

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ผู้ศึกษาได้ศึกษาดำรงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคติดสุรา
 - 1.1 ความหมายของโรคติดสุรา
 - 1.2 การวินิจฉัยโรคติดสุรา
 - 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นโรคติดสุรา
 - 1.4 ผลกระทบของการเป็นโรคติดสุรา
 - 1.5 วิธีการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุรา
2. การวิเคราะห์สถานการณ์
3. สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก

จังหวัดตาก

แนวคิดเกี่ยวกับโรคติดสุรา

ความหมายของโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้คำกล่าวเกี่ยวกับโรคติดสุรา การติดสุรา การเสพติดสุรา โรคติดสุราเรื้อรัง ภาวะติดสุราซึ่งพบที่มีความหมายเดียวกัน (Alcohol dependence) จึงขอใช้คำว่าโรคติดสุรา แทนคำกล่าวถึง Alcohol dependence ดังนี้

มานิต ศรีสุรگانนท์ (2552) ได้ให้ความหมายไว้ว่า โรคติดสุราหมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการเสพสุราอย่างไม่เหมาะสม แสดงถึงการปรับตัวไม่ดี (maladaptive) ซึ่งนำไปสู่การเสื่อมเสียอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (clinically significant impairment) หรือรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (distress) มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ การงาน และความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง มีภาวะถอน

(withdrawal) และภาวะดื้อต่อสุรา (tolerance) มีอาการแสดงอย่างน้อย 3 อาการ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คือ 1) ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้น (อาการดื้อยา) 2) มีอาการทางกายเมื่อไม่ได้ดื่ม (อาการขาดยา) 3) ควบคุมการดื่มไม่ได้ 4) มีความต้องการเลิกดื่มได้ทำไม่สำเร็จ 5) หมกมุ่นอยู่กับการดื่มและหาสุรามาดื่มมากขึ้น 6) มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพการงาน 7) ยังคงดื่มอยู่ทั้งๆ ที่มีผลเสียเกิดขึ้น

พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ (2549) ให้ความหมายของโรคติดสุราว่า หมายถึงการดื่มจนมีผลกระทบต่อชีวิตในหลายๆ ด้าน ผู้ดื่มมักใช้เวลาส่วนใหญ่ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม ต้องการดื่มในปริมาณมากขึ้น ถ้าหยุดหรือดื่มน้อยลงจะเกิดอาการถอนพิษสุรา เช่น มือสั่น เหงื่อออก นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่ายจนถึงชักเกร็งได้ ที่สำคัญคือผู้ดื่มไม่สามารถควบคุมการดื่มหรือไม่สามารถเลิกดื่มได้ และยังคงดื่มต่อไปทั้งๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ

ชาร์ร็อคซ์ และเฮลส์ (Shahorkh & Hales อ้างใน สุนทรี ศรีโกไสย, 2548) ให้ความหมายของโรคติดสุรา (alcohol dependence) ว่าเป็นลักษณะของการติดที่มีอาการทนทานต่อฤทธิ์ของสุรา (tolerance) หรือเกิดอาการขาดสุรา เมื่อหยุดดื่ม หรือเมื่อลดปริมาณการดื่มลง มีอาการเสพติดทางจิตใจ (psychological dependence) และสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม ชีวิตการทำงาน

บาเบอร์, ฮิงกินส์-บิดเดิล, ซาว์นเดอร์, และมอนเทียโร (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monterio, 2001) ให้ความหมายของโรคติดสุราว่า เป็นกลุ่มอาการทางด้านพฤติกรรม ความคิด และการแสดงทางร่างกาย ที่เป็นผลมาจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน ได้แก่ การมีความต้องการอย่างมากที่จะดื่มสุรา ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มได้ ยังคงดื่มทั้งๆ ที่มีผลเสียตามมา ให้ความสำคัญกับการดื่ม มากกว่ากิจกรรมอื่นแม้เป็นหน้าที่การงาน มีความทนต่อฤทธิ์ของสุรามากขึ้น และมีอาการทางกายเมื่อหยุดดื่ม

สถาบันแห่งชาติในเรื่องการเฝ้าดื่มแอลกอฮอล์และโรคพิษสุรา (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2003) ได้ให้ความหมายโรคติดสุราว่า เป็นลักษณะการติดแอลกอฮอล์ด้านร่างกายที่ต้องมีการเพิ่มปริมาณการดื่มเพื่อให้ได้ผลจากแอลกอฮอล์ หรือมีอาการขาดแอลกอฮอล์ภายใน 4-12 ชั่วโมง หลังจากอดหรือหยุดดื่ม ได้แก่อาการทนต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ (tolerance) อาการขาดแอลกอฮอล์ (signs of withdrawal) การไม่สามารถลดหรือควบคุมการดื่มได้ (diminished control over drinking) และอาการทางด้านร่างกายที่ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์เกิดขึ้นอย่างชัดเจนแล้วก็ตาม

ดังนั้นสรุปความหมายของโรคติดสุราว่าเป็นลักษณะการดื่มสุราที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งปริมาณ ความถี่ หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ จะมีการดื่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลหรือฤทธิ์จากสุรา หากลดการดื่มลงหรือหยุดดื่มจะมีอาการขาดสุราเกิดขึ้น และยังคงดื่มสุราอยู่แม้จะรู้ว่ามิผลเสียต่อตนเอง

การวินิจฉัยโรคติดสุรา

การวินิจฉัยโรคติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (DSM-TV-TR) (American Psychiatric Association, 2005) ได้จัดความผิดปกติเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol related disorders) ในกลุ่มความผิดปกติที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (substance-related disorders) ออกเป็น 2 กลุ่มย่อยคือ 1) กลุ่มความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ (alcohol use disorder) ได้แก่ การติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) และการเฝ้าดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol abuse) และ 2) กลุ่มความผิดปกติที่เป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol-induced disorders) ซึ่งประกอบด้วยภาวะต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน เช่น ความผิดปกติทางอารมณ์ที่เป็นผลจากแอลกอฮอล์ (alcohol induced mood disorders) ความผิดปกติทางจิตที่เป็นผลจากแอลกอฮอล์ (alcohol-induced psychotic disorders) โรควิตกกังวลที่เป็นผลจากแอลกอฮอล์ (alcohol-induced anxiety disorders) อาการเป็นพิษจากแอลกอฮอล์ (alcohol intoxication) เป็นต้น

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุรา ตาม DSM-IV ระบุว่า เป็นรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่อง หรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

1. การทนยา (tolerance) หรือดื่มคอแข็งขึ้น ซึ่งนิยามได้ดังข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 1.1 ความต้องการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิดการเมาสุรา (intoxication) หรือผลอื่นที่ต้องการ (desire effect)
 - 1.2 การออกฤทธิ์ลดลงอย่างชัดเจน (markedly diminished effect) เมื่อมีการดื่มอย่างต่อเนื่องในปริมาณเท่าเดิม
2. การถอนพิษสุรา (withdrawal) ซึ่งแสดงออกดังข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - 2.1 มีอาการขาดสุรา (อาการถอนพิษสุรา)
 - 2.2 มีการดื่มสุรา (หรือสารใกล้เคียง) เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงอาการขาดสุรา
3. การดื่มสุราในปริมาณ (amounts) มากหรือในระยะ (period) นานกว่าที่ตั้งใจ
4. มีความต้องการดื่มอยู่ตลอดเวลา หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้

5. การใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อหาสุรามาดื่ม หรือการฟื้นจากการเมาสุรา
6. การเลิก (given up) หรือลดลง (reduced) ของกิจกรรมทางสังคม (social) อาชีพ (occupational) หรือนันทนาการ (recreational) อย่างมากอันเนื่องมาจากการดื่ม
7. การดื่มอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาหรือซ้ำแล้วซ้ำอีก (persistent or recurrent) แม้ทราบว่าตนเองมีปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจซึ่งมีสาเหตุจากหรือถูกกระตุ้นจากสุรา เช่น การคงการเสพสุรา แม้ว่าจะทราบว่าโรคทางกายอาจมีอาการเลวลงจากการเสพสุรา **ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) ตามเกณฑ์วินิจัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition: TR [DSM-IV-TR]) (American Psychiatric Association, 2005) และได้รับการบันทึกเป็น F10.2 ตามรหัสของโรคที่ยึดตาม The International Classification of Diseases [ICD 10]

สาเหตุของการเป็นโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเป็นโรคติดสุรามีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้องซึ่งไม่ได้มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งอธิบายได้อย่างสมบูรณ์ พอจะสรุปปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านร่างกาย พบว่าปัจจัยด้านร่างกายที่มีผลให้ติดสุราคือ

1.1 พันธุกรรม (genetic factors) พบว่าพันธุกรรมมีส่วนทำให้ป่วยเป็นโรคติดสุรา ร้อยละ 40-60 (Gelder, Mayon, & Cowen, 2001; Lin, & Anthenelli, 2005) จากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุรามักเป็นญาติสนิทของผู้ติดสุราในอัตราที่สูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 3 เท่า และกลุ่มแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันหากคนหนึ่งเป็นโรคติดสุรา อีกคนหนึ่งมีโอกาสติดสุราถึงร้อยละ 60 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) พัททชัย สุริยะใจ (2548) กล่าวว่ามีการศึกษาญาติพี่น้องของคนติดสุรา พบว่าญาติพี่น้องของคนติดสุรา มีอัตราการติดสุราสูงกว่าคนทั่วไปคือร้อยละ 25 ของบิดาและพี่น้องผู้ชายของผู้ติดสุราจะติดสุราด้วย และพบว่าลูกชายของผู้ป่วยโรคติดสุรา เป็นโรคติดสุรา 2-3 เท่าของลูกชายของคนที่ไม่เป็นโรคติดสุรา ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวทิน ศันสนียเวทย์ (2542) ได้อ้างถึง มาร์ค ชุกกิต (Marc Schuckitt) ที่ได้ทำการศึกษาจากกลุ่มแฝดในประเทศสวีเดน ประเทศเดนมาร์ก และที่รัฐไอโอวา ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ถ้าฝาแฝดคนหนึ่งเป็นโรคติดสุรา โอกาสที่คู่แฝดอีกคนจะเป็นโรคติดสุราร้อยละ 50 หากเป็นแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ อัตราการเป็นโรคติดสุราของกลุ่มแฝดจะมี 25% ถ้าเป็นแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน คู่แฝดจะเป็นโรคติดสุรา 65-80% ถ้าพ่อหรือแม่ หรือพี่หรือน้อง คนใดคนหนึ่งติดสุรา คนอื่นในครอบครัวมีสิทธิ์ติดสุราได้ถึง 25% คือมีอัตราการเป็นโรคติดสุราสูงกว่าในพลเมืองทั่วไป 5 เท่า ถ้าพ่อแม่ติดสุราทั้งคู่อัตราการติดสุราของ

ลูกจะสูงขึ้นเป็น 50-60% ส่วนในบุตรบุญธรรม ซึ่งบิดามารดาแท้ๆติดสุรา และได้รับการเลี้ยงดูห่างไกลจากบิดามารดา จะมีอัตราการติดสุราสูงกว่าปกติถึง 4 เท่า (สมภพ เรืองตระกูล, 2545)

1.2 ปัจจัยทางด้านชีวภาพผลการศึกษาในผู้ที่ติดสุราพบลักษณะสำคัญคือ ยีนส์ที่เป็นตัวรับสารโดปามีน ดีทู (Dopamine D2 receptor gene) มีความสัมพันธ์กับภาวะติดสุราเรื้อรัง (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ผลการศึกษาในเรื่องยีนส์ที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรา ส่วนใหญ่พบว่า ยีนส์ที่มักเป็นสาเหตุ คือ ยีนส์ที่เกี่ยวข้องกับเอนไซม์ที่มีหน้าที่ทำลายแอลกอฮอล์ เช่น เอนไซม์ alcohol dehydrogenase (ADH) และเอนไซม์ aldehyde dehydrogenase (ALDH) การที่สุราและสารเสพติดอื่นส่งผลต่อสารสื่อประสาทหลายตัวและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทหลายประการทำให้คาดว่ายีนส์ที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทบางตัวก็อาจเกี่ยวข้องกับการติดสุราและยาเสพติดอื่นด้วย เช่น ยีนส์ที่เกี่ยวข้องกับ สารแกมมาอะมิโนบิวทิริกแอซิด หรือ GABA โดปามีน (dopamine) และอะซิติลโคลีน (acetylcholine) แม้ว่าเราจะทราบว่าพันธุกรรมมีส่วนในการทำให้ป่วยเป็นโรคติดสุราแต่จนถึงปัจจุบันเรายังไม่สามารถบอกได้ว่ายีนส์ใดที่เกี่ยวข้องกับการทำให้ป่วยเป็นโรคติดสุรา เนื่องจากปัจจัยในการเกิดโรคติดสุรา มีความซับซ้อนมากกว่าโรคทางพันธุกรรมทั่วไป โดยเฉพาะการมีปัจจัยด้านจิตใจและสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง การป่วยอาจเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของยีนส์หลายตัว นอกจากนี้ ยังอาจเป็นไปได้ด้วยว่ายีนส์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของพฤติกรรมอื่น (เช่น พฤติกรรมต่อต้านสังคม) ก็อาจมีส่วนในการทำให้เกิดโรคด้วย ดังนั้นการหา ยีนส์เฉพาะที่เป็นสาเหตุของโรคติดสุราจึงเป็นงานที่ท้าทายและรอคอยการศึกษาเพิ่มเติม (Dick & Arpana, 2008)

นอกจากนี้ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกลไกการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรา และสารเสพติด พบว่าของสารเคมีในระบบประสาท (neurochemical mechanism) ก็มีส่วนสำคัญ เนื่องจากพบว่าสุรามีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการให้ความพึงพอใจ (reinforcement rewarding system) ในสมองส่วนลิมบิก (limbic area) โดยหากมีการใช้สุรา สุรานั้นจะกระตุ้นให้เกิดความพึงพอใจทำให้มีการหลั่งสื่อเคมี dopamine และ endorphin ออกมาเกิดความสุขอย่างมาก ลดทุกข์ได้ทันทีที่เกิดความวิตกกังวลและต้องการเสพอยู่เรื่อยๆ ประสบการณ์ความจำนี้จะฝังเข้าไปในสมองส่วน อมิกดาลา (amygdala) สมองจะตอบสนองต่อสุรานี้ เสมือนกับความต้องการพื้นฐานหรือความต้องการดั้งเดิม (innate drive) และในบางครั้งมีความต้องการมากกว่าความต้องการดั้งเดิมเสียอีก (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) เมื่อสิ่งเร้าหมดไป ระดับโดปามีนในสมองลดลง ความรู้สึกพอใจก็ลดลงด้วย เกิดเป็นความไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ จึงต้องแสวงหาสิ่งเร้ามากระตุ้นอีก เพื่อรักษาระดับโดปามีนในสมอง เรียกว่า พฤติกรรมแสวงหาความพอใจ (Rewarding behaviors) ทำให้สมองที่เกี่ยวข้องกับความสุขและความอยากเปลี่ยนไป อาการที่สำคัญ คือ คือต่อสิ่งที่ให้ความสุขใจตาม

ธรรมชาติ ทำให้เป็นคนที่มีความสุขได้ยาก มีแต่สุราเท่านั้นที่พอจะกระตุ้นให้สมองหลั่งสารแห่งความสุขได้ เมื่อคนต้องการความสุขทางลัดโดยการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดจะส่งผลให้เกิดความอยากอย่างอัตโนมัติ ไม่สามารถควบคุมได้ อีกต่อไป สมองจะต้องได้รับสื่อเคมีจำนวนมากเท่านั้นจึงจะมีความสุขรู้สึกพึงพอใจ มีความสุข แต่ถ้าได้รับสื่อเคมีระดับปกติจะไม่เพียงพอ ทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ทุกข์ทรมาน กระสับกระส่าย เกิดความอยาก (craving, desire) ที่จะหามาเสพอย่างต่อเนื่อง (ทรงเกียรติ ปิยะกะ และ เวทิน ศันสนียเวทย์, 2542; สาวิตรี อัยฉัตรกรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) นอกจากนี้จากการรวบรวมผลการค้นคว้าวิจัยทางระบบประสาท พบว่าบุคคลที่ติดสุรานั้นมีระดับของซีโรโทนินที่ต่ำกว่าปกติ ซึ่งสาเหตุนี้ น่าจะชักนำให้เกิดการติดสุราเนื่องจากการดื่มสุราจะทำให้มีการเพิ่มระดับซีโรโทนินได้สูงขึ้นจนใกล้เคียงหรือเท่ากับระดับของคนปกติภายในระยะเวลาอันสั้น การมีระดับซีโรโทนินสูงขึ้น แม้ภายในระยะเวลาอันสั้นแต่ก็ทำให้ผู้ที่ดื่มมีความรู้สึกคลายกังวล เป็นความรู้สึกดี และทำให้คิดใจ และทำให้มีแรงขับให้มีพฤติกรรมการดื่มสุราอีก แต่การดื่มในครั้งหลังๆ นั้นให้ความรู้สึกที่พึงพอใจไม่สูงเท่ากับระดับที่เคยรู้สึกจากการดื่มในครั้งแรก จึงทำให้มีการดื่มในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น และถี่ขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้ได้ความพึงพอใจ จนกระทั่งในที่สุดเกิดการเสพติด และหยุดดื่มไม่ได้ซึ่งอยู่ในภาวะที่เรียกว่าติดสุรา (เอกสิทธิ์ กุมารสิทธิ์, 2547)

2. ปัจจัยด้านจิตใจและบุคลิกภาพ (psychological and psychological factors) จิตใจ อารมณ์ และบุคลิกภาพจัดเป็นสาเหตุภายในตัวบุคคลที่ทำให้เกิดโรคติดสุราและสารเสพติดอื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา โทษตัวเอง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง บุคลิกภาพต่อต้านสังคม บุคคลที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง เช่น โกรธ เสียใจ เบื่อหน่าย เหน็ดเหนื่อย มีส่วนทำให้เกิดติดสุราได้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สกุนิชย์, 2548) ผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนใหญ่จะพึ่งพาผู้อื่นสูง เมื่อประสบกับปัญหาจะปรับตัวไม่ได้ เพราะมีปัญหาในด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่สามารถต่อสู้กับความผิดหวัง มีอารมณ์เศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (Donald et al., 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทักษ์ สุริยะใจ (2548) ที่พบว่าสาเหตุการติดทางจิตใจเกิดจากฤทธิ์ของสุราที่ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียดและความขมขื่นต่างๆ เนื่องจากสุราไปลดสารที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์เหล่านี้ ทำให้อนหลับง่ายลืมเรื่องไม่สบายใจ เมื่อบุคคลประสบปัญหา ในภาวะจิตใจที่อ่อนแอจะหันมาใช้สุราเป็นทางออกของปัญหา เพื่อลืมความทุกข์ จึงนำไปสู่การเป็นโรคติดสุราได้

3. ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านนี้มีอิทธิพลสนับสนุนให้เกิดการติดสุรามาก เนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมไทยได้เชื่อมโยงเอาสุราเข้ามาเกี่ยวข้องกับสังคม วัฒนธรรมประเพณีมาช้านาน ไม่ว่าจะเป็นเทศกาลสงกรานต์ ขึ้นปีใหม่ งานแต่งงาน งานบวช หรือแม้แต่กระทั่งงานศพ (วิชัย โปษยะจินดา และคณะ, 2544) การทำบุญงานฉลองงานเทศกาลต่างๆ

จะมีการกินเลี้ยงที่มีการดื่มเครื่องดื่มสุราการเมาในช่วงนี้เป็นที่ยอมรับของสังคม หากใครปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีผู้หยิบยื่นให้ จะหมายถึงการดูถูกกันตามธรรมเนียมพื้นบ้าน (ชนิตา บุญญาภาส, 2547) นอกจากนี้ยังเห็นว่าการดื่มสุราเป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์แน่นแฟ้นเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างเครือญาติและเพื่อน ซึ่งเพื่อนเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำให้เป็นโรคติดสุรา (อจรรพร นัคสาสาร, 2548) การมีบิดามารดา เพื่อน ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิด ใช้สารเสพติดให้เห็น ชักจูง ผลักดันให้เกิดการเลียนแบบ (Social leaning) (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) จากพฤติกรรมกรรมการเลียนแบบของผู้ใหญ่ในสังคมและคนในครอบครัว อยากลอง และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กติดสุรา (นิศานาถ โชคเกิด, 2545; วิชัย โปษยะจินดา และอาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, 2545) ซึ่งการดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อยๆ ยิ่งผู้ดื่มอายุน้อยเท่าไร โอกาสที่จะเติบโตขึ้นมากลายเป็นคนติดสุราก็จะมีมาก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ., 2552) รวมถึงนโยบายของรัฐบาลที่มีการสนับสนุนให้มีการผลิตสุราชุมชนก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้มีการดื่มสุรามากขึ้น (วิชัย โปษยะจินดา และคณะ, 2544; สรिता ชีรวัดน์สกุล, จิราพร สุวรรณธีรางกูร, และวราภรณ์ ปัญฉวลี, 2549) เนื่องจากทำให้หาสุราดื่มได้ง่าย ราคาถูก แหล่งจำหน่ายก็มีมากขึ้น นอกจากนี้รัฐบาลยังเก็บภาษีสุราในระดับต่ำ โดยเฉพาะสุราขาวทำให้สุราขาวราคาถูก ประชาชนจึงนิยมดื่มและติดสุราขาวกันมาก (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549) เหล่านี้เป็นปัจจัยด้านบวกที่ส่งเสริมให้ประชาชนดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้เป็นโรคติดสุราได้

ผลกระทบของการเป็นโรคติดสุรา

สุราจัดอยู่ในประเภทสารเสพติด (substance) ที่มีส่วนประกอบของเอทิล-แอลกอฮอล์ (ethyl-alcohol) เมื่อดื่มบ่อยครั้งเป็นเวลานานๆ จะทำให้ติดสุราได้ และไม่ได้มีผลกระทบต่อร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยโรคติดสุราเท่านั้นแต่ยังส่งผลต่อบุคคลในครอบครัว เกิดปัญหาทางสังคมและปัญหาทางเศรษฐกิจ ตามมาอย่างมากมาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลกระทบของการเป็นโรคติดสุราสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อร่างกาย

จากการดื่มสุราเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดพิษต่ออวัยวะของร่างกาย เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลต่อเยื่อหุ้มเซลล์ประสาท (membranes of neuron) โดยไปมีผลต่อผนังเซลล์ จะทำให้คุณสมบัติที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ตัวรับสื่อประสาท ที่สัมพันธ์กับช่องทางไหลเข้าออกของประจุไฟฟ้าบนผนังเซลล์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานเพิ่มขึ้นของ นิโคตินิก อะซิติลโคลีน (nicotinic acetylcholine) ซีโรโทนิน (serotonin), ตัวรับกาบาชนิดเอ (GABA type A receptors) และยับยั้งการทำงานของ

กลูตาเมต รีเซปเตอร์ (glutamate receptors) ซึ่งเกี่ยวข้องกับช่องทางเข้าออกของประจุแคลเซียม (voltage-gated calcium channels) และตัวรับโปรตีนที่มาจับกับผนังเซลล์อื่น (membrane-bound function proteins) มีผลทำให้ผนังเซลล์กรอบ และแข็ง (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542) เนื่องจาก แอลกอฮอล์เป็นสารประกอบขนาดเล็กจึงสามารถแพร่กระจายไปได้ทั่วร่างกาย ทำให้เกิดอาการ ผิดปกติกับอวัยวะต่างๆ ได้ทุกอวัยวะทำให้ผู้ที่เป็โรคติดสุราจะมีโอกาสเกิดโรคต่างๆ ได้ เช่น ดับแข็ง ความดันโลหิตสูง มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งหลอดลม (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549; พัทธ์ สุริยะใจ, 2548) นอกจากนี้ยังส่งผลเสียต่อระบบประสาท เพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ ระบาดกวนสมาธิ การรับรู้ และการตัดสินใจ (Cargiulo, 2007) จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทในผู้ที่เป็โรคติดสุราของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (สุธัญญา อริยประกาย, 2540) พบว่าผู้ติดสุราจะมีผลแทรกซ้อนเกิดขึ้นที่พบบ่อยคือ alcoholic polyneuropathy, alcoholic cerebellar degeneration และ alcoholic dementia ตามลำดับและจากการ ตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองพบว่ามีผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมองร้อยละ 10.71 โดยพบลักษณะสมองฝ่อ ร้อยละ 53.55

2. ผลกระทบต่อจิตใจ จากการศึกษาความชุกและสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา (ปริทรรศ ศิลปะกิจ, วนิดา กุ่มไพศาลชัย, และพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2543) พบว่าการติดสุรา มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและอาการซึมเศร้า โดยร้อยละ 51.2 ของผู้ติดสุราจะมีความเครียด ระดับสูงถึงรุนแรง และร้อยละ 48.6 มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่ควรพบแพทย์ ร้อยละ 19.5 อยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 11.3 อยากฆ่าผู้อื่น เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ อุบล ก้องแก้ว (2547) ที่พบว่า ร้อยละ 66.67 ของผู้ที่เป็โรคติดสุรา ในคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลลำพูน จะมีภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับน้อยถึงรุนแรง และการศึกษาของชลีพร แสนไชย ที่พบว่าผู้ที่เป็โรคติดสุราที่เข้ามารับ การรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายร้อยละ 100 นอกจากนี้จากการ สํารวจคนไทยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ปี 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้พบว่าคนไทยมีปัญหาสุขภาพจิต กว่า 1.3 ล้านรายและ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทางจิตในประเทศไทย มีสาเหตุมาจากสุรา (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งสุรานอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ที่เป็โรคติดสุราแล้วยังส่งผลต่อสุขภาพจิตของ ครอบครัวผู้ที่เป็โรคติดสุราด้วย พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีบิดาเป็โรคติดสุรา เสี่ยงต่อการมีอาการทาง จิตมากกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีบิดาไม่เป็โรคติดสุรา 11.5 เท่า วัยรุ่นที่มีบิดามารดาเป็โรคติดสุราเสี่ยงต่อ การมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ามารดาวัยรุ่นที่มีบิดามารดาไม่เป็โรคติดสุรา 13.5 เท่า (บัณฑิต ศรีไพศาล, 2549) กลุ่มสตรีผู้ที่เป็โรคติดสุราพบว่ามึโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 85.42 (พูนศรี รังสีขจี, นิรมล พัจนสุนทร, และหทัยวัน สนั่นเอื้อ, 2545)

3. ผลกระทบต่อครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ที่เป็นโรคจิตสุราจะเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากการทำร้ายร่างกายถึงขั้นหย่าร้าง (วิชัย โปษยะจินดา และอาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, 2545) ในด้านความรุนแรงภายในครอบครัว พบว่าครอบครัวที่ดื่มสุรา มีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัว เป็น 3.84 เท่า เมื่อเทียบกับครอบครัวที่ไม่ดื่ม (รณชัย คงสกลธ, 2548) ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราส่วนหนึ่งยอมรับว่าเมื่อดื่มสุราแล้ว จะมีอารมณ์รุนแรงตามมา จนยับยั้งความโกรธได้ลำบาก และมักทำร้ายคนใกล้ชิดตัวมากที่สุด คือ ภรรยาและบุตร (สำนักเครือข่ายองค์กรงดเหล้า, 2548) เช่นเดียวกับ ผลสำรวจความรุนแรงในครอบครัว ปีพ.ศ. 2547 ของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ ผู้วิจัยมีข้อสรุปว่า สาเหตุที่นำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัวคือการดื่มสุรา ร้อยละ 30.4 ซึ่งพบว่าทั้งพ่อบ้านและแม่บ้านที่ติดสุราจะเกิดความรุนแรงในครอบครัวถึงร้อยละ 47.1 (สำนักวิจัยเอแบคโพลล์, 2547) เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีปัญหาจะมีความสับสน ขาดความมั่นใจ รู้สึกไม่มั่นคงต่อความรักที่ได้รับจากบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง และมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้องนอนไม่หลับซึมเศร้า เมื่อโตขึ้นเด็กกลุ่มนี้อาจมีพัฒนาการด้านบุคลิกภาพและอารมณ์บกพร่อง Gelder et al., 2001) บุตรมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีอารมณ์พื้นฐานที่ผิดปกติและบุคลิกที่ต่อต้านสังคม เกิดปัญหาสุขภาพจิตของบุตรตามมา (Michale, Denis, Richard, & Phillip, 1996) นอกจากนี้เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่บิดามารดาดื่มสุราก็จะเคยชิน และเลียนแบบพฤติกรรมการดื่มสุราเหมือนบิดามารดา (อดิสรณ์ หลายชูไทย, อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, และวิชัย โปษยะจินดา, 2545) ส่งผลต่อปัญหาครอบครัวในอนาคตได้

4. ผลกระทบต่อสังคม และเศรษฐกิจ ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราจะพบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจอย่างมาก เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตสุราจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการที่จะได้สุรามาตอบสนองความต้องการของตน ทำให้ค่าใช้จ่ายในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มสุรามากกว่าค่าใช้จ่ายอย่างอื่น และเมื่อดื่มสุราทุกวัน หรือบางคนดื่มตลอดเวลา ส่งผลให้ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตสุราประสิทธิภาพการทำงานลดลงส่งผลให้ผลผลิตลดลง ทำให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศได้

จากการประเมินต้นทุนหรือความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการดื่มสุราคนไทยในปี พ.ศ. 2549 พบว่ามีมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจรวมทั้งสิ้นถึง 150,677.4 ล้านบาท จำแนกเป็นต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 98,922.5 ล้านบาท ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตผลจากการขาดงานและการขาดประสิทธิภาพขณะทำงาน 45,464.6 ล้านบาท ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล 5,263.3 ล้านบาท ต้นทุนจากทรัพย์สินเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรทางบก 779.4 ล้านบาท และต้นทุนจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความ 2,47.6 ล้านบาท ความสูญเสีย

ที่เกิดขึ้นเหล่านี้มีมูลค่ารวม คิดเป็นร้อยละ 1.92 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (มนตรีธรรม์ถาวรทรัพย์ และคณะ, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมมาแล้วข้างต้นพอจะสรุปได้ว่าการดื่มสุราจนติดนั้น ส่งผลกระทบ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ

วิธีการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่าการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพต้องประกอบด้วยการรักษา 2 ด้าน คือการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การบำบัดรักษาด้วยยา องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้รับรองยามีประสิทธิผลในการทำให้หยุดดื่มสุราโดยสิ้นเชิง ลดการดื่มหนัก และเพิ่มโอกาสหรือหยุดดื่มสุราได้ยาวนาน ประกอบด้วย ยา ไดซัลไฟเรม (disulfiram) นาลเทร็กซ์โซน (naltrexone) และ อะแคมโพรเสต (acamprosate) (Hales, Yudofsky, & Gabbard, 2008) รายละเอียดดังนี้

ไดซัลไฟเรม เป็นยาเพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการทำงานของ เอนไซม์อัลดีไฮด์ดีไฮโดรจีเนส (enzyme aldehyde dehydrogenase) ทำให้ อัลดีไฮด์ (aldehyde) มีปริมาณมากในร่างกาย เมื่อผู้ป่วยกินยาแล้วไปดื่มสุราจะเกิดอาการพิษของอะซีตัลดีไฮด์ (acetaldehyde) ทั้งในเลือด และจะเกิดอาการไม่สบายคือ อกร้อนตามตัว ปวดศีรษะ หน้าแดง หายใจไม่สะดวก หรือหายใจหอบ ใจสั่น ความดันต่ำ เหงื่อออก วิดกกังวล ไม่มีเรี่ยวแรงและสับสน อาจรุนแรงถึงขั้นชักเสียชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2552) ควรเน้นใจว่าไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลาอย่างน้อย 12-24 ชั่วโมง ก่อนเริ่มใช้ยา ควรเจาะเลือดดูการทำงานตับเป็นระยะ เป็นยาที่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง และติดตามใกล้ชิด (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2551; Puri, Laking, & Treasaden, 2002) ใช้ร่วมกับการรักษาทางจิตสังคม (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552)

นาลเทร็กซ์โซน (naltrexone) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งของสารอนุพันธ์ของฝิ่น (endogenous opioid) ทำให้ลดความอยากแอลกอฮอล์ (alcohol craving) และความพอใจจากการดื่ม (กรมสุขภาพจิต, 2552) มีทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อนี้ยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552)

อะแคมโพรเสต (acamprosate) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ทำให้การทำงานของสารกาบาและกลูตาเมตกลับเข้าสู่ปกติ (restore activity levels of GABA and glutamate) ไม่มีปฏิกิริยากับแอลกอฮอล์ ไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552)

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มยาต้านอารมณ์ซึมเศร้า ได้แก่ ซีเลกทีฟ ซีโรโตนิน รีอัพเทค อินฮิบิเตอร์ (selective serotonin reuptake inhibitors [SSRIs]) ซึ่งพบว่าเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาโรคติดสุราและยาเสพติด (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552)

2. การบำบัดทางจิตสังคม การรักษาในขั้นตอนนี้ถือว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากนับว่าเป็นหัวใจของการรักษาเพื่อให้ผู้ดื่มสุราสามารถเลิกดื่มได้อย่างแท้จริง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้มีจิตใจเข้มแข็งไม่กลับไปดื่มสุรา และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป (สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2547) ในขณะเดียวกันผู้ที่เป็โรคติดสุราต้องมีแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญของการบำบัดรักษา แต่ถ้าขาดแรงจูงใจการบำบัดมักจะไม่ได้ผล (Zaman & Makhdum, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมมีรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมดังนี้

2.1 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) หรือ CBT เป็นจิตบำบัดรายบุคคลทั้งหมด 12 ครั้ง ความถี่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับกระบวนการกลับไปดื่มสุราซ้ำ (relapse process) การป้องกันไม่ให้กลับไปดื่มสุราซ้ำ (relapse prevention) การเรียนรู้และหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นเร้าที่ทำให้เกิดอาการอยากสุรา (triggers) การฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการเลิกสุรา และที่สำคัญคือส่งเสริมให้มีวิถีชีวิตที่สมดุล (balanced daily life-style) เพื่อเอื้อต่อการเลิกดื่มสุรา (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้ผู้ที่เป็โรคติดสุรา สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างฉลาดปลอดภัยหรือเลิกดื่มสุราได้ดังการศึกษาของ นิชนันท์ คำล้ำน (2547) ที่ใช้กลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็โรคติดสุรา พบว่าผู้ที่เป็โรคติดสุราไม่มีการดื่มสุราตลอดระยะเวลาการบำบัด ร้อยละ 45 และ หลังได้รับการบำบัดมีการดื่มสุราลดลง และเป็น การดื่มสุราไม่เกินมาตรฐานที่กำหนดไว้ ร้อยละ 55 และการศึกษาของ ศิริพร ทองบ่อ, นิมิตร แก้วอาจ, ธิดา รัตนสมบัติ, และ สุดใจ เหล่าสมบัติ (2548) ได้ศึกษาการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่เป็โรคติดสุรา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็โรคติดสุรา สามารถเลิกดื่มได้ร้อยละ 86.67 สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา ใจหนูน (2551) พบว่าพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ที่เป็โรคติดสุรา ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ดื่มสุราลดลงหรือหยุดดื่มได้ ดังนั้นควรนำเอาเทคนิคของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้โดยมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ของการรักษาที่ต่อเนื่อง (Galanter & Kleber, 2000)

2.2 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) เป็นการให้คำปรึกษาที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้หลักการของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการช่วยสำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจของตนเอง สร้างความรู้สึกให้รับรู้ว่าคุณสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้ ด้วยท่าทีที่แสดงความเข้าใจเห็นใจของผู้บำบัด ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดอย่างน้อย 15 นาทีถึง 1 ชั่วโมง จำนวน 2-4 ครั้ง (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) ส่วนประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ นั้นมีรายงานการวิจัยของ พิชัย แสงชาญชัย (2547) ที่ทำการศึกษาในศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชิงใหม่ พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ มีประสิทธิภาพในการทำให้หยุดหรือลดปริมาณการดื่มในผู้ที่เป้นโรคติดสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรี ศรีโกไสย (2550) ดอกกรัก พิทาคำ (2549) สุนันทา ปลั่งกลาง และ สุจิตดา สิงคะกุล (2549) ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราพบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 การบำบัดแบบสั้น (brief intervention) เป็นการให้คำปรึกษาที่ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที เพื่อช่วยผู้ที่ดื่มในระดับที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพในกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงสูงหรือเป็นอันตราย รวมทั้งผู้ที่เป้นโรคติดสุรา โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นจากการดื่มสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตั้งเป้าหมายเพื่อลดการดื่ม และมีการบำบัด ติดตามผล (วงเดือน สุนันตา, 2552; สายรัตน์ นกน้อย, 2552)

2.4 การบำบัดตามแนวทาง 12 ขั้นตอน (Twelve steps concept) เป็นหลักการฟื้นฟูทางด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ที่เป้นโรคติดสุราหรือสารเสพติด โดยมีกลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (Alcoholic Anonymous: AA) ซึ่งกลุ่มแรกก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 1935 โดย Bill Wilson และ Dr. Bob Smith ได้ร่างหลักการที่ได้มาจากประสบการณ์ของตนในการเลิกสุราด้วยตนเองเพื่อใช้เป็นหลักในการดำเนินกลุ่มเอเอ และร่างธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ (Twelve Traditions) เพื่อเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของสมาชิกกลุ่ม ทำให้กลุ่มคงความเป็นอิสระ ไม่พึ่งพาองค์กรภายนอก รวมถึงการช่วยเหลือกันเอง มีความเป็นสากล ไม่ได้หมายถึงศาสนาหรือพระเจ้าในศาสนาใดศาสนาหนึ่ง แต่หมายถึงสิ่งที่เป็นพลังใจของบุคคลนั้นๆ อาจเป็นรูปธรรมหรือนามธรรมก็ได้ตามความเชื่อศรัทธาของบุคคลนั้นๆ บรรยายภายในกลุ่มเอเอมีความอบอุ่นปลอดภัย เป็นกันเอง ไม่คุกคามเอื้อให้สมาชิกเกิดพลังใจเรียนรู้ เข้าใจ เริ่มต้นเปลี่ยนแปลงตนเอง ช่วยให้สมาชิกฟื้นฟูความดีงามในจิตใจ และลงมือทำให้ประสบความสำเร็จในการเลิกสุราอย่างยั่งยืน (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.5 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นการบำบัดที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ที่เป้นโรคติดสุราและ

ครอบครัวยังทำให้ผู้ที่เป็โรคติดสุรามีกำลังใจ ได้รับการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มสุรา ทั้งนี้ การทำครอบครัวยับัด ผู้ที่เป็นโรคติดสุราและครอบครัวยินยอมให้ ช่วยเหลือและยอมรับว่าเป็นปัญหา และมารับการบำบัดทุกครั้งที้นัด จึงจะทำให้การบำบัดประสบ ผลสำเร็จได้ ในประเทศไทยผู้เชี่ยวชาญด้านครอบครัวยับัดมีน้อยจึงเป็นข้อจำกัดในการรักษาด้วย วิธีนี้ (ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น, 2546)

และมีอีกหลายรูปแบบวิธีเช่น การบำบัดสุราโดยกลุ่มช่วยเหลือกันเองของชมรม จิตอาสา โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีรูปแบบสมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดื่ม ทำให้สมาชิกสามารถเลิกดื่มสุราได้ถึงร้อยละ 71.4 (นพวรรณ อุปคำ, ชลธิดา สิมะวงศ์, และ อุบล ก้องแก้ว, 2552) โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม (ศรีไพร โพธา, 2550) การฝึกทักษะควบคุมตนเอง (ปนัดดา ธีระเชื้อ, 2550) การฝึกทักษะการสื่อสารในครอบครัว (อัญจระพี จำปา, 2551) เหล่านี้ล้วนมีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนว่ารูปแบบการบำบัดดังกล่าว มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มคือพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุราจะใช้รูปแบบการ บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด ตามระเบียบการบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2523 (ทิพาดี เอมะวรรณะ, 2547) ประกอบด้วยกระบวนการบำบัด 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โดยทำการตกลง กับผู้ที่เป็นโรคติดสุราและให้ผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ที่เป็น โรคติดสุราเกิดความยอมรับตนเองและเห็นสภาพปัญหาจากพฤติกรรมการเสพสุราของตนเองซึ่ง ผ่านกระบวนการสร้างแรงจูงใจ (motivation interview) หรือกระบวนการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief Intervention) จนเกิดความรู้สึกต้องการเข้ารับการรักษา

2. ขั้นตอนพิษสุรา เป็นขั้นตอนการบำบัดอาการทางกายและจิตที่เกิดขึ้นจากการหยุด ดื่มสุรา คืออาการขาดสุรา (alcohol withdrawal) อาการขาดสุราจะเกิดภายหลังจากการหยุดดื่มหรือ ลดปริมาณการดื่มในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ซึ่งอาการดังกล่าวจะค่อยๆ เริ่มเกิดขึ้นหลังระดับแอลกอฮอล์ ในเลือดลดต่ำลง โดยเฉพาะช่วง 3 วันแรก สำหรับผู้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ที่มีอาการไม่ รุนแรงวิธีการคือการดูแลแบบประคับประคอง (supportive care) และให้ยาตามอาการ ร่วมกับการ ให้กำลังใจและความเชื่อมั่นแก่ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา กระตุ้นให้ได้รับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล ตาม ความเป็นจริง ญาติหรือผู้ดูแลสามารถติดตาม ดูแลช่วยเหลือและสังเกตอาการผิดปกติที่ควรนำส่ง โรงพยาบาล (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ส่วนการรักษาโดยใช้ยา

จะใช้ในกรณีที่มีอาการขาดสุราระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และอาการจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ส่วนใหญ่อาการขาดสุราจะเริ่มเกิดตั้งแต่ 6-24 ชั่วโมง หลังดื่มครั้งสุดท้าย และเป็นมากที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมง อาการพบได้บ่อย เช่น มือสั่น เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง มีไข้ หายใจเร็ว หนาววูบ คลื่นไส้ ท้องเสีย กระสับกระส่าย เกรียควิตกกังวล นอนไม่หลับ ผื่นร่าย ปวดศีรษะ หน้าแดง ร้อนวูบวาบ (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนินิ บุญเจริญ, และ สุนทรี ศรีโกสสัย, 2549) สำหรับปัจจัยเสี่ยงของอาการถอนพิษสุรารุนแรงมีดังต่อไปนี้ (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2552)

- 1) อายุมากกว่า 30 ปี
- 2) มีประวัติการดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (มากกว่า 150 กรัมต่อวัน) หรือ ดื่มมากกว่า 10 แก้วดื่มมาตรฐานต่อวัน ถ้าเป็นเหล้าขาวมากกว่า ครึ่งขวดต่อวัน
- 3) ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี)
- 4) เคยมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพ้อคลั่งสับสน
- 5) เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน
- 6) มีอาการขาดสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูงอยู่
- 7) จำนวนวันที่หยุดดื่มครั้งสุดท้ายมาหลายวัน
- 8) มีปัญหาโรคทางกาย หรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย
- 9) ไม่มีภาวะเมาสุราทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง
- 10) มีการใช้ยาเสพติดอื่นๆ รวมถึงยาแก้ปวดประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง
- 11) ชีพจรสูงกว่า 100 ครั้งต่อนาที

ในการรักษาอาการถอนพิษสุราควรมีการตั้งเป้าหมายของการรักษา โดย สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2551) กล่าวว่า เป้าหมายของการรักษาอาการถอนพิษสุรา มีดังนี้

- 1) รักษาอาการขาดสุราเฉียบพลัน (ในช่วงสัปดาห์แรก)
 - 2) รักษาอาการขาดสุราระยะท้าย (เป็นอยู่หลายสัปดาห์ถึง 2-3 เดือนหลังหยุดดื่ม) ได้แก่อาการวิตกกังวล อารมณ์แปรปรวน เสร้า นอนไม่หลับ มีความอยากดื่ม
 - 3) ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคทางกาย โรคทางจิต
 - 4) กระตุ้นแรงจูงใจให้ผู้ที่เป็โรคติดสุรา มารับการรักษาภาวะติดสุราอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ให้การดูแลบำบัดรักษาควรให้ความสำคัญกับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ทุกราย
- เนื่องจากการให้การรักษอย่างเหมาะสมจะช่วยป้องกันการเกิดอาการถอนพิษสุราที่รุนแรง สำหรับแนวทางในการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ที่มีภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) ของ กรมสุขภาพจิต (2552) มีดังต่อไปนี้

1) มีการประเมินภาวะฉุกเฉินทางร่างกายร่วมด้วย เช่น โรคที่ต้องให้การรักษาอย่างรีบด่วน เช่น ตับวาย หัวใจวาย ตับอักเสบเฉียบพลัน ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน การบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นต้น

2) มีการประเมินภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เช่น พฤติกรรมสับสน ความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น โรคจิต ภาวะซึมเศร้ารุนแรง เป็นต้น

3) มีการประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษของสุรา โดยใช้เครื่องมือประเมินอาการถอนพิษสุราเป็นเครื่องมือ และระยะเวลาการประเมินให้เป็นไปตามข้อตกลงของแต่ละหน่วยงาน ให้เลือกใช้อันใดอันหนึ่ง (พันธู์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ, 2549) ได้แก่

3.1) AWS (Alcohol Withdrawal Scale) ประกอบด้วย 7 ข้อ เกี่ยวกับ อาการเหงื่อออก, อาการสั่น, อาการวิตกกังวล, อาการกระสับกระส่าย, อุณหภูมิใต้รักแร้, อาการประสาทหลอน และการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล แต่ละข้อมีระดับคะแนน 0-4 ยกเว้นคำถามอาการสั่นที่มีระดับคะแนน 0-3 การแปลผลคะแนน 1-4 คือมีระดับความรุนแรงน้อย (mind withdrawal) คะแนน 5-9 คือมีระดับความรุนแรงปานกลาง (moderate withdrawal) คะแนน 10-14 คือมีระดับความรุนแรงมาก (severe withdrawal) และคะแนน 15 ขึ้นไป มีระดับความรุนแรงมากๆ (very severe withdrawal) เป็นเครื่องมือประเมินอาการถอนพิษสุราที่เหมาะสมกับบริบทไทยเพราะใช้สะดวก จำนวนข้อที่ประเมินมีน้อยมีความเป็นปรนัยและเป็นรูปธรรม (Mark & Gold, 2008)

3.2) CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised) เครื่องมือนี้ประเมินได้จากการสังเกตและการถาม รวมทั้งหมด 10 ข้อ จากการสังเกตมีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ อาการเหงื่อออกเป็นพักๆ, อาการกระวนกระวาย และอาการสั่น จากการถาม มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน, การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ, อาการปวดศีรษะ มึนตื้อ, อาการวิตกกังวล, การรับสัมผัสผิดปกติ, การรับรู้ทางตาผิดปกติ และการรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ แต่ละข้อมีระดับคะแนนแตกต่างกัน คะแนนสูงสุด 67 การแปลผล คะแนนน้อยกว่า 10 มีระดับความรุนแรงน้อย (mind withdrawal) คะแนน 10-18 มีระดับความรุนแรงปานกลาง (moderate withdrawal) คะแนน 19 ขึ้นไปมีระดับความรุนแรงมาก (severe withdrawal)

3.3) MINDS (Minneapolis Detoxification Scale) มีการประเมิน 9 ข้อประกอบด้วย การเต้นของชีพจร (pulse score), ความดันโลหิตช่วงล่าง (diastolic), อาการสั่น (tremor), อาการเหงื่อออก (sweating), อาการประสาทหลอน (hallucination), การรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ (orientation), อาการกระวนกระวาย (agitation), อาการหลงผิด (delusions), และอาการชัก (seizures) การแปลผล คะแนนน้อยกว่า 10 มีระดับความรุนแรงน้อย (mind withdrawal) คะแนน 10-20 มีระดับความรุนแรงปานกลาง (moderate withdrawal) คะแนน 20 ขึ้นไป มีระดับความรุนแรงมาก (severe withdrawal)

การรักษาอาการถอนพิษสุรา (alcohol detoxification) เมื่อผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ได้รับการประเมินภาวะต่างๆ และความเสี่ยงการเกิดอาการถอนพิษสุรารุนแรง ก็จะทำให้การรักษาอาการถอนพิษสุรา ตามแนวทางของ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2552) ประกอบด้วย 4S ดังนี้

1) ให้ยาที่ทำให้สงบ (Sedation) คีย์ และทาส์แมน (Key & Tasman, 2006) กล่าวว่า ยาที่เหมาะสมคือ ยาในกลุ่ม เบนโซไดอะซีปีนส์ (benzodiazepine) ได้แก่ ไดอะซีแพม (diazepam) หรือ คลอไดอะซีพอกไซด์ (chlordiazepoxide) ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ระยะยาว และย่อยสลายที่ตับ จึงไม่ควรใช้ในผู้ที่มีความบกพร่องการทำงานของตับหรือผู้สูงอายุ หากเป็นผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ควรเลือกใช้ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้นและไม่ต้องย่อยสลายโดยตรงที่ตับ ได้แก่ ออกซาซีแพม (Oxazepam) และลอราซีแพม (lorazepam) อีกทั้งวิธีการให้ยา มี 3 รูปแบบ (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2552) ดังนี้

1. Fixed schedule regimen (FS) เป็นการให้ยาตามเวลาที่กำหนด แม้ว่าจะไม่มีอาการถอนพิษสุราก็ตาม และสามารถให้ยาเดิมอีกได้กรณีมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงมากขึ้น เป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุด และพบว่าได้ผลดีในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการถอนพิษสุรา รุนแรง

2. Loading dose regimen (LD) เป็นการให้ยา long-action benzodiazepine เช่น diazepam หรือ chlordiazepoxide ใช้ยาขนาดสูงมากพอที่จะลดอาการถอนพิษสุราได้ทันที และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุรารุนแรง โดยไม่ต้องเติมยา ข้อเสียคือ เกิดอาการง่วงนอน มากเกินความจำเป็น เคยเป็นรูปแบบที่นิยมใช้ในอดีต

3. Symptom-triggered regimen (ST) เริ่มครั้งแรกเมื่อปี 1990 และเป็นที่ยอมรับใช้แพร่หลายในปัจจุบัน เพราะเป็นวิธีการให้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการถอนพิษสุราชัดเจน และขนาดยา ต่ำกว่า landmark study เปรียบเทียบกับ FS และ ST โดยใช้ยา chlordiazepoxide ในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา และมีอาการถอนพิษสุรา 101 ราย พบว่ากลุ่ม ST ใช้ยาน้อยกว่า ใช้เวลาสั้นกว่า นอกจากนี้ ST ยังช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราอยู่รักษาอาการถอนพิษสุราจนครบ สูงถึงร้อยละ 80 และใช้ยาเมื่อจำเป็น ร้อยละ 40

2) ให้ยาตามอาการ (Symptomatic relief) เพื่อบรรเทาอาการอื่นที่พบร่วม เช่น Domperidone, antacid, kaolin mixture หรือ paracetamol

3) ให้ยาทดแทนสารอาหารหรือเกลือแร่ที่บกพร่องไป (Supplement) เช่น thiamine, magnesium, phosphate, folate, zinc, vitamins A, D, E, C และ B เป็นต้น ในการพิจารณาให้ thiamine (vitamin B1) นั้นควรให้ในขนาดที่เพียงพอในการป้องกันการเกิดภาวะ Wernicke-Korsakoff Syndrome โดยต้องให้ยา B1 อย่างน้อย 100 mg ต่อวัน ในผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ขาด thiamine อาจ

จำเป็นต้องให้ในขนาดที่สูงกว่านี้การฉีดเข้ากล้ามเนื้ออาจช่วยได้ในรายที่ขาดอาหารรุนแรงและมีปัญหาในการดูดซึมสารอาหาร

4) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม (Supportive environment) เนื่องจากในระยะนี้อาจเกิดภาวะเครียด นอนไม่หลับ จึงควรได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น มีสิ่งรบกวนน้อย สงบปลอดภัย

3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการรักษาในระยะอาการขาดสุราหมดไปแล้ว ผู้ที่เป็นโรคติดสุรามีอาการทางจิตสงบ ร่างกายเริ่มฟื้นตัว ระยะนี้อาจดำเนินการให้การรักษาโดยยาแก้ลมประสาท และยาต้านอารมณ์เศร้า ร่วมกับการรักษาทางจิตสังคมบำบัด เพื่อปรับสภาพร่างกายและจิตใจให้เข้มแข็ง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่ต้องใช้ยา เป้าหมายหลักคือ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา สามารถหยุดดื่มสุราให้ได้ยาวนานที่สุด พร้อมทั้งการบำบัดรักษาควรให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้อย่างเหมาะสม โดยมีวัตถุประสงค์หลักอยู่ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราลด-ละ-เลิกการดื่มสุรา 2) รักษาภาวะแทรกซ้อน 3) ป้องกันการกลับไปดื่มสุรา 4) ฟื้นฟูจิตใจ หน้าที่การงานและสังคม (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

4. ขั้นติดตามผลหลังการรักษาเป็นระยะที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุรากลับเข้าสู่สังคมใช้ชีวิตกับครอบครัวใน ชุมชน เน้นการช่วยเหลือให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราเลิกดื่มสุราอย่างถาวร หรือควบคุมการดื่มให้น้อยลงได้ ตัวอย่างเช่น การเข้าร่วมกลุ่มสุรานินาม (Alcoholics Anonymous [AA]) เป็นกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เลิกดื่มได้แล้ว มาช่วยเหลือกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันเป็นการติดตามให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินชีวิต สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ตามปกติ

การวิเคราะห์สถานการณ์

ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

Donabedian (2003) ได้อธิบายถึงการวิเคราะห์สถานการณ์ ว่าหมายถึง การศึกษาคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพ การให้ความสนใจในโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ และเป็น การสำรวจหรือแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับสถานการณ์ทางคลินิกซึ่งจะมีกรอบแนวคิดที่แสดงถึงขอบเขตหรือประเด็นที่ผู้ศึกษาต้องการ

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2546) ได้อธิบายถึงการวิเคราะห์สถานการณ์ ว่าหมายถึง การศึกษาระบบองค์ประกอบของสิ่งใดสิ่งหนึ่งออกเป็นส่วนๆ เพื่อค้นหาว่าทำมาจากอะไร มี

องค์ประกอบอะไร เกิดขึ้นมาได้อย่างไรเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างไรมีวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์เกี่ยวข้องกับ การศึกษา การตรวจสอบ การตีความ การทำความเข้าใจ การหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล การสืบค้นความจริง อันจะนำไปสู่การหาข้อสรุปหรือประเมินตัดสินในเรื่องนั้นๆ

สุรศักดิ์ สุนทร (2551) ได้อธิบายถึงการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก ว่าหมายถึง การศึกษาคาดคะเนแนวโน้มของสถานการณ์ปัญหาต่างๆ ที่เราสนใจศึกษา สภาพแวดล้อม สถานที่ ปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งมีตัวแปรต่างๆ ภาพรวมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาหนึ่ง เพื่ออธิบายว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างไร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก (2552) ได้อธิบายถึงการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก ว่าหมายถึง การระบุเหตุการณ์ต่างๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ รวมทั้งข้อมูลหรือรายละเอียด เกี่ยวกับความเป็นมา สาเหตุ ระดับความรุนแรงของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในด้านบวกและด้านลบ ความพร้อมในการเผชิญเหตุการณ์ และทางเลือกที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนที่จะตัดสินใจว่าจะแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างไร

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2551) ได้อธิบายถึงการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก ว่าหมายถึง การทำความเข้าใจปัญหาทางคลินิกในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อหาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับบริบทของสถานการณ์ปัญหา เช่น ลักษณะที่แท้จริงของปัญหา สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผลกระทบจากสถานการณ์ปัญหานั้น ซึ่งจะช่วยตัดสินใจว่าควรปรับปรุงหรือแก้ไขในเรื่องใดเป็นอันดับแรก เพื่อแก้ไขปัญหที่เป็นสาเหตุราก นำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ที่เกิดกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการเฉพาะ โรคหรือปัญหานั้นๆ

ดังนั้นสรุปว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) หมายถึง การศึกษาเชิงลึกหรือแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่เพื่อหาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับบริบทของสถานการณ์ปัญหาทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยวิเคราะห์ถึงโครงสร้างของการบริการ ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการและมีผลต่อผลลัพธ์ที่แสดงออกมา ซึ่งสามารถนำผลของการศึกษามาเขียนเป็นผังสถานการณ์อันจะนำไปสู่การประเมินตัดสินว่าควรปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหที่เป็นสาเหตุหลักอย่างไร เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ในการศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการประกันคุณภาพในการดูแลสุขภาพของโดนาเบเดียน (Quality Assurance in Health care Framework Donabedian's) (Donabedian, 2003)

รูปแบบและวิธีการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนและศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวกับรูปแบบแนวคิดการวิเคราะห์หรือวิธีการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า มีหลายรูปแบบ ได้แก่

1. การวิเคราะห์แบบสวอต (SWOT analysis)
2. การวิเคราะห์สถานการณ์ตามรูปแบบชิป (CIPP Model)
3. การวิเคราะห์สถานการณ์ตามกรอบแนวคิดการประกันคุณภาพในการดูแลสุขภาพ

ของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003)

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ (SWOT Analysis) การวิเคราะห์สถานการณ์ (SWOT Analysis) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์จุดแข็ง (Strengths) จุดอ่อน (Weaknesses) โอกาส (Opportunities) และอุปสรรค (Threats) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร ซึ่งจะช่วยให้ผู้บริหารขององค์กรทราบถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในองค์กร ทั้งสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคต รวมทั้งผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ที่มีต่อองค์กรธุรกิจ และจุดแข็ง จุดอ่อน และความสามารถด้านต่างๆ ที่องค์กรมีอยู่ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการกำหนดวิสัยทัศน์ การกำหนดกลยุทธ์ และการดำเนินตามกลยุทธ์ขององค์กรที่เหมาะสมต่อไป (ปกรณัฏ์ ปรีชากร อ้างใน เอกอุมา วิเชียรทอง, นุชนาด บรรทมพร, พรระนอ กลิ่นกุหลาบ, นิภาวัต บุญทับถม, และ วชิร มีศิลป์, 2549)

2. การวิเคราะห์สถานการณ์ตามรูปแบบชิป (CIPP Model) เป็นการประเมินองค์ประกอบของกิจกรรมที่มีกระบวนการที่ต่อเนื่องและครอบคลุม ช่วยในการตัดสินใจในทางเลือกต่าง ๆ ได้เหมาะสมโดยแบ่งออกเป็น 4 ประเภทตามอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกของ CIPP ดังนี้ การประเมินสถานะแวดล้อม (context evaluation: C) การประเมินปัจจัยนำเข้า (input evaluation: I) การประเมินกระบวนการ (process evaluation: P) การประเมินผลผลิต (product evaluation: P) (Stufflebeam, 2003) เป็นรูปแบบการประเมินที่มีระบบแบบแผนอย่างชัดเจน และสามารถนำไปใช้ในการประเมินโครงการๆ ได้อย่างกว้างขวาง เป็นการประเมินเพื่อให้ได้รายละเอียดต่างๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ โดยจะประเมินในองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินบริบทหรือสถานะแวดล้อม (Context evaluation) เป็นการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานประกอบการตัดสินใจในการกำหนดวัตถุประสงค์ของแผนงาน หรือโครงการ เป็นการศึกษา และวิเคราะห์ องค์ประกอบที่แวดล้อมระบบการผลิต หรือระบบการให้บริการ หรือองค์การการปฏิบัติงาน 2) การประเมินผลปัจจัยนำเข้า

(Input evaluation) เป็นการประเมินเพื่อช่วยการตัดสินใจในการเลือกใช้ทรัพยากร วิธีการ หรือรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของแผนงาน หรือโครงการ เป็นการประเมินผลเพื่อค้นหาแนวทางการจัดหา และจัดสรรทรัพยากรหรือปัจจัยนำเข้าซึ่งได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุ ครุภัณฑ์ และอาคารสถานที่ที่ประหยัด และตอบสนองสูงสุด 3) การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) เพื่อช่วยการตัดสินใจในเรื่องการเลือกวิธีดำเนินการของแผนงาน หรือโครงการ หรือหากเป็นโครงการที่ดำเนินการอยู่แล้ว ก็เป็นข้อมูลพิจารณาตัดสินใจว่าความก้าวหน้าของวิธีการ ดำเนินโครงการ รวมทั้งการแก้ไขปัญหา และเพื่อค้นหาข้อมูลที่เป็นแนวทางนำไปสู่การพัฒนาหาวิธี ดำเนินการ โครงการที่เหมาะสม และ 4) การประเมินผลผลิต (Product evaluation) เป็นการประเมิน การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ เพื่อช่วยการตัดสินใจว่าในแต่ละขั้นตอน การดำเนินงานควรมีการ ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง อย่างไร เป็นการตรวจสอบผลสัมฤทธิ์ของโครงการกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการอย่างไร เปรียบเทียบผลผลิตกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ (สมพิศ สุขแสน, 2545)

3. การวิเคราะห์สถานการณ์ตามกรอบแนวคิดการประกันคุณภาพในการดูแลสุขภาพ ของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003)

ผู้ศึกษาได้เลือกทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์สถานการณ์ตามกรอบแนวคิด แนวคิดการประกันคุณภาพในการดูแลสุขภาพของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) คือ การ วิเคราะห์คุณภาพของปัจจัยด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยด้าน วิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวกับ การปฏิบัติกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง ผลลัพธ์ที่ได้มาจากลักษณะ ส่วนประกอบของงานที่ทำ กิจกรรมที่ต้องติดตามคือ การตรวจบันทึกตามระบบงานที่มี หรือ สถานการณ์ที่เกี่ยวกับคุณภาพที่เกิดจากการดูแล ซึ่งแบ่งไว้เป็น 2 อย่าง อันดับแรกคือ ความลำบาก หรือความเดือนร้อน อันดับที่ 2 คือการวางแผน เกี่ยวกับการตรวจดูความเรียบร้อย ขั้นนี้เป็นขั้นที่ใช้ ตรวจสอบในสิ่งที่สงสัย และต้องการเอกสารมาเพื่ออ้างอิงหรือยืนยัน ทั้งสองวิธีนี้ เป็นวิธีพื้นฐานที่ ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของงาน ซึ่งกรอบแนวคิดการประกันคุณภาพในการดูแลสุขภาพของ โดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) ผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งองค์ประกอบหลักทั้ง 3 ส่วนมีความ เชื่อมโยงความสัมพันธ์กัน เชื่อว่าไม่สามารถที่จะก่อให้เกิดคุณภาพได้เพียงลำพัง อย่างใดอย่างหนึ่ง หากมีโครงสร้างที่ดี กระบวนการที่ดีจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งโครงสร้างของการบริการมีอิทธิพล ต่อกระบวนการ และกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ หากมีสิ่งสนับสนุนและกระบวนการที่ดีจะ ส่งผลลัพธ์ที่ดี

โครงสร้างของการบริการ (structure) โครงสร้าง หมายถึง ลักษณะของปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานที่อยู่ภายใต้องค์กรในระบบการดูแลผู้รับบริการ ได้แก่ แหล่งการสนับสนุนของสิ่งที่อำนวยความสะดวก เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ (material recourse) ต่างๆ เครื่องมือ ยา และเวชภัณฑ์ สถานที่ให้บริการ การสนับสนุนทางทรัพยากรบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากร องค์ความรู้ของบุคลากร และลักษณะของหน่วยงานหรือองค์กร (organization characteristics) ได้แก่ นโยบาย ขอบประมาณ กลุ่มหรือแนว การจัดแบ่งหน้าที่ การมอบหมายงาน เป็นต้น ซึ่งการวิเคราะห์ในด้านโครงสร้างของระบบบริการการดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มารับบริการนั้นจะทำให้ทราบข้อเท็จจริง เกี่ยวกับบริบทด้านโครงสร้างว่าสามารถสนับสนุนให้เกิดกระบวนการในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มารับบริการได้ดี มากน้อยเพียงใด

กระบวนการ (process) หมายถึง เทคนิครูปแบบกิจกรรมในสนับสนุนการดูแลสุขภาพรวมถึงเรื่อง การประเมิน การคัดกรอง การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมและป้องกัน การฟื้นฟู การติดตามและการส่งต่อ การให้ความรู้ของบุคลากร และการช่วยเหลือด้านอื่นๆ ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านตากว่า ในกระบวนการดูแลนั้นเป็นอย่างไรบ้าง การมีส่วนร่วมในการดูแลของ ญาติหรือผู้ดูแลและแกนนำชุมชนหรือแกนนำด้านสุขภาพตลอดจนถึงระบบการติดตามและการส่งต่อเป็นอย่างไร ซึ่งจะส่งผลให้ผลลัพธ์ในการดูแลเป็นไปในทางบวกหรือลบตามกระบวนการที่มากเกี่ยวข้องตามสถานการณ์จริง

ผลลัพธ์ (outcome) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ ภายใ้จากการดำเนินงานที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการซึ่งได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและญาติหรือผู้ดูแลหลังจากเข้ารับบริการใน โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ว่ามีความรู้เพิ่มเติมเพียงใด ความพึงพอใจในการมารับบริการว่ามีความพึงพอใจในการมารับบริการในสถานพยาบาลมากน้อยเพียงใด รวมถึงมีพฤติกรรมการดื่มที่เปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไร

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบทั้งสามส่วน มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กัน ถ้าหากองค์ประกอบอย่างใดอย่างหนึ่งบกพร่องหรือขาดการสนับสนุน จะส่งผลกระทบต่อด้านอื่นตามมา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก็อาจไม่พึงประสงค์ ซึ่งเมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบทั้งสามด้านแล้วจะสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ละเอียด ถี่ถ้วน และเป็นการพัฒนาในการแก้ไขปัญหาระบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราเพื่อป้องกัน ไม่ให้มีการกลับไปเสพยาซ้ำมากขึ้นอีก และเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราให้มีความเฉพาะเจาะจงในอนาคตต่อไป

วิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องพบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์มีหลายวิธีได้แก่

1. การสัมภาษณ์บุคคล หมายถึง การพูดคุยระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์ และผู้ถูกสัมภาษณ์ เป็นการถามโดยการเปิดโอกาสให้อธิบาย และถามถึงเหตุผลด้วยเกี่ยวพฤติกรรม เจตคติ ความต้องการ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพลักษณะต่าง ๆ มีข้อดี คือผู้ให้สัมภาษณ์พูดได้อย่างละเอียด เฉพาะหัวข้อที่ต้องการ สามารถสื่อสารโดยตรง ชัดช่วน และดัดแปลงคำถามได้บ้าง และสามารถสังเกตได้ว่าผู้ให้สัมภาษณ์จริงใจหรือไม่ การสัมภาษณ์แบบนี้ ผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้สัมภาษณ์ จะมีความเป็นอิสระและเป็นส่วนตัวมาก ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที ซึ่งข้อมูลถูกเก็บขึ้นมา โดยการยกคำพูดขึ้นมาคำต่อคำ โดยผู้บันทึกไม่เปลี่ยนแปลงคำเหล่านั้น และจะบันทึกบริบท เหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมประกอบด้วย ในขณะที่ทำการบันทึกคำพูดนั้น เพื่อการตีความภายหลัง ข้อมูลเหล่านี้ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับความรู้หรือประสบการณ์ต่างๆ การรับรู้ ความเห็น ความรู้สึก (ทวิตักคีนพเกษร, 2551) การสัมภาษณ์วิธีนี้เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่นิยมใช้กันมากที่สุด ส่วนข้อจำกัดคือ สัมภาษณ์ภาพและความไว้วางใจอาจส่งผลต่อการให้ข้อมูลต้องระวังความคิดเห็น อารมณ์ ความร่วมมือ ตลอดจนความเต็มใจของผู้ให้สัมภาษณ์ (กรแก้ว จันทรภาษา, 2550) และการสัมภาษณ์แต่ละครั้งหากได้ข้อมูลไม่ครบ ก็สามารถย้อนกลับไปสอบถามข้อมูล จนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน (हरषा ढरषुनुडड, 2552)

2. การสัมภาษณ์กลุ่ม หมายถึง การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยมีผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ (moderator) เป็นผู้คอยจุดประเด็นในการสัมภาษณ์เพื่อชักจูงให้กลุ่มเกิดแนวคิด และแสดงความคิดเห็นต่อประเด็น หรือแนวทางการสัมภาษณ์อย่างกว้างขวาง ละเอียดลึกซึ้ง โดยมีผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์ในแต่ละกลุ่มประมาณ 6-10 คน ซึ่งเลือกมาจากประชากรเป้าหมายที่กำหนดเอาไว้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2552) เป็นการสัมภาษณ์พร้อมกันในเวลาเดียวกัน ครั้งละหลาย ๆ คน เป็นกลุ่ม ทุกคนตอบคำถามเดียวกันหมด

3. การสนทนากลุ่ม หมายถึง วิธีการเก็บข้อมูลที่เน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนากันเอง การสนทนามีลักษณะของการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกันอย่างกว้างขวาง และเป็นอิสระทางความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนา ประกอบด้วยผู้เข้าร่วมสนทนาประมาณ 6-12 คน ซึ่งมีพื้นฐานประสบการณ์คล้ายคลึงกัน ภายใต้หัวข้อที่เฉพาะเจาะจงที่เป็นที่สนใจของนักวิจัย การสนทนาจะมีผู้นำสนทนา (moderator/facilitator) เป็นผู้จุดประเด็นการสนทนา ชักจูง เอื้อให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นที่สนทนาได้อย่างกว้างขวาง

และลึกซึ้ง และมีอิสระในการสนทนา กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันให้มากที่สุด คอยสังเกตปฏิกิริยาของคนในกลุ่มต่อประเด็นต่างๆ ที่เกิดขึ้น รับฟัง และซักถามเพื่อความกระจ่าง และบันทึกการสนทนาไว้เพื่อการวิเคราะห์ต่อไป (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2548) การสนทนากลุ่ม เป็นระเบียบวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประเภทบรรทัดฐานทางสังคม การให้คุณค่า ความเชื่อ ความคาดหวัง วิถีชีวิต พฤติกรรม ประสบการณ์ที่สมาชิกจากกลุ่มรับรู้ สนใจ มีประสบการณ์ร่วมกัน (shared norms values belief expectation life style behavior experience) และประเด็นหลักเหล่านั้นสามารถแลกเปลี่ยนมุมมอง ประสบการณ์กับสมาชิกคนอื่นได้โดยสะดวกใจโดยกระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ อภิปรายโต้ตอบระหว่างสมาชิกในกลุ่มกันเองตามทฤษฎีพลวัต กลุ่ม (group dynamic theory) และทฤษฎีจิตวิทยาในกลุ่ม (group psychology theory) ซึ่งจะทำให้ข้อมูลหลังไหลออกมาได้มากกว่าการเก็บโดยวิธีอื่น รวมทั้งคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งข้อดีของการเก็บข้อมูลโดยวิธีนี้ คือปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มจะทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายภายในเวลาที่จำกัด และมีการตรวจสอบข้อมูลกันเอง (triangulation) ทำให้ได้รายละเอียดของข้อมูลที่สมาชิกรับรู้ร่วมกันและได้ข้อมูลที่ครอบคลุม มีสีสันและความหลากหลาย สุดท้ายจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน ประเด็นสำคัญ สภาพปัญหา ซึ่งต้องนำไปดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งภายในเวลาอันสั้นๆ เช่น การค้นหาปัญหาที่แท้จริง (ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2548)

4. การสังเกต (Observation) หมายถึง การเฝ้าดูในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างใส่ใจและละเอียดถี่ถ้วน โดยใช้ประสาทสัมผัสทั้งหมด โดยเฉพาะตาและหูในการเก็บข้อมูลของปรากฏการณ์ต่างๆ และทำการรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตอย่างเป็นระบบ การสังเกตมีหลายลักษณะ เช่น การสังเกตแบบมีโครงสร้าง (structure observation) เป็นการสังเกตที่มีการกำหนดสิ่งที่จะสังเกตไว้แน่นอนเป็นการเฉพาะ เช่น พฤติกรรมหรือปรากฏการณ์ต่างๆ และมักจะมีเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยในการสังเกตซึ่งทำเป็นแบบฟอร์มเตรียมไว้ล่วงหน้า และการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured observation) เป็นการปล่อยให้ผู้สังเกต สังเกตได้อย่างอิสระ ไม่ได้สังเกตอะไรก่อนหลัง และต้องสังเกตอะไรเป็นการเฉพาะบ้าง แต่จะสังเกตพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในเวลากำหนดเท่านั้น (ธีรพงษ์ แก้วนางษ์, 2546) การสังเกตจะกระทำควบคู่ไปกับการจดบันทึกหรือการบันทึกภาคสนาม (fieldnotes) โดยมีการอธิบายเชื่อมโยงกับสิ่งที่ปรากฏในการศึกษาเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของข้อมูลเหล่านั้นกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่ออธิบายองค์ประกอบ สิ่งแวดล้อม (setting) ของปรากฏการณ์ที่ถูกสังเกต กิจกรรม (activity) ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีอยู่ 2 รูปแบบคือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมหรือปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่ต้องการศึกษา (non-participant observation) (ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2548; ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2548)

กระบวนการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participants observation) เป็นการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลจากการสัมผัสประสบการณ์และเข้าถึงความหมายที่แท้จริงในทัศนะของคนใน และถือเป็นการศึกษาความจริงทางสังคมของบุคคล จากการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับปรากฏการณ์ กิจกรรม บุคคลที่ด้อยการศึกษา (reactive participant observation) เป็นวิธีการที่ผู้เก็บข้อมูลเข้าไปเป็นผู้มีส่วนร่วม (participant) ในชุมชน องค์กร กิจกรรม เหตุการณ์ ปรากฏการณ์ โดยมีวิถีชีวิต (lifestyle) ที่เป็นแบบแผนเดียวกันกับผู้คนที่ทั้งหลายในพื้นที่ ชุมชน องค์กรนั้น เสมือนเป็นสมาชิกคนหนึ่งที่อยู่ภายในขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม วิถีชีวิตแบบเดียวกัน (ทวีศักดิ์ นพเกษร, 2548)

กระบวนการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participants observation) เป็นการเก็บข้อมูลจากการที่ผู้วิจัยเข้าไปสังเกตโดยตรง แต่ไม่มีปฏิสัมพันธ์ใดๆ กับเหตุการณ์ กิจกรรมที่สังเกต ผู้วิจัยอาจเข้าไปสังเกตโดยที่ผู้ถูกสังเกตรู้ตัวว่าจะมีคนเข้าไปสังเกตหรือไม่รู้ตัวว่าถูกสังเกตเลย เช่น ผู้เก็บข้อมูลเข้าไปสังเกตโดยไม่แจ้งล่วงหน้าและไม่แสดงตัว หรือใช้เครื่องอัดเสียง เครื่องถ่ายภาพวิดีโอโดยไม่รู้ตัว

5. แบบสอบถาม (Questionnaire) คือ แบบสอบถามที่มีคำถามที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สนใจ สร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลจากประชากร ซึ่งได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ และความสนใจต่างๆ ซึ่งโดยทั่วไปมี 2 รูปแบบคือ แบบสอบถามปลายปิด (Closed form) และแบบสอบถามปลายเปิด (Opened form) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538)

ในการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลบ้านตากครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การสัมภาษณ์รายบุคคล แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลด้านความพึงพอใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

โรงพยาบาลบ้านตากเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง รับผิดชอบดูแลประชากรทั้งหมด 46,233 คน มีหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ 11 หมู่บ้าน มีสถานีอนามัยในเครือข่ายบริการจำนวน 15 แห่ง มีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 180 คนเป็นข้าราชการ 94 คนและลูกจ้าง 86 คน มีแพทย์ประจำบ้านจำนวน 3 คน มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 58 คนโรงพยาบาลบ้านตากมีหน่วยงานสุขภาพจิต ยาเสพติดและเอดส์เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช เอดส์ และผู้ที่ติดสารเสพติดไม่ว่าจะเป็นบุหรี่ สุรา ยาบ้า สารระเหย หรือผู้ที่ถูกส่งตัวมาจากสำนักงานคุมประพฤติ จังหวัดตาก แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เฉพาะทางด้านจิตเวช ในด้านการบำบัดสุราซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของงานสุขภาพจิตนั้น ผู้ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อร้อยละ 90 เข้ามา

รับคำแนะนำเรื่องการดื่มสุรานี้เนื่องจากมีอาการของโรคทางกายซึ่งมีผลจากการดื่มสุรา หรือแพทย์ส่งมาเพื่อให้เลิกดื่มสุราหลังเข้ารับการรักษาด้วยโรคทางกายในโรงพยาบาลแล้วพบว่ามีอาการถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) โรงพยาบาลบ้านตาก มีการคัดกรองผู้ที่เป็โรคติดสุราโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินปัญหาการดื่มสุราหรือ AUDIT (Alcohol use disorders Identification test) และได้รับการวินิจฉัยและตรวจรักษาบำบัดด้วยยาโดยแพทย์ และทำการบำบัดฟื้นฟูสภาพโดยให้การรักษาแบบสั้น, การเสริมสร้างแรงจูงใจ, การฝึกทักษะปฏิเสธ มีการนัดผู้ที่เป็นโรคติดสุราให้มารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยนัดผู้ป่วยครั้งแรกหลังเข้ารับการรักษาในคลินิกเปี่ยมสุข 2 สัปดาห์หลังจากนั้นทุก 1 เดือน จำนวน 4 ครั้ง และนัดติดตามประเมินประคับประคอง ด้านจิตใจทุก 1-2 เดือน จนครบ 1 ปี (งานสุขภาพจิต ยาเสพติดและเอดส์ โรงพยาบาลบ้านตาก, 2552ข) นอกจากนี้ได้มีการดำเนินการเชิงรุกโดยมีการจัดทำโครงการให้ความรู้สุขภาพศึกษาเกี่ยวกับสุราและยาเสพติดกับเด็กนักเรียนมัธยมปลายในโรงเรียนมัธยมทั้ง 3 แห่งของอำเภอบ้านตาก ให้ความรู้เกี่ยวกับสุราผ่านทางวิทยุกระจายเสียงของชุมชน ประชาสัมพันธ์โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา ขอความร่วมมือการงดดื่มสุราและเล่นการพนันในงานศพ ประชาสัมพันธ์บริการคลินิกบำบัดสุราที่โรงพยาบาลบ้านตาก และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุข ในการเยี่ยมเพื่อติดตามผลการบำบัดรักษา ปีละ 1 ครั้ง (งานสุขภาพจิต ยาเสพติดและเอดส์ โรงพยาบาลบ้านตาก, 2552ข)

จากข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2550-2552 มีผู้ที่เป็นโรคติดสุรามารับบริการบำบัดรักษาในงานสุขภาพจิต ยาเสพติดและเอดส์ โรงพยาบาลบ้านตาก จำนวน 33, 38 และ 42 ราย ตามลำดับ และมารักษาตามนัดครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง จำนวน 16, 21, 23 ราย หรือประมาณร้อยละ 50 จากการติดตามผลการรักษาทั้งทางโทรศัพท์ รวมทั้งจากการสอบถามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และญาติ หรือผู้ป่วยในแต่ละปี พบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านตาก กลับไปเสพยาสุราซ้ำภายใน 1 ปี ประมาณร้อยละ 80 นอกจากนี้ยังพบว่าคู่สมรสของผู้ที่เป็นโรคติดสุราได้เข้ารับการรักษาเนื่องจากมีภาวะเครียดจากพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ส่งผลให้เกิดปัญหาครอบครัวและเศรษฐกิจ ในปี 2550, 2551, 2552 จำนวน 2, 7, 11 ราย ตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 6.6, 18.04, 38.1 ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านตาก ในจำนวนนี้มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับคิดฆ่าตัวตายจำนวน 3 ราย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคติดสุราอย่างมากและจะยังคงมีอย่างต่อเนื่องหากไม่ได้รับการแก้ไข (งานสุขภาพจิต ยาเสพติดและเอดส์ โรงพยาบาลบ้านตาก, 2552ก)

จะเห็นได้ว่าแม้หน่วยงานได้ให้การบำบัดตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล แต่ก็พบว่าผู้ติดสุราเข้ารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นทุกปีและผู้เคยเข้ารับการรักษาส่วนหนึ่งจะกลับไปเสพยาสุราซ้ำภายใน 1 ปี จากการซักประวัติจากญาติ และหรือผู้ป่วยพบเพียงสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่มาบำบัดรักษาส่วนใหญ่กลับมาเสพยาสุราซ้ำเนื่องจากการประสบกับสิ่งเร้าภายนอก และสิ่งเร้าภายใน

ไม่ว่าจะเป็นอาการอยากสุรา กลับไปดื่มเพื่อเข้าสังคม ไม่สามารถปฏิเสธคำชักชวน สมาชิกในครอบครัวไม่ให้งำลังใจ มีเรื่องเครียดจึงหาทางออกโดยการดื่มแอลกอฮอล์ และคิดว่าดื่มชนิดเดียวคงไม่เป็นไร (งานสุขภาพจิต ยาเสพติดและเอดส์ โรงพยาบาลบ้านตาก, 2552ข)

อย่างไรก็ตามยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนั้นการหาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับบริบทของสถานการณ์ปัญหา จะช่วยตัดสินใจว่าควรปรับปรุงแก้ไขในเรื่องใดเป็นอันดับแรก เพื่อแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2551) และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราของโรงพยาบาลบ้านตาก ได้ครอบคลุมและเกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของชุมชนต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก โดยใช้กรอบแนวคิดการประกันคุณภาพในการดูแลสุขภาพของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) ที่ประกอบด้วย โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก มีผู้เสพยาเพิ่มขึ้นทุกปีและมีอัตราการเสพยาซ้ำสูงมาก นับได้ว่าเป็นผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องมีการวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์โครงสร้าง (Structure) ได้แก่ การสนับสนุนขององค์กรด้านทรัพยากรบุคคล ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการจัดโครงสร้างองค์กร แผนการดำเนินงาน นโยบาย และด้านงบประมาณต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก การวิเคราะห์กระบวนการ (process) ได้แก่ วิธีการรูปแบบ การดำเนินงานในการดูแลช่วยเหลือ ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุรา การดูแลและให้ความช่วยเหลือของญาติหรือผู้ดูแล การมีส่วนร่วมในการดูแลของแกนนำชุมชนหรือแกนนำด้านสุขภาพต่อผู้ป่วยโรคติดสุรา และการวิเคราะห์ผลลัพธ์ (outcome) ได้แก่ ประสิทธิภาพของการดูแล ในด้านการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคติดสุรา ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดสุรา และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก โดยศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วย โรคติดสุรา ญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลช่วยเหลือจะทำให้ได้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุราต่อไป