

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการประเมินประสิทธิผลแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ จากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคติดเชื้อ
 - 1.1 ความหมายของโรคติดเชื้อ
 - 1.2 การวินิจฉัยโรคติดเชื้อ
 - 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคติดเชื้อ
 - 1.4 ผลกระทบของโรคติดเชื้อ
 - 1.5 การบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
2. สถานการณ์การบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
3. แนวคิดเกี่ยวกับแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 3.1 ความหมายของแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 3.2 องค์ประกอบของแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 3.3 รูปแบบการวางแผนจำหน่าย
 - 3.4 ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย
 - 3.5 บทบาทของบุคลากรทีมสหวิชาชีพในการวางแผนจำหน่าย
4. การนำแผนจำหน่ายไปใช้
 - 4.1 การนำแผนจำหน่ายไปใช้ตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภากิจการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย
5. แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
 - 5.1 แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
 - 5.2 ประสิทธิภาพของการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

โรคติดสุรา

ความหมายของโรคติดสุรา

โรคติดสุรา (Alcohol Dependence/F10.2) เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดและสมควรได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์ ผู้ดื่มที่ติดสุราจะมีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดปัญหาพฤติกรรมสมอง ความจำ และร่างกาย อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่าเกิดผลเสียตามมาและดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่น ๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบ (พินันภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และคณะ, 2553)

ธรณินทร์ กองสุข (2547) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุรา (alcohol dependence) ว่าเป็นการดื่มจนติดสุรา ซึ่งการติดสุราจะไม่เป็นเพียงรูปแบบการบริโภคสุราแบบซ้ำ ๆ บ่อย ๆ เท่านั้น แต่จะประกอบด้วยความคิดปฏิกิริยาพฤติกรรม ความคิด และทางร่างกายซึ่งมักจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีลักษณะสำคัญ คือ ไม่สามารถที่จะควบคุมการใช้สุราได้ มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างรุนแรง ให้ความสำคัญกับการดื่มสุรามากกว่าการทำกิจกรรมอื่น ๆ เกิดการขาดสุรา (ในบางราย) และการที่ยังคงใช้สุราต่อไปแม้ว่าจะเกิดอันตรายขึ้นก็ตาม

ชาห์รอกซ์ และเฮลส์ (Shahrokh & Hales, 2003) ให้ความหมายของโรคติดสุรา (alcohol dependence) ว่าเป็นลักษณะการติดที่มีอาการทนทานต่อฤทธิ์ของสุรา (tolerance) หรือเกิดอาการขาดสุราเมื่อหยุดดื่มหรือเมื่อลดปริมาณการดื่มลง มีอาการเสพติดทางใจ (psychological dependence) และสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมหรือชีวิตการทำงาน

จากความหมายของโรคติดสุราสามารถสรุปได้ว่า โรคติดสุราเป็นลักษณะการดื่มสุราที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ มีการเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นเรื่อย ๆ แม้จะทราบว่าเกิดผลเสียต่อร่างกาย ความคิด พฤติกรรม สูญเสียหน้าที่ทางสังคม ถัดหรือหยุดดื่มสุราจะทำให้เกิดอาการขาดสุรา ซึ่งในการทบทวนวรรณกรรมจะใช้ในความหมายเดียวกันกับ การติดสุรา การเสพติดสุรา ที่มีลักษณะและอาการของ การดื่มสุราจนติดและส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านร่างกาย พฤติกรรม ความคิด เพียงแต่โรคติดสุราต้องได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV-TR [DSM-IV-TR], 2005) ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้ จึงใช้โรคติดสุราในความหมายเดียวกันกับการติดสุรา การดื่มสุราจนติด

การวินิจฉัยโรคติดสุรา

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV-TR [DSM-IV-TR], 2005) ระบุว่า บุคคลมีรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทาง การแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. มีการติดสุรา ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้
 - 1.1 มีความต้องการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิด intoxication หรือผลอื่นที่ต้องการ
 - 1.2 ฤทธิ์จากการดื่มลดลงอย่างมากหากยังคงดื่มเท่าเดิม
2. มีอาการขาดสุรา ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้
 - 2.1 มีอาการขาดสุรา (อาการถอนพิษสุรา)
 - 2.2 การดื่มสุรา (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดสุราได้
3. มีการดื่มสุราในปริมาณมาก หรือนานกว่าที่ตั้งใจ
4. มีความต้องการดื่มอยู่ตลอดเวลา หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้
5. ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อหาสุรามาดื่ม ในการดื่มหรือในการฟื้นจากการเมาสุรา
6. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงานหรือการหย่อนใจอื่น ๆ เนื่องจากการดื่มสุรา
7. ยังคงดื่มอยู่ แม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น เช่น ดื่มสุราอยู่แม้ทราบว่าสุราจะทำให้แผลในกระเพาะเย็บลง

ระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (The International statistical Classification of Disease 10 Code: ICD 10) สำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol Dependence: F10.2) มีอาการต่อไปนี้ 3 อาการ หรือมากกว่าร่วมกันนานอย่างน้อย 1 เดือน หรือถ้าคงอยู่นาน น้อยกว่า 1 เดือน อาการดังกล่าวต้องเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

- 1) รู้สึกอยากดื่มมากหรือมีความต้องการที่จะดื่มซ้ำ ๆ
- 2) ควบคุมพฤติกรรมการดื่มไม่ค่อยได้ ทั้งการเริ่มดื่ม การหยุดดื่ม หรือปริมาณการดื่ม โดยพิจารณาจากปริมาณการดื่มที่มากกว่าหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้แต่แรก หรือยังคงมีความอยากดื่มอยู่ตลอดเวลา หรือพยายามที่จะลดหรือควบคุมการดื่ม แต่ทำไม่สำเร็จ
- 3) เกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อลดหรือหยุดดื่ม แสดงโดยมีอาการขาดสุรา หรือหากดื่มสุรา (หรือใช้สารที่มีฤทธิ์ใกล้เคียง) จะบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงอาการขาดสุราได้
- 4) มีการทนทานต่อฤทธิ์ของสุราเพิ่มขึ้น เช่น ต้องการสุราในปริมาณที่มากขึ้นชัดเจน เพื่อให้เมาหรือได้ฤทธิ์ตามที่ต้องการ หรือมีฤทธิ์ลดลงอย่างชัดเจนหากคงดื่มในปริมาณเท่าเดิม

5) หมกมุ่นอยู่กับการดื่มสุรา แสดงโดยงดหรือลดการเข้าร่วมกิจกรรมที่สนใจหรือที่เคยชอบลง หรือใช้เวลาส่วนใหญ่ในการหาเหล้ามาดื่ม นั่งดื่ม หรือสร้างเมา

6) ยังคงดื่มอยู่ทั้งที่มีหลักฐานที่แสดงถึงอันตรายจากการดื่ม แสดงโดยยังคงดื่มทั้งที่ตระหนัก หรือคาดว่าจะตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคติดสุราได้หลายประการดังนี้

1. ปัจจัยด้านร่างกาย คือ ลักษณะทางพันธุกรรม การมียีนส์ที่ทำหน้าที่เป็นตัวบ่งบอกถึงความอ่อนแอที่จะเกิดการติดสุรา พันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดภาวะติดสุรา โดยการศึกษาอัตราการเกิดภาวะติดสุราในฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) และฝาแฝดชนิดไข่สองใบ (dizygotic twins) พบว่า ฝาแฝดชนิดไข่ใบเดียวกันมีลักษณะการดื่มสุราแบบติดที่เหมือนกันสูงกว่า ฝาแฝดชนิดไข่สองใบ (Valant as cited in Johnson, 1997) ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 50-60 ของการติดสุราเกิดจากปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ (Gelder, Mayou, & Cowen, 2001) พันธุกรรมมีผลต่อการติดสุราตั้งแต่อายุยังน้อย (early-onset alcoholism) ซึ่งนักวิจัยค้นพบว่า การติดสุราแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ (Browm, Babor, Litt, & Kranzler, 1994; Devor, Abell, Hoffman, & Cloninger as cited in Kalat, 2004)

1.1 ประเภท A (Type A or Type I) มีลักษณะการติดสุราแบบค่อยเป็นค่อยไป ติดเมื่อมีอายุมากขึ้น (หลังอายุ 25 ปีขึ้นไป) พันธุกรรมมีผลน้อย เพศชายและเพศหญิงมีโอกาสติดได้เท่า ๆ กัน และความรุนแรงของอาการจะมีน้อยกว่า

1.2 ประเภท B (Type B or Type II) ลักษณะการติดสุราจะเป็นไปอย่างรวดเร็ว ติดเมื่ออายุน้อย (ก่อนอายุ 25 ปี) พันธุกรรมมีผลอย่างมาก เพศชายติดได้มากกว่าเพศหญิง ความรุนแรงของอาการจะมีมากกว่าและมักจะเกี่ยวข้องกับคดีอาญาหรือกฎหมาย

2. ปัจจัยทางชีวเคมีและการทำงานของสมอง ความต้องการอยากดื่มสุรารายได้ การควบคุมระบบประสาทส่วนกลางที่เรียกว่า Brain Reward System ซึ่งบริเวณดังกล่าวมีสารสื่อประสาทที่สำคัญ คือ เอ็นโดจีนีเอส โอปิออยด์ และโดปามีน (Endogenous Opioid and Dopamine) โดยสารทั้งสองชนิดนี้จะถูกกระตุ้นโดยสุรา ดังนั้นปัจจัยส่งเสริมของ การติดสุราเกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสารสื่อประสาท (Gelder, Mayou, & Cowen, 2001)

3. ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ บุคลิกภาพของผู้ติดสุราจะมีลักษณะวิตกกังวลเรื้อรัง (Chronic anxiety)ต่อต้านสังคม (antisocial personality) ปรับตัวไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพ

กับบุคคลอื่นได้ มีการพึ่งพา ไม่สามารถต่อสู้กับความผิดหวัง รู้สึกเป็นบาปและรู้สึกไร้ค่าซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคจิตสุราได้ (Donald, Twardon, & Shaffer, 1996) ผู้ป่วยโรคจิตสุรามีลักษณะเด่นทางความต้องการพึ่งพาสูง และไม่สามารถเผชิญกับความขัดแย้ง จึงต้องหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง โดยผู้ติดสุราจะดื่มสุราเพื่อช่วยให้บรรเทาจากความขัดแย้งดังกล่าวได้ (Goodner, 1994)

4. ปัจจัยด้านสังคม พฤติกรรมของผู้ติดสุราเกิดจากการเสริมแรงทางสังคมที่เห็น การดื่มสุราเป็นสิ่งปกติ การเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อนและแบบอย่างจากบิดาหรือมารดาที่ดื่มสุรา และการจำหน่ายสุราอย่างเสรี (Donovan & Marlatt, 1986 cited in Janosik & Davies, 1986)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตสุรามีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยทางชีวเคมีและการทำงานของสมอง ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ ปัจจัยด้านสังคม บางครั้งการเกิดโรคจิตสุราไม่สามารถอธิบายได้จากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น ต้องมีการเชื่อมโยงหลาย ๆ ปัจจัยเข้าด้วยกันจึงสามารถอธิบายการเกิดโรคได้อย่างสมบูรณ์

ผลกระทบของโรคจิตสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราจนเป็นโรคจิตสุรามีรายละเอียดดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วย

1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่า ในผู้ป่วยโรคจิตสุราจะมีการดื่มจนติดซึ่งเป็นการดื่มอย่างต่อเนื่องและระยะยาวทำให้ส่งผลถึงการเกิดโรคมามากมายซึ่ง พิชัย แสงชาญชัย (2544) พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องในระยะยาว ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ มากกว่า 75 โรค (พิชัย แสงชาญชัย, 2544) อาจส่งผลให้เกิดการคั่งของไขมันในตับ ทำให้เกิดโรคตับอักเสบ โรคตับแข็ง และมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคมะเร็งในระบบต่าง ๆ ได้ เช่น โรคมะเร็งในหลอดอาหาร ช่องท้อง สිරະคອ และปอด ในผู้ที่เป้นมะเร็งเต้านม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1-2 แก้ว จะทำให้การดำเนินโรคเร็วขึ้น นอกจากนี้ แอลกอฮอล์มีพิษโดยตรงต่อสมอง ทำให้เซลล์สมองขยายตัวขึ้นเกิดอาการสมองบวม ในระยะยาวทำให้เกิดการสูญเสียของเหลวในเซลล์สมอง เซลล์สมองลีบ เลื่อม เหี่ยว และตายลง จากการชันสูตรศพผู้เสียชีวิตจากสุรา พบว่า ภาวะเนื้อสมองลีบ มีสาเหตุมาจากการทำลายโดยแอลกอฮอล์ได้อย่างชัดเจน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2548) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการนอนหลับ ทำให้หลับได้ในระยะแรก แต่ต่อมาจะมีผลทำให้วงจรการนอนเสีย กล่าวคือ มีการลดวงจรการนอนระยะแรกที่มีการกรอกลูกตา (rapid eye movement sleep; REM) และระยะหลับลึก (non rapid eye movement sleep; NREM) ทำให้เกิดวงจรการนอนขาดเป็นช่วง ๆ

เป็นผลทำให้หลับไม่สนิท หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือไม่หลับทั้งคืน และผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ ทำให้ผู้ชายเสื่อมสมรรถภาพทางเพศและเป็นหมันได้ ถ้าผู้ติดสุราหยุดดื่มสุราทันที ปริมาณสุราในร่างกายจะลดลง เกิดภาวะขาดสุรา ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง ทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย มือสั่น นอนไม่หลับ และเกิดอาการชักได้ (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, 2546)

1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า ในสุราจะมีสารพิษที่เกิดจากการเผาผลาญสุราในร่างกาย คือ เตตราไฮโดรไอโซควิโนลีน (tetrahydroisoquinoline) จะเข้าทำลายสารเคมีในสมอง ที่ช่วยทำให้คนเรารู้สึกเป็นปกติสุขและสงบ คนที่ติดสุราจึงมักมีจิตใจและอารมณ์อ่อนไหว ความอดทนต่อภาวะเครียดหรือกดดันน้อยลง ขาดสมาธิ นำไปสู่บุคลิกภาพเสื่อมโทรม และการดื่มสุราทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า กังวล ฟูง่าน ขาดความสุข และมีเมินง นอกจากนี้การติดสุราเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรัตน์, 2542) ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้หญิงที่ติดสุราเกือบร้อยละ 40 เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (Kinney, 2003) และจากการศึกษาความทุกข์และภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีความเครียดในระดับสูงร้อยละ 51.2 มีอาการซึมเศร้าต้องรับการช่วยเหลือจากแพทย์ร้อยละ 48.6 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่นร้อยละ 11.3 และมีความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 11.9 (ปริทรรศ ศิลปกิจ, 2542) หรืออาจมีอาการของโรคเวอร์นิค เอนเซฟาโลพาตี (wernick's encephalopathy) โดยจะมีอาการสับสน งุนงง และอาการทางระบบประสาท ได้แก่ เดินเซ และกล้ามเนื้อตาผิดปกติ (ophthalmoplegia) หากผู้ติดสุราไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ไม่ดีพอจะเกิดคอร์ซาคอฟซินโดรม (Korsakoff's syndrome) ซึ่งส่วนใหญ่จะสูญเสียความจำ (retrograde amnesia) (Sadock & Sadock, 2005)

2. ผลกระทบต่อครอบครัว ผลกระทบต่อครอบครัว จากการศึกษาของ รณชัย คงสกนธ์ (2548) พบว่า สุรามีความสัมพันธ์กับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยครอบครัวที่ติดสุรามีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวเป็น 3.8 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ไม่ติดสุรา ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) และจากการศึกษาของ สุกุมมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่า ผู้ติดสุรามีการทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัวร้อยละ 48.8 มีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานร้อยละ 48.3 มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อนร้อยละ 23.2 เกิดคดีความ คือ คดีเมาแล้วขับร้อยละ 60 ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา จากการมีผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราอยู่ในความดูแล ซึ่งบางครั้งไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนคนปกติทั่วไป ทำให้มีผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิญญาณ อาจทำให้ผู้ดูแลได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การถูกทำร้ายร่างกาย อาการนอนไม่หลับ อาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ใจสั่น รับประทานอาหาร ได้น้อย ผู้ดูแลอาจต้องรับผิดชอบในเรื่องกิจกรรมของผู้ติดสุรา เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารและยา

เนื่องจากผู้ติดสุรามีอาการเมาสุรา การทรงตัวที่ไม่ดี อาการมือสั่น ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ห่วงใยต่อการดำเนินชีวิตในอนาคตของผู้ติดสุรา บางครั้งควบคุมอารมณ์ได้น้อยลง เกิดการทะเลาะวิวาท และแสดงความก้าวร้าวต่อกัน มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต อีกทั้งผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ผู้ที่ติดสุรามักมีการลาหยุดงาน มีการเปลี่ยนงานบ่อย หรือการปฏิบัติงานมีคุณภาพลดลง จนถึงขั้นต้องถูกออกจากงาน ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ในครอบครัว ผลกระทบด้านสังคม ผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกอับอาย ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม อาจทำให้การทำกิจกรรมทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง และจากการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ติดสุราเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกหมดกำลังใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง สูญเสียความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ, 2553) นอกจากนี้การศึกษาของ วิไล ทิพย์นันท์ (2549) เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ติดสุราที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ผู้ดูแลผู้ติดสุรา มีความเหนื่อยล้าในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.60

3. ผลกระทบด้านสังคม ข้อมูลปัญหาสัมพันธภาพและสุขภาพจิตจากการดื่มสุราซึ่งเป็นปัญหาสังคมที่มีขนาดค่อนข้างใหญ่และซับซ้อนแต่ไม่ค่อยมีการพูดถึง ได้แก่ อัตราการติดสุรา มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดและซึมเศร้าสูงมาก โดยมีผลการวิจัยพบดังนี้ ผู้ที่ติดสุราร้อยละ 51.2 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงหรือรุนแรง ร้อยละ 48.6 มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ถือว่าควรจะไปพบแพทย์ ร้อยละ 11.9 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 11.3 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น เด็กวัยรุ่นที่มีบิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเด็กวัยรุ่น ที่มีบิดาไม่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง 13.5 เท่า และผู้ติดสุราส่วนใหญ่ร้อยละ 64.3 มีบิดามารดาหรือญาติ ที่ดื่มสุรา ปัญหาการหย่าร้างและเปลี่ยนงานมีแนวโน้มสูงเกินครึ่งหนึ่งของผู้ติดสุรา (สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, 2550) และพบว่า การดื่มสุราเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจากการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548)

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการติดสุราส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ติดสุราส่วนใหญ่เป็นผู้ชายวัยทำงานที่หมกมุ่นกับการดื่มสุรา ไม่สนใจทำงาน ประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ ขาดงานโดยไม่มีเหตุผล จนกระทั่งไม่สามารถทำงานได้ บางครั้งต้องออกจากงาน ไม่มีงานทำ ขาดรายได้ จนเจ็ครอบครัวและถ้ายังดื่มสุราอยู่หลังออกจากงานจะทำให้รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน เพิ่มภาระในการดูแลและรายจ่ายมากขึ้น (มูลนิธิเพื่อนหญิง, 2546) และจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) พบว่าการติดสุราเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเขต เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากประชากร ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน มีการใช้สุราในครอบครัวย รายได้ของครอบครัวจึงหมดไปกับการซื้อสุรา ดังนั้นจะเห็นได้

จากสถิติปริมาณที่เสียภาษีจากสุราในประเทศเพิ่มจาก พ.ศ. 2543-2544 จาก 134,722 หน่วยต่อพันลิตร เป็น 360,633 หน่วยต่อพันลิตร และจากรายงานกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ค่ารักษาพยาบาลด้วยโรคที่เกี่ยวกับสุรามีมากถึง 250,000 ล้านบาทต่อปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าโรคติดสุรามีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ครอบครัวย สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียและผลกระทบที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ

การบำบัดดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งการบำบัดดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การบำบัดดูแลในระยะเฉียบพลัน (Acute) มักเกิดอาการภายใน 6-48 ชั่วโมงหลังหยุดหรือลดการดื่มขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดสุรา อาการขาดสุราเล็กน้อยถึงปานกลาง เป็นมากที่สุด ใน 24-48 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย อาการมักจะดีขึ้นและหายไปได้ภายใน 5 วัน อาการขาดสุรา เช่น Delirium tremens มักเริ่มเกิดภายใน 2-3 วัน หลังหยุดดื่มสุราหรือดื่มน้อยลง อาการ มักรุนแรงที่สุดในวันที่ 4-5 ส่วนใหญ่อาการมักดีขึ้นภายใน 10 วัน อาการชักจาก การถอนพิษสุรา (rum fits) มักเกิดใน 12-48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม ตามระดับอาการขาดสุรา ได้แก่

- 1.1 การขาดสุราระยะที่ 1 หรือเล็กน้อย เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย 6-36 ชั่วโมง มีอาการด้านร่างกายเป็นหลัก มือสั่น วิดกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดมึนศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ พะอืดพะอม อาเจียน นอนไม่หลับ ตรวจสภาพจิตปกติ การรักษาให้ยารับประทานเฉพาะเวลามีอาการ เช่น ไดอะซีแพม (diazepam) 5 มิลลิกรัม หรือ ลอราซีแพม (lorazepam) 1 มิลลิกรัม หรือ คลอไดอะซีปอกไซด์ (Chlodiazepoxide) 10 มิลลิกรัม (พื้นฐานกิตติรัตน์ไพบุลย์ และคณะ, 2553)

- 1.2 การขาดสุราระยะที่ 2 หรือปานกลางถึงรุนแรง เกิดในช่วง 24-72 ชั่วโมง หลังดื่มครั้งสุดท้าย อาการจะรุนแรงขึ้นโดยมีอาการคล้ายระยะที่ 1 แต่รุนแรงกว่า มีอาการของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ (Autonomic hyperactivity) ชัดเจน ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตสูง มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่ายมาก ผุดลุกผุดนั่ง มือสั่นมาก ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ตรวจสภาพจิตมีอาการสับสน การดูแลในระยะนี้เน้นการประเมินอาการขาดสุราและภาวะแทรกซ้อน ให้ยาสงบอาการ ทั้งแบบมีตารางเวลา กำหนดแน่นอน (fixed dose regimen) หรือ แบบให้ยาตามอาการ (symptoms trigger regimen) ให้การบำบัด

โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement) ให้ยา สงบอาการขาดสุรา เช่น ไดอะซีแพม (diazepam) 10 มิลลิกรัม หรือ ลอราซีแพม (lorazepam) 2 มิลลิกรัม หรือ คลอไดอะซีพ็อกไซด์ (chordiazepoxide 25mg) ทุก 6 ชั่วโมง ใน 2 วันแรก แล้วค่อยลดลงร้อยละ 20 ในวันที่ 4-7 แล้วหยุดใช้ (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2553)

1.3 การขาดสุราในระยะที่ 3 หรือรุนแรงเพื่อคลั่ง (Delirium) เกิดในช่วง 48-96 ชั่วโมง หลังดื่มครั้งสุดท้าย ระยะนี้อาการรุนแรงมาก อาการที่สำคัญคือ ภาวะสับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ เรียกว่ามี disorientation ร่วมกับอาการขาดสุรารุนแรง กระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มือสั่น ตัวสั่นมาก ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ไข้สูง ชีพจรเร็ว มักพบอาการทางจิตร่วมด้วย เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิดหวาดระแวงกลัว ซึ่งอาการทางจิตนี้ต่างจากโรคจิตจากสุรา (alcohol-induced psychotic disorder) ตรงที่ว่า โรคจิตจากสุรา (alcohol-induced psychotic disorder) มีอาการทางจิตเด่น แต่ไม่มี ภาวะสับสน หรือสับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ (disorientation) การดูแลระยะนี้เน้นการเฝ้าระวัง อันตรายที่เกิดจากการเพ้อคลั่ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกาย ภาวะ โรคร่วมอื่น ๆ เช่น ดิดเชื้อบาดเจ็บทางสมอง ขาดน้ำเกลือแร่ วิตามิน และปอดบวม เป็นต้น ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยา ระดับสูง เช่น ไดอะซีแพม (diazepam) 10-20 มิลลิกรัม หรือ ลอราซีแพม (lorazepam) 2-4 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ ทุก 15-20 นาทีจนกว่าจะสงบ สามารถให้ยาได้ถึง 500 มิลลิกรัม หรือต้องคงยา ระดับสูงของไดอะซีแพม (diazepam) 2 มิลลิกรัมต่อวัน ในระยะ 2-3 วันแรก (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2553)

1.4 อาการชักจากการขาดสุรา ในระหว่างที่มีอาการตามระยะที่ 1-3 ผู้ป่วยอาจเกิด อาการชักได้ ส่วนใหญ่จะเกิดเร็ว คือ ภายใน 6 ชั่วโมง ไม่เกิน 2 วันแรกหลังหยุดดื่ม มีอาการชักแบบ เกร็งกระตุกทั่วร่างกาย พร้อมหมดสติ พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรา และ พบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ดื่มมานานหลายปี ส่วนใหญ่ชักครั้งเดียวแต่สามารถเกิดเป็นชุด คือ ชัก 2-3 ครั้ง ห่างกัน 5 นาทีได้ อาการชักแบบต่อเนื่องพบได้น้อยมาก ถ้าพบควรต้องหาสาเหตุอื่น ในระยะนี้เน้น การประเมินการชักว่ามีสาเหตุมาจากโรคอื่นหรือไม่ หลักการรักษากาวยชักจากการขาดสุราใช้ หลักการเดียวกับการรักษาอาการขาดสุรา คือ การให้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepine) เพื่อสงบอาการขาดสุรา เช่น โซเดียมวาลโปรเอท (sodium valproate) ให้ในขนาดสูง 20 มิลลิกรัมต่อ กิโลกรัมต่อวัน แบ่งเป็น 2 ครั้ง ห่างกัน 6-8 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 4 วัน หรือ คาร์บามาเซพีน (carbamazepine) วันแรกให้ 600-800 มิลลิกรัม หลังจากนั้นลดลงจนเหลือ 200 มิลลิกรัม ในวันที่ 5 โดยทั่วไปหากประเมินได้ว่าไม่ได้เป็นโรคลมชักหรือชักจากสาเหตุอื่น ไม่ จำเป็นต้องให้ยากันชักเพื่อป้องกันในระยะยาว แต่ในปัจจุบันมีทางเลือกให้ยาที่สามารถสงบ

อาการขาดสุราและกันชักได้ อย่างไรก็ตามหลังผ่านพ้นระยะถอนพิษแล้วไม่มีความจำเป็นต้องให้ต่อในระยะยาว (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2553)

2. การดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) หลังจากผ่านพ้นระยะถอนพิษสุราแล้ว ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและสังคมเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ในการกลับเข้าสู่สังคม โดยไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากระบวนการในการฟื้นฟูมีหลายรูปแบบ ได้แก่

2.1 การให้การปรึกษาคครอบครัว (Family Counseling) บรรยาการการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ทำที่ และสัมพันธ์ภาพที่มีต่อกัน ส่งผลได้ทั้งทางบวกและทางลบต่อสมาชิกครอบครัว ปัญหาการดื่มสุราเป็นปัญหาพฤติกรรมหนึ่งที่เกิดจากสัมพันธ์ภาพของครอบครัว ครอบครัวจึงจำเป็นต้องเรียนรู้และให้การสนับสนุน มีส่วนร่วมในการบำบัดและปรับเปลี่ยน แนวทางการอยู่ร่วมกัน โดยสมาชิกครอบครัวมีโอกาสพูดคุยและรับการปรึกษาพร้อม ๆ กันกับผู้รับบริการ มีประเด็นดังนี้ การสนับสนุนของครอบครัว การแก้ไขสัมพันธ์ภาพ การวางแผนเป้าหมายในการอยู่ร่วมกัน การอยู่ร่วมกันของครอบครัวและผู้รับบริการ (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2552)

2.2 จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) ทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล เพื่อให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและเข้าใจผู้ป่วย ให้คำแนะนำชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหาวชีวิต (สาวตรี อัยฉัตรกรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

2.3 การบำบัดแบบสั้น (Brief intervention) เป็นการให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงผลเสียของการดื่มสุรา ซึ่งการให้ข้อมูลนี้ครอบคลุมหลายวิธีการ ได้แก่ การให้ความรู้ (Alcohol education) การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice หรือ simple advice) การให้คำปรึกษา (Brief counseling) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดื่มตระหนักถึงปัญหาและลดความเสี่ยงของการดื่ม จูงใจให้บุคคลนั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหยุดดื่มหรือลดการดื่มลง แต่ละวิธีการนั้นเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความรุนแรงต่างกัน (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2553)

2.4 การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) เป็นการสะท้อนข้อมูลและ ให้คำแนะนำ ให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่ม ผลกระทบของการดื่มสุรา และการดื่มแบบเสี่ยงน้อยเพื่อปรับทัศนคติในการดื่ม สร้างความตระหนักถึงปัญหาที่ถูกลมองข้าม มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณและความถี่ในการดื่ม โดยการชักจูง โน้มน้าว และให้กำลังใจ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที เหมาะสำหรับผู้ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinker) มีคะแนน AUDIT 8-15 ซึ่งมีการดื่มเป็นประจำมากเกินไปกำหนดและมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรัง โดยมีแนวทางในการให้คำแนะนำ แบบสั้นดังนี้ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) การให้ความรู้ (Provide information) ผลกระทบการดื่มแบบเสี่ยงสูง การกำหนดเป้าหมาย (Establish a goal) การให้คำแนะนำขีดจำกัดการดื่ม (Give advice on a limit) และ

อธิบายความหมายดื่มมาตรฐาน การให้กำลังใจ (Provide Encouragement) (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2553)

2.5 การบำบัดโดยการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counseling) โดยทั่วไปแล้วเหมาะกับผู้ป่วยที่มีคะแนน AUDIT อยู่ระหว่าง 16-19 ซึ่งมักเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful drinkers) ที่เคยประสบปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตเนื่องจากการดื่มสุราเกินระดับดื่มแบบเสี่ยงต่ำเป็นประจำ หรือเคยได้รับอุบัติเหตุ บาดเจ็บ เกิดความก้าวร้าวรุนแรง มีปัญหากฎหมาย ศักยภาพการทำงานลดลง หรือมีปัญหาสังคมอันเนื่องมาจากการเมาสุราย่อยครั้ง การให้คำปรึกษาแบบสั้น อาจเหมาะสมในผู้ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinkers) ที่จำเป็นต้องหยุดดื่มสุราไปตลอดหรือชั่วคราวเวลาหนึ่ง เช่น หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ห้ามดื่มสุราร่วมด้วย เป็นต้น แม้ว่าการให้การบำบัดแบบสั้นและการให้คำแนะนำแบบสั้นจะมีเป้าหมายเดียวกันคือให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงด้วยการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลง แต่การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counseling) เป็นกระบวนการบำบัดที่เข้มข้นกว่า ใช้องค์ประกอบของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เหมาะในผู้ป่วยดื่มสุราที่เกิดปัญหาขึ้นมาแล้ว ต่างจากการให้คำแนะนำอย่างง่าย (Simple advice) ที่เน้นให้ผู้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างความตระหนักในพฤติกรรมดื่มของตน และอาจเป็นเพียงผู้ป่วยที่ดื่มแบบเสี่ยงแต่ยังไม่เกิดปัญหาขึ้น การให้คำปรึกษาแบบสั้นใช้องค์ประกอบพื้นฐานเดียวกับการให้คำแนะนำอย่างง่าย เพียงแต่ขยายเป้าหมายและวิธีการเพิ่มขึ้นซึ่งต้องมีเนื้อหาและเวลาที่มากกว่าการให้คำแนะนำอย่างง่าย และผู้ให้คำปรึกษาต้องได้รับการฝึกอบรมทักษะการรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจ (empathic listening) และทักษะการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2553)

2.6 การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy: CBT) เป็นวิธีการบำบัดเพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา โครงสร้างการบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ การให้จิตวิทยาการศึกษา การเฝ้าติดตามตนเอง การกำหนดเป้าหมายพฤติกรรม การให้รางวัลเมื่อบรรลุเป้าหมาย การฝึกทำ functional analysis ของสถานการณ์การดื่ม การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา และมีการบ้านเพื่อฝึกปฏิบัตินอกชั่วโมงบำบัด ผลลัพธ์ที่ดีของ CBT มักสัมพันธ์กับการรับรู้ศักยภาพสูงของตนเอง (Self-efficacy) และการที่ผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ไขปัญหามากกว่าวิธีหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่ม การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive therapy) ที่ขาดองค์ประกอบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral therapy) พบว่า ไม่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ที่จำเป็น ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การฝึก assertive training และทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.7 การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) เป็นแนวทางการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นหลัก (Client-centered counseling) เป็นการสนทนาเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (change talk) กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (Self Perception Theory) ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้นจากการได้พูดคุยกับตนเอง (self talk) โดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง (Self Motivational statement: SMS) ซึ่งเป็นข้อความที่ดีในการปรับเปลี่ยนตนเอง เมื่อผู้ป่วยกล่าวข้อความที่ดีกับตนเองนี้ผู้ป่วยจะคิดสิ่งที่ดีมาต่อการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.8 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) เป็นรูปแบบการบำบัดที่อาศัยทฤษฎี Stage of Change และ MI มาจัดเป็นชั่วโมง การบำบัดรักษา 1-4 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยติดสุราให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.9 การดูแลรายกรณี (Case Management) สามารถใช้ดูแลผู้ติดสุราเรื้อรังที่ยังไม่มีเป้าหมายหยุดดื่มโดยเด็ดขาด หรือยังไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ โดยใช้หลักการเดียวกันกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป เช่น เบาหวาน โรคจิตเภท เป็นต้น เพื่อช่วยให้มีความต่อเนื่องในการดูแล (continuity of care) อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพิ่มมากขึ้น บรรเทาอาการทางจิตเวชต่าง ๆ ลดอัตราการกลับไปรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถทางจิตสังคม และคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยบางรายสามารถเข้าสู่การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไปได้ ในบางรายอาจช่วยลดอันตรายหรือประคับประคองไม่ให้อาการแย่ลงเร็ว นอกจากนี้การดูแลแบบ Case Management ยังมีความยืดหยุ่นสามารถผสมผสานเข้าไปในบริการรักษาความเจ็บป่วย ทางกายหรือโรคจิตเวชร่วมได้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.10 การช่วยให้มีการฟื้นตัวทางจิตวิญญาณ (Spirituality Recovery) รูปแบบ การฟื้นตัวทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ติดสุราและสารเสพติดที่เป็นรูปธรรมและได้รับการยอมรับ มานานจนมีเครือข่ายที่ใหญ่โตในปัจจุบัน เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม หรือกลุ่มเอเอ (Alcoholic Anonymous: AA) ซึ่งมีหลัก 12 ขั้นตอน เป็นหลักการที่สำคัญของกลุ่มจนพัฒนาเป็นการให้คำปรึกษาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Steps Facilitation: TSF) และในประเทศไทยได้มีการประยุกต์ให้เข้าหลักพุทธศาสนาเป็นหลัก 12 ขั้นตอน แนวพุทธ (The Buddhist twelve steps) (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.11 พฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสาน (Combined Behavioral Intervention: CBI) ใช้แนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ตลอดการบำบัดรักษา ช่วงแรกใช้วิธีการของ MET ในการจูงใจให้เปลี่ยนแปลงตนเอง มีการวิเคราะห์พฤติกรรมการดื่มด้วย functional analysis เพื่อวางแผนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย ตรวจสอบจุดแข็ง ทักษะ และความสำเร็จในอดีตของผู้ป่วยปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยตามหลัก การเสริมแรงทางสังคม

ดึงสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตลอดการบำบัดรักษา สนับสนุน การรักษาด้วยยา สนับสนุน ให้เข้าร่วมโปรแกรมช่วยเหลือตามหลัก 12 ขั้นตอน ฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การจัดการกับความ อยากสุรา การปฏิเสธการดื่มและแรงกดดันทางสังคม ทักษะการสื่อสาร ทักษะ assertive skill การจัดการ อารมณ์ เป็นต้น ชั่วโมงการบำบัดแต่ละครั้งนานประมาณ 50 นาที จำนวนครั้งยืดหยุ่นมากได้ถึง 20 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความจำเป็นตามกรณีผู้ป่วย (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

3. การดูแลระยะหลังการรักษา (After care) เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมใช้ชีวิตกับ ครอบครัว การรักษาจะเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกดื่มสุราอย่างถาวร หรือควบคุมการดื่มให้น้อยลง โดยรูปแบบการดูแลหลังการรักษามีการดำเนินการหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ 1) มีการดำเนินการ ให้เกิดการจัดการระบบที่รองรับการส่งต่อบริการที่รัดกุมและเป็นรูปธรรม 2) มีการวางแผนการ ให้บริการ (service planning) ให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย 3) ผู้ป่วย สมาชิก ครอบครัว และบุคคลในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดกิจกรรมบำบัดดูแลให้สอดคล้องกับ บริบทสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน 4) หน่วยงานทางด้านสุขภาพที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชนมี แนวทางในการบำบัดดูแลในชุมชนที่ชัดเจน เพื่อให้การบำบัดดูแลในชุมชนเป็นไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ในผู้ป่วยแต่ละรายมีความหลากหลายในความพร้อม ศักยภาพ และความเหมาะสมกับ รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน ตามรูปแบบการบำบัดต่าง ๆ ที่ใช้บำบัดฟื้นฟูในชุมชน เช่น การจัดการ ผู้ป่วยรายกรณี (case management) การบำบัดดูแลหลายระบบ (multi systemic therapy: MST) การบำบัด ดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) รูปแบบการฟื้นฟูทางจิตวิญญาณ การบำบัดฟื้นฟู โดยองค์กรศาสนา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การบำบัดฟื้นฟูผู้ที่มิปัญหาการดื่มสุราโดยชุมชน (พันธัฐภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2553)

จะเห็นได้ว่าการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ การบำบัดดูแลใน ระยะเฉียบพลัน การบำบัดดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และการบำบัดดูแลในระยะหลังการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ที่ครอบคลุมการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราในระยะเฉียบพลันและการบำบัดดูแลในระยะ ฟื้นฟูสมรรถภาพ

สถานการณ์การบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีขนาด 700 เตียง ตั้งอยู่ที่ 131 ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ขนาดเนื้อที่ 51 ไร่ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2550) ในโรงพยาบาลมีหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาจากสุรา 2 หอผู้ป่วย คือ 1)หอผู้ป่วยฝ่ายคำ ดูแลผู้ป่วยชายที่มีปัญหาจากสุรา 2)หอผู้ป่วยจิระดูแลผู้ป่วยหญิงที่มีปัญหาจากสุรา จากสถิติการรับผู้ป่วยโรคติดสุรา เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในปี 2551-2553 พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 913 คน, 1,394 คน และ 1,325 คน ตามลำดับ จากผู้ป่วยใน 1,705 คน, 1,794 คน และ 1,695 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 61.76, 79.49 และ 78.11 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยใน (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553)

โรงพยาบาลสวนปรุงได้มีระบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุราในหอผู้ป่วย และแนวทางในการจัดการกับปัญหาการดื่มสุราซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุราเมื่อจำหน่ายสู่ชุมชนโดยการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราภายหลังที่นอนพักรักษาตัว โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) การบำบัดดูแลในระยะเฉียบพลัน (Acute) มีการประเมินแรกรับ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา ถ้าพบว่ามีระดับการถอนพิษสุราอยู่ในระดับปานกลางหรือรุนแรงจะให้การบำบัดรักษาก่อนส่งไปบำบัดฟื้นฟู และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราด้วยเครื่องมือประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol revised version [CIWA-Ar]) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะถอนพิษสุรา การบำบัดอาการถอนพิษสุราได้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา การให้สารน้ำทางหลอดเลือด การเช็กสัญญาณชีพบ่อย ๆ ผู้ป่วยมีปัญหาทางระบบทางเดินอาหารจำเป็นต้องให้การดูแลใกล้ชิด มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงหากดูแลไม่ดีพอ แนวปฏิบัติการให้ยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรา หรือถ้ามีอาการเกิดขึ้นจะสามารถทำให้ควบคุมอาการได้รวดเร็วโดยการให้ยา ในกลุ่มของเบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepine) เพื่อรักษาอาการ ซึ่งแนวทางการให้ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ การให้ยาตามที่แพทย์กำหนด (Fixed schedule regimen) และการให้ยาตามขนาดความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (Symptom-triggered regimen) และมีการใช้แนวปฏิบัติในการพยาบาลทางคลินิก ดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และโภชนาการ 2) การบำบัดดูแลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) หลังจากพ้นระยะถอนพิษสุราผู้ป่วยจะถูกส่งไปเพื่อเข้ารับการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ โดยใช้แนวปฏิบัติการฟื้นฟู ด้านจิตสังคม การบำบัดทางจิตสังคม ลักษณะของการทำกลุ่มเริ่มจากการประเมินความพร้อมในการรักษาสำหรับผู้ป่วยติดสุรา

(The Stage of Chang Readiness and Treatment Eagerness Scale [SOCRATES-8A]) ได้แก่ ความพร้อมด้านการยอมรับ (recognition) ด้านความลังเลใจ (ambivalence) และด้านการลงมือทำ (taking steps) เพื่อทราบความพร้อมและวางแผนให้บำบัดรักษาทางจิตสังคมที่เหมาะสม ได้แก่ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy [MET]) หรือ Motivational Interviewing [MI]) การบำบัดแบบเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior therapy [CBT]) การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (12-step facilitation) การให้ความรู้เรื่องการดื่มสุราอย่างปลอดภัย (alcohol education) การให้คำปรึกษารอบครัว การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มกิจกรรมบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มได้นานที่สุด 3) การบำบัดดูแลในระยะก่อนจำหน่าย (Pre-discharge) มีการเตรียมผู้ป่วยและญาติโดย การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การมาตรวจตามแพทย์นัด เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้มีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อติดตามประเมินอาการและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในการป้องกันการกลับมาเสพยา (relapse prevention) (พันธู์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ติดสุราในปัจจุบันคือ การผสมผสานการบำบัดทางยาพร้อมกับจิตสังคมบำบัด การบำบัดทางยาช่วยลดบรรเทาอาการถอนพิษสุรา อาการอยากยา และอาการทางจิตเวช ในขณะที่จิตสังคมบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจใน การเปลี่ยนแปลงตนเอง และให้มีทักษะที่จำเป็นต่อการเลิกสุราให้สำเร็จ (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) หลังจากให้การดูแลตามแนวปฏิบัติ 1) ด้านการประเมินพบว่า ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง การบริการอย่างรวดเร็วตรงตาม ปัญหาความต้องการของผู้ป่วย 2) ด้านการบำบัดรักษาอาการถอนพิษสุราพบว่า ได้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราในระยะถอนพิษสุราสำหรับพยาบาลและ การทดลองปฏิบัติพบว่า มีภาวะถอนพิษสุราเฉลี่ย 6 วัน หลังจากได้เพิ่มจำนวนพยาบาลในการดูแล 5 คน พบว่ามีภาวะถอนพิษสุราเฉลี่ย 4 วัน เกิดอุบัติเหตุหกล้ม 18 ราย มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย 21 ราย ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างถอนพิษสุรา 3) การมีแนวปฏิบัติการฟื้นฟูด้านจิตสังคมสำหรับพยาบาล โดยมีการประเมินคัดกรอง และประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม ได้แก่ กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กลุ่มให้คำปรึกษา ผู้มีปัญหาจากสุรา กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มกิจกรรมบำบัดหลังการรักษา พบว่า มีผู้ป่วยโรคติดสุราได้เข้ารับการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราจำนวน 390 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ได้เข้ากลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.6 (ศิริณา ขันธรรม, 2553)

ถึงแม้ว่า โรงพยาบาลสวนปรุงได้มีการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราด้วยวิธีการที่หลากหลาย แต่พบว่าการดูแลในระยะเฉียบพลัน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะก่อนกลับบ้าน ยังขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยบางราย ซึ่งการดูแลที่ไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมในทุกรายอาจเป็น

เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านยังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ และอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาซ้ำด้วยโรคติดเชื้อ ทำให้สถิติจำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำมีจำนวนสูงได้ ในปี 2551-2553 จำนวน 87, 86 และ 112 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 9.5, 6.2, และ 8.5 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จะเห็นได้ว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลยังมีจำนวนที่สูง (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553)

นอกจากนี้การที่โรงพยาบาลสวนปรุงมีระบบการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ตามแนวทางของศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) กำหนดให้มี 1) การกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย 2) มีการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่เริ่มแรก 3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย 4) มีการประเมินและระบุปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล 5) มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง 6) มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วย และข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) และมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ ดังนี้ 1) ความเป็นเลิศด้านการให้บริการแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ 2) ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในคุณภาพการบริการ 3) องค์กรมีคุณภาพและบุคลากรมีความสุขในการทำงาน (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2553) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องนำแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะมาช่วยในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้ออย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยทีมสหวิชาชีพ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ สร้างระบบการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ในการดำเนินการของทีมสหวิชาชีพให้เป็นไปตามระบบการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดพฤติกรรมดื่มเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ทั้งยังทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ความหมายของแผนจำหน่ายผู้ป่วย

แผนจำหน่าย หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในรูปแบบมาตรฐาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีการประสานงานกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินความต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องร่วมกับญาติหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (McKeehan, 1981)

แผนจำหน่าย เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545)

แผนจำหน่าย เป็นกระบวนการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยจากสถานที่หรือสถานบริการหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง เป็นการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสนับสนุนด้านจิตใจ ความรู้ การให้คำปรึกษา และจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Armitage, 1995)

แผนจำหน่าย เป็นกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการประเมินความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ดูแล มีการประสานความร่วมมือของทีม สาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย (Roden & Taft, 1990)

แผนจำหน่าย เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และรวมถึงให้การสนับสนุนการปรับตัวของผู้ป่วยและญาติให้เป็นไปอย่างเหมาะสม (กองการพยาบาล, 2539)

แผนจำหน่าย เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ในกระบวนการจำหน่ายนี้จะมีการประสานงานร่วมกันของทีมผู้ดูแลโดยการติดต่อสื่อสารและตัดสินใจร่วมกันในการใช้แหล่งประโยชน์ให้มากที่สุด (Boonchuang, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า แผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ผ่านการประเมินปัญหาความต้องการร่วมกัน นำไปสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง

องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

แมคคีสัน (McKeehan, 1981) ได้สรุปองค์ประกอบของแผนจำหน่ายไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย มีส่วนสำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือกับบุคลากรในการวางแผนจำหน่าย โดยแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะเริ่มตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ เพื่อจะได้มีเวลาวางแผนจำหน่ายอย่างครอบคลุม
2. การใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ องค์กรหรือสถาบันต่าง ๆ หน่วยงานหรือสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน
3. ภาวะเสี่ยงที่ใช้ในการปฏิบัติของหน่วยบริการสุขภาพ จะต้องได้รับพิจารณา ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและเข้าใจภาวะเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการประเมินคุณภาพย้อนกลับให้ผู้วางภาวะเสี่ยงรับทราบ
4. หน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติงานแบบผสมผสานการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้ไปสู่การให้บริการ ซึ่งจะประสบความสำเร็จได้ต่อเมื่อบุคลากรในทีมสุขภาพมีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ และมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย

รูปแบบแผนจำหน่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแผนจำหน่ายมีหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมีวัตถุประสงค์และวิธีการต่าง ๆ กัน ดังนี้

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้เสนอรูปแบบการวางแผนจำหน่าย METHOD ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล ให้คำแนะนำด้านต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย และญาติ โดยให้ความหมายของอักษรแต่ละตัวดังต่อไปนี้

Medication (M) ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยา

Environment and Economic (E) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ

Treatment (T) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายการรักษา ทักษะในการปฏิบัติตามการรักษา

Health (H) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจข้อจำกัดของภาวะสุขภาพ ผลกระทบของ ภาวะเจ็บป่วยต่อร่างกาย สามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม

Outpatient referral (O) ผู้ป่วยต้องเข้าใจ เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

Diet (D) ผู้ป่วยต้องเข้าใจการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค อาหารที่ควรรับประทานและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง

รอร์ดอน และ ทราฟ (Rorden & Taft, 1990) ได้เสนอรูปแบบแผนจำหน่ายที่เรียกว่า กระบวนการเอ บี ซี (A, B, C) ดังนี้

1) การรวบรวมข้อมูล (assessment [A]) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ระยะแรก ในการปฏิบัติการดูแลของทั้งแพทย์และพยาบาล เพื่อประกอบการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้

2) การสร้างแผนจำหน่าย (building plan [B]) โดยอยู่บนพื้นฐานความจำเป็นของ การวางแผนจำหน่ายที่ประยุกต์ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายในการดูแล

3) การยืนยันแผนจำหน่าย (confirming the plan [C]) เมื่อผู้ป่วยมีการเตรียมให้อยู่ใน ระยะการดูแลที่ต่อเนื่อง และปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

รูปแบบการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย เป็นรูปแบบที่ เน้นความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับข้อมูลด้านการรักษาอย่าง ต่อเนื่อง (Bull, Hansen, & Gross, 2000)

รูปแบบการปฏิบัติร่วมกันแบบหุ้นส่วนในการดูแล เป็นรูปแบบที่มุ่งผลของการใช้ ผู้จัดการทางพยาบาล (nurse case management) ในการประสานดูแลระหว่างทีมสุขภาพและ ผู้ป่วย (Pugh et al., 1999)

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของแมคคีแฮน (McKeehan, 1981) เป็นแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว สามารถนำไปปรับใช้ได้เมื่อ ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ ความช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติ 2) การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนด แผนการ พยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ 5) การติดตามประเมินผล

สรุปได้ว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายมีหลายรูปแบบ ซึ่งมีการรวบรวมข้อมูล ดูแล ผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือ ญาติ ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเป็นไปตามแผนที่วางไว้ เกิดผลลัพธ์ทางการ พยาบาลที่ดี

ขั้นตอนของแผนจำหน่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแผนจำหน่ายมีกระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการนำไปปฏิบัติ โดยขั้นตอนในแผนจำหน่าย ดังนี้ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

1. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (Assessment) เป็นการประเมินปัญหาแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย
2. การวินิจฉัยและวางแผนจำหน่าย (Plan) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยการนำเอาการรวบรวมข้อมูลมาวางแผนจำหน่าย
3. การนำแผนจำหน่ายไปปฏิบัติ (Implement) ทีมสุขภาพมีบทบาทที่สำคัญต่อการนำแผนการจำหน่ายไปใช้ โดยมีหน้าที่เป็นผู้วางแผน ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ให้สำเร็จด้วยวิธีการต่าง ๆ
4. การติดตามประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินผลทั้งระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

จะเห็นได้ว่าในขั้นตอนในการวางแผนจำหน่ายต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ญาติ ทีมสหวิชาชีพ ในการร่วมกันวางแผนรวบรวมข้อมูลปัญหา ความต้องการร่วมกัน แล้วนำข้อมูลมาวินิจฉัย และวางแผนในการนำไปปฏิบัติ นำแผนจำหน่ายไปปฏิบัติ และทำการติดตามประเมินผลที่เกิดขึ้น

บทบาทของบุคลากรทีมสหวิชาชีพในแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทีมสหวิชาชีพ โดยอาศัยความร่วมมือของสหวิชาชีพ (multidisciplinary collaboration) เป็นสิ่งสำคัญที่จะสนับสนุนให้เกิดข้อตกลงเกี่ยวกับเป้าหมายของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยสหวิชาชีพแต่ละสาขาอาจจะออกโปรแกรมที่สะท้อนให้เห็นถึงความร่วมมือกันอย่างเต็มที่ทุกฝ่าย (comprehensive approach) ซึ่งจำเป็นในการวางแผนจำหน่าย การเข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่แรกถือเป็นกุญแจสำคัญในการวางแผนความร่วมมือ (cooperation) การประสานงาน (collaboration) และการสื่อสาร (communication) ที่มีประสิทธิภาพ (Rindeke & Block, 1998) ซึ่งบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด และอื่น ๆ มีบทบาทในการร่วมกันในการกำหนดและปฏิบัติตามแผนจำหน่าย โดยมีพยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดำเนินงาน (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

กองการพยาบาล (2539) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไว้ดังนี้

- 1) ประเมินความต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตัดสินใจเปรียบเทียบกับกระบวนการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วย เพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาสุขภาพ หรือความต้องการการดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจำหน่าย
- 2) ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ ทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องเหมาะสม
- 3) เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือและวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน ให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองตามแผนการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ หรือยากลั้บบ้าน โดยการดัดแปลงกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน
- 5) บริหารจัดการการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม ระหว่างการใช้เวลากับการดูแลให้การพยาบาลกับปัญหาในระยะเฉียบพลัน และเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 6) ส่งต่อแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
- 7) ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนอย่างเป็นระบบเป็นระยะ ๆ ปรับปรุงแผน และวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมตลอดเวลาก่อนจำหน่าย
- 8) ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย
- 9) ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม
- 10) ประชุมปรึกษาหารือในทีมการพยาบาล และทีมสุขภาพเพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่าย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ เช่น การวิเคราะห์สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่าย หรือการประชุมร่วมกับพยาบาลสาธารณสุขที่เยี่ยมบ้านเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัวหลังจำหน่าย

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์ (2546) กล่าวถึงบทบาทของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้มารับบริการ ดังนี้

- 1) แพทย์ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เตรียมแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ

2) พยาบาล เป็นผู้ประสานงานกับทีมผู้ให้บริการ (Coordinator of team services) ตรวจสอบระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ตรวจสอบสภาพจิตใจ ประเมินสภาพเพื่อเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

3) เกสัชกร ประเมินการตอบสนองต่อยา อุบัติการณ์เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ ผลจากการใช้ยา ไม่ถูกต้อง การทบทวนยาก่อนผู้ป่วยพบแพทย์ ให้ข้อเสนอแนะเรื่องยาและความต้องการในการใช้ยา การรับประทานยาที่บ้าน

4) นักสังคมสงเคราะห์ ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยดังนี้ ตรวจสอบผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน เครือข่ายทางสังคม เพื่อน เพื่อนบ้าน ครอบครัว หน่วยงาน องค์กรในชุมชนที่ใช้บริการอยู่ สิ่งแวดล้อมของบ้าน แหล่งประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ความสามารถ อาชีพเดิม ความสามารถในการจัดการกับภาวะเครียด

5) นักจิตวิทยา ประเมินสภาพจิตใจและให้การบำบัดรักษาทางจิตสังคม

6) โภชนากร เลือกวิธี ชนิด ขนาดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

7) นักกิจกรรมบำบัด ประเมินสภาพและเลือกกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จะเห็นได้ว่าบุคลากรทีมสหวิชาชีพทุกคนมีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกัน มีการรวบรวมข้อมูล ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีการประเมินทักษะ ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วย ผสมผสานกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การบริหารเวลา การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการติดตามประเมินผล ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ จึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการใช้แผนจำหน่าย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดี มีความเหมาะสมและได้รับประโยชน์สูงสุด

การนำแผนจำหน่ายไปใช้

การนำแผนจำหน่ายซึ่งเป็นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ไปใช้ เป็นการนำเอาความรู้มาสังเคราะห์ เผยแพร่ และการใช้แผนจำหน่ายมีผลต่อกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการใช้ผลการวิจัยหรือความรู้ที่ทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันอยู่เสมอ โดยมุ่งเน้นการเกิดผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งมีการนำเสนอ ดังนี้

1. ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger's theory diffusion of innovation based model) เป็นการเผยแพร่และนำนวัตกรรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยขั้นตอนการเผยแพร่ นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger, 1995) มี 5 ระยะ ดังนี้

1.1) ระยะเวลาให้ความรู้ (knowledge stage) เป็นระยะที่ให้องค์ความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเริ่มรู้จักและตระหนักในนวัตกรรมนั้น ๆ

1.2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) ซึ่งบุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรมเห็นคุณค่าและประโยชน์ของนวัตกรรม โดยผู้ปฏิบัติงานแสดงทัศนคติที่ดีต่อนวัตกรรม เพื่อให้บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับผลการวิจัย เห็นคุณค่าและประโยชน์ของงานวิจัยนั้น

1.3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น

1.4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคลนำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติโดยตรง โดยอ้อม หรือมีการดัดแปลง

1.5) ระยะยืนยันผลหรือประเมินประสิทธิผล (confirmation stage) เป็นการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมและตัดสินใจจะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น

2. การใช้แผนจำหน่ายตามแนวคิดของสภาวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ได้กำหนดขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการประเมินผลไว้ดังนี้

1) กำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของการดำเนินการ โดยการกำหนดปัญหาที่ควรพิจารณาเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

2) กำหนดทีมสุขภาพเพื่อดำเนินงาน การกำหนดทีมสุขภาพเพื่อพัฒนาแผนจำหน่ายต้องประกอบด้วยทีมผู้เชี่ยวชาญที่มาจากบุคลากรทีมสหวิชาชีพ และเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมองเห็นความสำคัญของการพัฒนาแผนจำหน่าย เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา เป็นต้น

3) กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ การกำหนดวัตถุประสงค์ซึ่งคาดว่าจะเป็นประโยชน์จากการนำแผนจำหน่ายไปใช้ โดยมีวัตถุประสงค์ตามประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการปรับปรุงให้มีความชัดเจน สอดคล้อง เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

4) กำหนดผลลัพธ์ของการดูแล การกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพของการนำแผนจำหน่ายมาใช้ ทำให้มีผลลัพธ์ดีขึ้น โดยอาจเป็นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาวได้

5) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ การสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์จะต้องมีการสืบค้นอย่างเป็นระบบทั่วถึงทุกแหล่งของข้อมูล โดยการทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข และวิเคราะห์ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือที่สุด เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ดีและเหมาะสมที่สุด โดยต้องมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันของทีมพัฒนา ต้องมีการกำหนดคำสำคัญของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ขอบเขต

เป้าหมายในเรื่องที่ต้องการพัฒนา กำหนดแหล่งสืบค้นและวิธีการสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยสืบค้นจากฐานข้อมูลที่สามารถสืบค้นงานวิจัยและวรรณกรรมที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ

6) กำหนดแนวปฏิบัติจากหลักฐานที่ดีที่สุดโดยพิจารณาจากข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ รูปเล่มแผนจำหน่ายต้องได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญโดยที่ผู้เชี่ยวชาญภายนอกที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา โดยกำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิกที่พัฒนาแผนจำหน่าย และอย่างน้อยควรมีผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแผนจำหน่าย 2 คน เพื่อตรวจสอบกระบวนการพัฒนา ซึ่ง แผนจำหน่ายฉบับร่างต้องได้รับการตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะ ประเมินความเที่ยงตรงของเนื้อหาและภาษาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ทีมพัฒนานำข้อเสนอแนะที่ได้มาทำการปรับปรุงแก้ไขแผนจำหน่าย ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้

7) นำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย

8) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติมีการกำหนดผลลัพธ์อย่างชัดเจนโดยประเมินคุณค่าและประสิทธิผลของการปฏิบัติทั้งด้านผลลัพธ์และด้านกระบวนการ ที่ได้หลังจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

การนำแผนจำหน่ายไปใช้ตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ สภาวิชาชีพแพทยและสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการนำแผนจำหน่ายไปใช้ปฏิบัติตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพแพทยและสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ตามแนวทางที่ผู้พัฒนาแผนจำหน่ายได้ใช้ในการพัฒนาแผนจำหน่าย โดยมีการดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขึ้นดำเนิน และขึ้นประเมินผล ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ดังนี้

1) นำแนวปฏิบัติไปใช้ เป็นความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นที่ 1 การเผยแพร่แนวปฏิบัติ (Dissemination of Guidelines) อยู่ในขั้นเตรียมการ

1.1) ให้กลุ่มเป้าหมายหรือผู้ใช้นโยบายสามารถเข้าถึงแนวทางหรือสาระสำคัญของแนวปฏิบัติได้ (Making the guidelines accessible) แนวทางที่จะนำเสนอควรมีการสร้างใน

รูปแบบที่ชัดเจนเหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันสามารถเกิดความเข้าใจที่ตรงกันได้
เหมาะสมสำหรับผู้ใช้นโยบาย

1.2) การจัดพิมพ์เอกสารแนวปฏิบัติในการประกอบการใช้ (Publishing the guidelines) สิ่งที่จะจัดพิมพ์ควรมีความครอบคลุม สรุปเนื้อหาสำคัญเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ เช่น การตีพิมพ์ในวารสาร จดหมายข่าวของสมาคมวิชาชีพ ในจดหมายข่าวของสถาบันหรือหน่วยงาน การเผยแพร่บนอินเทอร์เน็ตและเชื่อมโยงกับเว็บไซต์ที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย เทปเสียงหรือวิดีโอ ในการจัดพิมพ์เผยแพร่การใช้แนวปฏิบัติต้องใช้ภาษาและรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

1.3) เผยแพร่ข้อมูลแก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติหรือกลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสม (Informing the target audience of the guidelines' availability) เป็นการทำให้กลุ่มเป้าหมายทราบแนวทางในการใช้แนวปฏิบัติอย่างเหมาะสมและสามารถเผยแพร่ไปยังกลุ่มเป้าหมายหรือผู้สนใจอื่นได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น เช่น การซื้อระดับชาติภูมิภาคและท้องถิ่น การประชาสัมพันธ์ผ่านสมาคมวิชาชีพ การประชาสัมพันธ์ผ่านวารสาร การอภิปรายในสถานที่ประชุมสัมมนา การนำเสนอในการประชุมวิชาการ

ขั้นที่ 2 การใช้แนวปฏิบัติ (Implementation of Guidelines) โดยการร่วมกันวางแผนในการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ อาศัยการมีส่วนร่วมตลอดระยะเวลาในการเผยแพร่และใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

2.1) การใช้ความคิดเห็นเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและผลลัพธ์ (The use of opinion leaders) โดยใช้ความคิดเห็นและกระบวนการในการวิเคราะห์เพื่อให้เห็นปัญหาและ กลยุทธ์ที่จะปรับใช้ในการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการปฏิบัติ

2.2) มีการรับรองโดยกลุ่มทางคลินิก (Endorsement by clinical groups) ถ้าแนวทางการได้รับการรับรองโดยกลุ่มวิชาชีพ เช่น วิทยาลัยและสถาบันสุขภาพแห่งชาติและ สภาวิชาชีพทางการแพทย์ที่มีแนวโน้มที่จะถูกนำขึ้นโดยแพทย์ และการรับรองโดยกลุ่มสหวิชาชีพ ยังเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากกระบวนการจากการรับรองหมายถึงแนวทางที่จะถูกตรวจสอบ อย่างใกล้ชิดโดยแพทย์ อาจนำไปสู่การปรับตัวเพื่อให้เหมาะกับแต่ละวิชาชีพจึงนำไปสู่ความรู้สึกของการเป็นผู้นำในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

2.3) เชิญชมการปฏิบัติงานจากผู้เชี่ยวชาญ (Practice visits from influential experts) ทำให้ได้รับคำแนะนำในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ การเยี่ยมชม การปฏิบัตินี้มีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของผู้ปฏิบัติ

2.4) การให้ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย (Education of patients and patient-mediated intervention) โดยให้ความรู้และข้อมูลตามคู่มือแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงใน

การให้บริการทางคลินิก เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น โดยการเปรียบเทียบหาความแตกต่างระหว่างผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันกับมาตรฐานที่ควรเป็นและวิเคราะห์ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถนำไปปรับใช้ในองค์กรได้อย่างไร และการนำไปใช้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2.5) วัสดุที่ใช้ในการศึกษา (Educational materials) จัดทำเอกสาร แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีการปรับให้มีความเหมาะสมและมีการสื่อสารสำคัญของแนวปฏิบัติ ทางคลินิกที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี โดยมีรูปแบบเป็นการเรียนรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ต่าง ๆ

2.6) จัดสัมมนาและประชุมทางวิชาการ (Seminars and conferences) โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

2.7) ระบบการแจ้งเตือนในการปฏิบัติทางคลินิกประจำวัน (Reminder systems incorporated in clinicians' daily work) มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ สิ่งที่ต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจะปรากฏในคอมพิวเตอร์ทันทีเป็นการเตือนให้ปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติได้อย่างทันทั่วทั้งที่และเกิดประสิทธิผลที่ดี

2.8) การประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ (Quality assurance and quality improvement) การประกันคุณภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับ แนวปฏิบัติทางคลินิก กิจกรรมในการประกันคุณภาพส่งเสริมให้มีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางคลินิกไปสู่งานประจำ ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีการรวบรวมข้อมูลสำหรับการตรวจสอบและรับรองคุณภาพโดยสถาบันภายนอกได้

2.9) การปรับตัวและการรวมตัว (Local adaptation and incorporation) การพัฒนาการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยกลุ่มวิชาชีพที่จะนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละวิชาชีพ มีการเผยแพร่โดยใช้เอกสาร แผ่นดิสก์ หรืออินเทอร์เน็ต

2.10) แรงจูงใจ (Incentives) แนวปฏิบัติที่มีอยู่จะนำไปใช้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อผู้ปฏิบัติมีแรงจูงใจ เป็นงบประมาณทางคลินิก ค่าตอบแทน การได้รับ การยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญ การรับรองการศึกษา คำชื่นชมจากผู้ร่วมงาน

2.11) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (The use of information technology) ตามความคิดเห็นของนักพัฒนาแนวปฏิบัติของออสเตรเลีย เทคโนโลยีสารสนเทศมีบทบาทสำคัญ ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เช่น อินเทอร์เน็ตและการปรับปรุงระบบการจัดการข้อมูลและกลยุทธ์ในการดำเนินการในอนาคต ตลอดจนการเรียนรู้ต่างๆที่นำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ขั้นที่ 3 การจัดการระบบ (A systems approach) หากแนวทางมีผลกระทบต่อแนวปฏิบัติ ต้องมีการวางกลยุทธ์ที่มีคุณภาพ มีการวางแผนปรับปรุงบูรณาการ ทบทวน และปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติทางคลินิก เช่น การทบทวนและการศึกษาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพเพื่อการประกัน การตรวจสอบประสิทธิภาพและการรับรองเพื่อส่งเสริมและปรับปรุงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพ

2) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ (Evaluation) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ มีการกำหนดผลลัพธ์อย่างชัดเจน โดยประเมินคุณค่าและประสิทธิผลของการปฏิบัติทั้งด้านผลลัพธ์และด้านกระบวนการ ที่ได้หลังจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ อยู่ในขั้นประเมินผล ซึ่งต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

การเผยแพร่แนวปฏิบัติ (Evaluation of dissemination) ในการเผยแพร่มีการประเมินเอกสารที่ตีพิมพ์หรือโปสเตอร์ ประเมินความเข้าใจความรู้ความเข้าใจของผู้อ่านว่ามีความเข้าใจแนวปฏิบัติมากน้อยเพียงใด เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงการยอมรับในแนวปฏิบัติและกลยุทธ์ที่ใช้ในการเผยแพร่ว่าบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

การประเมินผลของการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติทางคลินิกและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Evaluation of changes in clinical practice and health outcomes) โดยการศึกษาข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างจริงจังและผู้ที่ปฏิบัติไม่จริง และเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

การประเมินผลการสนับสนุนแนวทางของการเปลี่ยนแปลงในทางคลินิกผลการปฏิบัติงาน และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Evaluation of the guidelines' contribution to changes in clinical practice and health outcomes) ประเมินการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของแต่ละวิชาชีพ การประเมินแนวปฏิบัติเป็นสิ่งสำคัญที่มีการมุ่งเน้นด้านกระบวนการ การเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยในการปฏิบัติหรือแนวปฏิบัติ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินการปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติ

การประเมินผลของผู้ใช้แนวปฏิบัติ (Evaluation of consumer guidelines) ในการประเมินผลของผู้ใช้แนวปฏิบัติมีแนวทางการประเมินดังนี้ การเข้าถึงแนวปฏิบัติ ความชัดเจนของแนวปฏิบัติ ปริมาณข้อมูลที่มีในแนวปฏิบัติ บทบาทของแต่ละวิชาชีพในแนวปฏิบัติ ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ

การประเมินผลค่าใช้จ่าย (Economic of consumer guidelines) ประเมินค่าใช้จ่ายในกระบวนการพัฒนาเผยแพร่และดำเนินการตามแนวปฏิบัติ และการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติและหลังมีการใช้แนวปฏิบัติ

การรายงานการประเมินผล (Reporting on the evaluation) โดยการนำเสนอในส่วนของข้อเสนอแนะที่ได้ ข้อจำกัด และประโยชน์ที่ได้รับจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ถูกพัฒนาขึ้นในปี 2553 โดย พิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบูลย์ และทีมพัฒนาแผนจำหน่าย และพัฒนาตามแนวคิด 5 ขั้นตอนของ แมคคีแชน (McKeehan, 1981) ก่อนที่จะนำแผนจำหน่ายมาใช้ได้มีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; AGREE, 2001) แปลโดย จีวีวรรณ ธงชัย (2547) โดยมีการประเมิน 6 หมวด ดังนี้

1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์

- 1.1) แนวปฏิบัติมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง
- 1.2) คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก
- 1.3) ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้

2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

- 2.1) ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพ
- 2.2) ผู้ให้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น
- 2.3) มีการระบุกลุ่มผู้ที่จะใช้แนวปฏิบัติชัดเจน
- 2.4) แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย

3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

- 3.1) มีการสืบค้นงานหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ
- 3.2) ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยชัดเจน
- 3.3) ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน
- 3.4) มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบและความเสี่ยง ในการกำหนดข้อเสนอแนะ
- 3.5) ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน
- 3.6) แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒินอกองค์กรก่อนนำมาใช้
- 3.7) ระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย

4) ความชัดเจนและการนำเสนอ

- 4.1) ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปธรรม เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์และกลุ่มผู้ป่วยตามทีระบุในหลักฐาน
- 4.2) ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์
- 4.3) ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย
- 4.4) มีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ เช่น อาจเป็นในรูปแบบของ แผนผังสรุปแนวทางที่ต้องทำ

5) การประยุกต์ใช้

- 5.1) ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้
- 5.2) มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ
- 5.3) แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยเสมอ

6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ

- 6.1) แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากผู้จัดทำ
- 6.2) มีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ

โดยผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าคะแนนรวมทุกหมวด คิดเป็นร้อยละ 88.43

โดยแผนจำหน่ายจะแบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

- 1) การดูแลในระยะเฉียบพลัน(Acute) อยู่ในระยะ 24-72 ชั่วโมง
- 2) การดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) อยู่ในระยะ 1-2 สัปดาห์
- 3) การดูแลในระยะก่อนจำหน่าย (Pre-discharge) อยู่ในช่วงสัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป โดยนำแผนจำหน่ายไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย โดยแบ่งแผนจำหน่ายออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับการได้รับบริการตามแผนจำหน่ายของผู้ป่วยและญาติ แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แผนจำหน่ายของทีมสหวิชาชีพ ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแผนจำหน่าย และมี การวัดผลลัพธ์ที่ใช้ในแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดสุราคือ

- 1) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมลดการดื่มสุราลดลง
- 2) อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันลดลงร้อยละ 80
- 3) อัตราความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา

ร้อยละ 80

- 4) อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยร้อยละ 80
- 5) อัตราความพึงพอใจของญาติร้อยละ 80 โดยแผนจำหน่ายประกอบด้วย

1) การดูแลระยะเฉียบพลัน อยู่ในระยะ 24-72 ชั่วโมง ได้แก่

- 1) การประเมินปัญหาเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาต่าง ๆ

- 1.1) ประเมินสภาพด้านร่างกายลักษณะทั่วไป การเคลื่อนไหวของร่างกาย

น้ำหนัก ส่วนสูง รวมถึงค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ประเมินปัญหาพฤติกรรม การดื่มสุรา ความรุนแรงในการดื่มสุรา เช่น ประวัติการดื่ม ปริมาณ ความถี่ในการดื่ม การดื่ม ครั้งสุดท้าย การใช้สารเสพติดอื่นร่วม การดื่มสุราในครอบครัว/ญาติสายตรง สิ่งจูงใจในการหยุดดื่ม

ประเมินความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของการถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised version (CIWA-Ar) ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัวโดยการตรวจวัดสัญญาณชีพ (vital sign) สัญญาณประสาท (neurological sign) และ Glasgow coma score ประเมินภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินโรคร่วมทางจิตเวช

1.2) ประเมินสภาพจิตใจ/อารมณ์

1.3) การประเมินทางสังคมของผู้ป่วยและญาติ

1.4) การประเมินทางด้านจิตวิญญาณ

2) สรุปปัญหาที่ได้ในระยะเย็บแผล

3) การดูแลในระยะเย็บแผล ได้แก่ การดูแลรักษาอาการถอนพิษสุราด้วยยา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยา การดูแลการได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ การเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย การพิจารณาผู้ก่อกวนมีงุนงงสับสน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

2) การดูแลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ อยู่ในระยะ 1-2 สัปดาห์ ได้แก่

2.1) การประเมินเพื่อรับการบำบัดทางจิตสังคม แพทย์ตรวจเยี่ยมประเมินอาการและประเมินผลการรักษา พยาบาลประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราเพื่อส่งเข้ากลุ่มบำบัดทางจิตสังคม ตรวจสภาพจิต MMSE (Mini Mental Status Examination) เพื่อดูความสามารถและศักยภาพในการเข้ากลุ่ม พยาบาลประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มโดยใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปชาสคา และไดคเคิลเมนเท (Prochaska & Diclement, 1982) เพื่อประเมินเข้ากลุ่มต่าง ๆ พยาบาลประเมินสถานการณ์เสี่ยงและทักษะในการจัดการกับปัญหา นักจิตวิทยาประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางจิตตามความเหมาะสม นักสังคมประเมินปัญหาและวินิจฉัยปัญหาทางสังคมรวมถึงประเมินความเข้มแข็งหรือจุดแข็งในชีวิตและแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสู่ชุมชน นักกิจกรรมบำบัดประเมินปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงประเมินศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.2) การสรุปปัญหาที่ได้ในระยะฟื้นฟูจิตใจ

2.3) การให้การบำบัดรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ นักจิตวิทยาประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ประเมินขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) บำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมทั้งแบบกลุ่ม/แบบรายบุคคล (CBT Group/Individual) การบำบัดแบบ การยอมรับโดยพันธะสัญญา (acceptance and commitment behavioral therapy:ACT) กลุ่มให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ

แอลกอฮอล์ (alcohol counseling group) การทดสอบทางจิตวิทยา (psychological Testing) การทำครอบครัวบำบัด (family therapy) จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) จิตบำบัดแบบกลุ่ม (group psychotherapy) พยายามให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามคู่มือคลายเครียด ฝึกทักษะด้านต่าง ๆ เช่น ทักษะการจัดการกับปัญหา ทักษะการสื่อสาร ทักษะการปฏิเสธ ทักษะ การตัดสินใจ

3) การดูแลในระยะก่อนจำหน่าย (Pre-Discharge) ได้แก่

3.1) การประเมินความต้องการความรู้ความเข้าใจและความต้องการช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติภายหลังจำหน่าย

3.2) สรุปปัญหาที่ในระยะก่อนจำหน่าย

3.3) การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย พยายามให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคจิตสุรา เกสเซอร์ให้ความรู้เบื้องต้นเรื่องการรับประทานยา จัดหาข้อมูลยาเพื่อประกอบการพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลต้นสังกัด โภชนาการให้ความรู้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการได้รับสารอาหารเฉพาะโรคให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นักสังคมสงเคราะห์ให้คำปรึกษาคครอบครัว/ญาติ มีการเตรียมครอบครัว เตรียมชุมชนในการดูแลผู้ป่วย จัดหาและประสานทรัพยากรทางสังคม เช่น ที่อยู่อาศัย รวมถึงให้ข้อมูลดำเนินการเรื่องสิทธิ นักกิจกรรมบำบัดมีการติดตามประเมินผลร่วมกับเจ้าหน้าที่ในตึก เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสู่ชุมชนหลังจากผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม ให้ข้อมูลด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมถึงมีการเตรียมความพร้อมโดยการติดต่อโรงพยาบาล สถานีอนามัย มีการติดต่อผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำในชุมชนในการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ และการดำรงชีวิตในชุมชน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย

การใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุรา

การใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุรา มีการดำเนินการตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) คือ มีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร และเครื่องมือที่ใช้นำลงสู่การปฏิบัติจริง ตามขั้นตอนดังนี้

1. มีการประชุมทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุราเพื่อให้ทราบข้อมูลเนื้อหาสาระสำคัญเกี่ยวกับแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุรา เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการนำแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุราไปใช้ โดยมีการจัดพิมพ์เอกสารคู่มือแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุรา เพื่อ

ประกอบในการปฏิบัติในรูปแบบที่อ่านง่าย มีความชัดเจนและครอบคลุมเนื้อหาทุกส่วน มีการระบุแหล่งที่มาของหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ และเอกสาร คู่มือต่าง ๆ ในภาคผนวก

2. จัดทำคู่มือแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อไปให้หน่วยงานของทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล แผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ งานโภชนาการ กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์

3. จัดประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องในทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับแผนจำหน่าย เพื่อให้บุคลากรรับทราบพร้อมทั้งมีการเผยแพร่ให้แก่ทีมในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เพื่อให้มีความรู้ที่ครอบคลุมและปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ร่วมกับการกำกับติดตามในการใช้แผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

4. จัดประชุมทางวิชาการ (conference) โดยการประชุมและเน้นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายของบุคลากรทีมสหวิชาชีพ และการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

5. การเสริมแรงจิตใจ การนำแผนจำหน่ายไปใช้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต้องมีการเสริมแรงจิตใจ โดยการมีการรับรองแผนจำหน่ายทางคลินิกโดยผู้เชี่ยวชาญและงบประมาณในการจัดทำเอกสารความรู้ สื่อต่างๆที่ใช้ในการปฏิบัติตามกระบวนการในแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

6. เผยแพร่ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วยโรคติดเชื้อญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โดยให้ความรู้และข้อมูลตามคู่มือแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนและการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. ภายหลังการนำแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อไปใช้ มีการรวบรวมผลลัพธ์ที่ได้กำหนดไว้ในแผนจำหน่าย นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ และนำเสนอในทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และนำเสนอในการประชุมประจำปีของโรงพยาบาล (พิมพ์ใจ เณกิจจาไพบุลย์ และคณะ, 2553) โดยมีการประเมินผลลัพธ์ของผู้ได้รับบริการตามแผนจำหน่ายโรคติดเชื้อและผู้ใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแลที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติและช่วยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม อีกทั้งยังช่วยลดระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นลงและทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งขณะที่รักษาในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว ซึ่งการวางแผนที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วย มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี สามารถตัดสินใจแก้ปัญหของตนเองได้ รวมถึงสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้ดีขึ้น (พิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบูลย์ และคณะ, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทีมพัฒนา แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ได้นำแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุราโรงพยาบาลสวนปรุง ดังนี้

1. กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุราซึ่งควรจะเป็นปัญหาสำคัญที่หน่วยงานต้องการจะปรับปรุงคุณภาพ หน่วยงานเห็นพ้องต้องกัน สามารถทำได้ จากการทบทวนผลลัพธ์ในเรื่องเหล่านั้น เช่น ผลลัพธ์ที่ไม่ดีที่พบบ่อย ในหน่วยงาน มีความเสี่ยงสูง ค่าใช้จ่ายสูง มีการปฏิบัติที่หลากหลายทำให้เกิดผลกระทบ ต่อการดูแลรักษาและคุณภาพการบริการ เกิดภาวะแทรกซ้อนมาก โดยได้มาจากความคิดเห็นของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

2. การกำหนดทีมพัฒนาแผนจำหน่าย การกำหนดทีมเพื่อพัฒนาแผนจำหน่ายจะต้องประกอบด้วยทีมผู้เชี่ยวชาญที่มาจากบุคลากรทีมสหวิชาชีพและเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมองเห็นความสำคัญของการพัฒนาแผนจำหน่าย เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก เป็นต้น ทีมงานควรเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะในเรื่องที่ต้องการพัฒนา มีความชำนาญในเรื่องที่จะทำการสืบค้นอ่านประเมินผล คัดเลือกหลักฐาน (โดยเฉพาะงานวิจัย) ได้ จำนวนสมาชิกควรอยู่ระหว่าง 5-10 คน เพื่อความสะดวกในการนัดหมายประชุมทำงาน

3. การกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ การกำหนดวัตถุประสงค์ซึ่งคาดว่าจะ เป็นประโยชน์จากการนำแผนจำหน่ายไปใช้โดยมีวัตถุประสงค์ตามประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการปรับปรุงให้มีความชัดเจน สอดคล้อง เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และการกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพของการนำแผนจำหน่ายมาใช้ ทำให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น โดยอาจเป็นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาวก็ได้

4. การสืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐาน การสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ จะต้องมีการสืบค้นอย่างเป็นระบบและทั่วถึงทุกแหล่งของข้อมูล โดยการทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขและวิเคราะห์ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือที่สุด เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของการให้การดูแลผู้ป่วยที่ดีและเหมาะสมที่สุด โดยต้องมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกันของทีมพัฒนา ต้องมีการกำหนดคำสำคัญของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ขอบเขตและ

เป้าหมายในเรื่องที่ต้องการพัฒนา กำหนดแหล่งสืบค้นและวิธีสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลที่สามารถสืบค้นงานวิจัยและวรรณกรรมที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ความรู้เชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด เหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติ การคัดเลือกและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ต้องกระทำอย่างเป็นระบบ

5. การยกร่างแผนจำหน่ายตามแนวคิดกระบวนการวางแผนจำหน่ายของแมคคีเสน (McKeehan, 1981) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในปัจจุบันและก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) การวินิจฉัยปัญหาจากการรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสมได้ 3) การกำหนดแผนการดูแลร่วมกันโดยผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลด้านสุขภาพ และ 5) การประเมินผลที่เกิดขึ้นจริงภายหลัง การดูแลตามแผน

6. การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ รูปเล่มแผนจำหน่ายฉบับร่างต้องได้รับ การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา โดยกำหนดให้มีผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิกที่พัฒนาแผนจำหน่าย และอย่างน้อยควรมีผู้เชี่ยวชาญ ในการพัฒนาแผนจำหน่าย 2 คน เพื่อตรวจสอบกระบวนการพัฒนา ซึ่งแผนจำหน่ายฉบับร่างต้องได้รับการตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะ ประเมินความเที่ยงตรงของเนื้อหาและภาษา จากผู้เชี่ยวชาญ แล้วทีมพัฒนานำข้อเสนอแนะที่ได้มาทำการปรับปรุงแก้ไขแผนจำหน่าย ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสม ก่อนนำไปทดลองใช้

7. การทดลองใช้แผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย 5 ราย เพื่อดูความเป็นไปได้ของการใช้ จากนั้นทีมพัฒนาแผนจำหน่ายทำการประเมินผลการทดลองใช้ หลังจากนั้นนำผลการประเมินได้มาปรับปรุงแผนจำหน่ายให้มีความเหมาะสม และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้สมบูรณ์ก่อนนำไปปฏิบัติจริง แผนจำหน่ายเมื่อพัฒนาเสร็จแล้วควรมีการนำมาทดลองใช้ และสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขให้ดีและเหมาะสมที่สุดก่อนนำไปใช้จริงต่อไป

ประสิทธิผลของการใช้แผนจำหน่าย

ประสิทธิผลการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ หมายถึง การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แผนจำหน่ายดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มที่ได้รับแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง ประเมินโดยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา ขององค์การอนามัยโลก (Alcohol Use Identification Test) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรศ ศิลปกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552)
2. ผู้ป่วยไม่มีการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคติดสุราภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินโดยแบบบันทึกข้อมูลจำนวนครั้งการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
3. ทีมสหวิชาชีพที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา มีความพึงพอใจในการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ ของ พิมพวิไล เจริญกิจจาไพบูลย์ (2553) อยู่ในระดับดี ประเมินโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แผนจำหน่ายของผู้ป่วยโรคติดสุราที่สร้างขึ้นโดย พิมพวิไล เจริญกิจจาไพบูลย์ (2553)
4. ผู้ป่วยโรคติดสุรา มีความพึงพอใจในการได้รับบริการตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ ของ พิมพวิไล เจริญกิจจาไพบูลย์ (2553) อยู่ในระดับดี ประเมินโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับบริการแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุราที่สร้างขึ้นโดย พิมพวิไล เจริญกิจจาไพบูลย์ (2553)
5. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา มีความพึงพอใจในการได้รับบริการตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ ของ พิมพวิไล เจริญกิจจาไพบูลย์ (2553) อยู่ในระดับดี ประเมินโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับญาติเกี่ยวกับการได้รับบริการแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุราที่สร้างขึ้นโดย พิมพวิไล เจริญกิจจาไพบูลย์ (2553)

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โรคติดสุราเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคติดสุรา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม จากการให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย ฝ่ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ป่วยโรคติดสุราจำนวนหนึ่งเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ยังคงมีพฤติกรรมการดื่มสุรา ส่งผลให้มีการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลสวนปรุงได้มีการดูแลที่หลากหลายและให้การดูแลในทุกระยะของการรักษา แต่ยังเกิดความไม่ต่อเนื่องในผู้ป่วยทุกราย ผู้ศึกษาจึงได้นำแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ของ พิมพวิไล เจริญกิจจาไพบูลย์ (2553) มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา 3 ระยะ คือ 1) การดูแลระยะเฉียบพลัน (Acute) อยู่ในระยะ 24-72 ชั่วโมง 2) การดูแลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) อยู่ในระยะ 1-2 สัปดาห์ 3) การดูแลในระยะก่อนจำหน่าย (Pre-discharge) โดยได้

นำแนวคิดในการนำหลักฐานที่ดีที่สุดไปใช้ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งได้กำหนดขั้นตอนการประเมินประสิทธิผลการนำแผนจำหน่ายไปใช้ และการประเมินผลแผนจำหน่ายไว้คือ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และประเมินผลการใช้ แนวปฏิบัติ ดำเนินการโดยมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการใช้ แผนจำหน่าย และขั้นประเมินผล ดังนั้นแผนจำหน่ายเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดระบบการบริการที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นการเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วย ได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่องเป็นมาตรฐานเดียวกัน การใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ จะสามารถลดพฤติกรรมการดื้อยา ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 28 วัน ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ มีความพึงพอใจในการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วย โรคติดเชื้อ