท่าที่สามารถดำเนินงานได้ เพื่อให้การบริการเกิดความครอบคลุม ซึ่งสถานที่ในการทำกลุ่มบำบัด นอกจากควรเป็นห้องที่มีขนาดพอเหมาะกับจำนวนสมาชิก มีเก้าอี้เพียงพอกับสมาชิกแล้ว ควรมียาฆ่าเชื้อโรค ไม่มีความเสี่ยงและกลิ่นรบกวน ที่สำคัญเป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวเพียงพอที่จะให้สมาชิกสามารถเปิดเผย หรือพูดประเด็นที่เป็นส่วนตัวได้ (ภัทราภรณ์ ท่งปันคำ, 2551) ส่วนหอผู้ป่วยในใช้ห้องร่วมกับผู้ป่วยโรคทั่วไป ทั้งหอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิง ภายในหอผู้ป่วยไม่สามารถแยกโรคเฉพาะให้เป็นสัดส่วนชัดเจนได้ เนื่องจากโครงสร้างอาคาร และอัตรากำลังในการดูแล สถานที่ตั้งหอผู้ป่วยในเป็นตึกสูงมีระเบียงที่ไม่สามารถป้องกันการพลัดตกได้ แม้จะมีการป้องกันด้วยการปิดล็อกทางออกระเบียงเป็นครั้งคราว มีการสื่อสารกับญาติหรือผู้ดูแล และผู้รับบริการอื่นๆ ให้ช่วยกันดูแลเฝ้าระวังแล้วก็ตาม นอกจากนั้นยังส่งผลต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าเองและผู้ป่วยอื่นๆ ในหอผู้ป่วย เช่น ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยขณะมีอาการนอนพิศสุรา การใช้การผูกมัดเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุขณะมีอาการนอนพิศสุราจากปัญหาสถานที่ไม่เอื้ออำนวย เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย จึงไม่เป็นไปตามหลักการ การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่ว่า แผนกผู้ป่วยในควรมีสัดส่วนเฉพาะ มีความปลอดภัยและมีระบบช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหยุดดื่มได้ (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

ด้านกระบวนการในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า

1. รูปแบบการดำเนินงานในการบำบัดรักษา ดูแลช่วยเหลือ การฟื้นฟู การป้องกัน การส่งต่อและการติดตามดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพต่อผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

1.1 มีการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อไม่ครอบคลุมทุกราย พบว่าส่วนใหญ่มีการประเมินคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในผู้รับบริการอายุ 15 ปีขึ้นไปทุกรายที่มาใช้บริการใน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช คลินิกโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยในที่มีประวัติการดื่มสุรา ตามมาตรการการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้นของรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ (Integrated Management of

Alcohol Intervention Program; i-MAP Health) เริ่มจากการประเมินปัญหาการดื่มสุราในผู้รับบริการ ที่มีประวัติการดื่มสุราโดยใช้ แบบประเมินคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ซึ่งแบ่งระดับ ผู้มีปัญหาจากการดื่มออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ การดื่มสุราแบบมีความเสี่ยงต่ำ การดื่มสุราแบบ มีความเสี่ยงสูง การดื่มสุราแบบอันตราย และการดื่มแบบติด เมื่อทราบระดับปัญหาแล้วจะมีการให้ การช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดบริการ เช่น การให้ความรู้เรื่องสุราเบื้องต้น (AE) การให้คำแนะนำ แบบสั้น (BA) การให้คำปรึกษาแบบสั้น (BC) ซึ่งวัตถุประสงค์ของการคัดกรองก็เพื่อค้นหา ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราออกมาและให้การดูแลรักษาตั้งแต่ในระยะแรก หรือทันทีทันที (สาวตรี อัยฉางค์กรชัย, 2552) เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงหรือมีภาวะทางจิตใจร่วมด้วยก็จะมีการส่งต่อ ผู้ป่วยไปยังหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อประเมินระดับขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ในผู้ที่มีปัญหาการดื่มแบบติด และจะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าทุกรายที่ได้รับการ ส่งต่อ โรคติดสุราซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรังชนิดหนึ่ง (Gold อ้างใน ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542) ซึ่งการศึกษาของภาวะ โรคร่วมในอเมริกาของ เอนีและคณะ พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะ ซึมเศร้าร่วมด้วยร้อยละ 20-50 หากบุคลากรไม่ประเมินภาวะซึมเศร้าจะทำให้ไม่สามารถแยกแยะระดับ ภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าที่มีระดับเล็กน้อยถึงปานกลางอาจไม่แสดงอาการที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยทันเวลา ทำให้มีอาการรุนแรงจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ (Ani et al., 2009) สอดคล้องกับ คำกล่าวของ อัลเฟรดที่ว่า การค้นหาคัดกรองที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่แรกเริ่ม ผู้ป่วย และนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันเวลา สามารถลดอัตราการป่วยและอัตราการตายได้ (Alfred, 2002)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุราบางรายไม่ได้รับการส่งต่อมายัง หน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวชจึงทำให้ไม่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าทุกรายที่มารับบริการใน โรงพยาบาลจอมทอง ซึ่งการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุรานั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงภาวะโรคร่วม เสมอ เช่น ภาวะซึมเศร้า หากไม่ได้รับการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็น โรคติดสุราตั้งแต่ แรก นอกจากจะทำให้การวินิจฉัยและบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุราไม่ครอบคลุมแล้วยังส่งผลต่อ ประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาลดลง และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาด้วย (เชิธรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2545) ดังนั้นจึงควรมีการประเมินคัดกรองทั้งโรคติดสุราและภาวะซึมเศร้าควบคู่กัน ตั้งแต่แรกเริ่ม การเข้ารับบริการ

1.2 มีการบำบัดรักษาและดูแลช่วยเหลือไม่ครอบคลุมทุกราย พบว่า หลังจากมีการ ประเมินผู้รับบริการจากจุดบริการต่างๆพบว่ามีความเสี่ยงหรือมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย จะมี การส่งต่อผู้ป่วยมายังหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้การบำบัดรักษาและให้การดูแล ช่วยเหลือทั้งโรคติดสุราและภาวะซึมเศร้า ซึ่งการดูแลช่วยเหลือจะพิจารณาอันตรายที่จะเกิดกับ

ผู้ป่วยเป็นหลักก่อนส่งพบจิตแพทย์เพื่อพิจารณารูปแบบการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน และพิจารณารักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า ซึ่ง USPSTF (US Prevention Service Task Force อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2551) กล่าวว่า ในระบบการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพนั้นผู้ป่วยควรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และ ภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ร้อยละ 80 โดยการเข้าร่วมกับการทำจิตบำบัด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) สอดคล้องผลการศึกษาแบบ meta-analysis ของ 14 งานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดสุราพร้อมกับโรคซึมเศร้าที่พบว่า ยาต้านซึมเศร้าสามารถลดทั้งอาการซึมเศร้าและการดื่มสุรา (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552) การดูแลแบบผู้ป่วยนอกเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการดูแลในหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวชมีการประเมินปัญหาการติดสุราและประเมินระดับภาวะซึมเศร้า ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาการติดสุรา ได้แก่ คำแนะนำแบบสั้น (BA) หรือ คำปรึกษาแบบสั้น (BI) ส่วนการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาภาวะซึมเศร้า ด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ารายบุคคลยังไม่ครอบคลุมทุกราย ไม่มีการทำจิตบำบัดในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนรายกลุ่มทำร่วมกับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ไม่มีการแยกกลุ่มเฉพาะ ซึ่งแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด กล่าวว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เป็นส่วนหนึ่งของแผนการรักษาโรคทางจิตเวชที่มีความจำเป็น เนื่องจากการให้ความรู้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ทั้งที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล จะทำให้เกิดความเข้าใจทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถวางแผนกลวิธีในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2552) ในกรณีที่พบอาการซึมเศร้ารุนแรง มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองสูงจะพิจารณารับไว้ในโรงพยาบาลหรือส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช การดูแลแบบผู้ป่วยในใช้แนวทางการดูแลผู้มีปัญหาภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราตามมาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา เมื่อพ้นระยะถอนพิษสุราและหลังจำหน่ายจะได้รับการดูแลตามมาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม (CBT) การให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เป็นการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งจะกระทำร่วมกับการบำบัดทางด้านกาย เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ช่วยผู้ป่วยจัดการกับปัญหาทางจิตสังคมที่เกิดจากการติดสุรา ช่วยผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจให้สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้นานที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สาวตรี อัมฉัตรกรชัย และ สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล; สุนทรี ศรีโกไสย; American Society of Addiction Medicine, Gelder et al.; Rohsenow & Melley; อ้างใน ผลการค้นคว้าวิจัย และคณะ, 2548) และจากการศึกษาของ เบริค และ คอนเนอร์ (Barrick & Connors, 2002) พบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อผู้ที่

เป็นโรคติดสุรา หากระดับของภาวะซึมเศร้าลดลงก็จะเพิ่มโอกาสการหายจากการเสพติดสุรา และลดการกลับไปดื่มซ้ำ

1.3 มีการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ครอบคลุมทุกราย พบว่า มีการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากการบำบัดรักษาด้วยยา จะนัดผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดแบบกลุ่มร่วมกับผู้เป็นโรคติดสุรา เช่น กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันเองเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ (Self-help group) ของชมรมจิตอาสา ซึ่งมีการประชุมกลุ่มเดือนละ 1 ครั้งในวันพุธที่ 2 ของเดือน , กลุ่มผู้ติดสุรานินาม (Alcoholic Anonymous; AA) มีการประชุมกลุ่มเดือนละ 2 ครั้งในวันเสาร์ , การฝึกสมาธิและการปฏิบัติธรรม (สถานปฏิบัติธรรมถ้ำทอง) ตามความสมัครใจและความสะดวกของผู้เข้ารับการฟื้นฟู จึงยังไม่ครอบคลุมทุกรายเนื่องจากกิจกรรมทั้งหมดขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่พร้อมก็จะให้การดูแลด้วยการให้คำปรึกษาเฉพาะรายบุคคล และไม่ครอบคลุมทุกราย ซึ่งการบำบัดในขั้นตอนนี้มีความสำคัญมาก จุดประสงค์หลักคือการป้องกันการกลับไปเสพติดสุราซ้ำ มุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพจิตใจและพฤติกรรมเป็นหลัก ด้วยการบำบัดบำบัดทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม การแก้ไขสภาพแวดล้อม และปัญหาต่างๆของผู้ป่วยโดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2547) และเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญในผู้ที่มีการภาวะซึมเศร้าเนื่องจาก ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548) ดังนั้น ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทุกรายควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุม

1.4 มีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนไม่ครอบคลุมทุกราย พบว่า โรงพยาบาลจอมทองมีการส่งต่อในระบบการบำบัดรักษา 2 กรณี คือการส่งต่อเพื่อการรักษาในระดับตติยภูมิ ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูง หรือมีอาการทางจิตรุนแรง เกินขีดความสามารถของหอผู้ป่วยในที่จะให้การดูแล จะได้รับการพิจารณาจากจิตแพทย์เพื่อการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง หรือ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งการส่งต่อพิจารณาตามศักยภาพและประเด็นพิจารณาตามแนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งพิจารณาส่งต่อ 4 กรณี ได้แก่ 1) ผู้ป่วย severe withdrawal delirium ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายร่วมอย่างเร่งด่วน 2) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทุรนทุราย ประสาทหลอน ได้รับยาแล้วไม่สามารถควบคุมอาการได้ 3) ผู้ที่มีโรคทางจิตเวชที่เร่งด่วน เช่น พยายามทำร้ายตัวเอง และไม่สามารถให้การดูแลใกล้ชิดได้ และ 4) ผู้ป่วยติดสุราที่กลับเป็นซ้ำบ่อยๆ หรือมีภาวะโรคจิตเวชร่วมที่ซับซ้อน (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ, และ สุนทรี ศรีโกไสย, 2549) ภายหลังการจำหน่ายจะมีการส่งต่อข้อมูลการบำบัดรักษาระหว่างโรงพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และโรงพยาบาลจอมทองมีการส่งต่อข้อมูลการ

บำบัดรักษาไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่และชุมชนเพื่อดูแลต่อเนื่อง ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้กล่าวถึง การส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา โดยผ่านระบบการส่งต่อ (derivery system) เพื่อการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษาว่าเป็นหัวใจสำคัญในงานสุขภาพจิตและจิตเวช ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดดูแลที่เหมาะสม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552) และสิ่งสำคัญในการส่งต่อ การส่งรับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพตามศักยภาพของสถานพยาบาลแต่ละระดับผู้ส่งรับและส่งต่อควรทราบถึงศักยภาพหรือความพร้อมของหน่วยงานที่ส่งรับหรือส่งต่อ เพื่อให้การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งการบันทึกและรายงานเป็นระยะ เพื่อให้ทราบผลการบำบัดรักษา และมีระบบแจ้งให้หน่วยงานทราบเมื่อผู้ป่วยไม่ได้ผ่านขั้นดังกล่าว เพื่อให้ทราบสถานะของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน และมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องและเหมาะสมซับซ้อน (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2549) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เนื่องจากเป้าหมายการดูแลเร่งด่วนเป็นโรคเรื้อรังทางกาย ประกอบกับสถานบริการในชุมชนบางแห่งยังไม่พร้อมในการให้การดูแลต่อเนื่อง และต้องคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถส่งต่อให้กับผู้นำชุมชนหรือ อาสาสมัครในพื้นที่ได้ การส่งต่อส่วนใหญ่เป็นเพียงการสื่อสารให้มารับการรักษาในโรงพยาบาลตามนัดเท่านั้น ซึ่ง ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) ได้กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าว่าการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าว่าเป็นหน้าที่หลักของทีมสหวิชาชีพ หากมีการคัดกรอง แต่ไม่มีระบบการส่งต่อ ระบบการรักษา หรือการติดตามที่ดี จะไม่เกิดประโยชน์ต่อระบบการดูแล แสดงว่าการป้องกัน ภาวะซึมเศร้ายังไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรมีการทบทวน ระบบการส่งต่อเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชนมีความครอบคลุม ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

1.5 การติดตามหลังการจำหน่าย และการติดตามเยี่ยมในชุมชน ขาดความต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมทุกราย พบว่า โรงพยาบาลจอมทองมีการติดตามหลังการจำหน่ายหลายวิธี ส่วนใหญ่ติดตามโดยนัดมาพบในคลินิกบริการหลังการจำหน่าย 1-2 สัปดาห์ เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าซ้ำ และติดตามทุก 1 เดือน และประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี เนื่องจากผลการศึกษายืนยันว่า ผู้ที่มารับบริการติดตามการรักษาต่อเนื่อง (adherence) สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มได้ดี (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2549) การติดตามทางจดหมายหรือโทรศัพท์ ซึ่งหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวช เปิดบริการ “สายด่วนม่วนใจ๋” ใช้ในการให้บริการปรึกษา การประสานงานการดูแลและติดตามผู้ป่วยการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ (Home Health Care) ร่วมกับเครือข่ายการดูแลในชุมชน เช่น สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ แกนนำชุมชน และชมรมจิตอาสา ซึ่งการติดตามในชุมชนหน่วยบริการต้องมีการสนับสนุนทั้งด้านบริหาร วิชาการ การประสานเชื่อมโยงบริการ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชนหน่วยต่างๆ เพื่อ

การประสานเชื่อมโยงระบบติดตามให้เกิดความครอบคลุม มีแนวทางการติดตาม กำกับ สนับสนุน การพัฒนา หน่วยบริการปฐมภูมิร่วมรับรู้ และมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบติดตาม มีระบบ แจ้งข้อมูลให้หน่วยบริการในแต่ละระดับรับทราบและมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องและเหมาะสม (แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ, 2553) ส่วนการติดตามหลังการจำหน่ายผู้ที่เป็โรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการใน โรงพยาบาลจอมทองทุกรายจะถูกส่งต่อมายังหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวชฯ เพื่อดูแลติดตามที่ คลินิกสุขภาพจิตจิตเวชฯ 1-2 สัปดาห์หลังการจำหน่ายเพื่อพบแพทย์ ประเมินติดตามอาการเข้าสู่ กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความเหมาะสม นอกจากนั้นหลังการจำหน่ายผู้ป่วยจะได้รับการ ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล (Home Health Care) ซึ่งประกอบไปด้วย พยาบาล เกษตรกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติชุมชน หรือ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเขตรับผิดชอบ สมาชิกชมรมจิตอาสา และมีการประสานงานกับ อาสาสมัครสุข และแกนนำในชุมชนเพื่อร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ดังที่ พันธุ์ภา กิตติรัตน ไพบุลย์ และคณะ (2549) กล่าวถึงผู้ที่เป็โรคติดสุรา ว่าควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเสมือนการ ดูแลโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา (adherence) จะส่งผลให้การรักษาในระยะยาวดีขึ้น

1.6 มีการประสานงานกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับไปเป็นซ้ำของผู้ที่ เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและไม่ครอบคลุม จากการถอดบทเรียนการบำบัดสุราโดยกลุ่ม ช่วยเหลือกันเองเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ “ชมรมจิตอาสา” โรงพยาบาลจอมทอง พบว่า การกลับไปดื่มซ้ำมักจะมีสถานการณ์เสี่ยง 3 ประการ ได้แก่ ภาวะอารมณ์ไม่ดี ปัญหาทางด้าน ความสัมพันธ์กับคนอื่น และแรงกดดันของสังคม (นพวรรณ อุปคำ และคณะ, 2552ข) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนภายหลังการบำบัดรักษา สิ่งสำคัญที่สุดที่จะป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ คือการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มี ปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ, 2553) ดังนั้นการประสานความร่วมมือในการดูแลจึงมีความ จำเป็นอย่างยิ่ง ดังคำกล่าวของ แฮมริก และ สปรัส (Hamric & Spross, 2009) ที่ว่า การประสาน ความร่วมมือเป็นการร่วมกันปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ของตนเองเพื่อการดูแลผู้รับบริการ บริการ ที่ได้รับนั้นมีประสิทธิภาพดีกว่าการปฏิบัติเพียงผู้เดียว ซึ่งโรงพยาบาลจอมทอง มีการประสานงาน 2 ระดับ คือระดับผู้บริหารและระดับปฏิบัติการ มีงานสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้ประสานงานหลัก กับเครือข่ายการดูแลในชุมชนที่มีทั้ง เครือข่ายภาครัฐ เช่น องค์กรส่วนท้องถิ่น สถานบริการ สาธารณสุขในพื้นที่ แกนนำในชุมชน และเครือข่ายผู้ติดสุรา ลักษณะ การประสานงานมีทั้งที่เป็น ทางการ โดยการจัดทำเป็นหนังสือราชการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลไปยังหน่วยงาน หรือ

องค์กรในท้องถิ่น การสื่อสารผ่านที่ประชุม และไม่เป็นทางการ เช่น การติดต่อสื่อสารด้วยวาจา ระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้อง นอกจากนั้นมีการประสานผ่านทางโทรศัพท์สายด่วนของ โรงพยาบาล ส่งผลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องลดความเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำ ดังคำกล่าวของ พิชัย แสงชาญชัย (2548) ที่กล่าวถึงยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ไขปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ คือเครือข่ายภาคประชาชน ที่เข้มแข็ง และการนำองค์ความรู้ สากลมาเป็นหลักในการบำบัด ต้องมีระบบการติดตามส่งต่อกลับชุมชน และประสานความร่วมมือกับเครือข่ายชุมชน รวมถึงการสร้างเครือข่ายผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อในชุมชน เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่กลับไปเสพ หรือมีการเสพลดลง และจากบทสรุปการนิเทศติดตาม โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ (i-MAP Health) ซึ่งดำเนินการโดย แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุรา แบบบูรณาการ (พรส.) (2553) กล่าวถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษากลับไปอยู่ที่บ้านและชุมชนว่าเป็นการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ ควรมีความร่วมมือกันระหว่างองค์กรต่างๆในชุมชนโดยการนำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนของผู้ติดเชื้อ เพื่อช่วยเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน

2. การดูแลและให้ความช่วยเหลือของญาติหรือผู้ดูแลต่อผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้า

2.1 ญาติมีการดูแลช่วยเหลือด้านร่างกาย พบว่า ญาติให้การดูแลด้านสุขภาพร่างกายทั่วไปการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ โดยญาติมีบทบาทในการสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ การกระตุ้นช่วยเหลือการดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า ในยามเจ็บป่วย เป็นภาระหน้าที่ของญาติในการตอบสนองความต้องการ การดูแลผู้ป่วยทุกด้านที่เกิดจากความบกพร่องทั้งร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ของผู้ป่วย (กัลป์ยานี โนอินทร์, 2542) และแสดงถึงความพร้อมของญาติในการดูแลด้านร่างกาย (ชนิตา บุญญาวาส, 2547)

2.2 ญาติมีการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า ญาติให้การดูแลด้านจิตใจเมื่อมีอาการเศร้า/หงุดหงิด ญาติใช้วิธีการไม่ต่อว่า หุุดหุด ไม่ตอบโต้ พุดให้กำลังใจและเตือนสติผู้ป่วย และการสังเกตภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาของ พัทธกัญ สุริยะใจ และคณะ (2550) พบว่า สมาชิกในครอบครัวคือผู้มีบทบาทหลักในการสนับสนุนผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะด้าน

อารมณ์ ผู้เป็นโรคติดสุราเองรับรู้ได้ว่าสมาชิกในครอบครัวยินดี ได้รับกำลังใจ เป็นห่วงดักเตือน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราหยุดดื่มสุราได้นานขึ้น (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550) สอดคล้องกับ เลวิน (Levin อ้างใน ดวงเดือน อุเต็น, 2549) ที่กล่าวว่า เป็นความพร้อมในการดูแล ผู้ป่วยด้านอารมณ์ ในการตอบสนองต่ออารมณ์ ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เนื่องจากหลังหยุดดื่มสุรามักจะทำให้มีอาการกระวนกระวายใจ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2546) ซึ่งตามแนวทางการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าสำหรับประชาชนได้กล่าวถึง วิธีการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้าว่า ควรพูดคุยซักถาม ให้การยอมรับ มีท่าที สนใจยินดีและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือโดยแสดงท่าทีเป็นมิตรและตั้งใจฟังเมื่อผู้ป่วยระบาย ความรู้สึก ถ้าพบว่าผู้มีภาวะซึมเศร้ามากให้ส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน (อภิชัย มงคล, สุพิน พิมพ์เสน, และ จิตรประสงค์ สิงห์นาง, 2548) และการศึกษาของ รัชดาภรณ์ กาวิวงศ์ (2548) พบว่า การดูแลของญาติเป็นการดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) เน้นการดูแลด้านจิตใจ เพื่อ สนับสนุนให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการพัฒนาศักยภาพของตน ดังนั้น ญาติหรือผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ โดยให้ความ เข้าใจ เห็นใจและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (อภิชัย มงคล, สุพิน พิมพ์เสน, และ ณิชภา ราชบุตร, 2548)

2.3 ญาติขาดการให้คำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่ใช้ วิธีการพูดคุย ดักเตือน ยกตัวอย่าง และหาเอกสารความรู้ให้ผู้ป่วยอ่าน เกี่ยวกับเรื่องผลกระทบที่เกิด จากการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยมีการคิดพิจารณาปัญหาการดื่มสุราของตนเอง แต่ขาดข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งการหาแหล่งความรู้ให้กับผู้ป่วย เป็นการแสดงถึงความพร้อมอย่างหนึ่ง ของญาติหรือผู้ดูแลด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) จึงจำเป็นที่ญาติ หรือผู้ดูแล จะต้องมีการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ดังคำกล่าวของ โกล์เนอร์ และคณะ (Golner et al, 2002) ว่า การให้ข้อมูลข่าวสารความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะ ซึมเศร้า เป็นแนวทางการช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแล จะทำให้การช่วยเหลือมีคุณภาพสูงสุด เกิด ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3. การสนับสนุนช่วยเหลือของชุมชนต่อผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

3.1 แก่นนำช่วยคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุราแต่ไม่ครอบคลุม ทุกราย พบว่า การคัดกรองส่วนใหญ่สอบถามเกี่ยวกับปริมาณและลักษณะการดื่มสุราแต่ไม่ได้ สอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ส่วนการคัดกรองซึมเศร้าและฆ่าตัวตายจะคัดกรองเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ ดื่มสุรามากๆ หรือรายที่เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองพบว่ามีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย โดยให้เหตุผล

ว่าผู้มีส่วนใหญ่มีการตัดสินใจในระดับความเครียดสูง (ระดับ 2) ซึ่งการค้นหาปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพจิตในชุมชนควรมีการระดมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในชุมชนหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมปัญหาได้อย่างครอบคลุมและนำไปสู่การประสานความร่วมมือในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรม (กรมสุขภาพจิต, 2547) และการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม จะช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายเศรษฐกิจสังคม ความพิการทุพพลภาพ อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายเกิดความยุ่งยากในการรักษาครอบครัว ผู้ดูแล (Promerantz, 2005)

3.2 แกนนำชุมชนให้คำแนะนำเฉพาะปัญหาการตัดสินใจแต่ขาดคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ส่วนใหญ่ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการเข้ารับการปรึกษาเฉพาะปัญหาการตัดสินใจในโรงพยาบาล เช่น ศูนย์บำบัดยาเสพติด และโรงพยาบาล ในกรณีดื่มหนักและสมัครใจเข้ารับการปรึกษา ร่วมกับการแนะนำให้ลดปริมาณการดื่มลง และในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมเข้ารับการปรึกษาในโรงพยาบาล แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ธรรมะและการนั่งสมาธิช่วยด้านจิตใจ และให้คำแนะนำญาติให้นำผู้ป่วยเข้ารับการปรึกษา ซึ่งโกลเนอร์ และคณะ (Golner et al, 2002) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของ อาสาสมัคร สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย และแกนนำชุมชนว่าสามารถทำได้โดย 1) การสร้างความตระหนักป้องกันรักษาภาวะซึมเศร้า โดยการให้ข้อมูล ข่าวสารความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 2) การสร้างความเข้าใจเห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากระบบบริการ จะสามารถลดอาการ และผลกระทบทางสังคม 3) การให้ข้อมูลโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่ดี และ 4) การบอกผลที่จะได้รับการรักษาดูแลช่วยเหลือสอดคล้องกับคำกล่าวของ โทเฮน และ วิลส์ (1985) กล่าวถึง การได้รับความรู้ ข้อมูล ข่าวสารคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ เป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านสติปัญญา (cognitive support) (Cohen & Will, 1985) หากขาดการสนับสนุนด้านนี้จะทำให้รู้สึกสิ้นหวัง (Brandt & Weinert, 1981) ดังนั้นการสนับสนุนให้แกนนำชุมชนให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยและญาติในชุมชนควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคจิตเวช เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำในกระบวนการดูแลช่วยเหลือและส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า ดังคำกล่าวของ ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2549) ที่ว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้น ควรมีการให้ข้อมูลแจ้งผลการคัดกรอง ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ แนะนำให้เข้ารับการปรึกษา การดูแลรายกรณี และ มีเอกสารให้ประกอบ (ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2549)

3.3 แกนนำชุมชนมีการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า แกนนำส่วนใหญ่เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ให้

กำลังใจ แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและแนะนำการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยแก่ญาติ สมภพ เรืองตระกูล (2543) กล่าวถึงปัญหาการดื่มสุร่าว่าเป็นปัญหาภายในตัวบุคคล บางคนดื่มสุร่าเพื่อแก้ปัญหาบางอย่างของจิตใจและอารมณ์ เช่น ดื่มเพื่อลดความเครียดจากการทำงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน การขาดความผูกพันในครอบครัวขาดการสื่อสาร ไม่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ความรักและความเข้าใจต่อกัน แบรินท์ และไวเนิร์ต (1981) กล่าวว่า การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจของแกนนำเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ ให้ได้รับความรักความผูกพัน การดูแลใกล้ชิดเอาใจใส่ สนับสนุนไว้วางใจซึ่งกันและกัน จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่รักมีความหมาย ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวเดียวดาย ขาดความรักและมองโลกในแง่ร้าย (Brandt & Weinert, 1981) ซึ่งองค์ความรู้ในการดูแลของแกนนำชุมชนถือได้ว่าเป็น การสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดสุร่าเกิดความพึงพอใจ ภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ซึ่งมาจากบุคคลใกล้ชิด และจากชุมชนที่อาศัย เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ช่วยให้ผู้ติดสุร่าสามารถเผชิญกับปัญหาอุปสรรค และจัดการกับปัญหาได้โดยไม่พึ่งสารเสพติด (พิทักษ์ สุริยะใจ และคณะ, 2550)

ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุร่าที่มีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า

1. ผลลัพธ์เกี่ยวกับเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคติดสุร่าที่มีภาวะซึมเศร้า

1.1 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยและผลกระทบจากการติดสุร่าและมีภาวะซึมเศร้า

1.1.1 ผู้ที่เป็นโรคติดสุร่าที่มีภาวะซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยของการเกิดโรคติดสุร่าและมีภาวะซึมเศร้า พบว่า หลังจากเข้ารับการบำบัดรักษาว่า การเกิดโรคติดสุร่าที่มีภาวะซึมเศร้าว่ามีสาเหตุจากการดื่มสุร่า กรรมพันธุ์ ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เพื่อนชักจูง ความเครียดจากปัญหาครอบครัวไม่เข้าใจกัน การหย่าร้าง การทำงาน ความรู้สึกผิดหวังในชีวิต เป็นต้น เมื่อหยุดดื่มหรือสร้างมาทำให้ซึมเศร้ามากขึ้น และอยากกลับไปดื่มอีก

1.1.2 ผู้ที่เป็นโรคติดสุร่าที่มีภาวะซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการเป็นโรคติดสุร่าและมีภาวะซึมเศร้า ว่าผลกระทบจากการติดสุร่าและมีภาวะซึมเศร้าจากการติดสุร่า ทำให้ตนเองไม่สุขสบายทางกาย จิตใจ และส่งผลกระทบต่อครอบครัว บางครั้งทำให้มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ต่อผู้อื่น จนทำให้ผู้อื่นและครอบครัวไม่พึงพอใจ ครอบครัวไม่มีความสุข สังคมไม่ยอมรับ เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา จะได้รับการประเมินสุขภาพจาก

เจ้าหน้าที่ และให้ข้อมูลย้อนกลับจากการประเมินอย่างตรงไปตรงมา พร้อมทั้งความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

จากการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยและผลกระทบจากการติดสุรา และมีภาวะซึมเศร้าที่ศึกษาพบ สอดคล้องกับการอธิบายของ เพนเดอร์ (1996) ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญเกี่ยวกับการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดีจะแนวโน้มที่จะทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ไม่ดี (Pender, 1996) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเริ่มตั้งแต่ขั้นไม่ใส่ใจตระหนักปัญหา จนถึงขั้นที่ลงมือเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง มีทั้งหมด 6 ขั้นตอน คือ ขั้นไม่สนใจปัญหา (pre-contemplation) ขั้นลังเลใจ (contemplation) ขั้นตัดสินใจหยุด (determination) ขั้นลงมือปฏิบัติ (action) ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance) และขั้นกลับไปมีปัญหาล้ำ (relapse) (Prochaska & DiClemente อ้างใน พิชัย แสงชาญชัย, 2548)

1.2 ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองว่าต้องควบคุมความอยากดื่ม การปฏิบัติตัว เช่น การรักษาความสะอาดของร่างกาย วิธีปฏิบัติเพื่อ ลดความอยากดื่มด้วยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และต้องรับประทานยาทุกวัน จากผลการศึกษาการรับรู้การได้รับการดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน และการให้ความร่วมมือหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ อุปคำ (2549) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ติดสุราที่มารับบริการระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลจอมทองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นถึงผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ความเข้าใจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

1.3 ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าจากเจ้าหน้าที่ว่าต้องรับประทานยาตรงเวลาและต่อเนื่องทุกวันร่วมกับการหยุดดื่มสุรา ไม่หยุดยาเองต้องปรึกษาแพทย์ ก่อนทราบอาการข้างเคียงของยาที่ตนเองรับประทานอยู่ และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยามานิต ศรีสุรณานนท์ (2552) กล่าวว่าผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า การติดสุรานั้นจะเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวจิตสังคม ดังนั้นการบำบัดรักษาการติดสุราจึงควรใช้วิธีการผสมผสานของยากับจิตสังคมบำบัดและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาควรได้รับการปรึกษา โดยให้ความสำคัญกับการหยุดดื่มสุรา ให้รับประทานยาต่อเนื่อง และการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนการหยุดดื่มสุรา

1.4 ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับการป้องกันไม่ให้กลับไปดื่มสุราซ้ำแต่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำน้อย พบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ทราบวิธีการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ เช่น การลดความอยากดื่มด้วยการรับประทานอาหาร การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะทำให้กลับไปดื่ม การเตือนสติตนเองไม่ให้กลับไปดื่มสุรา ซึ่งกระบวนการการกลับไปดื่มซ้ำเกิดจากการที่ผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการกลับไปดื่มน้ำ มีอยู่ 4 ประเภท ได้แก่ ภาวะอารมณ์ไม่ดี ปัญหาสัมพันธภาพ แรงกดดันทางสังคม และการเผชิญกับตัวกระตุ้นและสิ่งเร้าซึ่งกลวิธีในการป้องกันมี 2 ลักษณะคือ การจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมจะเป็นวิธีการในการช่วยเสริมประสิทธิภาพการลดหรือหยุดดื่ม เช่น การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI/MET) การดูแลรายกรณี (Case management) กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self help group) และการส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation; TSF) (แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ, 2553) ส่วนการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ของกรมสุขภาพจิต กล่าวว่า การที่จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถวางแผนกลวิธีในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ จะต้องได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยกำลังเป็นอยู่ หรือ สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า ซึ่งข้อมูลที่สำคัญในการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้าที่ผู้ป่วยควรทราบ ได้แก่ ความหมายสาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติดูแลของญาติ และความรู้เรื่องยาต้านเศร้า (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2552) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้าทราบการการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำโดยการจัดการกับความคิดของตนเอง และการได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิดเท่านั้น ดังนั้นจึงควรมีการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าให้ครอบคลุมทุกรายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย

2. ระดับความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า

หลังจากการรับบริการของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่รับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีภาวะซึมเศร้า มีความพึงพอใจในการบริการ ให้การดูแล โดยมีการรับรู้การได้รับการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าคะแนนการรับรู้การได้รับการดูแลเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 และเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้การได้รับการดูแลรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ส่วนการรับรู้

การได้รับการดูแลด้านการอธิบายเกี่ยวกับกฎระเบียบต่างๆ และด้านการยอมรับฟังความคิดเห็นอยู่ในระดับดี เนื่องมาจากปัจจัยด้านโครงสร้างระบบบริการที่มีนโยบายแนวทางการดูแลของหน่วยบริการที่มีความครอบคลุม การกระบวนการดูแลของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติที่เน้นคุณภาพการดูแล และให้บริการด้วยความเต็มใจ และจริงใจส่งผลต่อการรับรู้การดูแลและความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า มาจากคุณภาพของการบริการที่ได้รับ ซึ่งอธิบายโดยการศึกษาของ ลินซ์ และ ชูเลอร์ (1990) กล่าวว่า แหล่งที่มาของความพึงพอใจคุณภาพบริการมี 3 ประเภท คือ 1) จากการรับบริการแล้วเกิดความพึงพอใจ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ สถานที่รอคอย ห้องพัก อาหาร ทำเลที่ตั้ง มนุษย์สัมพันธ์ของผู้ให้บริการ 2) จากการรับบริการครั้งก่อน 3) ความเชื่อ เช่น เชื่อในความสามารถ ความรู้ ความชำนาญ ของผู้ให้บริการความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา หรืออุปกรณ์การรักษาที่ทันสมัยสามารถช่วยชีวิตได้

3. ระดับความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแล

ญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า ที่รับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีภาวะซึมเศร้า มีความพึงพอใจในการบริการให้การดูแล โดยมีการรับรู้การได้รับการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าคะแนนการรับรู้ การได้รับการดูแลเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.77 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ญาติหรือผู้ดูแลมีการรับรู้การได้รับการดูแลรายด้านทุกข้ออยู่ในระดับดีมาก อธิบายได้ว่าความพึงพอใจของญาติมาจากการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของญาติ ความสะดวกในการรับรู้ข้อมูล ประกอบกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลมีการทำงานเป็นทีม ให้เวลาให้ความใส่ใจ รับฟังความคิดเห็น ความต้องการของญาติ และมีพฤติกรรมบริการที่สุภาพอ่อนโยน ห้เกียรติ ทำให้เกิดความมั่นใจและไว้วางใจในตัวบุคลากร ส่งผลต่อความพึงพอใจในการบริการโดยรวม สอดคล้องกับ วิไลรัตน์ สิริฤกษ์สกุล (2549) ที่กล่าวถึงความพึงพอใจที่มีต่อบริการว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้รับบริการมีความสุข หายเครียด คลายความวิตกกังวล เป็นสิ่งที่ทุกคนที่มาใช้บริการปรารถนา เมื่อได้รับสิ่งที่ดี สิ่งที่น่าพอใจต่อบริการ จะทำให้ผู้รับบริการเลือกกลับมาใช้บริการอีก (วิไลรัตน์ สิริฤกษ์สกุล, 2549) ซึ่งโรงพยาบาลจอมทองมีโครงสร้างองค์กรสำหรับการดูแลเฉพาะ มีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน บุคลากรมีศักยภาพในการดูแล และเครื่องมือ อุปกรณ์พร้อมให้บริการ รวมไปถึงกระบวนการดูแลของบุคลากรสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านการค้นหาคัดกรอง บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามส่งต่อ ดังนั้นจึงควรมีการรักษาระดับมาตรฐานของการบริการให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป