

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก การรวบรวมข้อมูลใช้หลายวิธีการร่วมกัน (multi-method) ได้แก่แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2553 โดยศึกษาจาก กลุ่มบุคคลากรทีมสุขภาพ กลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ และกลุ่มแกนนำชุมชน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลตามผังสถานการณ์ ผลการวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านโครงสร้างการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านกระบวนการการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษานี้ผู้ศึกษาได้นำเสนอข้อมูล ตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มบุคคลากรทีมสุขภาพ กลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ กลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ และกลุ่มแกนนำชุมชนรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษาดำเนินปัจจุบัน
หน่วยงาน เวลาปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (n=10)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
เพศ	
หญิง	10
อายุ	
18-34	3
35-60	7
(range=25-53, $\bar{X}$ = 37.8, S.D. = 9.61)	
วุฒิการศึกษาสูงสุด	
ปริญญาตรี	10
ตำแหน่งปัจจุบัน	
แพทย์	1
พยาบาลวิชาชีพ	7
เภสัชกร	1
นักจิตวิทยา	1
หน่วยปฏิบัติงาน	
งานผู้ป่วยนอก	2
งานผู้ป่วยใน (ชาย,หญิง)	4
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	1
งานบริการสุขภาพจิต	2
งานเภสัชกรรม	1
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน	
1 - 10 ปี	4
11- 20 ปี	4
21- 30 ปี	2
(range=2-30, $\bar{X}$ = 13.20, S.D.= 8.92)	
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ	
1-5 ปี	4
6-10 ปี	6
(range=3-10, $\bar{X}$ = 7.0, S.D. = 3.16)	

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มบุคลากรที่มีสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง 7 คน (range=25-53, $\bar{X}$ = 37.8, SD=9.61) มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด จำนวน 7 คน เป็นผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานตึกผู้ป่วยในชาย จำนวน 2 คน ตึกผู้ป่วยในหญิง จำนวน 2 คน จากหน่วยงานตึกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 คน จากตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 1 คน จากหน่วยงานสุขภาพจิต จำนวน 2 คน และจากงานเภสัชกรรม จำนวน 1 คน มีระยะเวลาปฏิบัติงานในช่วง 1-10 ปี จำนวน 4 คน และมากกว่า 10 ปี จำนวน 6 คน (range=2-30, $\bar{X}$ = 13.20, S.D.= 8.92) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อในช่วง 1-5 ปี จำนวน 4 คน และ 6 ปีขึ้นไป จำนวน 6 คน

ตารางที่ 2

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัว สถานภาพในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวที่เคยเข้ารับการบำบัด ประวัติการใช้สารเสพติดและพฤติกรรมส่วนบุคคล (n=10)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	8
หญิง	2
อายุ	
35-60	10
(range=35-54, $\bar{X}$ = 44.0, S.D. = 6.50)	
สถานภาพ	
โสด	2
คู่	6
หย่า	1
หม้าย	1
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	4
มัธยมศึกษา	5
อนุปริญญา	1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อราจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัว สถานภาพในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวที่เคยเข้ารับการบำบัด ประวัติการใช้สารเสพติดและพฤติกรรม ส่วนบุคคล (n=10)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
อาชีพ	
ว่างงาน(แม่บ้าน)	1
รับจ้าง	7
เกษตรกรรวม	2
รายได้ต่อเดือน	
น้อยกว่า 5,000	10
(range=800-4,000, $\bar{X}$ =2,280, S.D.=1,113.35)	
ความเพียงพอของรายได้	
เพียงพอ	4
ไม่เพียงพอ	6
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	
อยู่คนเดียว	1
2-3 คน	7
4-5 คน	2
(range=1-4, $\bar{X}$ =2.6, S.D.=0.97)	
สมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา	
บิดา/มารดา	3
สามี/ภรรยา	4
บุตร	2
พี่น้อง	1
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัว สถานภาพในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวที่เคยเข้ารับการบำบัด ประวัติการใช้สารเสพติดและพฤติกรรม ส่วนบุคคล (n=10)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
มีโรคประจำตัว	3
ตับแข็ง	1
โรคกระเพาะอาหาร	1
ความดันโลหิตสูง	1
สมาชิกในครอบครัวที่เสพยา	
ไม่มี	5
มี	5
สมาชิกในครอบครัวที่ติดสุรา และเข้ารับการบำบัด	
ไม่มี	10

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อมีจำนวนเพศชาย 8 คน เพศหญิง 2 คน ทั้งหมดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีอายุเฉลี่ย 44 ปี มีสถานภาพกลุ่มมากที่สุดจำนวน 4 คน มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาจำนวนมากที่สุด 5 คน รองลงมา ประถมศึกษาคือจำนวน 4 คน นับถือศาสนาพุทธทั้งหมดจำนวน 10 คน มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดจำนวน 7 คน มีรายได้ไม่เพียงพอ 6 คน เพียงพอจำนวน 4 คน ทั้งหมดมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท สมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแล ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสจำนวน 4 คน รองลงมาเป็นบิดามารดา ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 7 คน มีโรคประจำตัวเป็นโรคตับแข็ง โรคกระเพาะอาหารและความดันโลหิตสูงอย่างละ 1 คน มีสมาชิกในครอบครัวเสพยาและไม่เสพยาจำนวนเท่ากันกลุ่มละ 5 คน แต่ไม่เคยเข้ารับการบำบัด

ตารางที่ 3

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มญาติ หรือผู้ดูแลจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย การดื่มสุรา ($n=10$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	3
หญิง	7
อายุ	
18-34	4
35-60	5
60 ปีขึ้นไป	1
(range=22-62, $\bar{X}$ = 45.2, S.D. = 11.48)	
สถานภาพ	
โสด	1
คู่	8
หม้าย	1
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	1
ประถมศึกษา	6
มัธยมศึกษา	2
อนุปริญญา	1
อาชีพ	
รับจ้าง	6
เกษตรกร	2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2
รายได้ต่อเดือน	
น้อยกว่า 5,000	7
5,001-10,000 บาท	3
(range=800-6,000, $\bar{X}$ =3,530, S.D.=1501.15)	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มญาติ หรือผู้ดูแลจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย การดื่มสุรา (n=10)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
ความเพียงพอของรายได้	
เพียงพอ	6
ไม่เพียงพอ	4
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
บิดา/มารดา	3
สามี/ภรรยา	4
บุตร	2
พี่น้อง	1
ระยะเวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา	
1-5 ปี	10
(range=1-5, $\bar{X}$ = 2.3, S.D. = 1.57)	
การดื่มสุรา	
ดื่ม	3
ไม่ดื่ม	7

จากตารางที่ 3 พบว่าญาติ หรือผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายโดยเป็นเพศหญิงจำนวน 7 คนและเพศชาย จำนวน 3 คน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง 5 คน มีสถานภาพคู่จำนวน 8 คน มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดจำนวน 6 คน รองลงมาศึกษาในระดับมัธยมศึกษาจำนวน 2 คน และ ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอจำนวน 6 คน โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท มีจำนวน 7 คน รายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท มีจำนวน 3 คน มีความสัมพันธ์กันในฐานะสามีหรือภรรยามากที่สุดจำนวน 4 คน บิดาหรือมารดา จำนวน 3 คน บุตร 2 คน พี่น้อง 1 คน ระยะเวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตสุราส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 10 คน ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 2.3 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราจำนวน 7 คน ดื่มสุราจำนวน 3 คน

ตารางที่ 4

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มแกนนำชุมชน เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดื่มสุรา ($n=10$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
เพศ	
ชาย	6
หญิง	4
อายุ	
35-60	8
60 ปีขึ้นไป	2
(range=38-62, $\bar{X}$ = 48.5 , S.D. = 8.69)	
สถานภาพ	
คู่	9
หม้าย	1
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	2
มัธยมศึกษา	7
ปริญญาตรี	1
อาชีพ	
รับจ้าง	3
เกษตรกร	4
ค้าขาย	3
บทบาทหน้าที่ในชุมชน	
กำนัน	1
ผู้ใหญ่บ้าน	3
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	2
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	4

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มแกนนำชุมชน เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดื่มสุรา ($n=10$)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา	
ไม่มี	6
มี	4
1-2 ปี	4
(range=0-2, $\bar{X} = 0.6$, S.D. = 0.84)	
การดื่มสุรา	
ดื่ม	8
ไม่ดื่ม	2

จากตารางที่ 4 พบว่าแกนนำชุมชน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เพศชายจำนวน 6 คน และเพศหญิงจำนวน 4 คน อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมากที่สุดคือมีจำนวน 8 คน มีสถานภาพคู่มากที่สุดจำนวน 9 คน มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุดจำนวน 7 คน มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด จำนวน 4 คน ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา 6 คน และมี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรามากที่สุดคือระยะเวลา 1-2 ปี จำนวน 4 คน แกนนำชุมชนส่วนใหญ่ดื่มสุรา จำนวน 8 คน ไม่ดื่มสุรา 2 คน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านโครงสร้าง

จากการศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างและระบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก เป็นการศึกษาเกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาลหรือแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มาตรฐานหรือคู่มือปฏิบัติงานประมาณ เครื่องมือ สื่อ อุปกรณ์ต่างๆ ยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ความเหมาะสมของสถานที่อัตรากำลัง การพัฒนาความสามารถของบุคลากรในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ด้านนโยบายของโรงพยาบาล หรือแผนการดำเนินงาน

จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลบ้านตากมีนโยบายและแผนงานในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ อยุ่ภายใต้ นโยบายและแผนงานการดูแลผู้ติดเชื้อสารเสพติด ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในบุคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

“มันจะเป็นนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติด แต่ว่านโยบายเกี่ยวกับสุราโดยตรงจะไม่มีเพราะว่าเรารู้ว่าสุราก็คือยาเสพติด มีแผนงานเป็นโครงการดูแลผู้ติดเชื้อสารเสพติดทั้งหมด เกี่ยวกับสุราก็คือจะทำแผนรวมอยู่ในงานยาเสพติด เป็นแผนของหน่วยงานที่ห้องสุขภาพจิตไม่ได้แยกเฉพาะสุรา”

“นโยบายมีมาตั้งแต่ปี 2547 ช่วงที่ยาบ้าระบาด เป็นนโยบายมาจากกระทรวงให้เราทำงานร่วมกับมหาดไทยในการบำบัดฟื้นฟูและแก้ไขผู้ติดเชื้อสารเสพติด ซึ่งก็รวมพวกเหล้า บุหรี่ กว้างก็ยาบ้าด้วย ไม่มีแผนการดำเนินงานเฉพาะสุรา แต่เป็นแผนโดยรวมอยู่ในงานยาเสพติด เรามีคลินิกบำบัดสุราก็อยู่ในแผนปฏิบัติงานประจำปีของงานสุขภาพจิตอยู่แล้ว”

“นโยบายเอาจริงๆ เลยคือไม่รู้ รู้แต่ว่ามีคลินิกเลิกสุราในโรงพยาบาล แต่ตัวนโยบายไม่รู้”

2. ด้านงบประมาณในการดำเนินงาน

จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลบ้านตากไม่มีงบประมาณเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ แต่รวมไว้กับงบประมาณงานสุขภาพจิตและยาเสพติด งบประมาณไม่เพียงพอแต่มีหน่วยงานภายนอก ที่สามารถขอสนับสนุนเพิ่มเติม ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในบุคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

“งบประมาณไม่เพียงพอในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ งบประมาณของหน่วยงานเราจะรวมทั้งงานสุขภาพจิต ยาเสพติด และเอดส์ ไม่ใช่เฉพาะสุรา บางที่ไม่พอเราก็เขียนของงบจาก สสส. หรือ สปสช. ก็เขียนโครงการไปเสนอ”

“รัฐบาลเน้นเรื่องอะไรก็จะมึงมาให้ เราก็ทำไป งบก็ไม่ค่อยพอแต่เราก็ไปของบจากหน่วยงานอื่นอย่าง สสส. หรือ สปสช.”

3. ด้านทรัพยากรบุคคล การพัฒนาความรู้ ทักษะและพัฒนาศักยภาพบุคลากร และอัตรากำลัง

3.1 จากการศึกษาพบว่าการพัฒนาความรู้ ทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อในระดับผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เน้นเฉพาะผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ผู้ปฏิบัติงานใหญ่ไม่เคยรับการ

อบรมทำให้ไม่มั่นใจในการให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ไม่ทราบวิธีการบำบัด ขั้นตอนการบำบัด วิธีการพูดคุย ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในบุคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

“ยังไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดสุราเลย ไม่มั่นใจ ไม่รู้จะคุยยังไงจะถามอะไรบ้าง”

“ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา ไม่รู้ว่าขั้นตอนการบำบัด วิธีการพูดคุยยังไงเราก็ได้ แต่บอกถึงโทษ อันตรายของการดื่มเหล้า ส่วนการบำบัดก็ส่งไปงานสุขภาพจิต ”

“ตั้งแต่ทำงานมายังไม่เคยอบรมเรื่องการดูแลผู้ติดสุราเลย ที่บอกตรงๆว่าไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ติดสุรา ไม่รู้วิธีการพูดคุยกับเค้าว่าต้องพูดอะไรอย่างไร doseยาที่เหมาะสมให้สูงไปหรือน้อยไป ถ้ามีอบรมบ้างก็ดี”

“จริงๆก็ไม่รู้ว่า dose ยาที่คนไข้ติดสุราควรจะได้ขนาดไหน ไม่เคยไปอบรมเกี่ยวกับเรื่องนี้เลย ถ้าจะถามว่ามั่นใจมั๊ย ก็ไม่มั่นใจ”

“ก็ไม่เคยอบรมตั้งแต่จบมาแล้ว จะให้ยามากเราก็ก้าวคนไข้ apnea”

3.2 จากการศึกษาพบว่าอัตรากำลังบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราไม่เพียงพอจะปฏิบัติงานได้ครอบคลุม และต่อเนื่อง ในคลินิกบำบัดสุราเนื่องจากเจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก รับผิดชอบงานหลายด้าน ส่วนผู้ป่วยในพบว่าหากมีผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรา เจ้าหน้าที่จะไม่เพียงพอในการดูแล ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในบุคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

“ไม่เพียงพอเพราะอยู่กัน 2 คนก็ต้องช่วยกัน ไม่มีทีมที่ดูแลเฉพาะผู้ติดสุราไม่เหมือนพวกโรคเบาหวาน หรือ ความดัน เราต้องดูแลทั้งผู้ป่วยสุขภาพจิต ยาเสพติดและเอดส์ บางครั้งคนหนึ่งไม่อยู่ไปอบรม อีกคนต้องเข้าประชุม บางครั้งก็ไม่เข้าประชุมเพราะไม่อยากให้คนไข้รอ แต่บางทีก็มีที่คนไข้มาแล้วไม่เจอ ก็ต้องรอ ไปไหนไม่ได้เลย ใครก็ทำแทนก็ไม่ได้เพราะเค้าไม่เคย”

“ถ้าลงชุมชนน่าจะมีเจ้าหน้าที่อีกคนหนึ่ง คือทางเราให้บริการได้ แต่การติดตามชุมชนคือขาดบุคลากรในการติดตาม คือถ้าอีกคนหนึ่งอยู่อีกคนหนึ่งไป คนที่อยู่ก็ต้องทำทุกอย่างทั้งบำบัดสุรา สุขภาพจิต ยาเสพติด แล้ว Case หนึ่งใช้ระยะเวลาอันนานนอกจากนี้ยังมีงานซึมเศร้า งานเอดส์ ซึ่งต้องมีการศึกษาข้อมูลเยอะจะมีเจ้าหน้าที่แค่ 2 คน แต่ต้องดูแลแบบองค์รวมทั้ง 3 คลินิกก็หนักเหมือนกัน”

“ที่ ward ถ้าเวรป่วย ดึก มีคนไข้ alcohol withdrawal มาคนนึงก็ยุ่งเลยวันนั้น เคยมีมา 2 case ไม่ไหวคนอื่นไม่ได้ดูแลเลย นิดยาก็เลยเวลาไป มั่วแต่ยุ่งกับ 2 case นี้”

“คิดว่ายังไม่พอหรอก แล้วแต่ช่วง ถ้าคนไข้เยอะๆ น่าจะดึงคนมาขึ้นเวรเพิ่ม แล้วก็ถ้าได้บุคลากรเช่นพยาบาล หรือผู้ช่วยเหลือเป็นผู้ชายก็คงดี เพราะบางครั้งผู้ป่วยสับสน ดิ้นไปมา ไม่อยู่เตียงเราก็จับไม่ไหว แล้วก็เสี่ยงอันตรายด้วยทุกวันนี้ขอยามกับญาติเตียงอื่นมาช่วย”

“จะว่าไปคนก็ไม่พอนะ เพราะคนไข้ alcohol ถ้าไม่มี withdrawal ก็ไม่เป็นไร แต่ถ้ามีแค่คนเดียวคนทำงานก็ไม่พอเลย”

4. ด้านมาตรฐานคู่มือการปฏิบัติงาน เครื่องมือ อุปกรณ์

4.1 จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลบ้านตาก มีเครื่องมือแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) และแบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) และคู่มือ/แนวปฏิบัติในการบำบัดรักษา ครอบคลุมและพร้อมใช้ในคลินิกบำบัดสุรา งานสุขภาพจิต แต่ไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ หน่วยบริการอื่นคัดกรองโดยใช้ประสบการณ์ในการประเมินปัญหาการดื่มสุรา แล้วส่งให้คลินิกบำบัดสุราทำการคัดกรองและประเมินอย่างละเอียดต่อไป ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในบุคลากรทีมสุขภาพดังต่อไปนี้

“เรามีคลินิกเปี่ยมสุขสำหรับบำบัดสุรา ในงานสุขภาพจิต จะมีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราโดยแบบคัดกรอง AUDIT และใช้ AWS ประเมินอาการถอนพิษสุราทุกรายไม่ว่าจะมาแบบผู้ป่วยนอกหรือว่าผู้ป่วยใน แล้วก็ส่งข้อมูลให้หมอเค้าวินิจฉัย สั่งยา แล้วเราก็จะนัดเพื่อบำบัดต่อ โดยใช้คู่มือเป็นแนวปฏิบัติมาจากกรมสุขภาพจิต”

“Ward ชายจะมี AWS ไว้ประเมินอาการถอนพิษสุราเรามี CPG การให้ยาถ้าเกิดภาวะ Withdrawal ให้หมอดูว่าคะแนนเท่านี้ต้องให้ยาอย่างไรแต่ยังไม่มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ติดสุราแบบเต็มๆ”

“ที่ ward ไม่มีแบบคัดกรองสุรา จะส่งงานสุขภาพจิตเป็นคนคัดกรอง แต่เรามีแบบประเมิน AWS เอาไว้ประเมินคนที่มึนประวัติดื่มสุราทุกวัน ถ้าเริ่มมีอาการ ทุกคนในทีมจะรู้ แต่ก็มีบ้างที่ทำให้ประวัติไม่ตรง แต่ Admit ไป 1-2 วันอาการก็จะออก”

“Ward หญิง ถ้าเป็นรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุรามาราก็จะส่งไปงานสุขภาพจิตเพื่อคัดกรองและประเมินปัญหาการดื่มสุรา แต่ถ้าเป็นโรคทั่วไปมีประวัติใช้สุราเป็นประจำทุกวันก็จะ observe สังเกตอาการก่อนถ้ามีอาการผิดปกติก็ไม่ส่ง แต่เรามีแบบประเมิน AWS ไว้ประเมินอาการ Withdrawal”

“ที่ OPD ไม่มีแบบประเมินหรือคัดกรองคนไข้ติดสุรา ถ้าเจอคนที่คิดว่ามีปัญหาจากการดื่มสุราก็จะส่งให้งานสุขภาพจิต”

“ER ไม่เคยมีแบบคัดกรอง หรือแบบประเมิน เราจะประเมินโดยใช้ประสบการณ์ว่าเค้า น่าจะมีปัญหาการดื่มสุรา แล้วก็ส่งให้งานสุขภาพจิตต่อไป”

4.2 จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลบ้านตากมีเครื่องมือ อุปกรณ์ เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในบุคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

“มีเครื่องมือ อุปกรณ์ เพียงพอที่จะใช้ในการดูแลผู้ติดสุรา”

“Ward มีอุปกรณ์ เครื่องมือ อะไรสำหรับดูแลคนไข้ก็พอนะไม่ขาด”

“อุปกรณ์อำนวยความสะดวกพวก คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ VDO มีพอ ส่วนใหญ่จะเปิด Internet ใน note book ให้คนไข้ดู เพราะโรงพยาบาลมีระบบ lan ต่อ internet ได้เราก็จะ load ข้อมูลมาลงแล้วก็เปิดให้คนไข้ดูก็ใช้ได้เหมือนกัน”

“งานสุขภาพจิตมีสื่ออุปกรณ์หลายอย่างทั้ง เครื่องคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ เครื่องเล่นดีวีดี เครื่องขยายเสียง วิทยุเทป ก็เพียงพอเหมาะสมดี”

5. ยาและเวชภัณฑ์

5.1 จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลบ้านตากมียาและเวชภัณฑ์เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มีอาการถอนพิษสุรา แต่ยังไม่มียารักษาการติดสุรา ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในบุคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

“ที่หมอสั่งใน order ยาที่ใช้รักษา alcohol withdrawal ก็มีทุกตัว”

“ก็มียาพวก valium มีแบบทั้งกินและฉีด lorazepam, ยาวิตามินพวก vit B1, vit B1-6-12, vit B.co, glucose, amitryp, hadol, พวก IV ก็มีหมดนะ แต่ไม่มีรักษาการติดสุรานะ ไม่มี”

“ก็คิดว่ามียาเพียงพอนะ แต่ไม่มีรักษาการติดสุรา”

“ถ้ารักษาการติดสุราโดยตรงเลยอย่างเช่น ยาเลิกเหล้าจะไม่มี แต่เราจะมียาที่รักษาอาการ Alcohol withdrawal ยารักษาโรคตับอักเสบ โรคกระเพาะ ที่เกิดมาจากการดื่มเหล้า”

“เคยมีญาติคนไข้มาถามหายาเลิกเหล้าเหมือนกันแต่โรงพยาบาลเราไม่มี”

6. สถานที่สำหรับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา

6.1 สถานที่ยังไม่เหมาะสมในการดูแลผู้ที่เป็นจิตสุรา จากการศึกษพบว่าโรงพยาบาลบ้านตากมีห้องให้คำปรึกษา หรือคลินิกบำบัดสุราเรียกว่าห้องเปี่ยมสุข แต่อยู่ใกล้บริเวณที่มีคนเดินพลุกพล่าน รวมถึงภายในห้องไม่มีการกั้นเป็นสัดส่วนมีผู้ป่วยอื่นๆที่เข้ามารับบริการภายในห้องเดียวกันพร้อมๆ กัน ทำให้ไม่ส่วนตัว ในหอผู้ป่วยไม่มีสถานที่เฉพาะในการ

ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา แต่มีการจัดแบ่งพื้นที่ให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตสุรา เพื่อลดการรบกวนผู้ป่วยรายอื่นและเพื่อสามารถสังเกตอาการผู้ที่เป็นโรคจิตสุราได้ใกล้ชิด ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในบุคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

“ห้องเยี่ยมสุขของเรามีไว้เพื่อให้บริการด้านสุขภาพจิตแยกออกมาเป็นสัดส่วนก็จริงแต่ยังไม่ได้กั้นห้อง เวลาให้คำปรึกษาบางครั้งเราต้องรับคนไข้พร้อมกันเวลาคุยก็ได้ยินกันหมดก็ยังไม่เป็นส่วนตัวเท่าไร”

“ในห้องจะให้บริการหลายอย่างพร้อมๆกัน ทั้งซึมเศร้า สุรา OSCC บางครั้งก็ต้องให้คนอื่นนั่งรอข้างนอกก่อน”

“สถานที่ไม่เงียบสงบ คนพลุกพล่าน และบางครั้งคนไข้จิตสุรามีภาวะ withdrawal ก็อาจเป็นอันตรายหรือรบกวนคนไข้คนอื่น ทางดีก็เลยแบ่งเป็นโซนเฉพาะคนไข้พวกนี้ เพื่อจะได้สังเกตอาการใกล้ชิดแล้วก็ห่างจากผู้ป่วยอื่นๆ”

“จะว่าเหมาะก็ยังไม่เหมาะสม เพราะคนไข้พวกนี้จะไม่หลับ ไม่นอนก็จะไปรบกวนคนไข้คนอื่น ถ้ามีห้องแยกต่างหากก็ดี แต่งบประมาณเราไม่มี ก็ได้แต่แบ่งโซนก็ OK นะ”

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านกระบวนการการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

กระบวนการ (process) การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตากได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การคัดกรอง การวินิจฉัย การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกัน การให้ความรู้ข้อมูล การติดตาม และการส่งต่อ รวมถึงการช่วยเหลือด้านอื่นๆ และการมีส่วนร่วมของผู้ที่เป็นโรคจิตสุราและครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. การดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตสุราของบุคลากรทีมสุขภาพ

จากการศึกษาด้านกระบวนการหรือกิจกรรม การดูแลช่วยเหลือของบุคลากรทีมสุขภาพ ในด้านการประเมินผู้ป่วย การคัดกรอง การวินิจฉัย การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกัน การให้ความรู้ข้อมูล การติดตาม และการส่งต่อ ตามระดับความสามารถของบุคลากรทีมสุขภาพ นำเสนอข้อมูลที่รวบรวมได้ดังต่อไปนี้

1.1 มีการค้นหาคัดกรองผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในงานสุขภาพจิตแต่ยังไม่ครอบคลุมในจุดบริการอื่น ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในบุคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

“เราก็จะประเมินคร่าวๆ โดยใช้ประสบการณ์ อาการ การแสดงของคนไข้ แล้วก็ถามเกี่ยวกับการดื่มเหล้าว่ากินบ่อยไหม อยากเลิกหรือเปล่า ถ้าอยากเลิกหรือหมดแล้วมีปัญหาให้ส่งไปงานสุขภาพจิตก็จะส่งไป”

“งานสุขภาพจิตจะมีการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราโดยใช้ AUDIT แล้วก็ประเมิน AWS ด้วยควบคู่กันเมื่อเรากัดกรองเสร็จก็จะส่งข้อมูลให้แพทย์ประเมินวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษา”

“Ward ไม่ได้คัดกรองส่วนใหญ่ถ้ามีปัญหาสุราจะคัดกรองโดยงานสุขภาพจิตก่อน admit อยู่แล้วแต่ใน ward จะมีการประเมินอาการถอนพิษสุรา ถ้าผู้ป่วยมาด้วยปัญหาสุราก็จะประเมินทุกราย แต่ถ้ามาด้วยโรคอื่นเราก็ไม่ได้ประเมินยกเว้นเริ่มมีอาการเราก็จะแจ้งงานสุขภาพจิตแล้วพออาการสงบเราก็จะส่งไปพบงานสุขภาพจิตอีกที”

“คนไข้ส่วนใหญ่ก่อน admit จะผ่านการคัดกรองจากงานสุขภาพจิตมาแล้วว่ากินระดับไหน แต่ถ้าไม่ผ่านเราก็จะแจ้งงานสุขภาพจิตเพื่อประเมินและคัดกรอง ที่ ward ไม่มีการคัดกรองแต่ถ้านอนๆ ไปเริ่มมีอาการ withdrawal เราจะแจ้งงานสุขภาพจิตทราบ แต่เราจะมีแบบประเมิน AWS แล้วก็ CPG การดูแลภาวะถอนพิษสุรา”

“ไม่ได้คัดกรองเอง งานสุขภาพจิตจะคัดกรองมาให้ หมอก็จะวินิจฉัยจะใช้ DSM-IV ในการประเมินมันก็จะ มี criteria ให้เราจับว่าต้องมีมากกว่า 3 ข้อก็จะถามว่าเคยหยุดกินไหม ถ้าเคยหยุดกินได้ก็ถือว่าไม่ได้ติดอะไรถ้าลองเลิกดูแล้วว่ามือสั่น กระสับกระส่าย ทำงานไม่ได้ก็คือว่าติด แต่เวลาลง Diagnosis เราลงรหัสตาม ICD-10”

1.2 มีแนวทางการป้องกันและรักษาอาการถอนพิษสุราแต่ปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุม ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ และบางคนไม่ทราบว่า มีแนวปฏิบัติดังกล่าว ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในบุคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

“มีแนวปฏิบัติการป้องกันและรักษาอาการถอนพิษสุราให้แพทย์กับพยาบาล ทำโดยคณะกรรมการ PCT ขาดเสียดิเพราะหมอเราย้ายบ่อยทุก 1-2 ปี แต่ผู้ปฏิบัติก็ยังทำได้ไม่ครอบคลุมอาจจะรู้กันไม่หมด”

“จะใช้ AWS ดูอาการถอนพิษสุรา แล้วก็ CPG ให้หมอดูว่าจะแนะนำเท่านี้ต้องให้ยาอย่างไรเท่าไร แต่บางคนก็ไม่ได้ทำตาม Guide line ก็เอาไม่อยู่”

“ก็มีแนวปฏิบัติมาให้ดู แต่มีบางครั้งไม่ได้ทำตาม guide line คนไข้เอะอะโวยวายวิ่งหนีออกจาก รพ. อีกรายใส่เหล็กที่แขนแล้วมี alcohol withdrawal เหล็กทะลุออกมาเลยเพราะคืนมาก”

“มี แนวทางการป้องกันและรักษาอาการถอนพิษสุรา แต่ไม่ค่อยได้ใช้ เพราะเราไม่ค่อยมี case”

“ห้องยาไม่เคยเห็น CPG การให้ยากรณีผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรา เราไม่ได้ไปอบรมด้วย ทำให้ไม่รู้ว่าเค้าต้องให้ยากันอย่างไร”

1.3 โรงพยาบาลบ้านตากมีการให้การดูแลรักษาช่วยเหลือแรกรับหากมีภาวะฉุกเฉิน และมีรูปแบบการให้การบำบัดรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดูแลทางด้านร่างกาย และจิตใจ มีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วย ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์ ราชบัณฑิตยสถานในบุคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

“ที่ ER จะให้การพยาบาลภาวะฉุกเฉินก่อน เช่น ถ้าหยุดเหล้าแล้วชักมา หรือมีอาการ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับเห็นภาพหลอน มีภาวะ hypoglycemia เราก็จะให้การพยาบาล แล้วก็ทำการรักษาตามคำสั่งแพทย์เป็นการพยาบาลทางด้านร่างกายมากกว่าจนพ้นภาวะวิกฤตก่อนในช่วงแรก”

“ที่ ward ก็จะดูแลเรื่องร่างกายก่อน คือให้อาหารและยาตามคำสั่งแพทย์ ส่วนใหญ่แพทย์จะให้ยา เพื่อให้คนไข้พักผ่อน แล้วก็ดูแลเรื่องอาหารการกินเพราะอย่างบางทีคนไข้พวกนี้จะหลับตลอด แล้วพวกนี้ 80% จะไม่มีญาติคือญาติพี่น้องเค้าจะเบื่อ ระอา เราก็ต้องดูแลว่ากินข้าว หรือยัง เพราะว่าเดี๋ยวน้ำตาลจะต่ำ โอกาสที่น้ำตาลจะต่ำก็มี วัด vital sign ตาม routine ถ้า ร่างกายมีอาการ Withdrawal ก็ต้อง Restraints เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ คือ Restraints แล้วต้องดูภาวะจากการ Restraints ว่าแน่นไปไหม มีแผลไหม แล้วก็ดูเรื่อง IV เพราะ คนไข้พวกนี้จะ Dehydrate ขาดน้ำ ถ้าไม่ให้ IV ก็เตรียม Froce น้ำ ด้านจิตใจก็ต้องให้กำลังใจ ถ้ามีญาติก็จะพยายามตามญาติมาให้กำลังใจก็ดูแลทั้งด้านร่างกายแล้วก็จิตใจ”

“ก็จะดูแลเรื่องความสะอาดทั่วไปไข้ไหม อาหารเราต้องดูแลให้อย่างดี ถ้าไม่มีญาติและก็ เรื่องยากับเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ การตกเตียง เราจะป้องกันโดยการล็อกกุญแจ มันเคยมี เหตุการณ์ที่คนไข้เข้าไปในห้องน้ำแล้วกระโดดลงตึก เราก็จะล็อกตอนกลางคืน ก็ต้อง เอาไว้เตียงที่เราดูแลได้อย่างถนัดและสงบเงียบไม่มีแสงสว่างมากเกินไป”

“เรามีการดูแลแบบสหวิชาชีพทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัช นักจิตแล้วก็กายภาพ เช่น ถ้าผู้ป่วย มีอาการปวดเมื่อย Ward ก็จะส่งไป consult กายภาพ ถ้าต้องไปปรึกษาถึงส่งต่อนเภสัชให้ แนะนำเรื่องการกินยาแล้วก็ส่งพบนักจิตหรือพยาบาลจิตเวชเพื่อบำบัดฟื้นฟูสภาพ ”

“เราก็จะมีการบำบัดรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกแล้วก็ผู้ป่วยในโดยหากมีอาการถอนพิษสุรา ไม่รุนแรง เราก็ให้เค้าเอายากลับไปกินบ้านได้โดยบอกญาติว่าต้องคอยช่วยดูแลและสังเกต

อาการนะ แต่ถ้ามีอาการถอนพิษสุรามากหมอเค้าจะให้ admit อยู่แล้ว จนอาการดีขึ้นเราก็จะเข้าไปบำบัด”

“ส่วนมากก็ดูแลให้พื้นภาวะถอนพิษสุราโดยจะให้ valium มีทั้งให้กินก่อน แล้วก็ฉีดถ้าเอาไม่อยู่จนกว่าอาการจะสงบ จะให้ supportive treatment พวก IV ขาวิตามิน เจาะ DTX แล้วก็ให้ observe อาการ ปรับ dose ยึดตามอาการแต่ถ้าในรายที่อาการดีมีญาติมาไม่เคยชักก็ให้เอายากลับไปกินบ้านแต่ญาติต้องสังเกตอาการได้นะ”

1.4 มีวิธีการฟื้นฟูสภาพผู้ที่เป็โรคติดสุรา โดยการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ที่เป็โรคติดสุราจะทำโดยบุคลากรในงานสุขภาพจิต ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในบุคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

“ก็แล้วแต่ Case ก็จะทำให้คำปรึกษาแบบสั้น บางครั้งก็ใช้ Motivation (MI) สร้างแรงจูงใจ คือแล้วแต่ผู้บำบัดด้วย และก็แล้วแต่ Case ด้วยส่วนใหญ่ก็ใช้หลายวิธีร่วมกันแต่รูปแบบการบำบัดไม่เต็มรูปแบบเหมือนที่ไปอบรมเพราะโรงพยาบาลเรายังไม่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ยังไม่มีจิตแพทย์หรือพยาบาลจิตเวช”

“ส่วนมากครั้งแรกจะให้การปรึกษาแบบสั้น แล้วใช้ Motivation (MI) เสริมสร้างแรงจูงใจ แล้วก็เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ จะมี CBT เล็กๆ ยังใช้ไม่ค่อยได้เพราะไม่ถนัด แล้วแต่สภาพของคนไข้ด้วย เช่น ถ้าบอกว่าถ้ากินเหล้าแล้วจะหายเครียด เราก็จะถามว่าหายเครียดนานแค่ไหน พอหยุดเหล้าแล้วหายเครียดไหมมันจะได้แค่พักเดียว แต่ความเครียดก็จะกลับมาอีกแล้วก็จะให้ความรู้เรื่องวิธียคลายเครียดก็จะเสริมเข้าไป แล้วก็ฝึกทักษะการปฏิเสธ เพราะเค้าจะบอกว่ามันต้องเข้าสังคม จะต้องมึเพื่อนไม่สามารถปฏิเสธเพื่อนได้ ส่วนใหญ่จะเป็นแบบนี้ การบำบัดจะไม่เต็มรูปแบบเหมือนที่ไปอบรมเพราะบอกตรงๆ ว่ายังไม่ค่อยเข้าใจ ไปอบรมฟัง 1-2 วันไม่ได้ฝึกปฏิบัติจริงแต่ก็มั่นใจในการบำบัดของเรามากขึ้น”

1.5 มีการให้ความรู้คำแนะนำกับญาติหรือผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในบุคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

“ที่ ward ส่วนมากก็จะบอกคนไข้เกี่ยวกับโทษของสุราว่าจะเกิดโทษกับร่างกายแบบไหน ถ้ายังกินต่อไปก็จะทรุดเป็นแบบคนโน้นคนนี้ชี้ให้เขาเห็นตัวอย่าง แล้วก็ส่งต่อให้งานสุขภาพจิตคุยเพื่อบำบัดต่อ ส่วนญาติเราจะให้ความรู้เรื่องอาการถอนพิษสุราให้เค้าช่วยเราดูอาการคนไข้”

“กับผู้ป่วยก็พูดคุยให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ เกี่ยวกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากสุรา แนะนำให้เลิกหรือดื่มน้อยลง กับญาติก็เหมือนกันให้เค้าคอยช่วยเหลือคอยให้กำลังใจ”

“ส่วนมากจะพูดเรื่อง Complication ของเค้ากันว่าถ้ากินเหล้าจะมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง จะทำให้เป็นโรคตับ เป็นโรคกระเพาะ เป็นตับอักเสบ ตับแข็ง เป็นมะเร็งได้ส่วนใหญ่จะบอกเค้าแบบนี้มากกว่า ทั้งญาติด้วยให้พร้อมกัน”

“ห้องยาก็จะให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีรับประทาน ยา อารมณ์ข้างเคียงของยากับคนไข้และญาติ แต่ถ้าญาติไม่มาก็ให้คนไข้อย่างเดียว”

“จะใช้วิธีการสื่อสารโดยการพูด ส่วนมากจะให้การปรึกษาแบบสั้น เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ เกี่ยวกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากสุรา”

“จะให้ความรู้เรื่องวิธียาลดเครียดก็จะเสริมเข้าไป แล้วก็ฝึกทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ส่วนใหญ่จะไม่ได้ให้ทุกรายจะให้เฉพาะรายที่เจอว่ามีปัญหา ก็ยังให้ไม่ครอบคลุมทุกเรื่องหรอกเพราะเวลาน้อยแล้วเค้าก็มาตามนัดบ้างไม่มาบ้าง”

1.6 การติดตามยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง รวมถึงขาดการส่งต่อข้อมูลกลับไปยังสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เนื่องจากจากภาระหน้าที่มาก และขาดบุคลากรของงานสุขภาพจิต ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในบุคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

“เรายังไม่มีการส่งต่อประสานงานข้อมูลกลับไปให้ชุมชนเพื่อไปช่วยดูแลต่อ การติดตาม case ส่วนใหญ่เราก็จะติดตามทางไปรษณียบัตร หรือไม่ก็โทรศัพท์ บางครั้งเราก็ประสานขอเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแจ้ง อสม. ช่วยติดตาม case ให้หน่อย ก็ตามได้บ้างไม่ได้บ้าง แต่เราไม่ได้ออกไปติดตาม case เองเพราะไม่มีเวลาเจ้าหน้าที่น้อย”

“บอกตรงๆว่าสุราเนี่ยเราไม่ค่อยได้ลงไปติดตามเลยเพราะไม่มีเวลา ส่วนใหญ่เราจะนัดเค้ามาที่โรงพยาบาล ครั้งแรกก็สองสัปดาห์ ต่อไปก็ทุกเดือนจนครบ 1 ปี ก็แล้วแต่อาการคนไข้ด้วย ถ้าไม่มาตามนัด เราจะใช้ไปรษณียบัตรตามก่อนถ้ายังไม่มาอีก เราก็ประสานขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่สอ ให้อสม.ตามให้หน่อย แต่ก็ไม่มีรูปแบบการติดตามที่ชัดเจนเป็นการติดตามรายกรณีมากกว่าแต่เราก็เริ่มมีการขอความร่วมมือจากชุมชนตอนนี้มี 2 อบต. คือ อบต.ตากออก กับเทศบาลแต่ก็เพิ่งแจ้งว่าจะขอความร่วมมือในการติดตามแต่ยังไม่มีวิธีการรูปแบบที่ชัดเจน”

1.7 มีการส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในโรงพยาบาล ในชุมชนและสถานศึกษาโดยการให้ความรู้และรณรงค์ดื่มเหล้าช่วงเข้าพรรษา ในงานบุญ งานศพในวัด ตามนโยบายของผู้ว่าราชการ

จังหวัดตาก แต่ยังปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในบุคลากรทีมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

“มีการส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในโรงพยาบาล โดยการให้ความรู้ทางเสียงตามสายของโรงพยาบาลเกี่ยวกับผลกระทบจากการดื่มสุรา มีการเชิญชวนรณรงค์งดเหล้าช่วงเข้าพรรษา ส่วนในชุมชนก็จะมีการให้ความรู้ผ่านคลื่นวิทยุชุมชน เรื่องสุรานี้ให้ได้ปีละ 1-2 ครั้งเนื้อหาจะเป็นโทษพิษภัยของการดื่มสุรา มีการให้ความรู้กับ อสม.เรื่องสุราและยาเสพติดรวมกันปีละ 1 ครั้ง มีการรณรงค์ในโรงเรียนอย่างปีที่แล้วจะมีโครงการหนุ่มสาววัยใสห่างไกลยาเสพติดซึ่งก็จะรวมเนื้อหาสุราไว้ในนั้นด้วย ส่วนใหญ่จะเน้นในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล มีในสถานศึกษาที่ทำในโรงเรียนมัธยมทุกแห่ง”

“โรงพยาบาลได้ประสานกับทาง อบต. รณรงค์เรื่องการขายเหล้าตามเวลาที่กฎหมายกำหนด รณรงค์งดกินเหล้าช่วงเข้าพรรษา ในงานบุญ งานศพในวัด ตามนโยบายของผู้ว่าจังหวัดตาก แต่ตอนนี้ยังไม่ค่อยได้ประสานเป็นรูปแบบเท่าไรยังไม่ต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จะเป็น อบต. ในเขตรับผิดชอบ ตอนนี้ได้ 2 อบต. คือ อบต.ตากออก กับเทศบาล

2. การดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคติดสุราของญาติ หรือผู้ดูแล

หมายถึง การที่ญาติหรือผู้ดูแลให้การดูแล และช่วยเหลือในด้านร่างกาย จิตใจ การให้ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ การดูแลด้านการบำบัดรักษา รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ในการดูแลและช่วยเหลือ ซึ่งนำเสนอข้อมูลที่รวบรวมได้ดังต่อไปนี้

2.1 ญาติหรือผู้ดูแลช่วยเหลือด้านร่างกายได้อย่างเหมาะสม และผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในญาติหรือผู้ดูแลต่อไปนี้

“ก็จะหาอาหารให้แก้มกิน นื่องๆก็หาซื้อขนมของหวานมาให้กิน”

“ก็ดูแลทั่วๆ ไป เพราะเค้าก็ดูแลตัวเองได้ เราก็จะดูแลอาหารการกิน ให้กินอาหารที่มีประโยชน์”

“ส่วนมากเค้าก็ช่วยเหลือตัวเองได้ก็ไม่ได้ทำอะไรให้ เราก็จะ ซักผ้าให้ ทำกับข้าวให้กิน”

“คอยดูแลหาอาหาร ให้กินอาหารที่มีประโยชน์หาน้ำหวานมาให้กินแทนจะได้ไม่กินเหล้า”

“เราก็ดูแลเรื่องอาหาร เค้าก็กินเองได้ อาบน้ำแปรงฟัน ทำอะไรได้”

“แม่จะคอยทำอาหารให้กิน จะคอยถามว่ากินยาหรือยัง เค้าก็ดูแลตัวเองช่วยเหลือตัวเองได้ กินข้าวกินยา อาบน้ำเองได้”

2.2 ญาติหรือผู้ดูแลมีการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจต่อผู้ที่เป็นโรคจิตตสุราน้อย ส่วนใหญ่คิดว่าผู้ที่เป็นโรคจิตตสุรา ไม่มีเรื่องเครียด หรือมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ประกอบกับความเบื่อหน่ายเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตตสุรากลับไปดื่มสุรา จึงมีการสังเกต ซักถาม และช่วยเหลือด้านจิตใจน้อย ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในญาติหรือผู้ดูแลต่อไปนี้

“ไม่ค่อยได้ถามไม่ค่อยได้ให้กำลังใจอะไรทำอะไร ก็ไม่เห็นเค้าเครียดอะไร”

“ไม่ค่อยได้คุยได้ให้กำลังใจเพราะเบื่อเห็นแล้วเบื่อ ไม่อยากพูดด้วย”

“ไม่เคย แยกกันนอนคนละที่ เบื่อ ต่างคนก็ทำงานหาเงิน ไม่ค่อยได้คุยให้กำลังใจ ปรึกษา กันหรอก”

“ก็ไม่เห็นเค้าเครียดอะไร กินเหล้าทั้งวัน เราต่างหากที่เครียด ทำงานหาเงินด้วย ทำงานบ้าน ด้วย แทนที่สามีจะหาเลี้ยง ภรรยากลับเป็นคนหาเลี้ยง”

“ไม่ค่อยได้พูดคุยด้วยเพราะอยู่คนละบ้าน”

2.3 ญาติหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถให้คำแนะนำผู้ที่เป็นโรคจิตตสุราได้เหมาะสม ด้านการรักษาสุขภาพ การปฏิบัติตัว การรับประทานยาและโทษของการดื่มสุรา ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตตสุรา ดังต่อไปนี้

“ก็แนะนำให้กินข้าวให้อิ่มๆ จะได้ไม่ต้องกินเหล้า”

“ก็บอกเค้าว่ากินเหล้าไม่ดี เดี่ยวเป็นบ้าเหล้า”

“ก็แนะนำว่ากินอาหารที่มีประโยชน์ นอนพักผ่อน อย่ากลับไปกินอีก เดี่ยวเป็นโรคตับแข็ง”

“ก็บอกให้งดเหล้าได้แล้ว เดี่ยวเป็นบ้า เป็นมะเร็งตับ กินเสียเงินเปล่าๆ”

“จะแนะนำว่ากินน้อยๆ อย่ากินเยอะ กินข้าวก่อนกินเหล้า กินมากเดี๋ยวชักอีก”

“ก็แนะนำว่า กินข้าว พักผ่อน แล้วก็กินยาที่หมอสั่ง ”

“ก็จะคอยเตือนเค้าให้กินยาที่หมอสั่ง กินข้าวเยอะๆร่างกายจะได้แข็งแรง”

3. การดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตตสุราของแกนนำชุมชน

หมายถึง การที่สมาชิกในชุมชนให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในด้านจิตใจ การให้ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ส่งเสริมและป้องกันมิให้มีโรคจิตตสุราในชุมชนรวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตตสุราในชุมชนเป็นอย่างไร ซึ่งนำเสนอข้อมูลที่รวบรวมได้ดังต่อไปนี้

3.1 จากการศึกษาพบว่าแกนนำชุมชนส่วนใหญ่ให้การช่วยเหลือน้อยเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตตสุราความรู้ในการดูแลช่วยเหลือและการให้คำแนะนำผู้ที่เป็นโรคจิตตสุรา ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในแกนนำชุมชนดังต่อไปนี้

“ผมไม่ค่อยรู้เกี่ยวกับโรคติดสุราหรอก รู้แต่ว่าคนติดเหล้าจะมีมือสั่น ต้องกินเหล้าทุกวัน กินมากๆ ก็เป็นโรคตับแข็ง อันนี้จากประสบการณ์ที่เห็นคนติดเหล้านะ แต่ไม่รู้วิธีดูแล ช่วยเหลืออย่างไร แต่ตอนประชุมก็มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมาบอกว่ามีคลินิกเลิกเหล้าถ้ามีคนอยากเลิกผมก็จะบอกให้เขาไปที่โรงพยาบาล”

“ก็รู้แต่ว่าคนติดเหล้าจะต้องถอน ต้องกินทุกวันไม่งั้นมันจะสั่นทำอะไรไม่ได้ จากที่เห็นมานะ ผมไม่ค่อยได้ให้คำแนะนำอะไรเพราะไม่ค่อยรู้ ถ้าคนที่สนิทก็บอกให้กินพอดีๆ อย่ากินเยอะแต่ต้องคนรู้จักนะเพราะคนบางคนก็ไม่พอใจว่าไปยุ่งเรื่องของเค้า ”

“ไม่ค่อยรู้เกี่ยวกับโรคติดสุราก็คิดว่าคนติดเหล้าเพราะกินเหล้าเยอะ คนกินไม่เยอะก็ไม่ติด ไซ้ผมก็กินแต่ไม่ติด ไม่กล้าไปแนะนำใครหรอกเดี๋ยวมันด่าเอาว่าเราก็กินยังไปสอนมันอีก ก็ไม่รู้จะพูดหรือช่วยอย่างไร”

“รู้แต่ว่าเหล้าทำให้เป็นโรคตับแข็ง ผมไม่เคยดูแลคนติดเหล้า ไม่รู้จะต้องทำหรือว่าแนะนำอย่างไรมีแต่ช่วยเท่าที่ช่วยได้ เช่นเจ็บป่วยก็พามาหาหมอ ”

“ไม่ได้ให้คำแนะนำ ไม่ค่อยรู้เลยไม่ได้แนะนำอะไร”

“ไม่ค่อยได้ให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเรื่องนี้เลยมีแต่ให้บ้างว่าโรงพยาบาลมีคลินิกเลิกเหล้า ก็ประกาศให้รู้กันใครมีญาติติดเหล้าจะได้พาไป”

3.2 จากการศึกษาพบว่าผู้นำชุมชนส่วนใหญ่แกนนำชุมชนส่วนใหญ่ไม่ตระหนักว่าโรคติดสุราเป็นปัญหาของชุมชน เนื่องจากคิดว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องส่วนตัว โรคติดสุราไม่ใช่วิทยาของชุมชน ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในแกนนำชุมชนดังต่อไปนี้

“ก็มีการให้ความรู้ทางเสียงตามสายบ้าง หมออนามัยเค้าจะมาให้ความรู้ในหมู่บ้านก็มีเรื่องโทษของเหล้าด้วย ปีละครั้งสองครั้ง”

“ในหมู่บ้านจะมีการแจ้งให้ทราบถึงนโยบายการห้ามกินเหล้าในวัด งานบุญ งานศพ แล้วก็ติดป้ายห้ามขายเหล้าให้เด็กต่ำกว่า 18 ปี แต่ก็มีคนกินอยู่ดี มันก็ห้ามยาก มันเป็นเรื่องส่วนตัว”

“เหล้ามันเป็นของถูกกฎหมายใครกินก็ไม่ผิดเป็นเรื่องส่วนตัว ห้ามดื่มเหล้าไม่มีกฎหมายกำหนด คนในหมู่บ้านนี้นับคนได้เลยว่าใครไม่กินเหล้า”

“ก็มีความรู้บ้างว่ามันไม่ดีต่อสุขภาพ แต่ไม่ไปแนะนำนะ เดียวเค้าว่าไปยุ่งเรื่องส่วนตัว มันเป็นเรื่องของเขา เขาจะกินก็เรื่องของเขาไม่กล้าเข้าไปยุ่ง”

“ถ้าติดเหล้าแต่ไม่ได้ไปทำความเดือดร้อนใครก็ไม่ใช่ไร ก็ไม่เป็นปัญหาของชุมชน เป็นปัญหาครอบครัว ตัวเค้าเอง”

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

ผลลัพธ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก หมายถึง ประสิทธิภาพของการดูแล ในด้านการเปลี่ยนแปลงความรู้สาเหตุ ผลกระทบ การป้องกันการเสพยาสุรา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา และความพึงพอใจของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา และญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งนำเสนอข้อมูลที่รวบรวมได้ดังต่อไปนี้

1. ผลลัพธ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความรู้สาเหตุ ผลกระทบ การป้องกันการเสพยาสุรา

จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มารับบริการใน โรงพยาบาลบ้านตาก ส่วนใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องผลกระทบจากการดื่มสุรา และการป้องกันการเสพยาสุรา แต่ไม่เปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสาเหตุของการเกิดโรคติดสุราดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ดังต่อไปนี้

“ส่วนใหญ่ผมไม่ได้สอนว่าทำไมถึงเป็นโรคติดสุรา แต่ผมก็จะรู้ว่าเพราะเรากินเหล้า แต่มาโรงพยาบาลหมอก็สอนให้ผมรู้ว่ากินเหล้าแล้วจะเป็นโรคตับแข็ง กินมากๆ จะเป็นบ้า ถ้ากลับบ้านเจอคนชวนกินก็ให้เดินหนี ไม่ต้องไปที่ๆ คนนั่งกินเหล้ากัน ถ้าเครียดก็ปรึกษาคนในบ้าน”

“ผมไม่รู้ว่าคุณคิดเหล้าได้อย่างไรแต่รู้ถึงโทษของมัน หมอบอกกินมากๆ ก็เสียหมดทั้งเงินทอง สุขภาพ แต่ห้ามใจไม่ได้ หมอเขาก็สอนว่าถ้ากลับบ้านอย่าออกไปไหน อยู่ที่บ้านไม่ต้องเจอเพื่อนเก่าๆ เดี่ยวจะกลับไปกินอีก”

“ผมคิดคนเดียวว่าคนกินเหล้ามากก็ติดเหล้า อันนี้หมอก็ไม่ได้สอน แต่ถ้ากินเหล้ามากๆ หมอบอกสมองจะเสื่อม เลือดออกในกระเพาะ ตับเสีย อย่าเครียดถ้าเครียดให้ออกกำลังกาย ปลูกต้นไม้ ถ้าเพื่อนชวนก็ต้องบอกว่าเราเป็นโรคตับ แล้วก็ไปเอายาตามนัดจะช่วยให้เราไม่เครียด นอนหลับง่าย”

“ผมคิดว่าคนติดเหล้าก็เพราะกินเหล้าเยอะ แต่ผมเห็นเพื่อนบางคนมันก็ไม่ติดนะ แต่ผมนี้ต้องกินทุกวัน ไม่กินมันหงุดหงิด มือสั่น หมอบอกกินมากตับเสีย เลือดออกง่ายตายได้”

“หมอเคื่อบอกวิธีคลายเครียดให้ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ออกกำลังกาย เวลาเพื่อนชวนต้องรู้จักปฏิเสธ ไม่จั่งก็เดินหนีไป”

2. ผลลัพธ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

จากการศึกษาพบว่าข้อมูลจากแบบประเมินปัญหาจากการดื่มสุราพบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา หลังมารับบริการใน โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมการดื่มสุราเพียงเล็กน้อย โดยมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราจากแบบประเมินปัญหาจากการดื่มสุราลดลง 3 ราย ไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพยา 4 ราย และมีคะแนนเพิ่มขึ้น 3 ราย รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเสพยาของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ก่อนและหลังมารับบริการในคลินิกบำบัดสุรา โรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก (n=10)

ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา	คะแนนรวม/ระดับพฤติกรรมการเสพยา		
	ก่อนเข้ารับบริการ ข้อมูลจาก OPD Card	หลังเข้ารับบริการ ข้อมูลจากการประเมิน	การเปลี่ยนแปลงของ คะแนน
คนที่ 1	36	36	ไม่เปลี่ยนแปลง
คนที่ 2	35	0	ไม่ดื่ม
คนที่ 3	37	38	เพิ่มขึ้น
คนที่ 4	31	31	ไม่เปลี่ยนแปลง
คนที่ 5	36	38	เพิ่มขึ้น
คนที่ 6	33	26	ลดลง
คนที่ 7	20	0	ไม่ดื่ม
คนที่ 8	37	39	เพิ่มขึ้น
คนที่ 9	38	38	ไม่เปลี่ยนแปลง
คนที่ 10	34	34	ไม่เปลี่ยนแปลง

3. ผลลัพธ์เกี่ยวกับความพึงพอใจ ในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุราและในกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้การดูแล (Perception of Care: POC) ของไอเซน (Eisen, 1995) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย ต๊ะปินตา และคณะ (Thapinta et al., 2001)

ตารางที่ 6

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้การดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา จำแนก
รายข้อ ($n=10$)

การรับรู้การดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านความเหมาะสมของโปรแกรมหรือกิจกรรม: โปรแกรมหรือกิจกรรมที่จัดในสถานบริการตรงกับความต้องการของท่านมากน้อยเพียงใด	2.13	0.83	ดี
2. ด้านการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎและระเบียบต่าง ๆ : ท่านได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎระเบียบเป็นอย่างไร	2.88	0.83	ดี
3. ด้านข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย: สิทธิของท่านเป็นท่านอย่างไร	2.38	0.52	ดี
4. ด้านข้อมูลที่ท่านได้รับ: ท่านได้รับข้อมูลที่ชัดเจน สมบูรณ์เกี่ยวกับการตรวจการรักษาและสิ่งที่สามารถคาดหวังได้เป็นอย่างไร	2.50	0.53	ดี
5. ด้านความสะดวกที่จะได้รับข้อมูล: เจ้าหน้าที่มีความตั้งใจที่จะตอบคำถามของท่านอย่างไร	3.81	0.73	ดีมาก
6. ด้านข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสม่ำเสมอในการได้รับข้อมูลอย่างไร	2.38	0.92	ดี
7. ด้านการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลท่านเป็นอย่างไร	4.36	0.51	ดีมาก
8. ด้านระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้ในการดูแลท่านเป็นอย่างไร	3.63	0.0	ดี
9. ด้านการยอมรับฟังความคิดเห็น: การถามถึงความคิดเห็นของท่าน หรือให้ท่านได้มีโอกาสเลือกเป็นอย่างไร	3.63	0.0	ดี
10. ด้านการเอาใจใส่กับความต้องการของท่าน: เจ้าหน้าที่มีความตั้งใจและมีความยืดหยุ่นในการที่จะให้ท่านได้ในสิ่งที่ท่านต้องการอย่างไร	3.63	0.0	ดี

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้การดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา จำแนก
รายข้อ ($n=10$)

การรับรู้การดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา	$\bar{X}$	SD	ระดับ
11. บุคลากรที่ให้การดูแลท่าน มีความเข้าใจว่าสิ่งที่ท่านคิดมีความสำคัญเพียงใด	3.63	0.0	ดี
12. เจ้าหน้าที่ให้เกียรติและยอมรับในศักดิ์ศรีของท่านเพียงใด	3.63	0.0	ดี
13. ความมั่นใจและความไว้วางใจที่ท่านรู้สึกต่อเจ้าหน้าที่ เป็นอย่างไร	4.18	0.48	ดีมาก
14. ความสุภาพอ่อนโยนและความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่เป็นอย่างไร	4.36	0.51	ดีมาก
15. ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน: เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านจะต้องทำ และบอกถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นหลังจากท่านกลับบ้านไปแล้วได้ชัดเจน หรือสมบูรณ์เพียงใด	2.38	0.92	ดี
16. ด้านการให้ความร่วมมือหลังจากท่านออกจากสถานบริการ: เจ้าหน้าที่ได้เสนอการให้ความร่วมมือกับท่านหลังจากท่านออกจากสถานบริการเพียงใด	1.88	1.25	ปานกลาง
17. ภาพรวมของคุณภาพการให้การดูแลที่ท่านได้รับเป็นอย่างไร	3.63	0.66	ดีมาก
18. ด้านผลลัพธ์จากการดูแล: จากการดูแลทำให้ท่านได้รับการช่วยเหลือเพียงใด	4.36	0.51	ดีมาก
$\bar{X}$	3.79	0.29	ดีมาก

จากการศึกษาตามตารางที่ 6 พบว่าการรับรู้การดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อรา มีค่าเฉลี่ย 3.79 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ ดีมาก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.29 การรับรู้ในด้านที่มากที่สุด ได้แก่ ด้านความสุภาพอ่อน โยนและความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่ ด้านการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ในการดูแล รวมถึงด้านผลลัพธ์จากการดูแล มีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 4.36 ส่วนการรับรู้ด้านการให้ความร่วมมือหลังท่านออกจากสถานบริการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.88$, S.D.=1.25)

ตารางที่ 7

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้การดูแลของญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำแนกรายข้อ ($n=10$)

การรับรู้การดูแลของกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านความเหมาะสมของโปรแกรมหรือกิจกรรม: โปรแกรมหรือกิจกรรมที่จัดในสถานบริการตรงกับความต้องการของท่านมากน้อยเพียงใด	2.3	0.48	ดี
2. ด้านการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎระเบียบต่าง ๆ: ท่านได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับกฎระเบียบเป็นอย่างไร	2.2	0.31	ดี
3. ด้านข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย: สิทธิของท่านเป็นอย่างไร	2.3	0.42	ดี
4. ด้านข้อมูลที่ท่านได้รับ: ท่านได้รับข้อมูลที่ชัดเจน สมบูรณ์เกี่ยวกับการตรวจ ต่าง ๆ การรักษาและสิ่งที่สามารถคาดหวังได้เป็นอย่างไร	2.3	0.42	ดี
5. ด้านความสะดวกที่จะได้รับข้อมูล: เจ้าหน้าที่มีความตั้งใจที่จะตอบคำถามของท่านอย่างไร	2.3	0.48	ดี
6. ด้านข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสม่ำเสมอในการได้รับข้อมูลอย่างไร	2.4	0.51	ดี
7. ด้านการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลท่านเป็นอย่างไร	2.2	0.32	ดี
8. ด้านระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้ในการดูแลท่านเป็นอย่างไร	2.2	0.56	ดี
9. ด้านการยอมรับฟังความคิดเห็น: การถามถึงความคิดเห็นของท่าน หรือให้ท่านได้มีโอกาสเลือกเป็นอย่างไร	2.3	0.48	ดี
10. ด้านการเอาใจใส่กับความต้องการของท่าน: เจ้าหน้าที่มีความตั้งใจและมีความยืดหยุ่นในการที่จะให้ท่านได้ในสิ่งที่ท่านต้องการอย่างไร	2.3	0.48	ดี
11. บุคลากรที่ให้การดูแลท่าน มีความเข้าใจว่าสิ่งที่ท่านคิดมีความสำคัญเพียงใด	2.2	0.56	ดี
12. เจ้าหน้าที่ให้เกียรติและยอมรับในศักดิ์ศรีของท่านเพียงใด	2.4	0.51	ดี
13. ความมั่นใจและความไว้วางใจที่ท่านรู้สึกต่อเจ้าหน้าที่ เป็นอย่างไร	2.4	0.51	ดี

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้การดูแลของญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา จำแนกรายข้อ ($n=10$)

การรับรู้การดูแลของกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา	$\bar{X}$	SD	ระดับ
14. ความสุภาพอ่อนโยนและความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่เป็นอย่างไร	2.5	0.52	ดี
15. ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน: เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านจะต้องทำ และบอกถึงสิ่งที่อาจเกิดขึ้นหลังจากท่านกลับบ้านไปแล้วได้ชัดเจน หรือสมบูรณ์เพียงใด	2.3	0.48	ดี
16. ด้านการให้ความร่วมมือหลังจากท่านออกจากสถานบริการ: เจ้าหน้าที่ได้เสนอการให้ความร่วมมือกับท่านหลังจากท่านออกจากสถานบริการเพียงใด	1.8	0.51	ปานกลาง
17. ภาพรวมของคุณภาพการให้การดูแลที่ท่านได้รับเป็นอย่างไร	2.6	0.51	ดี
18. ด้านผลลัพธ์จากการดูแล: จากการดูแลทำให้ท่านได้รับการช่วยเหลือเพียงใด	2.7	0.48	ดี
$\bar{X}$	2.31	0.17	ดี

จากผลการศึกษาตามตารางที่ 7 พบว่าการรับรู้การดูแลของกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรามีค่าเฉลี่ย 2.31 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.17 การรับรู้การดูแลในด้านที่มากที่สุดได้แก่ ด้านผลลัพธ์จากการดูแล ($\bar{X}=2.7$, S.D.=0.48) รองลงไป ได้แก่ ด้านภาพรวมของคุณภาพการให้การดูแลที่ท่านได้รับเป็นอย่างไร ($\bar{X}=2.6$, S.D.=0.51) ส่วนการรับรู้ด้านการให้ความร่วมมือหลังท่านออกจากสถานบริการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.8$, S.D.=0.51)

ผังสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก



ภาพ 1. ผังสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตประสาท ที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ การวิจัยได้ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง

1.1 ด้านนโยบายหรือแผนการดำเนินงาน

จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลบ้านตากไม่มีนโยบายและแผนงานเฉพาะ ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตประสาท แต่มีภายใต้นโยบาย และแผนงานการดูแลผู้ติดสารเสพติด ซึ่งเป็นนโยบายเชิงสังการของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติตั้งแต่ปี 2547 ส่วนในด้านการให้บริการการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตประสาทจะมีแผนงานการบำบัดผู้ติดสารซึ่งเป็นแผนปฏิบัติงานประจำปีของงานสุขภาพจิต วิจิตร ศรีสอ้าน (2532) กล่าวว่า การกำหนดนโยบายและแผนงานเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากนโยบายเป็นหัวใจสำคัญในการทำงานเปรียบเสมือนหางเสือเรือที่จะนำทางให้ไปสู่ทิศทางและเป้าหมายที่ต้องการ เป็นเครื่องมือสำหรับผู้บริหาร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางและเป้าหมาย เพื่อการพัฒนางาน และการนำมาเป็นกรอบชี้แนะการปฏิบัติ (course of action) ให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามวัตถุประสงค์ (ทวีป ศิริวิทย์, 2545) โรงพยาบาลบ้านตากเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เป็นโรงพยาบาลฝ่ายกาย ไม่มีนโยบายสำหรับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตประสาทโดยเฉพาะ เนื่องจากปัญหาผู้ที่เป็นโรคจิตประสาท ไม่ใช่ปัญหาที่มีขนาด และความรุนแรง 3 อันดับแรกของโรงพยาบาล จึงไม่ได้เน้นนโยบายเฉพาะด้านการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตประสาท อย่างไรก็ตามมีการกำหนดนโยบายด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และแก้ไขปัญหายาเสพติด และมีแผนปฏิบัติงานประจำปีในการดูแล บำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตประสาทและยาเสพติด ดังนั้นจึงไม่มีความจำเป็นที่จะมีนโยบายเฉพาะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตประสาท

1.2 ด้านงบประมาณดำเนินงาน

จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลบ้านตากไม่มีงบประมาณเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตประสาท จากการที่มีงบประมาณอย่างค่อนข้างจำกัด โรงพยาบาลบ้านตากจึงเน้นการดูแลโรคที่มีความสำคัญหรือเป็นโรคที่มีภาวะฉุกเฉินหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งมีความสำคัญมากกว่าโรคที่มองว่าเป็นโรคทำตนเอง แม้มีการจัดสรรงบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาล ในการจัดกิจกรรมด้านยาเสพติดเป็นงบรวม แต่ไม่เพียงพอในการดำเนินการ แต่มีหน่วยงานภายนอก ที่สามารถของบสนับสนุนเพิ่มเติมโดยการเขียนโครงการเพื่อของบประมาณมาดำเนินการ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือ

ศูนย์วิจัยปัญหาสุราเป็นต้น ซึ่งการมีงบประมาณเพียงพอทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดผลสำเร็จของงานได้ (สุชัย เจริญรัตนกุล, 2548)

1.3 ด้านทรัพยากรบุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะและพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ด้านทรัพยากรบุคคลจากผลการศึกษาพบว่ามีบุคลากรไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาระงานมาก เจ้าหน้าที่ฝ่ายสุขภาพจิตมีงานรับผิดชอบ 3 งาน คืองานสุขภาพจิต เอ็ดส์และงานยาเสพติดให้บริการครอบคลุม 4 มิติ ทั้งส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ละงานมีรายละเอียดรูปแบบวิธีการทำงานที่แตกต่างกัน และมีจำนวนผู้มารับบริการที่มาก นอกจากนี้งานสุขภาพจิตยังมีการประชุมเพื่อพัฒนางานอยู่เสมอทำให้ขาดบุคลากรในการปฏิบัติงานไม่สามารถดูแลผู้ที่เป็โรคจิตสุราได้ครอบคลุมและต่อเนื่อง ประกอบกับการทำงานในปัจจุบันเน้นให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทำให้ขาดความชำนาญทั่วไป ไม่สามารถทำหน้าที่แทนกันได้ โดยเฉพาะงานสุขภาพจิตเป็นงานที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ จึงไม่มีผู้สามารถปฏิบัติหน้าที่แทนได้ ดังกล่าวแพทย์หญิงพรรณภา กิตติรัตนไพบูลย์ ผู้จัดการแผนงานพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ กล่าวในการเสวนาปิดช่องว่างการจัดการปัญหาสุราในระบบบริการสาธารณสุข ระบุว่า ปัจจุบันประชาชนอายุ 15-59 ปี ติดสุราจนเข้ารับการรักษากจากแพทย์ 5 ล้านคน ในจำนวนนี้ติดสุราเรื้อรัง 3 ล้านคน แต่เข้ารับการบำบัดรักษาเพียง 6 หมื่นคน หรือร้อยละ 2 โดยผู้ติดสุราส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักว่าตัวเองมีปัญหา ขณะที่สถานพยาบาลที่ให้บริการด้านนี้ยังมีบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ยังมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ติดสุรา และขาดความพร้อมในการให้บริการ (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) นอกจากนี้กำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในระบบสาธารณสุข เนื่องจากคนเป็นผู้ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข จะทำหน้าที่บริหารทรัพยากรอื่นๆ ให้กลายเป็นผลผลิตที่มีประสิทธิภาพ (สุนันทา เลาหะนันท์, 2546) และคนก็ยังเป็นทรัพยากรสาธารณสุข ที่จะต้องมีการบริหารจัดการที่ดีและเหมาะสม (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, สงครามชัย ลีทองดี, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์, และ วีระชัย ก้อนมณี, 2549) ดังนั้นควรมีการเพิ่มอัตรากำลังของบุคลากร ให้เพียงพอกับการให้บริการดูแลผู้ที่เป็โรคจิตสุราเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการทำงานมากยิ่งขึ้น

การพัฒนาความรู้ของบุคลากรยังมีความจำกัดจากการศึกษาพบว่าการพัฒนาความรู้ ทักษะการดูแลผู้ที่เป็โรคจิตสุราในระดับผู้ปฏิบัติยังมีน้อยส่วนใหญ่เน้นเฉพาะผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเนื่องจากงบประมาณของโรงพยาบาลมีจำกัด คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลจึงมีมติให้เจ้าหน้าที่ขอเข้ารับการอบรมได้ไม่เกินปีละ 1 ครั้ง และต้องเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของตนเอง ดังนั้นผู้ที่เข้ารับการอบรมเพื่อดูแลผู้ที่เป็โรคจิตสุราจึงมีเพียงเจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิตเท่านั้น ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ไม่มั่นใจในการให้การบำบัดรักษาและยังมีความรู้ความเข้าใจ

ไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้ที่เป็โรคติดสุราได้อย่างเหมาะสม เช่นพยาบาลในหอผู้ป่วย แพทย์ เภสัชกร ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมเพิ่มศักยภาพในการประเมิน คัดกรอง ปัญหาการเสพสุรา ความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ติดสุราที่มีอาการถอนพิษสุรา สอดคล้องกับ สุนทรี ศรีโกโส (2548) ที่พบว่า พยาบาลที่ดูแลขาดทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราส่งผล ผู้ติดสุราที่มีอาการถอนพิษสุราบางรายมีอาการรุนแรงมากขึ้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ทำให้ เจ้าหน้าที่มีภาระงานมากขึ้น ส่งผลให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ นอกจากนี้การดูแลผู้ที่เป็ โรคติดสุราต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร ที่มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์เฉพาะด้าน ซึ่งตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ต้องมีการพัฒนาทรัพยากรบุคคลโดยประเมินจาก ความต้องการ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ควรมีการจัดทำแผนพัฒนาผู้ให้การบำบัดรักษาผู้ติดสาร เสพติด (เทอดศักดิ์ เศษกร, 2546) โดยให้ความรู้ การอบรม และฝึกฝนทักษะที่เหมาะสมสามารถทำให้ เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและเพิ่มพูนทักษะมากขึ้น (Babor et al., 2001) เพื่อส่งผลให้เกิด ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (กิริติยชัยขง, 2548) หากมีการอบรมพัฒนาความรู้ทักษะของบุคลากร จะทำให้บุคลากรมีความมั่นใจในการบำบัดผู้ที่เป็โรคติดสุราเกิดการพัฒนาศักยภาพ เพิ่ม ความสามารถและอาจสามารถปฏิบัติงานแทนกันได้

1.4 ด้านมาตรฐานคู่มือการปฏิบัติงาน เครื่องมือ อุปกรณ์

มีเครื่องมือแบบประเมินปัญหาจากการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: Audit) และแบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale) (AWS) และคู่มือ/แนวปฏิบัติในการบำบัดรักษา ครอบและพร้อมใช้ในหน่วยบริการสุขภาพจิต แต่ยังไม่ ครอบคลุมทุกหน่วยบริการอื่นๆ เช่น จุดบริการผู้ป่วยนอก (OPD) และจุดบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) ในการคัดกรองผู้ที่เป็โรคติดสุราในจุดบริการดังกล่าวเป็นไปได้ยากเนื่องจาก มีจำนวนผู้ป่วยมาก เจ้าหน้าที่น้อย และให้บริการตามตามความฉุกเฉินของผู้ป่วย และบางครั้งผู้ที่ เป็โรคติดสุราไม่ได้มาด้วยโรคดังกล่าวแต่อาจมาจากผลกระทบจากการดื่มสุรา ซึ่งเจ้าหน้าที่ในจุด บริการดังกล่าวใช้ประสบการณ์ จากการทํางานของแต่ละบุคคล ประเมิน และคัดกรองผู้ที่มีปัญหา จากการดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล ทั่วไป และคลินิกผู้ป่วยนอกนั้นจะพบผู้มีปัญหาการดื่มสุรามากกว่าร้อยละ 20 ส่วนผู้ป่วยในพบสูงถึง ร้อยละ 30 และร้อยละ 29 ของผู้ที่มารับบริการหน่วยฉุกเฉินนั้นมาด้วยปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่ม สุรา และผู้มีปัญหาการดื่มสุราเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประเมิน หรือตรวจวินิจฉัยในปัญหา และขาดการส่งต่อเพื่อรับการรักษอย่างเหมาะสม (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2549) ดังนั้นการคัดกรองมีความสำคัญทำให้สามารถค้นหาผู้ดื่มสุราได้ตั้งแต่อยู่ในระยะการดื่มแบบเสี่ยง หรือการดื่มแบบอันตรายซึ่งมีวิธีการบำบัดรักษาง่ายกว่าผู้ที่เป็โรคติดสุรา การคัดกรองเป็นการ

ค้นหาผู้มีปัญหาการดื่มสุราออกมาก่อนที่จะทำการประเมิน และวินิจฉัยต่อไป (สาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย, 2552) ดังนั้น จึงควรมีเครื่องมือการคัดกรองที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย และสถานที่หรือหน่วยบริการที่จะทำการคัดกรอง แต่ทั้งนี้ควรมีการเตรียมความพร้อมหรืออบรมวิธีการใช้เครื่องมือคัดกรองดังกล่าวก่อนปฏิบัติจริง พร้อมทั้งจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ชัดเจน เนื่องจากการใช้แนวปฏิบัติจะช่วยให้มองเห็นขั้นตอนในการปฏิบัติได้ง่ายขึ้น มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม ช่วยลดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่มีความจำกัดด้วยเวลาและบุคลากร (ประมวล ตรีกุล, 2551) ซึ่ง ปัญจรัตน์ ศรีสว่าง, วัชร มีศิลป์ และนันทา ชัยพิชิตพันธ์ (2549) กล่าวว่า การมีแนวทางการปฏิบัติที่มีมาตรฐานมีความจำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติงาน และเป็นแกนหลักในการควบคุมคุณภาพการดูแลทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ควรสร้างความรู้สึกร่วมกัน หรือความรู้สึกเป็นเจ้าของตั้งแต่เริ่มต้นจัดทำแนวปฏิบัติดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสำเร็จของการใช้แนวปฏิบัติต่อไป (จิตร สิริอมร, อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และ เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, 2543)

โรงพยาบาลบ้านตากมีอุปกรณ์สารสนเทศ และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เพียงพอ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันอุปกรณ์เครื่องคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ เครื่องเล่นดีวีดี เครื่องขยายเสียง วิทยุเทป ทำให้การดำเนินงานได้ราบรื่นมากขึ้น ตามที่ วรพจน์ พรหมสัตยพรต และคณะ (2549) กล่าวว่า นอกจากปัจจัยด้านกำลังคน และด้านการเงินงบประมาณแล้ว วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และสถานบริการ นับว่ามีความสำคัญและจำเป็นต่อการบริหารงาน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เพราะในการปฏิบัติงานนั้น จำเป็นต้องใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ ตลอดจนสถานบริการ หรือสำนักงานต่างๆ ในการช่วยสนับสนุนให้การบริการเป็นไปอย่างราบรื่น

1.5 ยาและเวชภัณฑ์สำหรับการรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลบ้านตากมียาและเวชภัณฑ์เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีอาการถอนพิษสุรา แต่ยังไม่มียารักษาโรคติดสุรา โดยยารักษาภาวะถอนพิษสุราที่ใช้เป็นหลักคือ กลุ่มไดอะซีแพมซึ่งมีทั้งชนิดกินและชนิดฉีด นอกจากนี้ยังมียารักษาตามอาการ ยาช่วยสงบอาการขาดสุราและมีการให้สารอาหารเสริมเพื่อทดแทนสารอาหาร หรือเกลือแร่ที่บกพร่อง ซึ่งมีประสิทธิภาพและใช้ได้ผลดี ในปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุรามีความชัดเจน และเฉพาะเจาะจงกับลักษณะของโรคมมากขึ้น เนื่องมาจากมีผลงานวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษา ความรู้ความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องโดยการรักษาอาการถอนพิษสุรา (สุนทร ศรีโกสีย์, 2550) การรักษาอาการถอนพิษสุราที่มีประสิทธิภาพ จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการถอนพิษสุรารุนแรงที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มียาที่สามารถช่วยให้หยุดเสพยาได้ต่อเนื่องยาวนาน ได้แก่ ยาไดซ์ลฟีแรม นาลเทร็กโซน และ อะแคมโพรเสด

ซึ่ง แฮลส์ และ คณะ (Hales et al., 2008) กล่าวว่าองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาได้รับรองว่ามีประสิทธิผลในการทำให้หยุดเสพสุราโดยสิ้นเชิง ลดการดื่มหนัก และเพิ่มโอกาสหรือหยุดดื่มสุราได้ยาวนาน อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลบ้านตาก ยังไม่มียารักษาผู้ที่เป็โรคติดสุรา เนื่องจากโรงพยาบาลบ้านตาก เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ไม่มีจิตแพทย์ประจำโรงพยาบาล ประกอบกับประเทศไทยยังไม่มียารักษาการติดสุราที่แพร่หลาย ผู้นำบ้ดรักษาขาดความคุ้นเคยและความชำนาญในการใช้ยา (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552) ดังนั้น แม้มีการรับรองถึงมีประสิทธิผลในการทำให้หยุดเสพสุราแต่ควรมีการพิจารณาร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพถึงปัจจัยอื่นให้ครอบคลุมด้วย เช่น ประสิทธิภาพ ผลข้างเคียง บริบทของการรักษา ค่าใช้จ่าย ความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงความชำนาญของผู้รักษา (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2552) ในการพิจารณาเลือกใช้หรือจัดหาดังกล่าวนำมาใช้ในการรักษาผู้ที่เป็โรคติดสุราต่อไป

1.6 สถานที่

มีห้องให้การปรึกษาแยกเป็นสัดส่วน แต่ยังไม่เป็นส่วนตัว มีการจัดสถานที่ให้เหมาะสมในการดูแลผู้ที่เป็โรคติดสุราในหอผู้ป่วย เทอดศักดิ์ เศษคง (2546) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ต้องมีสถานที่เฉพาะและมีสถานที่เอื้ออำนวยต่อการจัดกิจกรรมบำบัด เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดมีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน โดยคำนึงถึงความสะดวก ปลอดภัย การรักษา และสิทธิของผู้ป่วย และคำกล่าวของ จันทิมา อังโฆษิต (2547) ที่ว่าสถานที่ในการให้การปรึกษา ควรต้องเป็นทางการ มีความสงบ และมีความเป็นส่วนตัว สำหรับให้ผู้รับบริการได้นั่งพัก ขณะรอพบผู้ให้การปรึกษา ไม่เป็นที่สัญจรของคน หรือมีกิจกรรมที่รบกวนยบริเวณนั้น ปราศจากเสียงคนหรือเสียงอื่นๆ มารบกวนการพูดคุย เพราะเรื่องที่พูดคุยมีความหมายต่อผู้ป่วย มีความรู้สึกรักใคร่และอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลบ้านตากมีสถานที่สำหรับการดูแลบำบัดให้การปรึกษาในงานบริการสุขภาพจิตแยกเป็นสัดส่วน แต่มีคนเดินเข้าออก รวมถึงมีผู้ป่วยอื่นๆ ที่เข้ามาใช้บริการภายในห้องเดียวกันพร้อมๆ กันเพราะใช้รักษาผู้ป่วยสุขภาพจิตทั้งหมด ทำให้ไม่เป็นส่วนตัว เกิดความไม่ไว้วางใจกลัวความลับเปิดเผย ส่วนในหอผู้ป่วยเป็นตึกผู้ป่วยรวม ผู้ป่วยมีหลากหลายวัย การไม่มีสถานที่ดูแลเฉพาะ หากไม่มีการบริหารจัดการอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยรายอื่น เนื่องจากผู้ที่เป็โรคติดสุราต้องมีการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย โดยเฉพาะในการดูแลระยะถอนพิษสุรา ต้องลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้น จัดให้อยู่ห้องแยกหรือมุมสงบ แสงสว่างเพียงพอและสามารถเฝ้าสังเกตอาการได้ใกล้ชิด (สมควร วรรณณณิ, ทิพสมัย ทายะรังสี, และ รจเรจ อินทรโชติ, 2552)

2. กระบวนการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก

2.1 การดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพ

2.1.1 มีการค้นหาคัดกรองผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและมีการประเมินอาการถอนพิษสุราอย่างเป็นระบบในงานสุขภาพจิตแต่ยังไม่ครอบคลุมในจุดบริการอื่น โดยงานสุขภาพจิต จะมีการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit) และมีการประเมินคัดกรองอาการถอนพิษสุรา โดยใช้ AWS ก่อนส่งให้แพทย์วินิจิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV ส่วนจุดผู้ป่วยนอก และ งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน การคัดกรองในจุดบริการดังกล่าวปัจจุบันอาศัยประสบการณ์ จากการทำงานของแต่ละบุคคล อาศัยการคาดคะเนประเมิน ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ก่อนส่งต่อให้งานสุขภาพจิตประเมินปัญหาและให้การปรึกษาและเลือกแนวทางการบำบัดทางจิตตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากยังไม่มีคู่มือการคัดกรอง ขาดความรู้ในการคัดกรอง ร่วมกับหากเป็นนอกเวลาราชการหรือวันหยุด ไม่มีผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตขึ้นปฏิบัติงาน ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาการเสพสุรา จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่ทำให้การคัดกรองไม่มีประสิทธิภาพไม่ครอบคลุม เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า อัตราการคัดกรองโรคติดสารเสพติดอยู่ที่ร้อยละ 40-42 ทำให้ร้อยละ 50-90 ของผู้ติดสุราไม่ได้รับการบำบัดรักษา อย่างไรก็ตามการคัดกรองเพื่อหาผู้ที่มีปัญหาเสพติดในผู้ป่วยทุกรายเป็นสิ่งจำเป็น แต่ในทางปฏิบัติ การคัดกรองนี้ยังมีอุปสรรคอีกหลายประการ เช่น พยาบาลไม่มีเวลาที่จะทำการคัดกรอง ขาดความรู้ และขาดประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาสุราและสารเสพติด (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2553) อย่างไรก็ตาม กระบวนการคัดกรองเป็นขั้นตอนที่สำคัญ และสามารถทำได้ทั้งในกลุ่มประชากรที่อยู่ในชุมชน และสถานพยาบาลแต่ต้องเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน (สาวิตรี อัมฉัตรกรชัย, 2552) เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาหรือผลกระทบจากการเสพสุรา หรือผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการเสพสุรา เนื่องจากการนำผู้ที่เป็นโรคติดสุราเข้าสู่การรักษาแบบเน้นๆ จะเป็นการช่วยป้องกันโรคที่ตามมาอีกมากมาย และเป็นการลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจได้เป็นอย่างมาก (วิโรจน์ วีระชัย, อังกูร ภัทรากกร, ลำช้า ลักษณะภิชนชัย, ฉวีวรรณ ปัญจนุศย์, และ นิภา ณีสกุล, 2544) ดังนั้นจึงควรควรเลือกเครื่องมือให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรเป้าหมายของการคัดกรองและสถานที่หรือหน่วยบริการที่จะทำการคัดกรอง ซึ่งผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้สามารถใช้และแปลผลของเครื่องมือได้ดีเพียงพอ และสิ่งที่สำคัญหลังจากได้รับการคัดกรองก็คือ ต้องมีมาตรการรองรับที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ถูกคัดกรอง มีแนวทางการบำบัดรักษาหลังการคัดกรองตามระดับความเสี่ยงของปัญหาจากการดื่มสุราอย่างเหมาะสมต่อไป (สาวิตรี อัมฉัตรกรชัย, 2552)

2.1.2 มีแนวทางการป้องกันและรักษาอาการถอนพิษสุราแต่ปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุม ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ และบางคนไม่ทราบว่ามีการปฏิบัติดังกล่าว โรงพยาบาลบ้านตาก มีแนวทางการป้องกันและรักษาอาการถอนพิษสุรา ซึ่งจัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการ PCT งานยาเสพติดของโรงพยาบาล ยึดตามแนวปฏิบัติของกรมสุขภาพจิต เพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์ และพยาบาล ถือปฏิบัติ เพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดอาการถอนพิษสุรารุนแรง โดยแพทย์จะให้ยาในกลุ่ม เบนโซไดเซพีน (Benzodiazepine) เพื่อสงบอาการถอนพิษสุรา (Withdrawal) ร่วมกับการให้สารน้ำ อาหารและวิตามินให้การรักษาตามอาการร่วมกับจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2552) จากการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่บางส่วนปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุม และไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่มีส่วนร่วมในการจัดทำคู่มือและแนวปฏิบัติ มีเพียงตัวแทนหน่วยงานเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการและขาดการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ภายในองค์กรเพื่อให้บุคลากรรับทราบและตระหนักถึงความสำคัญของแนวปฏิบัติ อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์มีการโยกย้ายบ่อย ทำให้ทั้งให้แพทย์และพยาบาลรับทราบ และถือปฏิบัติไม่ทั่วถึง อันอาจส่งผลให้ผู้ที่เป็โรคติดสุราไม่ได้รับการป้องกันและรักษาอาการถอนพิษสุรา ก่อให้เกิดภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น สั่นมาก เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และกระสับกระส่ายมากขึ้น หรือมีอาการชัก อาการเพ้อสับสน หูแว่ว ระวัง ซึ่งภาวะถอนพิษสุราแบบนี้ ถือว่าเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ เนื่องจากมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 1-30 (พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ, 2549) นอกจากนี้ พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ (2549) กล่าวว่า การที่จะนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุรา ลงสู่การปฏิบัติจำเป็นต้องอาศัยความพยายามอย่างสูงที่จะขอความร่วมมือจากบุคลากร ในการร่วมมือในการจัดทำเพื่อให้มีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ หากขาดการมีส่วนร่วมในการจัดทำและการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติ และการขับเคลื่อนให้เกิดการใช้คู่มือ/แนวปฏิบัติจำเป็นต้องใช้กระบวนการจัดการที่ดี เพื่อให้มีการสนับสนุนด้านทรัพยากร งบประมาณ แหล่งอำนวยความสะดวก มีการสร้างแรงจูงใจ ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ รวมถึงกำกับติดตาม กระตุ้นให้บุคลากรเกิดความมุ่งมั่นในการใช้คู่มือแนวปฏิบัติในการดูแลอย่างยั่งยืนจนเป็นงานประจำ (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2547)

2.1.3 โรงพยาบาลบ้านตากมีการให้การดูแลรักษาช่วยเหลือแรกรับหากมีภาวะฉุกเฉิน และมีการให้การบำบัดรักษาอาการขาดสุราทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านตากมีการให้การดูแลรักษาช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคติดสุราทั้งในภาวะฉุกเฉิน และมีการประเมินเพื่อให้การบำบัดรักษาอาการขาดสุราแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยมียาควบคุมอาการและให้การรักษาแบบประคับประคอง และมีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งในปัจจุบันการรักษาอาการถอนพิษสุรา ยาที่ใช้เป็นหลัก

คือ กลุ่มไดอะซีเพม นอกจากนี้ยังมีการให้ยารักษาตามอาการ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ของสุรา (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) จากการทบทวนองค์ความรู้ด้านการป้องกันรักษา ภาวะถอนพิษสุราโดย ศาวิตรี อัยฉนงค์กรชัย (2552) ที่กล่าวว่ากระบวนการถอนพิษสุราจะมีทั้งการบริการถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยนอก และบริการถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในผู้ป่วยต้องได้รับยาควบคุมอาการและให้การรักษาระดับประครอง สอดคล้องกับ สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร (2552) ที่กล่าวว่าการบำบัดผู้ที่เป็โรคติดสุราสามารถให้บริการได้ 2 ลักษณะคือแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยในขึ้นกับปัจจัยและข้อพิจารณา และไม่พบว่ารูปแบบทั้งสอง มีความสัมพันธ์กับผลสำเร็จที่ต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามการให้การบำบัดรักษาผู้ที่เป็โรคติดสุราต้องอาศัยความสนใจและใส่ใจ มีการประเมินสภาวะสุขภาพแบบองค์รวม มุ่งเน้นการซักประวัติตั้งแต่แรกเริ่ม มีการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง ให้ยาและสารอาหารตามอาการ จัดสถานที่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เหมาะสม เพื่อติดตามและป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นและมีผลต่อชีวิตได้ (กรมสุขภาพจิต, 2549)

2.1.4 มีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ที่เป็โรคติดสุรา โดยการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุราจะทำโดยบุคลากรในงานสุขภาพจิต โดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ที่เป็โรคติดสุรา เมื่อผู้ที่เป็โรคติดสุราได้รับการบำบัดรักษาจนผ่านพ้นระยะถอนพิษสุราแล้ว จะเข้าสู่ระยะการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป้าหมายหลักคือ ทำให้ผู้ป่วยสามารถหยุดเสพยาให้ได้นานที่สุด ในการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อฟื้นฟูสภาพของโรงพยาบาลบ้านตากจะแล้วแต่บุคลากรที่ทำการบำบัดว่ามีความถนัดวิธีการใด จากข้อมูลการสัมภาษณ์รายบุคคลในเจ้าหน้าที่งานสุขภาพจิตพบว่ามีการให้คำปรึกษาแบบสั้น การเสริมสร้างแรงจูงใจ การเพิ่มทักษะการใช้ชีวิต เช่น ทักษะปฏิเสธ วิธีคลายเครียด เป็นต้น

จากโครงการทบทวนองค์ความรู้ด้านมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ของ ครุณี ภูขาว (2548) ที่ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของมาตรการต่างๆ ที่ใช้ในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่ารูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมควรนำวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยการฝึกทักษะทางความคิด และทักษะทางพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) มาใช้กับผู้ที่มีความรุนแรงถึงขั้นระดับติด นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ารูปแบบการบำบัดที่เป็นที่ยอมรับกันว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ที่เป็โรคติดสุราได้แก่ การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral therapy: CBT) การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI and Motivational Enhancement Therapy: MET) การบำบัดแบบสั้น (Brief intervention:BI) การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Step Facilitation: TSF) พฤติกรรมบำบัด การดูแลรายกรณี กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม หรือกลุ่ม เอเอ และการบำบัดแบบผสมผสาน (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

และมีอีกหลายรูปแบบวิธีเช่น การบำบัดสุราโดยกลุ่มช่วยเหลือกันเองของชมรมจิตอาสา โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ (นพวรรณ อุปคำ และคณะ, 2552) การให้คำปรึกษาแบบสั้น โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราในโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน (ศรีไพร โปธา, 2550) โปรแกรมการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง (ปนัดดา ชีระเชื้อ, 2550) การฝึกทักษะการสื่อสารในครอบครัว (อัจฉรารพี จำปา, 2550) เหล่านี้ล้วนมีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนว่ารูปแบบการบำบัดดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มคือพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่ามีหลากหลายวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา การหารูปแบบวิธีการบำบัดที่เหมาะสมกับ บริบทของโรงพยาบาลบ้านตากเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อที่เมื่อกลับไปสู่ชุมชนผู้ที่เป็นโรคติดสุราจะสามารถคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ดื่มหรือดื่มลดลงอยู่ในระดับที่ปลอดภัยซึ่งต้องอาศัยชุมชนและญาติมาเกี่ยวข้องรวมถึงมีการติดตามที่ต่อเนื่องเพื่อพิจารณาว่ารูปแบบการบำบัดที่ได้นั้นเหมาะสมและคงอยู่ได้นานเพียงใด

2.1.5 มีการให้ความรู้กับญาติหรือผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคติดสุราโดย ส่วนใหญ่เป็นคำแนะนำสั้นๆ เกี่ยวกับปัญหาผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา จากการศึกษาของ วีรวรรณ เล็กสกุลไชย และ จินตนา เทพทรงวัง (2545) พบว่า ความคิดเห็นว่าการดื่มสุราเป็นสิ่งไม่ดีจะช่วยยับยั้งการดื่มครั้งแรกได้ และการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการดื่มสุรามีความสัมพันธ์การปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นิศานาถ โชคเกิด, 2545) นอกจากนี้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราและญาติหรือผู้ดูแลควรได้รับความรู้เรื่องโรคติดสุรา เข้าใจเป้าหมายแผนการรักษา กระบวนการรักษา การปฏิบัติเกี่ยวกับโรค อาการสำคัญภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ผลจากภาวะถอนพิษสุรา การเฝ้าระวังสังเกตอาการของผู้ป่วย และสามารถบอกอาการให้แพทย์และพยาบาลทราบได้ มีความรู้เกี่ยวกับยา เช่น ชื่อยา การออกฤทธิ์ วัตถุประสงค์ ความจำเป็นในการใช้ยาวิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทั้งเวลาและสถานที่ ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใคร ได้บ้างในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือมีอาการเฉียบพลัน (ศูนย์บำบัดยาเสพติดเชียงใหม่, 2552) นอกจากนี้ยังต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการบำบัดทางจิตสังคม เนื่องจากการใช้กระบวนการทางจิตสังคมบำบัดก็เป็นกระบวนการที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุรา เป็นขั้นตอนที่ช่วยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยในการลดละเลิกสุรา ป้องกันการกลับไปเสพยา โดยช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนตนเองที่จะเลิกสุรา รู้จักการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นให้เกิดความอยากสุรา เข้าใจความคิดของตนเองมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา (กรมสุขภาพจิต, 2552)

2.1.6 การติดตามยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง รวมถึงขาดการส่งต่อข้อมูลกลับไปยังสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เนื่องจากจากภาระหน้าที่มาก และขาดบุคลากรของงานสุขภาพจิตตามที่กรมสุขภาพจิต (2552) กล่าวว่า การดูแลต่อเนื่องหลังการรักษาจำเป็นเป็นหัวใจสำคัญในงานสุขภาพจิตและจิตเวช ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดดูแลที่เหมาะสม นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรคจิตสุรา ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเสมือนการดูแลโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง แม้ว่าผู้ป่วยจะยังไม่สามารถควบคุมการดื่มได้หรือยังลังเลใจในการบำบัดก็ตาม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา (adherence) จะส่งผลให้การรักษาในระยะยาวดีขึ้น เนื่องจากการศึกษายืนยันว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามการรักษาต่อเนื่อง (adherence) สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มได้ดี (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2549) หากผู้ป่วยไม่มาตามนัดหมาย ควรมีระบบติดตามทางจดหมายหรือโทรศัพท์ หรือการติดตามเยี่ยมบ้าน การบันทึกข้อมูลการติดตามอย่างละเอียดมีการส่งกลับข้อมูลไปยังเครือข่าย (นพวรรณ อุปคำ, 2552)

2.1.7 มีการส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในโรงพยาบาล ในชุมชนและสถานศึกษา โดยการให้ความรู้และรณรงค์ดื่มเหล้าช่วงเข้าพรรษา ในงานบุญ งานศพ ในวัด ตามนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัดตาก แต่ยังปฏิบัติได้ไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ดังข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคลในผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตพบว่าการให้ความรู้แก่สถานศึกษา ในบางชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล และในโรงพยาบาล เพียงปีละ 1-2 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพิษภัยของสุราและยาเสพติด มีการรณรงค์ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาในงานบุญ งานศพ ในวัด แต่ไม่จริงจรงในการมุ่งหวังให้คนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม พิษัย แสงชาญชัย (2552) กล่าวว่า การแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์คือการมีเครือข่ายภาคประชาชนที่เข้มแข็ง มีการประสานความร่วมมือเครือข่ายภายในชุมชนโดยใช้กระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา รวมถึงการสร้างเครือข่ายกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตสุราในชุมชน เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตสุราสามารถอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ดื่ม หรือดื่มลดลงอยู่ในระดับที่ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ นิธยา ตະนะสอน และคณะ (2549) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานเพื่อลดการดื่มสุราในชุมชน ทำให้ทราบถึงสาเหตุของปัญหา ความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมและช่วยลดปัญหาการดื่มสุราในชุมชนได้ และจากผลการดูแลผู้ติดสุราที่ชุมชนบ้านโฮ้งนอก ตำบลแม่แรม จังหวัดเชียงใหม่ มีการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้ 3 ขั้นตอนหลัก คือการค้นหาและพัฒนาศักยภาพ การเสริมพลังอำนาจ และการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ชุมชนในกลุ่มแกนนำ พบว่า ผู้มีปัญหาการติดสุราลดจาก 20 คน เหลือ 5 คน (บึงอร สุปริดา, พิทักษ์ สุริยะใจ, เกษภูววัลย์ ดันริยงค์, คาราวัลย์ พลลาภ, และ สวรรส วรรณอุบล, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวแสดงถึงความมีศักยภาพของชุมชน ดังนั้นควรมีการประสาน

ความร่วมมือกับเครือข่ายทั้งภาครัฐ และเอกชน พร้อมทั้งสร้างความตระหนัก ให้กับคนในชุมชน และแกนนำชุมชนให้เห็นความสำคัญของปัญหาเพิ่มมากขึ้นเพื่อเกิดกระบวนการร่วมคิดร่วมทำของชุมชนเพื่อสุขภาพชุมชนเองโดยทุกฝ่ายมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของงานและเป็นผู้ได้รับผลลัพธ์ที่ดีจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเต็มที่

2.2 การดูแลและให้ความช่วยเหลือของผู้ดูแล

2.2.1 ญาติดูแลช่วยเหลือด้านร่างกายและกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารและการรับประทานยาได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากญาติหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็โรคจิตสุราคือภรรยาหรือมารดา จากความสัมพันธ์ใกล้ชิดดังกล่าว จึงทำให้เกิดการดูแลช่วยเหลือด้านร่างกายและกิจวัตรประจำวันได้เหมาะสมดังการศึกษาของ ชนิตา บุญญาภาส (2547) ที่พบว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราส่วนใหญ่ เป็นหน้าที่ของครอบครัว โดยครอบครัวมีการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุราทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มากกว่าจิตวิญญาณ จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุราส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เอง สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ อุปคำ (2549) ที่ว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุราจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ วิภาพร กาญจนราช (2542) ที่พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุรามีค่าคะแนนการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี วิไลทิพย์นันท์ (2549) และ ไพรัช บรรตสมพงษ์ (2542) กล่าวว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุราส่วนใหญ่จะยังสามารถประกอบอาชีพและดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลจึงไม่จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือมากนัก

2.2.2 ญาติมีการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจน้อย โดยพบว่า ญาติหรือผู้ดูแลมีการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่น พุดคุย ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจต่อผู้ที่เป็นโรคจิตสุราน้อย ส่วนใหญ่คิดว่าผู้ที่เป็นโรคจิตสุราไม่มีเรื่องเครียดหรือมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ประกอบกับความเบื่อหน่ายเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตสุรากลับไปดื่มสุรา จึงมีการสังเกต ซักถาม และช่วยเหลือด้านจิตใจน้อย จากการศึกษา ความสามารถ ในการร่วมมือปฏิบัติของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตสุรา ของ รัตนา ศิโรตม, บุญวดี เพชรรัตน์, และ แสงอรุณ อิศระมาลัย (2551) พบว่าจากการมีประสบการณ์การดูแลผู้จิตสุราระยะเวลาาน อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้จากอาการของผู้จิตสุรา ทำให้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลลดลง นอกจากนี้จากผลการศึกษาวิจัยของนักวิชาการทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลนั้นมีสาเหตุหลากหลายประการ เช่น ผู้ดูแลจำเป็นต้องแบ่งเวลาส่วนหนึ่งมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแทนที่จะเป็นเวลาของตนเองทั้งหมด ปริมาณงานมากเกินไป เกิดจากการที่ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลายบทบาทในเวลาเดียวกันต้องทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวและหน้าที่ภรรยาในขณะเดียวกันนอกจากนี้ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ก็ส่งผลต่อภาวะความเครียด (ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดเกี่ยวกับ

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัวของ กอร์ดอน (Gordon, 2000) กล่าวว่า การเคารพซึ่งกันและกัน การให้การยอมรับซึ่งกันและกัน การให้คุณค่าต่อการมองเห็นตนเองทางบวก การมีความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล โดยการให้ความสำคัญกับการสื่อสารในครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลถึงความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้และจากการศึกษาของ ประไพ พายุทธ (2545) พบว่าผู้ที่ เป็นโรคจิตสุรา หากได้รับการยอมรับและช่วยเหลือด้านสุขภาพจากผู้อื่น ได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ได้แสดงความคิดเห็น และได้รับกำลังใจจากผู้อื่น จะทำให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตสุราสามารถหยุดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ แต่ในทางกลับกันหากในครอบครัวของผู้ที่ เป็นโรคจิตสุรา มีพฤติกรรมสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะทำให้มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คงเดิมหรือเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นการเพิ่มปริมาณ เพิ่มความถี่ หรือเพิ่มผลกระทบจากการดื่มสุราและอาจส่งผลให้ผู้ที่เคยเลิกดื่มเครื่องดื่มสุราไปแล้ว กลับมาดื่มใหม่ได้ อัจฉรารี จำปา (2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ อูมาพร ตรังคสมบัติ (2544) กล่าวว่าถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม จะผลักดันให้บุคคลในครอบครัวไปดื่มเครื่องดื่มสุราและใช้สารเสพติด เพื่อให้ลืมปัญหาได้มากขึ้น เช่นเดียวกับการสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติด ของสถาบันวิจัยรักษารักษ์ เกี่ยวกับสาเหตุของการติดยาเสพติดซ้ำ ส่วนหนึ่งมาจากการขาดการยอมรับและขาดการมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลในครอบครัวมีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ผ่านการบำบัดสารเสพติดไม่กลับไปติดยา (วิมลลักษณวิชญ์ และ วิภาวดี แสงเพชร, 2547) ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตสุรา ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา (Transtheoretical หรือ Stage of Change Model) ของผู้ที่ เป็นโรคจิตสุรา ที่บอกถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ เช่น การดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่ ที่ยากต้องอาศัยความพยายามอย่างต่อเนื่อง และต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน (พิชัย แสงชาญชัย, 2547) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสนใจและการยอมรับของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวผู้ที่ เป็นโรคจิตสุรา เข้าใจปัญหา และให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาผู้ที่ เป็นโรคจิตสุรา ดังคำกล่าวของ วรณิกา สุทธิอำนวยกุล (2546) ที่กล่าวว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาวะที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และมีอิทธิพลอย่างมากต่อสภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

2.2.3 ญาติหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถให้คำแนะนำผู้ที่ เป็นโรคจิตสุราได้เหมาะสม พบว่า ญาติหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่จะให้คำแนะนำด้านการรักษาสุขภาพ การปฏิบัติตัว การรับประทานยาและโทษของการดื่มสุรา โอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวว่าเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยย่อมต้องการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ความสามารถในการดูแลนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ ประสบการณ์ ทักษะการดูแลของผู้ดูแล ถ้าความสามารถ

ของผู้ดูแลไม่เพียงพอ พยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อที่จะช่วยให้ส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษา วรรณิกา สุทธิอำนาจกุล (2546) ที่กล่าวว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาวะที่ดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และมีอิทธิพลอย่างมากต่อสภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ บังอร สุปรีดา และคณะ (2553) พบว่าการให้ครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจะมีประสิทธิผลสูงขึ้น ดังนั้นหากมีการสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชน และครอบครัวที่สนับสนุน การเลิกดื่มสุรารไ้ก่อน ซึ่งหากคนในครอบครัว คนใกล้ชิดและเพื่อนบ้านดูแลสนับสนุนบุคคลเหล่านั้น ก็จะสามารถยืดระยะเวลาในการหยุดดื่มได้

2.3 การดูแลช่วยเหลือของแกนนำชุมชน

2.3.1 พบว่าแกนนำชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความเข้าใจและขาดความตระหนักในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคติดสุราเนื่องจากคิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัวไม่กล้าเข้าไปก้าวก่าย อาจเนื่องจากตนเองก็ดื่มจากการศึกษาที่พบว่าแกนนำชุมชนส่วนใหญ่มีการดื่มสุราสอดคล้องกับการศึกษาของ ปทุมทิพย์ หล้าสกุล (2549) ที่พบว่าผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ร้อยละ 73.8 ดื่มสุรา และไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรามาก่อนและคิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัวของแต่ละบุคคล จะให้คำแนะนำเฉพาะคนที่รู้จักและสนิทกันเท่านั้นนอกจากนี้แกนนำชุมชนส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ ผลกระทบ การปรับพฤติกรรมการดื่ม การดูแลและป้องกันการเสพยาซ้ำจากโรงพยาบาลอย่างจริงจัง มีเพียงการประชุมสัมพันธให้ทราบถึงบริการคลินิกเลิกสุรา ความรู้ที่มีเป็นความรู้จากการได้รับสื่อโทรทัศน์ และจากประสบการณ์การเห็นผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ประกอบกับผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนมากไม่ได้ก่อให้เกิดความเดือดร้อนที่เห็นได้ชัดในสังคม และจากการขาดการตระหนักและมองเป็นเรื่องปกติทำให้ไม่มีกิจกรรมในชุมชน

2.3.2 แกนนำชุมชนส่วนใหญ่มีการให้ข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนำในชุมชนน้อย แต่ไม่ได้ทำการรณรงค์อย่างจริงจัง แกนนำชุมชนขาดการตระหนักถึงปัญหาเนื่องจากผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนมากไม่ได้ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ชุมชนที่เห็นได้ชัด จากการขาดการตระหนักและมองเป็นเรื่องปกติทำให้ไม่มีกิจกรรมในชุมชนไม่มีการรณรงค์ที่เข้มงวดและชัดเจนพอที่จะกระตุ้นให้คนในชุมชนสนใจเพียงฟังผ่านไปและไม่เห็นความสำคัญ จากการศึกษาของ บังอร สุปรีดา และคณะ (2553) พบว่าการให้ครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจะมีประสิทธิผลสูงขึ้น โดยการศึกษา ดังกล่าวได้เริ่มจากการให้ชุมชนเกิดความรู้สึกร่วม ว่าสุราเป็นปัญหาของชุมชนและประชาชนในชุมชน ต้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาต่างๆ โดยเริ่มจากการเกิดกลุ่มแกนนำ ต้องมีกลุ่มแกนนำชุมชนที่เข้มแข็ง เป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องการลด ละ เลิกสุรา จะส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ครุณี ภูขาว (2549) ได้กล่าวว่า

การส่งเสริมให้บุคคลตระหนักถึงปัญหาการติดสุราเป็นปัญหาที่ชุมชนต้องให้ความสำคัญ ควรมีแผนงานโครงการ และกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน เชิงรุก รวมทั้งมีการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายทั้งภาครัฐ และเอกชน พร้อมทั้งมีกระบวนการสร้างกระแสและสร้างความตระหนัก ให้กับคนในชุมชน และแกนนำชุมชนให้เห็นความสำคัญของปัญหา

3. ด้านผลลัพธ์

3.1 ผลลัพธ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความรู้สาเหตุ ผลกระทบ การป้องกันการเสพติดสุรา

ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องผลกระทบจากการดื่มสุรา และการป้องกันการเสพติดสุรา แต่ไม่เปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสาเหตุของการเกิดโรคติดสุรา เนื่องจากบุคคลากรเห็นความสำคัญของผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นโรคติดสุราหากมีการดื่มอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ปัญหาที่สำคัญคือ โรคจิตจากสุรา (alcohol induced psychotic disorder) ที่เป็นกลุ่มอาการของโรคจิตที่เกิดขึ้นขณะมีการเสพติดสุราอย่างมาก โดยจะมีอาการหลงผิด และอาการประสาทหลอนที่ชัดเจน (Schuckit, 2000) โรคจิตจากสุราจัดอยู่ในกลุ่มที่พยากรณ์โรคไม่ดี เพราะถึงแม้จะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตดีขึ้นแล้วก็ตาม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) อีกทั้งยังทำให้เป็นภาระในการดูแลช่วยเหลือทั้งญาติหรือผู้ดูแล และในระบบบริการสาธารณสุขทำให้รัฐบาลต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลด้วย โรคที่เกี่ยวกับการเสพติดสุรามีจำนวนสูงถึงปีละ 250,000 ล้านบาท (สุวรรณ อรุณพงษ์ไพศาล, 2551) ดังนั้นจึงควรดูแลให้กลับไปเสพติด ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ประเภทการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (classical conditioning) การเกิดพฤติกรรมเสพติดสุรา เกิดขึ้นตอนที่บุคคลนั้นมีความเครียด หงุดหงิด ไม่สบายใจ บางคนมีการดื่มสุรากับเพื่อนกลุ่มเดิวย่อยๆ และมีการดื่มที่สถานที่เดิมเป็นประจำ ทำให้ผู้ป่วยที่เลิกดื่มสุราแล้วเมื่อเผชิญตัวกระตุ้น ได้แก่ คน สิ่งของ สถานที่ หรืออารมณ์ ที่เกี่ยวข้องกับอาการดื่มสุราในอดีต จึงทำให้กลับมาเสพติดสุราซ้ำอีก (เชิรชัย งามทิพย์วัฒนา, มาลัย เฉลิมชัยนุกูล, และวิลาสินี ชัยสิทธิ์, 2545) จึงมีความสำคัญในการให้ความรู้เรื่องดังกล่าวแต่อย่างไรก็ตามสาเหตุของการติดสุราเป็นเรื่องสำคัญแม้ขณะนี้ยังไม่สามารถบอกสาเหตุของการติดสุราที่แน่ชัดได้แต่สามารถบอกถึงแนวโน้มการติดสุราของผู้ดื่มได้

3.2 ผลลัพธ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

จากแบบประเมินปัญหาจากการดื่มสุราพบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา หลังมารับบริการในโรงพยาบาลบ้านตาก จังหวัดตาก ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราเพียงเล็กน้อย โดยมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง 3 ราย ไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพติดสุรา 4 ราย และมีคะแนนเพิ่มขึ้น 3 ราย รายละเอียดดังตารางที่ 5 แต่อย่างไรก็ตามส่วนมากพฤติกรรม

การเสพสุราจะมีคะแนนอยู่ในระดับพฤติกรรมการดื่มสุราแบบติด ซึ่งสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีการเสพสุราซ้ำ อาจเนื่องจากผลการศึกษาที่กล่าวมาแล้ว ข้างต้นที่พบว่า ทรัพยากรบุคคลไม่เพียงพอ มีการบำบัดทางจิตสังคมแต่อาจยังไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย การดูแลจากญาติหรือผู้ดูแลและแกนนำชุมชนมีน้อย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยจากภายในและภายนอกตัวบุคคลที่ส่งผลให้เกิดการดื่มสุรา ดังการศึกษาของ พัทธกัญ สุริยะใจ (2548) ที่พบว่าสาเหตุของการติดสุรา มีทั้งสาเหตุภายในและภายนอกสาเหตุภายในโดยปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย การที่มีจิตใจไม่เข้มแข็ง และมีความรู้สึกอาย (สุกมา แสงเดือนฉาย, 2547) มีการขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา ขาดทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา (อจรรพร นัคสาสาร, 2548) และขาดความมั่นใจไม่สามารถในการควบคุมจิตใจตนเองได้ดีพอ ขาดการรับรู้ผลประโยชน์และผลเสียต่อตนเองที่จะเกิดขึ้นกับตนเองทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจากการไม่ดื่มสุรา (เสาวณี วิกัน, 2548) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่คุกคาม ได้แก่ การขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและกลุ่มสมรส และการอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงหรือสภาพแวดล้อมเหมือนที่เคยเสพสุราในอดีต การมีแหล่งขายสุราในชุมชน หาซื้อได้ง่าย (อจรรพร นัคสาสาร, 2548) ค่านิยมของสังคมไทยที่เข้าใจว่าสุราเป็นสิ่งสร้างไมตรีเมื่อพบปะกัน การจัดงานเลี้ยงต้องมีการเลี้ยงสุรา (นิศานาถ โชคเกิด, 2545) สภาพสังคม วัฒนธรรม วิถีชุมชนที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการเสพสุราเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่เอื้อและกระตุ้นให้เกิดการเสพสุราซ้ำ (จักรพันธ์ กฤตมโนรณ, ศิรินาถ แต้มคม, และกิตติพงศ์ เวชกุล, 2550)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา กลับไปดื่มสุราซ้ำมีมากมายซึ่งไม่สามารถระบุได้ว่าเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งได้ ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ได้รับการบำบัดแล้วมีการกลับไปเสพซ้ำควรได้รับการวิเคราะห์ผลการพยาบาล บำบัดรักษาทั้งสาเหตุจากปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

3.3 ผลลัพธ์เกี่ยวกับความพึงพอใจในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุรา และญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

พบว่า การรับรู้การดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีค่าเฉลี่ย 3.79 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก และการรับรู้การดูแลของกลุ่มญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีค่าเฉลี่ย 2.31 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลบ้านตาก มีปัจจัยด้านโครงสร้างระบบบริการที่แม้ไม่มีนโยบายเฉพาะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา แต่มีแผนปฏิบัติงานประจำปีในการให้บริการผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีแนวทางการดูแลของหน่วยงานสุขภาพจิตที่มีความครอบคลุม ประกอบกับการกระบวนการดูแลของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติที่เน้นคุณภาพการดูแล เจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลมีการทำงานเป็นทีม ให้ความสำคัญ รับผิดชอบต่อความคิดเห็น ความต้องการของญาติ และมีพฤติกรรมบริการที่สุภาพอ่อนโยน

ให้เกียรติ จากการศึกษาของลินซ์ และชูแเลอร์ อ้างใน กนกวรรณ ของจา (2552) กล่าวว่า แหล่งที่มาของความพึงพอใจคุณภาพบริการมี 3 ประเภท คือ 1) จากการรับบริการแล้วเกิดความพึงพอใจ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ สถานที่รอคอย ห้องพัก อาหาร ท่าเลที่ตั้ง มนุษยสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ 2) จากการรับบริการครั้งก่อน 3) ความเชื่อ เช่น เชื่อในความสามารถ ความรู้ ความชำนาญ ของผู้ให้บริการความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา หรืออุปกรณ์การรักษาที่ทันสมัยสามารถช่วยชีวิตได้ เหล่านี้ทำให้เกิดความมั่นใจและไว้วางใจในตัวบุคลากร จากคุณภาพการบริการดังกล่าวทำให้ผู้รับบริการมีความสุข หายเครียด คลายความวิตกกังวล เมื่อได้รับสิ่งที่ดี สิ่งที่น่าพอใจต่อบริการ (วิไลรัตน์ สิริฤกษ์สกุล อ้างใน กนกวรรณ ของจา, 2552) ส่งผลต่อความพึงพอใจในบริการทำให้การรับรู้การดูแลของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ และญาติหรือผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคติดเชื้ออยู่ในเกณฑ์ที่ดีถึงดีมาก สอดคล้องกับคำกล่าวของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) ที่ว่าหากมีโครงสร้างที่ดี กระบวนการที่ดีจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งโครงสร้างของการบริการ มีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ หากมีสิ่งสนับสนุนและกระบวนการที่ดีจะส่งผลลัพธ์ที่ดี ดังนั้นจึงควรมีการรักษาและปรับปรุงทั้งด้านโครงสร้าง และกระบวนการ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป