

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการดื่มสุรา ซึ่งหมายถึง เครื่องดื่มที่มีเอธิลแอลกอฮอล์ (Ethyl alcohol) เป็นส่วนประกอบ เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และต่อจิตประสาท ทำให้เกิดอาการมึนเมาและเสพติดได้ โดยพบว่าประชากรโลกมีการดื่มสุราสูงถึง 140 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2001) เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราเป็นแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปต่อปี กับประเทศอื่นทั่วโลกแล้ว ประเทศไทยยังอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่หลาย ๆ ประเทศเริ่มมีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทุกประเภทอยู่ในอันดับที่ 40 ของโลก โดยมีปริมาณการดื่มเทียบเป็นแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 8.47 ลิตร/คน/ปี (WHO, 2004) สถิติปี พ.ศ. 2540-2544 พบว่า ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อจำแนกเป็นผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยใหม่ พบว่าร้อยละของผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยเก่ามีแนวโน้มคงที่ ส่วนผู้ป่วยใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นเพศชายร้อยละ 90.9-92.9 ส่วนเพศหญิงมีร้อยละ 7.1-9.1 และเมื่อจำแนกเป็นกลุ่มอายุ พบว่าผู้ติดสุราส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุที่เป็น วัยทำงาน (30-44 ปี) และร้อยละ 0.1-1.2 เป็นเยาวชนที่เข้ามารับการบำบัดรักษาด้วยโรคติดสุรา (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554) และการติดสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพลำดับที่สอง โดยก่อภาระโรคคิดเป็นร้อยละ 8.1 ของภาระโรคทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติอย่างชัดเจน และผลกระทบจากการติดสุราในประเทศไทยมีมูลค่าสูงถึง 1.51 แสนล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 1.97 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมระดับชาติ ซึ่งสูงกว่าผลประโยชน์ที่สังคมได้รับในรูปแบบของภาษี (ทักษพลธรรมรังสี, 2553)

โรคติดสุรา (alcohol dependence) หมายถึง การดื่มสุราจนติด ซึ่งการติดสุราจะไม่ใช่เป็นเพียงรูปแบบการดื่มสุราแบบซ้ำ ๆ บ่อย ๆ เท่านั้น แต่จะประกอบด้วยความคิดด้านพฤติกรรม ความคิด และทางร่างกายซึ่งมักจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีลักษณะสำคัญคือ ไม่สามารถที่จะควบคุมการใช้สุราได้ มีความรู้สึอยากดื่มอย่างรุนแรง ให้ความสำคัญกับการดื่มสุรามากกว่าการทำกิจกรรมอื่น ๆ เกิดการขาดสุรา และการที่ยังคงใช้สุราต่อไปแม้ว่าจะเกิดอันตรายขึ้นก็ตาม

(ธรรณิทร์ กองสุข, 2547) ซึ่งใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV-TR [DSM-IV-TR], 2005) ระบุว่า บุคคลมีรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 1) มีภาวะดื้อต่อสุรา 2) มีอาการขาดสุรา 3) มีการดื่มสุราในปริมาณมาก หรือนานกว่าที่ตั้งใจ 4) มีความต้องการดื่มอยู่ตลอด หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้ 5) ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อหาสุรามาดื่ม ในการดื่มหรือในการฟื้นจากการเมาสุรา 6) ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงาน หรือการหย่อนใจอื่น ๆ เนื่องจากการดื่ม 7) ยังคงดื่มอยู่ แม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคติดสุราต้องได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV-TR [DSM-IV-TR], 2005) และใช้โรคติดสุราในความหมายเดียวกันกับการติดสุรา และการดื่มสุราจนติด

ผลกระทบจากการเป็นโรคติดสุรา มีหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจ ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อครอบครัว 1) ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคติดสุราจะมีการดื่มจนติดซึ่งเป็นการดื่มอย่างต่อเนื่องและระยะยาวทำให้ส่งผลถึงการเกิดโรคมามากมาย ซึ่ง พิชัย แสงชาญชัย (2544) พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องในระยะยาว ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ มากกว่า 75 โรค อาจส่งผลให้เกิดการกั่งของไขมันในตับ ทำให้เกิดโรคตับอักเสบ โรคตับแข็ง และมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคมะเร็งในระบบต่าง ๆ ได้ เช่น โรคมะเร็งในหลอดอาหาร ช่องท้อง ศีรษะ คอ และปอด (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2548) 2) ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า ในสุราจะมีสารพิษที่เกิดจากการเผาผลาญแอลกอฮอล์ในร่างกาย คือ เตตราไฮโดรไอโซควิโนลีน (tetrahydroisoquinoline) จะเข้าทำลายสารเคมีในสมองที่ช่วยทำให้คนเรารู้สึกเป็นปกติสุขและสงบ คนที่ติดสุราจึงมักมีจิตใจและอารมณ์อ่อนไหว ความอดทน ต่อภาวะเครียดหรือกดดันน้อยลง ขาดสมาธิ นำไปสู่บุคลิกภาพเสื่อมโทรม (ประเวช ดันติพิพัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2542) และจากการศึกษาของ มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยาณิษ (2541) พบว่า ในผู้ที่เป็โรคติดสุรา เมื่อหยุดดื่มสุราอาจมีอาการของโรคจิตจากสุรา โดยจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย วิตกกังวล หงุดหงิด ประสาทหลอนร่วมด้วย ผู้ที่ติดสุราร้อยละ 51.2 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงหรือรุนแรง ร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ถือว่าควรจะไปพบแพทย์ ร้อยละ 11.9 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 11.3 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น ปัญหาการหย่าร้างและเปลี่ยนงาน มีแนวโน้มสูงเกินครึ่งหนึ่งของผู้ติดสุรา (สมบัติ ศรีประเสริฐสุข, 2550) 3) ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) พบว่า การติดสุราเป็นปัญหา

สาธารณสุขที่สำคัญในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่มีฐานะยากจน มีผู้ติดสุราอยู่ในครอบครัว รายได้ของครอบครัวจึงหมดไปกับการซื้อสุรา จะเห็นได้จากสถิติปริมาณที่เสียภาษีจากสุราในประเทศ เพิ่มจาก พ.ศ. 2543-2544 จาก 134,722 หน่วยต่อพันลิตร เป็น 360,633 หน่วยต่อพันลิตร และจากรายงานกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ค่ารักษาพยาบาลด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคติดสุรามีมากถึง 2,500 ล้านบาทต่อปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) 4) ผลกระทบต่อครอบครัว จากการศึกษาของ รณชัย คงสกนธ์ (2548) พบว่า สุรามีความสัมพันธ์กับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยครอบครัวที่ติดสุรามีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวเป็น 3.8 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ไม่ติดสุรา นอกจากนี้ การติดสุรายังส่งผลกระทบต่อชุมชนในเรื่องการขาดความร่วมมือในการพัฒนาชุมชนจากผู้ติดสุรา และผู้ติดสุราบางรายสร้างความเดือดร้อนให้ชุมชนจากการทำลายสิ่งของ เกิดการทะเลาะวิวาท ชกต่อยกัน เป็นตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมให้แก่เยาวชนหรือบุตรหลาน และส่งผลให้ชุมชนเกิดการระแวงในการดูแลบุคคลเหล่านี้ด้วย (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2546)

การบำบัดดูแลผู้ที่เป็โรคติดสุรา มีการบำบัดดูแลอยู่ 3 ระยะ โดยการดูแลขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล คือ การดูแลในระยะถอนพิษสุรา และการดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนการดูแลเมื่อผู้ป่วยโรคติดสุราจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้าน คือ การดูแลระยะหลังการรักษา (After care) การดูแลระยะต่าง ๆ ได้แก่ การบำบัดดูแลในระยะถอนพิษสุรา ให้การดูแลรักษาตามระดับอาการขาดสุรา การขาดสุราในระยะที่ 1 หรือเล็กน้อยเกิดหลังดื่ม ครั้งสุดท้าย 6-36 การรักษาให้ยาบรรเทาเฉพาะเวลามีอาการ เช่น ไดอะซีแพม (diazepam) 5 มิลลิกรัม หรือ ลอราซีแพม (lorazepam) 1 มิลลิกรัม หรือ คลอไดอะซีพอกไซด์ (Chlodiazepoxide) 10 มิลลิกรัม การขาดสุรา ระยะที่ 2 หรือปานกลางถึงรุนแรง เกิดในช่วง 24-72 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย อาการจะรุนแรงขึ้นโดยมีอาการคล้ายระยะที่ 1 แต่รุนแรงกว่า มีอาการของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ (Autonomic hyperactivity) ชัดเจน ให้ยาสงบอาการทั้งแบบมีตารางเวลากำหนดแน่นอน (fixed dose regimen) หรือแบบให้ยาตามอาการ (symptoms trigger regimen) ให้ยาสงบอาการขาดสุรา การขาดสุราในระยะที่ 3 หรือรุนแรงเพ้อคลั่ง (Delirium) เกิดในช่วง 48-96 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย ระยะนี้ อาการรุนแรงมาก มักพบอาการทางจิตร่วมด้วย เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิดหวาดระแวงกลัว ซึ่งอาการทางจิตนี้ต่างจากโรคจิตจากสุรา (alcohol-induced psychotic disorder) ตรงที่ว่า โรคจิตจากสุรา (alcohol-induced psychotic disorder) มีอาการทางจิตเด่น แต่ไม่มีภาวะสับสนหรือ สับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ หรือเรียกว่า disorientation การดูแลระยะนี้เน้นการเฝ้าระวังอันตรายที่เกิดจากการเพ้อคลั่ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกาย ภาวะโรคร่วมอื่นๆ เช่น ดิเคื้อ บาดเจ็บทางสมอง ขาดน้ำ กลือแร่ วิตามิน และปอดบวม เป็นต้น (พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2553)

การบำบัดดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) คือ การดูแลหลังจากผ่านพ้นระยะถอนพิษสุราแล้ว ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการกลับเข้าสู่สังคม โดยไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กระบวนการในการฟื้นฟูมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การบำบัดแบบสั้น (Brief intervention) ได้แก่ การให้ความรู้ (Alcohol education) แก่ผู้ป่วยโรคติดสุราและญาติผู้ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice หรือ simple advice) การบำบัดโดยการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counseling) เป็นการสะท้อนข้อมูลและให้คำแนะนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่ม ผลกระทบของการดื่มสุรา (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2553) การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) ทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคลเพื่อ ให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและเข้าใจผู้ป่วย ให้คำแนะนำชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหาชีวิต (สาวิตริ อัยฉัตรกรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) การให้การปรึกษาคอครอบครัว (Family Counseling) การสนับสนุนของครอบครัว การแก้ไขสัมพันธภาพ การวางเป้าหมาย ในการอยู่ร่วมกันของครอบครัวและผู้รับบริการ (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2552) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy: CBT) เป็นวิธีการบำบัดเพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา การดูแลรายกรณี (Case Management) การช่วยให้มีการฟื้นฟูทางจิตวิญญาณ (Spirituality Recovery) พฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสาน (Combined Behavioral Intervention: CBI) การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated Treatment) (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

การบำบัดดูแลในระยะหลังการรักษา (After care) การรักษาจะเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกดื่มสุราอย่างถาวร หรือควบคุมการดื่มให้น้อยลง มีการดำเนินการให้เกิดการจัดการระบบ ที่รองรับการส่งต่อบริการที่รัดกุมและเป็นรูปธรรม มีการวางแผนการให้บริการ (service planning) ให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย สมาชิก ครอบครัว และบุคคลในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดกิจกรรมบำบัดดูแลให้สอดคล้องกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน หน่วยงานทางด้านสุขภาพที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชน มีแนวทางในการบำบัดดูแลในชุมชนที่ชัดเจน เพื่อให้การบำบัดดูแลในชุมชนเป็นไปอย่างต่อเนื่อง (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2553) การบำบัดดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดสุราในปัจจุบันคือ การผสมผสาน การบำบัดทางยาร่วมกับจิตสังคมบำบัด การบำบัดทางยาช่วยลดบรรเทาอาการถอนพิษสุรา อาการอยากยา และอาการทางจิตเวช ในขณะที่จิตสังคมบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และให้มีทักษะที่จำเป็นต่อการเลิกสุราให้สำเร็จ (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีขนาด 700 เตียง ในโรงพยาบาลมีหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จากสุรา 2 หอผู้ป่วยคือ 1) หอผู้ป่วยฝ่ายคำ ให้การดูแลผู้ป่วยชายที่มีปัญหาจากสุรา 2) หอผู้ป่วยจิระ ให้การดูแลผู้ป่วยหญิงที่มีปัญหาจากสุรา จากสถิติการรับผู้ป่วยโรคติดสุรา เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ปี 2551-2553 พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 913 คน, 1,394 คน และ 1,325 คนตามลำดับ จากผู้ป่วยใน 1,705 คน, 1,794 คน และ 1,695 คนตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 61.76, 79.49, 78.11 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยใน (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553) จากข้อมูลสถิติจะเห็นได้ว่า อัตราการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคติดสุรา มีจำนวนค่อนข้างมาก และเป็นลำดับที่สองของผู้ป่วยในทั้งหมดรองลงมาจากผู้ป่วยจิตเภท (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553) โรงพยาบาลสวนปรุงได้มีระบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุรา ในหอผู้ป่วยและแนวทางในการจัดการกับปัญหาการดื่มสุราซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุราเมื่อจำหน่ายสู่ชุมชน โดยการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราภายหลังที่นอนพักรักษาตัว โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) การบำบัดดูแลในระยะเฉียบพลัน (Acute) มีการประเมินแรกรับ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ถ้าพบว่ามีระดับการถอนพิษสุราอยู่ในระดับปานกลางหรือรุนแรงจะให้การบำบัดรักษาก่อนส่งไปบำบัดฟื้นฟู และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราด้วยเครื่องมือประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol revised version [CIWA-Ar]) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะถอนพิษสุรา การบำบัดอาการถอนพิษสุราได้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา และมีการใช้แนวปฏิบัติในการพยาบาลทางคลินิก ดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และโภชนาการ 2) การบำบัดดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) หลังจากพ้นระยะถอนพิษสุราผู้ป่วยจะถูกส่งไปเพื่อเข้ารับการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ โดยใช้แนวปฏิบัติการฟื้นฟูด้านจิตสังคม การบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) หรือ Motivational Interviewing [MI]) การบำบัดแบบเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior therapy [CBT]) การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (12-step facilitation) การให้ความรู้เรื่องการดื่มสุราอย่างปลอดภัย (alcohol education) การให้คำปรึกษาครอบครัว การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มกิจกรรมบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มได้นานที่สุด 3) การบำบัดดูแลในระยะก่อนจำหน่าย (Pre-discharge) มีการเตรียมผู้ป่วยและญาติโดยการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การมาตรวจตามแพทย์นัด เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้มีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อ

ติดตามประเมินอาการ และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในการป้องกันการกลับมาเสพยา (relapse prevention) (พันธุภา กิตติรัตนไพฑูรย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

แผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge plan) เป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการบริการ เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงบ้าน หรือชุมชน ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการร่วมกันระหว่างความรู้ความชำนาญของผู้ปฏิบัติ เพื่อให้ได้แนวทางในการดูแลที่มีคุณภาพร่วมกับตัวผู้ป่วยและญาติ โดยมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติ 2) การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนดแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนและ 5) การติดตามประเมินผล (McKeehan, 1981) โดยแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีการเข้าใจต่อภาวะความเจ็บป่วย ลดภาระการดูแลและส่งผลให้การกลับมารักษาซ้ำลดลง เป็นการเตรียมความพร้อมของให้ผู้ป่วยในการกลับไปสู่สภาวะแวดล้อมเดิมอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดจำนวนวันนอน ลดอัตราการกลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและช่วยลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และยังเป็นการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย และครอบครัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การค้นหาข้อมูลจากผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมต่อการดำเนินชีวิตที่บ้าน (กองการพยาบาล, 2539)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา (F10.2) ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง ของ พิมพ์ใจ เจนกิจจาไพฑูรย์ (2553) ซึ่งเป็น การวิจัยเชิงพัฒนา ที่พัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยฝ้ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุราโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยแผนจำหน่ายประกอบด้วย 1) การดูแลระยะเฉียบพลัน (Acute) อยู่ในระยะ 24-72 ชั่วโมง ได้แก่ การดูแลรักษาอาการถอนพิษสุราด้วยยา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยา การดูแลการได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ การเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย การพิจารณาผูกมัดหากมีงุนงงสับสน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด 2) การดูแลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) อยู่ในระยะ 1-2 สัปดาห์ ได้แก่ การประเมินเพื่อรับการบำบัดทางจิตสังคม การสรุปปัญหาที่ได้ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และการให้การบำบัดรักษาทางจิตสังคม 3) การดูแลในระยะก่อนจำหน่าย (Pre-Discharge) การประเมินความต้องการความรู้ความเข้าใจและความต้องการช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติภายหลังจำหน่าย สรุปปัญหาที่ในระยะก่อนจำหน่าย การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อม ก่อนจำหน่าย โดยกำหนด

ผลลัพธ์ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง 2) อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันลดลงร้อยละ 80 3) อัตราความพึงพอใจของทีมบุคลากรสหวิชาชีพต่อการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา ร้อยละ 80 และ 4) อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 80 หลังจากได้แผนจำหน่ายแล้วได้นำไปทดลองใช้เพื่อดูความเป็นไปได้และพบว่าพฤติกรรมการดื่มสุราและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนลดลง

แม้ว่าจะมีการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราด้วยวิธีการที่หลากหลายและมีการดูแลเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ยังพบว่าการกลับมารักษาซ้ำ โดยยังพบว่า สถิติจำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในปี 2551-2553 จำนวน 87 คน 86 คน และ 112 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 9.5, 6.2, และ 8.5 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งหมด จะเห็นได้ว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมีจำนวนที่สูง (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุราเกิดจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ การมีเพื่อนและมีสิ่งแวดล้อมที่มีการดื่มสุรา และในชุมชนมีการขายสุราสามารถหาซื้อได้ง่าย (อัญญาพร นัคคาสาร, 2541) ปัจจัยภายใน ได้แก่ การมีภาวะอารมณ์ที่ไม่ดี เช่น คับข้องใจ โกรธ วิตกกังวล อาการดังกล่าวอาจเป็นอาการส่วนหนึ่งของภาวะทางจิตเวชที่มีอยู่ในผู้ป่วยโรคติดสุรา ทำให้กลับไปดื่มสุราซ้ำ (เอี่ยมเดือน เนตรแถม, 2541) ผู้ป่วยโรคติดสุราไม่มีความอดทนต่ออาการที่เกิดขึ้นจากการขาดสุราจะทำให้กลับไปดื่มสุราอีก (ทิพาดี เอมะวรรณะ, 2545) จะเห็นได้ว่าสาเหตุของการกลับมาเป็นซ้ำจากการทบทวนวรรณกรรมมีหลากหลาย และสาเหตุหนึ่งคือผู้ป่วยโรคติดสุราเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านยังคงมีพฤติกรรมดื่มน้ำอยู่ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำด้วยโรคติดสุรา การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตหลังจำหน่ายได้ในชุมชนอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานดูแลผู้ติดสุราชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา ได้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบว่า สถิติของผู้ป่วยโรคติดสุราที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วัน เนื่องจากผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและสนใจที่จะนำแผนจำหน่ายมาใช้ ซึ่งจะเป็นการแก้ปัญหาในหน่วยงานโดยการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา ก่อนที่จะนำแผนจำหน่ายมาใช้ได้มีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; AGREE, 2001) แปลโดย จีวีวรรณ ชงชัย (2547) ประกอบด้วย การประเมิน 6 หมวด ได้แก่ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง 3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 4) ความชัดเจนและการนำเสนอ 5) การประยุกต์ใช้ 6) ความเป็นอิสระ

ของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ ได้ค่าคะแนนรวมในทุกหมวดคิดเป็นร้อยละ 88.43 ซึ่งถือเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพ ในแผนจำหน่ายได้ใช้กระบวนการตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งได้กำหนดขั้นตอนการพัฒนา แนวปฏิบัติ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผล โดยการนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ มี 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการ ได้แก่ รวบรวมข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคติดเชื้อ สະท้อนให้เห็นความสำคัญในการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ศึกษาประสิทธิผลของแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ 2) ขั้นดำเนินการใช้แผนจำหน่าย ได้แก่ การประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ติดตามความสม่ำเสมอในการใช้แผนจำหน่าย ติดตามความถูกต้องในการใช้แผนจำหน่าย ให้การปรึกษาแก่บุคลากรเวลามีปัญหาในการใช้แผนจำหน่าย 3) ขั้นประเมินผล ได้แก่ การสรุปปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของทีมสหวิชาชีพในการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ปัญหาอุปสรรคด้านพยาบาลที่นำแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อไปใช้ ประเมินประสิทธิผลการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อโดยใช้แบบประเมินประสิทธิผล ซึ่งการใช้แผนจำหน่ายเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะเป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่องเป็นมาตรฐานเดียวกันตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและเน้นการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำและไม่เกิดการกลับมารักษาซ้ำในสถานบริการสุขภาพด้วยโรคติดเชื้อ เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อของบุคลากรทีมสหวิชาชีพเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ที่ได้รับแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 1 เดือน
2. เพื่อศึกษาการกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ที่ได้รับแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพในการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่ได้รับแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
5. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่ได้รับแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการศึกษา

1. ผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 1 เดือน มีพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นอย่างไร
2. การกลับมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นอย่างไร
3. ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพในการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นอย่างไร
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นอย่างไร
5. ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุราเป็นอย่างไร

นิยามศัพท์

ประสิทธิผลของการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา หมายถึง การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยประเมินจากสถานการณ์ดังต่อไปนี้

พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง ลักษณะของการดื่มสุรา ได้แก่ จำนวนที่ดื่ม ระยะเวลา สถานที่ ลักษณะการดื่ม ความถี่ของการดื่ม บุคคลที่มีส่วนร่วมในการดื่ม และผลเสียในการดื่มสุรา (ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552)) ประเมินโดยแบบประเมินปัญหาการดื่มขององค์การอนามัยโลก (WHO: Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) โดยมีการแบ่งคะแนนและจัดกลุ่มพฤติกรรมการดื่มสุรา

การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคจิตสุรากลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง หรือสถานบริการสุขภาพภายใน 28 วันด้วยปัญหาจาก การดื่มสุรา หลังจากได้รับการดูแลตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุราที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยฝ้ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ประเมินจากแบบบันทึกข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ พิจารณาตามดัชนีชี้วัดของโรงพยาบาลสวนปรุง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ที่สร้างขึ้นโดยโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการได้รับการดูแลตามแผนจำหน่ายโรคจิตสุรา หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคจิตสุราและญาติผู้ดูแล ต่อการได้รับบริการตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุราทั้งในระยะเย็บพลา้น ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะก่อนกลับบ้าน ซึ่งประเมินโดยแบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต่อการได้รับบริการ ตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุรา ที่สร้างขึ้นโดย พิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบูลย์ และคณะ (2553)

ความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหวิชาชีพต่อการใช้แผนจำหน่ายโรคจิตสุรา หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุรา ประกอบด้วย แพทย์พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด และนักโภชนาการ ต่อการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุรา ทั้งในระยะเย็บพลา้น ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะก่อนกลับบ้าน ประเมินโดยแบบสำรวจความพึงพอใจ ของบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุราต่อการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายผู้ป่วย โรคจิตสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ที่สร้างขึ้นโดย พิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบูลย์ และคณะ (2553)

แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุรา หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุรา ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่แรกเริ่มการรักษาจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่ที่บ้าน หรือหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วย โดยได้รับความร่วมมือประสานงานระหว่างบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งการศึกษานี้เป็นการนำเอาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุรา ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ที่สร้างขึ้นโดย พิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบูลย์ และคณะ (2553)

ผู้ป่วยโรคจิตสุรา หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมนจิตแพทย์อเมริกัน (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV–TR [DSM-IV-TR] (APA, 2005) และมีการบันทึกตามระบบการบันทึกเลขรหัสตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (The International Classification of Diseases and Related Health Problem 10 th Reversion [ICD-10] (WHO, 1992) ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตสุรา (F 10.2)