

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องประสิทธิภาพของการใช้แผนจำหน่ายโรคติดเชื้อที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยในศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพติดเชียงใหม่ ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคติดเชื้อ

- 1.1 ความหมายโรคติดเชื้อ
- 1.2 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
- 1.3 การวินิจฉัยโรคติดเชื้อ
- 1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคติดเชื้อ
- 1.5 ผลกระทบของโรคติดเชื้อ
- 1.6 การบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

2. สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยโรคติดเชื้อของศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพติดเชียงใหม่

3. แนวคิดเกี่ยวกับแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

- 3.1 ความหมายของแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 3.2 ความสำคัญของแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 3.3 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 3.4 องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 3.5 ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 3.6 บทบาทของทิมสหวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 3.7 แนวคิดในการนำแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อมาใช้

4. แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อโรงพยาบาลสวนปรุง ที่พัฒนาขึ้น โดย พิมพ์ใจ

เจนกิจจาโพมูลย์ (2553)

โรคติดสุรา

ความหมายลักษณะอาการและการวินิจฉัยโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีผู้ให้ความหมายของโรคติดสุราไว้หลากหลาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก World Health Organization (2004) ให้คำนิยามเกี่ยวกับโรคติดสุราว่าเป็นความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีลักษณะของการดื่มสุราในปริมาณและความถี่มากและดื่มมานานเรื้อรังจนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคม

พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ, และ สุนทรี ศรีโกสย (2549) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุราว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดและสมควรได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น มีการดื้อยา (tolerance) มีอาการด้านร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่ม (withdrawal) หรือมีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม (signs of withdrawal) ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ (impaired control) หมดสนุกกับการดื่ม (time spent drinking) มีความรู้สึกลดลงอย่างมาก (cut down) ดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่นๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบ (neglect of activity) และยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่า จะเกิดผลเสียตามมา (drinking despite problem)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) ได้ให้ความหมายของโรคติดสุราไว้ว่าเป็นภาวะที่มีการใช้สุราอย่างไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ทำให้มีการแสดงออกด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสังคมไม่เหมาะสม

จากความหมายข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าโรคติดสุราเป็นลักษณะการใช้สุราอย่างไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งมีการแสดงออกด้านร่างกายที่ต้องเพิ่มปริมาณการดื่ม เมื่อมีการลดหรือหยุดดื่มภายใน 6-48 ชั่วโมง จะพบอาการทนต่อการดื่มสุรา (tolerance) มีอาการถอนพิษสุรา (withdrawal) และมีอาการขาดสุรา (signs of withdrawal) มักจะควบคุมการดื่มไม่ได้ (impaired control) และยังคงดื่มอยู่ทั้งๆ ที่ยังเป็นปัญหาและเกิดผลเสียขึ้นแล้ว (drinking despite) (American Psychiatric Association, 1994)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคติดสุรา

ผู้ป่วยโรคติดสุราจะแสดงอาการดังต่อไปนี้โดยมีอาการทางด้านร่างกาย จิตใจหรือพฤติกรรมที่แสดงออกที่เกิดขึ้นจากการใช้หรือการหยุดใช้สุรา อาการและอาการแสดงมีดังต่อไปนี้เมื่อมีอาการขาดสุรา แบ่งความรุนแรงได้ 5 ระดับดังนี้

1) ระดับที่ 1 หรือระดับเล็กน้อย เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย 6-36 ชั่วโมง พบว่ามีอาการมือสั่น วิดกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย เบื่ออาหารคลื่นไส้ ฝะอืดพะอิม อาเจียน นอนไม่หลับ ตรวจสภาพจิตปกติ

2) ระดับที่ 2 หรือระดับปานกลาง เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย 24-72 ชั่วโมงพบว่ามีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย มากขึ้น ผลลุลูกมุนั่ง มือสั่นมาก ตัวสั่นเหงื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ชีพจรเต้นเร็ว > 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูงขึ้นมา ตรวจสภาพจิตมีอาการสับสน หงุดหงิดง่าย วิดกกังวล

3) ระดับที่ 3 หรืออาการชักจากการขาดสุรา เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย 6-48 ชั่วโมง พบว่ามีลักษณะเกร็งกระตุกทั่วร่างกาย พร้อมหมดสติพบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรา และพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ดื่มมานานหลายปี มักมีอาการชักครั้งเดียว แต่สามารถเกิดเป็นชุดชัก 2-3 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที อาการชักแบบต่อเนื่อง พบได้น้อยมาก

4) ระดับที่ 4 หรืออาการทางประสาทหลอนจากการขาดสุรา เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย 12-48 ชั่วโมง พบว่ามีอาการทางประสาทโดยที่ผู้ป่วยทราบว่าอาการประสาทหลอนนั้นเป็นผลจากสุราและไม่ใช่ว่าความจริง

5) ระดับรุนแรงมากขึ้นเพื่อคลั่งสั้น (delirium tremens) เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย 48-96 ชั่วโมง พบว่ามีอาการกระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มือสั่น ตัวสั่นมากสับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ไข้สูง ชีพจรเร็ว เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง กลัว (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2552)

การวินิจฉัยโรคติดสุรา

การวินิจฉัยโรคติดสุราสามารถใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวช (The fourth edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 1994) โรคติดสุราว่ามีรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการหรือมากกว่าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาดังนี้

1. มีระดับการดื้อหรือทนทานต่อการดื่มสุรา (tolerance) โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

1.1 มีความต้องการดื่มเพิ่มปริมาณการดื่มสุรามากขึ้นจึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม

1.2 ได้รับผลจากการดื่มสุราต่อร่างกายลดลงอย่างมาก หากยังคงดื่มเท่าเดิม

2. มีอาการถอนพิษสุรา (withdrawal) โดยมีอาการทางกายเมื่อไม่ได้ดื่มดังต่อไปนี้

2.1 มีลักษณะอาการทางกายที่บ่งชี้ว่ามีภาวะของการขาดสุรา คือ เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ มือสั่นมากขึ้น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน หนาว เห็นภาพหลอน มองเห็นภาพผิดจากความเป็นจริง กระวนกระวาย กระสับกระส่าย วิดกกังวล ชักทั้งตัว

2.2 เมื่อดื่มสุรา (หรือสารที่ใกล้เคียง) สามารถลดอาการถอนพิษสุราหรือกำจัดอาการขาดสุราได้

3. ดื่มมากกว่าที่ตั้งใจไว้ (impaired control) หรือดื่มเป็นเวลานานกว่าความต้องการ หรือควบคุมการดื่มไม่ได้ มีความต้องการดื่มสุราอยู่ตลอดเวลา

4. มีความต้องการอยู่เสมอ (cut down) มีความพยายามที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ

5. ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา (time spent drinking) หรือหมกมุ่นกับการดื่มหรือการเสียเวลาในการหาสุราสำหรับการดื่มมากเกินไป

6. มีความบกพร่องต่อหน้าที่ (neglect of activity) อาชีพ สังคม การงาน หรือหยุดทำกิจกรรมที่สำคัญต่างๆ

7. ยังคงดื่มสุราอยู่ทั้งๆที่ทราบว่ามีการดื่มสุรามีปัญหา (drinking despite problem) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ เช่น ยังคงดื่มสุราแม้จะทราบว่าสุราจะทำให้เกิดอาการแผลในกระเพาะอาหาร หรือทำให้เกิดอาการหนาว เป็นต้น

บัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (The International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision [ICD -10]) (WHO, 1992) จัดกลุ่มโรคหรือความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา (alcohol-related disorders) ได้จำแนกความผิดปกติเกี่ยวกับสุราออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ดังต่อไปนี้คือ

1. กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรา (alcohol used disorders)

1.1 การดื่มแบบอันตราย (F10.1 alcohol harmful use)

1.2 โรคติดสุรา (F10.2 alcohol dependence)

2. กลุ่มอาการผิดปกติทางพฤติกรรมหรือจิตใจที่เกิดจากการดื่มสุรา (alcohol-induced disorders)

- 2.1 ภาวะเมาสุรา (F10.0 alcohol intoxication)
- 2.2 ภาวะถอนพิษสุรา (F10.3 alcohol withdrawal)
- 2.3 ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงเพื่อสับสน (F10.4 alcohol withdrawal with delirium)
- 2.4 โรคจิตจากสุรา (F10.5 alcoholic psychosis)
- 2.5 ภาวะความจำเสื่อมจากสุรา (F10.6 alcohol amnestic syndrome)
- 2.6 มีอาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ปรากฏอยู่นานเกินกว่าระยะเวลาที่สารนั้น ออกฤทธิ์อยู่ในร่างกาย (F10.7 residual and late onset alcoholic psychosis disorder)
- 2.7 เป็นความผิดปกติอื่นซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการดื่มที่ไม่สามารถเข้ากับหัวข้อใดได้ (F10.8 other mental and behavioral disorders)

3. กลุ่มโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา อาจเป็นทั้งอาการที่นำมาหรืออาการที่ตรวจพบภายหลังในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

สรุปการศึกษานี้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) และลงรหัสโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (The International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision [ICD-10] (WHO, 1992) ว่าเป็นโรคติดสุรา (F 10.2)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคติดสุรา มีอยู่ 2 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางด้านร่างกายและปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งอธิบายได้ดังต่อไปนี้

1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม จากการศึกษาพันธุกรรมของคนติดสุรา พบว่าผู้ที่เป็โรคติดสุราจะมีอัตราสูงในระหว่างญาติพี่น้องของคนติดสุรามากกว่าประชากรทั่วไป ถึงร้อยละ 25 ของบิดา พี่น้องผู้ชายของผู้ติดสุราจะติดสุราด้วย นอกจากนี้คู่แฝดที่มีการติดสุรา พบว่าแฝดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนใดคนหนึ่งติดสุราอีกคนมีโอกาสดติดสุราสูงถึงร้อยละ 50 มากกว่าแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบและเท่าๆ กับอัตราที่เกิดจากพี่น้องของผู้ติดสุรา ยิ่งกว่านี้พบว่าบุตรบุญธรรมที่ขอมาเลี้ยงจากบิดามารดาที่ติดสุรา แม้ได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดาที่ไม่ติดสุราก็มีโอกาสดติดสุราได้เท่าๆ กับบุตรของคนติดสุรา (สุนทรี ศรี โกไสย, 2548)

1.2 ปัจจัยทางด้านร่างกาย ผู้ติดสุราจะมีความต้องการและมีความอยากสุราอยู่ภายใต้การควบคุมของของระบบประสาทส่วนกลาง คือสมองบริเวณเวินทรีล เท็คเมนทัล เอเรีย (ventral tegmental area) ที่เชื่อมโยงกับการทำงานของสมองส่วนนิวเคลียส แอคคัมเบส (nucleus

aacumbens) บริเวณดังกล่าวนี้มีชื่อเรียกว่า เบรนรีวอร์ด ซีสเต็ม (brain reward system) ซึ่งในบริเวณดังกล่าวจะมีสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ที่สำคัญ คือเอ็นโดจีนีออยด์ โอปิออยด์ (endogenous opioid) และโดปามีน (dopamine) โดยสารทั้งสองชนิดนี้ถูกกระตุ้นด้วยสุรา ดังนั้นสาเหตุของการติดสุราเกิดจากความผิดปกติในระบบการทำงานของสารสื่อประสาท (สุนทรศรีโกไสย, 2548) สอดคล้องกับ ไพรดา ชมชื่น (2544) ได้กล่าวถึงสาเหตุการติดสุราในด้านปัจจัยทางด้านร่างกายและสรีรวิทยาว่าเกี่ยวข้องกับการที่ติดสุราที่มีการสลายตัวเกิดสารชนิดหนึ่งที่เรียกว่า อะซิเตลดีไฮด์ acetaldehyde ซึ่งมีผลต่อการทำงานของสมอง โดยทำให้เกิดการติดยา (dependence) ร่วมกับการทนต่อยา (tolerance) หรือฤทธิ์ของสุราจะเพิ่มการทำงานของตัวรับ กาบา เอ รีเซพเตอร์ GABA-A (GABA-A receptors) และยับยั้งการทำงานของตัวรับ เอน เอ็ม ดี เอ รีเซพเตอร์ NMDA (NMDA receptor) ครั้นเมื่อดื่มสุรานานๆ สมองจะเกิดการปรับตัว ส่งผลให้ลดการยับยั้งหน้าที่ของ กาบา เอ (inhibitory function GABA-A) และเพิ่มตัวรับเอน เอ็ม ดี เอ NMDA เกิดความทนต่อสุรา (tolerance) ได้มีการศึกษาครอบครัวของผู้ที่ติดสุราพบว่า มาจากกลไกของสมองการออกฤทธิ์ระบบสารเคมีในสมอง (neurochemical mechanism) โดยที่ใช้สารจะไปกระตุ้นให้ผู้รับรู้ว่าเป็นเสมือนกับความต้องการที่เทียบเท่ากับความต้องการดั้งเดิม (innate drive) ของคนเรา เช่น ความหิว ความกระหาย หรือ ความต้องการทางเพศ ทำให้เกิดความติดใจและต้องการเสพอยู่เรื่อยๆ จนในบางครั้งมีความต้องการมากกว่าความต้องการดั้งเดิมเสียอีก สอดคล้องกับ สมภพ เรืองตระกูล (2541) นอกจากนี้ยังพบว่าสารที่ใช้นั้นยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) บางกลุ่ม ซึ่งทำให้เกิด ภาวะการติด (dependence) อันเกิดในผู้ที่ติดสุรา

1.3 ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ การติดสุรามีผลมาจากความวิตกกังวลที่อยู่ในใจและมีความขัดแย้งในใจ (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2542) ทำให้เกิดความบกพร่องทางด้านจิตใจหรือความบกพร่องทางด้านอารมณ์และส่งผลต่อบุคลิกภาพ ทำให้ผู้ที่เป้นโรคติดสุราขาดความมั่นใจในตนเอง และบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าการดื่มสุรานั้นจะช่วยให้เกิดความมั่นใจจึงหันไปใช้สุราเป็นประจำจนเกิดภาวะติดสุราได้ ปัจจัยทางด้านจิตใจอาจเกิดเนื่องจากการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาในวัยเด็ก การขาดความรัก ความอบอุ่น และความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือได้รับความกดดัน ความคับข้องใจ ถูกกลั่นแกล้ง จากประสบการณ์ที่ไม่ดี ส่วนทางด้านอารมณ์เกิดจากภาวะเครียด วิตกกังวลง่ายต่อความตอบสนองทางด้านจิตใจเป็นผลต่อความสุขทางใจต่อการใช้สุราเป็นอย่างมากจนทำให้เกิดภาวะติดสุรากลายเป็นโรคติดสุราตามมา หรือเกิดจากความเชื่อ ทศนคติที่ผิดๆ สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดโรคติดสุราได้ (ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2553)

2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ค่านิยมประเพณี ซึ่งได้อธิบายได้ดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่นการที่ผู้ป่วยโรคติดสุราอยู่กับแหล่งที่เข้าถึงสุราได้ง่ายหรือมีแหล่งขายสุราในชุมชนเป็นปัจจัยทำให้เกิดการติดสุรา (อัจฉราพร นัคสาสาร, 2546) ปัจจัยสังคมและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่ทำให้เกิดโรคติดสุราได้ เช่น สื่อโฆษณา นโยบายรัฐ การเก็บภาษี มาตรการการป้องกัน อุตสาหกรรมการผลิต จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษา ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่านโยบายการขายสุราเสรีทำให้หาสุราดื่มสุราได้ง่ายร้อยละ 49.1 สุราชุมชนราคาถูกทำให้เกิดติดสุราได้มากขึ้นร้อยละ 43.3 และที่ทำงานอยู่ใกล้ร้านจำหน่ายสุราแล้วเพื่อนๆ มักชวนเข้าร่วมสังสรรค์ หลังเลิกงานร้อยละ 35 (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2553) จากรายงานสถานการณ์สุราประจำปี 2553 สื่อการโฆษณา มาตรการการทางภาษี กำหนดภาษีระดับต่ำ การค้าสุราเสรีมีจำนวนมากขึ้นถึง 586,463 ราย ส่งผลให้เกิดการติดสุราเป็นจำนวนมากขึ้น (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2548)

2.2 ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม ปัจจัยนี้เป็นผลต่อการติดสุราเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีอิทธิพลทางด้านวัฒนธรรมต่อการดื่มสุราในสังคมไทยในปัจจุบันเพิ่มมากขึ้น และเชื่อมโยงต่อการใช้สุราเข้ามามีบทบาทในสังคมไทย โดยวัฒนธรรมถูกหล่อหลอมและเข้ามาอยู่ในส่วนหนึ่งของประเพณี วัฒนธรรมไทยโดยงานต่างๆ ต้องมีการดื่มสุราเป็นประจำในงานสังสรรค์ต่างๆ จะมีการใช้สุราหรือมีส่วนผสมของแอลกอฮอล์อยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งในชนบทและชุมชน เช่นประเพณีแต่งงาน ขึ้นบ้านใหม่ การบนบานศาลกล่าว หรือ สภาวะเศรษฐกิจปัจจุบันมีการสมาคมสังสรรค์งานเลี้ยง เป็นต้น (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548)

จากปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคติดสุราข้างต้นสรุปได้ว่า เป็นสาเหตุของการเกิดโรคติดสุรา มีอยู่ 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ปัจจัยทางด้านร่างกาย ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ด้านจิตใจและอารมณ์ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อและค่านิยมต่างๆ

ผลกระทบของโรคติดสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคติดสุราทำให้เกิดผลกระทบตามมาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวเศรษฐกิจและสังคมซึ่งอธิบายแบ่ง 3 ประเภทคือ

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย โรคติดสุรามีผลกระทบต่อร่างกายโดยพบว่าเกิดภาวะอาการแทรกซ้อนทางกายที่เกิดจากโรคติดสุรา ที่พบได้บ่อยได้แก่โรคแผลในกระเพาะอาหาร กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตสูง เลือดออกในสมองความผิดปกติในการเผาผลาญ อาการ

ขาดสารอาหาร ความผิดปกติของเลือด และการติดเชื้อจากการมีบาดแผล เป็นต้น และนอกจากนี้ยังทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกายและความผิดปกติกับอวัยวะต่างๆ ได้มากมาย เกิดโรคเรื้อรังที่พบบ่อยมากกว่า 60 โรค เช่น โรคตับ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น และจากการศึกษาพบว่า การติดสุราทำให้ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับในผู้ชาย มากกว่าถึง ร้อยละ 90 และไขมันสะสมที่ตับประมาณร้อยละ 5-15 จนกลายเป็นโรคตับแข็งจากสุรา (alcoholic liver cirrhosis) และมีอัตราการตายสูง (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2551) นอกจากนี้ยังพบกลุ่มโรคทางกายที่เกิดจากโรคติดสุรา เช่น โรคหัวใจล้มเหลว (heart failure) โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmias) โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) โรคเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น พัททกษณ์ สุริยะใจ (2548)

2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ โรคติดสุราจะมีผลต่อจิตใจ อารมณ์ กระบวนการคิด ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และบุคลิกภาพแบบต่อต้านด้านสังคม (Lowe & Kranzler, 1999) นอกจากนี้ การติดสุราทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต ทั้งตัวผู้ติดสุรา มักจะพบว่ามีปัญหาโรคจิตเวชร่วมได้ เช่น โรคซึมเศร้า (depressive disorder) บุคลิกภาพแปรปรวนแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) และโรคจิตเภท (schizophrenia) (กัลยาณี ลัทธิต และคณะ, 2550) และยังมีการศึกษาที่พบว่าสตรีที่เป็นโรคติดสุราจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับบุรุษที่ติดสุราโดยสตรีที่ติดสุราจะมีอัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองในทางลบและมีการปรับตัวที่ไม่ดีเมื่อเทียบกับบุรุษที่ติดสุรา (หทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

3) ผลกระทบทางด้านการครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ด้านครอบครัว จะพบว่าผู้ติดสุราจะขาดสติบางรายอาจมีพฤติกรรมรุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว การหย่าร้าง ทำให้พฤติกรรมความรุนแรงในครอบครัว (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ผลจากการศึกษาของ สุกุมมา แสงเดือนฉาย (2547) พบว่าผู้ติดสุรามีการทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัวถึงร้อยละ 48.8 ทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อนร้อยละ 23.2 มีคติความด้านการสูญเสียทรัพย์สิน ร้อยละ 59 มีคติความทางด้านการผิดทางเพศ ร้อยละ 35 และคติความผิดทางด้านการทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 20 ผลกระทบทางเศรษฐกิจที่พบในผู้ป่วยโรคติดสุรา มักมีการขาดงานหรือหยุดงานบ่อยๆ ร้อยละ 48.3 หรือมีความผิดพลาดในการทำงานซ้ำๆ บ่อยๆ เป็นผลเสียต่อการขาดรายได้ทางเศรษฐกิจ และยังส่งผลทำให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรของชาติ ทรัพยากรมนุษย์ยังส่งผลทางด้านเศรษฐกิจทางด้านการรายได้จากสมาชิกในครอบครัว จากการขาดงานเนื่องจากปัญหาการติดสุราเป็นมูลค่า 3,245.8 ถึง 4,491.8 ล้านบาท (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2553) ส่วนผลกระทบทางด้านสังคมที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยโรคติดสุรามักพบมาจากการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรบ่อย ๆ ครั้ง (กรมสุขภาพจิต, 2553) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางสังคมอื่นๆ เช่น ทำให้เกิดปัญหาทาง

อาชญากรรม การทารุณกรรมทางเพศ สตรีที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาโรคติดสุราส่วนมากจะตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงและการถูกทารุณในบ้านหรือการถูกข่มขืน การทำแท้ง การตั้งครภ์ไม่พึงประสงค์ และรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง มูลค่าการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน เป็นมูลค่า 1,488.4 ถึง 2,425.5 ล้านบาท (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2553)

จากผลกระทบของโรคติดสุราข้างต้น สรุปได้ว่า การติดสุราส่งผลกระทบต่อตัวผู้ติดสุราทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคมเศรษฐกิจ ถึงแม้ว่าการติดสุราจะก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ มากมายดังกล่าวมาแล้ว แต่ประชาชนยังนิยมดื่มสุรากันอย่างแพร่หลาย ทำให้เกิดปัญหาจากการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราได้ตลอดจนทำให้เกิดผลกระทบทางด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจตามมาด้วยและถ้าเกิดการพัฒนาความรุนแรงของโรคติดสุราก็อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

การบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา

การบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราโดยทั่วไปมีการบำบัดดูแลที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยโรคติดสุราส่วนใหญ่หลังการบำบัดมักจะมีการกลับมารักษาซ้ำ (พิชัย แสงชัยชาญ, 2552) ดังนั้นการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราจึงมีรูปแบบที่หลากหลายวิธี เพื่อป้องกันอาการถอนพิษสุราหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดอย่างทันด่วนที่ เป้าหมายสูงสุดเพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดสุราหยุดดื่มสุราได้นานที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

1. ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) การบำบัดดูแลในระยะนี้ คือการบำบัดดูแลระยะถอนพิษสุราเมื่อผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถหยุดสุรา ถ้าหยุดดื่มกะทันหัน จะทำให้เกิดอาการทุกข์ทรมานต่างๆ มักเกิดขึ้นหลังจากลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ 6-24 ชั่วโมง มีอาการคงอยู่ 48-72 ชั่วโมง ส่วนอาการขาดสุราระดับรุนแรงมักเกิดขึ้นหลังจากลดหรือหยุดดื่มสุรา 7-48 ชั่วโมง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) เกิดอาการถอนพิษสุราและเป็นวิธีการป้องกันอาการขาดสุราน้อยที่สุด เช่น อาการชัก อาการสับสนเพ้อคลั่ง (delirium tremens) การป้องกันหรือรักษาดูแลภาวะแทรกซ้อนจากทางกายและจิต (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, 2548) โดยการให้ยาลดอาการชักและยาต้านอาการซึมเศร้าร่วมกับยาบำรุงประสาท สารน้ำและเกลือแร่ และให้การดูแลตามอาการ ยาที่ใช้ในปัจจุบันสรุปได้ดังนี้ ยาในกลุ่ม เบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepine) เช่น ไดอะซีแพม 4 ถึง 40 มิลลิกรัมต่อวัน (diazepam 4-40 mg/day) หรือ ลอราซีแพม 2 ถึง 3 มิลลิกรัมต่อวัน (lorazepam 2-3 mg/day)

ในรายที่มีอาการเครียด ยาต้านโรคจิต เช่น ฮาโลเพริดอร์น (haloperidol) คลอโรโพรมาซีน (chlorpromazine) ไทโอริดาซีน (thioridazine) ในบางรายที่มีอาการทางจิต โดยขนาดที่ให้ดูจากอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งแต่ละรายจะใช้ขนาดยาไม่เท่ากัน โดยพิจารณาเป็นรายๆ ไป ยาต้านซึมเศร้า ได้แก่ ยาบางตัวในกลุ่ม เตตราไซคลิก เอนติดีเพรสเซน (tricyclic antidepressant) เช่น นอร์ทิฟไทลีน (nortriptyline desipramine) และกลุ่มอื่น เช่น ฟลูออกซีทีน (fluoxetine) ซึ่งนอกจากจะช่วยลดอาการซึมเศร้าแล้ว ยังช่วยลดอาการขาดพิษยาบางอย่างได้ เช่น ง่วงนอน หลับมาก หิวบ่อย รับประทานยากลำบาก (minor tranquilizer) คือ คลอไดอะเซพ็อกไซด์ 25 ถึง 50 มิลลิกรัม (chlordiazepoxide 25-50 mg) วันละ 4 ครั้ง แล้วลดขนาดร้อยละ 20 ภายในเวลา 5 วัน ใช้รักษาผู้ติดสุรา ไดซัลไฟเรม (disulfiram) เป็นยาที่มีฤทธิ์ต่อต้านฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ ยาที่เพิ่มความไวต่อแอลกอฮอล์ เป็นตัวเร่งปฏิกิริยาอัลดีไฮด์ดีไฮโดรจีเนส (aldehyde dehydrogenase) พบว่าอัตราเลิกดื่มสูงในช่วง 3-6 เดือนแรกที่ได้รับยา และซีเลกทีฟ ซีโรโทนินรีอัพเทค อินฮิบิเตอร์ (selective serotonin reuptake inhibitors [SSRIs]) แต่ต้องเฝ้าระวังฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยเมื่อผู้ใช้นี้แล้วกลับไปดื่มสุราอีก อาจจะทำให้เกิดอาการ ปวดศีรษะ หายใจหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ตาพร่า ความดันโลหิตต่ำ สับสน เป็นต้น ผู้รับประทานยานี้จึงควรเป็นผู้มีสุขภาพดี มีแรงจูงใจสูง และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือขึ้นการถอนพิษสุราจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการชั่งประวัติดูแลและตรวจร่างกายจะสามารถทำนายปัจจัยเสี่ยงหรือโอกาสเกิดอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรงมากน้อย (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

2. ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม เป็นการบำบัดดูแลผู้ป่วย โรคติดสุราหลังการได้รับการบำบัดดูแลผ่านระยะถอนพิษสุราแล้ว ไม่มีอาการถอนพิษสุรา ไม่มีอาการทางจิต กระบวนการความคิด การตัดสินใจ และการรับรู้เป็นปกติ ซึ่งกระบวนการบำบัดดูแลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคมระยะนี้เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดสุรากลับไปสู่สังคมและสิ่งแวดล้อมเดิมได้ และสามารถจัดการพฤติกรรมติดกับตนเองได้ให้นานที่สุด และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพที่ดี ไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งแนวทางในการบำบัดดูแลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2552) มีรายละเอียดดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2552)

2.1 จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) โดยผู้รักษาต้องใช้วิธีแบบเชิงรุก มุ่งเน้นให้เกิดทักษะการแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ (coping skill to deal psychotherapy) สร้างแรงจูงใจให้หยุดดื่ม (motivation) เรียนรู้และคาดการณ์ถึงผลกระทบจากการดื่ม มีทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล เพื่อให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและเข้าใจผู้ป่วย ให้คำแนะนำชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหาชีวิต (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

2.2 การให้การปรึกษา (counseling) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ดื่มตระหนักถึงปัญหาและลดความเสี่ยงของการดื่ม จูงใจให้บุคคลนั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหยุดดื่มหรือลดการดื่มลง แต่ละวิธีการนั้นเหมาะสมสำหรับผู้ดื่มที่มีความรุนแรงต่างกัน (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2553)

2.3 การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy:CBT) วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมถูกพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ที่มีโครงสร้างและระเบียบการบำบัดที่ชัดเจน โดยผสมผสานการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive therapy) และการปรับพฤติกรรม (behavior therapy) สามารถให้การบำบัดได้ทั้งรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเองและฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา โครงสร้างการบำบัดที่สำคัญ ได้แก่ การให้จิตวิทยาการศึกษา การเฝ้าติดตามตนเอง การกำหนดเป้าหมายพฤติกรรม การให้รางวัลเมื่อบรรลุเป้าหมาย การฝึกทำ (functional analysis) สถานการณ์ของการดื่ม การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา และมีการบ้านเพื่อฝึกปฏิบัตินอกชั่วโมงบำบัด ผลลัพธ์ที่ดีของ CBT มักสัมพันธ์กับการรับรู้ศักยภาพสูงของตนเอง (self-efficacy) และการที่ผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ไขปัญหามากกว่าวิธีหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่ม การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive therapy) ที่ขาดองค์ประกอบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral therapy) พบว่าไม่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ที่จำเป็น ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การฝึก assertive training และทักษะการปฏิเสธการดื่มสุรา (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.4 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy:MET) เป็นรูปแบบการบำบัดที่อาศัยทฤษฎี Stage of Change ซึ่งเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client-centered counseling) และใช้หลักของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) ให้กับผู้ป่วยติดสุราสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.5 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยผู้บำบัดเป็นผู้ประสานหรือช่วยให้สมาชิกภายในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดความเข้าใจและให้กำลังใจในการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนแนวทางการอยู่ร่วมกัน การสนับสนุนของครอบครัวมีการวางเป้าหมายในการอยู่ร่วมกัน โดยผู้รับการบำบัดและครอบครัวต้องยินยอมให้ช่วยเหลือและมาตามนัดได้ทุกครั้ง (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.6 กลุ่มช่วยเหลือกัน (Self-help group) เป็นรูปแบบในการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ มากที่สุด เป็นหลักการฟื้นฟูทางด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา เรียกว่า กลุ่มผู้ติดสุรานิรนามหรือกลุ่ม เอเอ (Alcohol Anonymous: AA) กลุ่มเอเอเป็นการรวมกลุ่มกันของผู้ติดสุรา และช่วยเหลือกันโดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อช่วยให้สมาชิกมีการพัฒนาคุณภาพทางอารมณ์ มีชีวิตอยู่โดยไม่พึ่งพาสุรา ช่วยเหลือให้กำลังใจและประคับประคองให้ผู้ติดสุราที่มีความพยายามเลิกสุราให้สามารถหยุดดื่มได้ นานที่สุด การทำกลุ่มสมาชิกจะสมัครใจในการบำบัด จะจัดประชุมทุกสัปดาห์เล่าประสบการณ์และความรู้สึกของตนเองให้เพื่อนสมาชิกฟัง ไม่มีการตำหนิ แต่มีการให้กำลังใจและการเข้าใจกัน เป็นการเสริมแรงทางบวกให้เลิกการดื่มสุรา (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.7 การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated Treatment) เป็นโปรแกรมการบำบัดรักษาที่ใช้ทีมบุคลากรวิชาชีพที่สามารถให้การบำบัดทั้งโรคติดสุราและโรคจิตเวช ในทีมจะมีผู้จัดการรายกรณี (case manager) ทำหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัวบำบัดที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคติดสุราและโรคจิตเวช นอกจากนี้ยังผสานแนวทางการบำบัดที่หลากหลาย ได้แก่ การรักษาด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ สังคมสงเคราะห์ การรับตัวเข้าบำบัดในสถานพยาบาลระยะยาว หรือ อาชีวะบำบัด เป็นต้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

3. การดูแลระยะหลังการรักษา (After care) เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมใช้ชีวิตกับครอบครัว การรักษาจะเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกดื่มสุราอย่างถาวร หรือควบคุมการดื่มให้น้อยลง โดยรูปแบบการดูแลหลังการรักษามีการดำเนินการหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ 1) มีการดำเนินการให้เกิดการจัดการระบบที่รองรับการส่งต่อบริการที่รัดกุมและเป็นรูปธรรม 2) มีการวางแผนการให้บริการ (service planning) ให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย 3) ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว รวมบุคคลในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการวางแผนกำหนดกิจกรรมบำบัดดูแลให้สอดคล้องกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน 4) หน่วยงานทางด้านสุขภาพที่ดูแลต่อเนื่องในชุมชนมีแนวทางในการบำบัดดูแลในชุมชนที่ชัดเจน เพื่อให้การบำบัดดูแลในชุมชนเป็นไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ในผู้ป่วยแต่ละรายมีความหลากหลายในความพร้อม ศักยภาพ และความเหมาะสมกับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน ตามรูปแบบการบำบัดต่างๆ ที่ใช้บำบัดฟื้นฟูในชุมชน เช่น การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) การบำบัดดูแลหลายระบบ (multi systemic therapy: MST) การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (assertive community treatment) รูปแบบการฟื้นฟูทางจิตวิญญาณ การบำบัดฟื้นฟูโดยองค์กรศาสนา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การบำบัดฟื้นฟูผู้ที่มิปัญหาการดื่มสุราโดยชุมชน (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2553)

จากกระบวนการบำบัดดูแลผู้ป่วยดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษา ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ให้มีความครอบคลุมทั้งการบำบัดดูแลในระยะเฉียบพลันและการบำบัดดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในแต่ละระยะ ต่างก็มีวิธีการบำบัดดูแลที่หลากหลาย เพื่อให้การบำบัดดูแลผู้ป่วย เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีความสอดคล้องกันกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และญาติ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และ ลดปัญหาการกลับเข้ามารักษาซ้ำ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่จะสามารถจัดการกับปัญหาการดื่มสุรา และดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยโรคติดสุราของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลบำบัดทางด้านยาเสพติด มีขนาดเตียง 250 เตียง มีหน้าที่ให้บริการบริการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีปัญหาติดสารเสพติดในพื้นที่ที่รับผิดชอบ 13 จังหวัดภาคเหนือ มีผู้มารับบริการด้วยปัญหาการดื่มสุรา จากสถิติของผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2550, 2551 และ 2552 คือ 2,010 , 2,066 และ 2,804 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา (F10.2) จำนวน 697, 595 และ 802 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.55, 28.81 และ 28.60 ตามลำดับ (กลุ่มงานสถิติศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่, 2552) และมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่เข้ามาใช้บริการบำบัดสุราแบบผู้ป่วยใน จำนวน 497 ราย ทั้งหมด 752 ราย ซึ่งพบว่ามีจำนวนสูงขึ้น (กลุ่มงานสถิติศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่กลับไปดื่มสุราซ้ำและเข้ารับการรักษซ้ำในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ปี พ.ศ. 2550, 2551 และ 2552 จำนวน 181, 149 และ 208 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.2 , 34.6 และ 46.4 (กลุ่มงานสถิติศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่, 2552) จะเห็นได้ว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำมีแนวโน้มสูงเกินเกณฑ์

ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ ให้การบริการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรารวมถึงผู้ติดสุรา โดยจัดให้เข้ารับรักษาในแผนกหอผู้ป่วยในชาย ดึกเอื้ออาทรให้การดูแลบำบัดอาการถอนพิษสุราก่อนและหากพ้นระยะถอนพิษสุราแล้วจะดำเนินการส่งขึ้นฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อไป แต่ก่อนจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนั้นจะมีทีมสหวิชาชีพมาให้การประเมินการรับรู้ความสามารถในการอ่านการเขียนและประเมินแรงจูงใจในการเลิกสุรา เพื่อได้รับการบำบัดทางจิตสังคมจากกระบวนการฟื้นฟู เช่น กลุ่มการให้คำปรึกษาปัญหาการดื่มสุรา (alcohol group counseling) กลุ่มการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยปัญหาการดื่มสุรา (alcohol education) การบำบัดแบบกลุ่มประคับประคองทางจิตใจ (group supportive) การให้คำแนะนำและการบำบัดแบบสั้นในผู้ป่วยปัญหาการดื่มสุรา (brief counseling) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational

enhancement therapy) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) การให้คำปรึกษาคครอบครัว (family counseling) เป็นต้นและยังมีแนวปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยสุราในรูปแบบ D-METHOD (อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ และอรัญญา แพ้จ้อย, 2551)

อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ของการให้การดูแลตามแนวทางที่กล่าวมา พบว่าระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพในขั้นเตรียมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับโปรแกรมการบำบัดครบทุกขั้นตอนอาจ เนื่องจากการที่บุคลากรที่มีจำนวนจำกัด มีภาระงานมากในหน่วยงาน จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ทำให้บุคลากรทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกไปสู่ชุมชน มีวิธีการ เทคนิคการปฏิบัติการในเรื่องให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติในเรื่องการดูแลต่อที่บ้านที่หลากหลายวิธีและไม่เป็นในทิศทางเดียวกันทำให้ไม่ครอบคลุม ขาดต่อเนื่อง ทางศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ ก็ยังไม่มีแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่เป็นแนวทางในการนำไปสู่การปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่เป็นลายลักษณ์อักษร อาจส่งผลทำให้ความชัดเจนในการปฏิบัติไม่เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่, 2552)

นอกจากนี้มีความมาจากผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านยังคงกลับไปดื่มสุราอยู่และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราต่อเนื่องที่บ้าน (ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่, 2552) ดังนั้น การให้การดูแลในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราในทิศทางเดียวกัน แผนจำหน่ายน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แผนจำหน่าย เป็นกระบวนการของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่อง โดยมีจัดการดูแลสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว ในสถานบริการสุขภาพ ตั้งแต่แรกรับ ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย โดยการอาศัยการประสานงานการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพผู้ดูแล เพื่อที่จะสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติดังกล่าวได้

แนวคิดเกี่ยวกับแผนจำหน่ายผู้ป่วย

แผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge plan) เป็นกระบวนการรักษาพยาบาลที่เตรียมการตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง หรือผู้ดูแล และหน่วยงานที่รับส่งต่อสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทีมสหวิชาชีพรวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำศักยภาพที่มีอยู่ดูแลช่วยเหลือตนเองในการส่งเสริม ป้องกัน

รักษา และฟื้นฟูสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการให้ข้อมูล การประสานงาน จัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเหมาะสม คำนึงตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว ตลอดจนสภาพสังคม เศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ, 2545)

ความหมายของแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge plan)

ความหมายของแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีผู้เขียนไว้อย่างหลากหลาย และมีจุดเน้นที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ดังนี้

สมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (American Nurse Association อ้างใน นันทวรรณ สุวรรณรูป, 2546) กล่าวถึง แผนจำหน่ายผู้ป่วยว่าเป็นกระบวนการการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยเริ่มจากการ ประเมินปัญหาและความต้องการ และการวางแผนให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วย รวมทั้งจัดหาแหล่งประโยชน์ หรือการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อจำหน่าย กลับบ้าน หรือไปยังสถานบริการอื่นๆ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2545) ให้ความหมายไว้ว่า แผนจำหน่าย ผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจากระดับหนึ่งไปอีกระดับหนึ่งของ การดูแล

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และคณะ (2546) กล่าวว่า แผนจำหน่ายผู้ป่วย คือ กระบวนการ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง จากโรงพยาบาล หรือหน่วย บริการสุขภาพ ผู้ส่งแคว้นใหม่ของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือ ประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วย และครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมิน ปัญหา ความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

รอร์ดัน และทาฟท์ (Rorden & Taft, 1990) ให้ความหมายไว้ว่า แผนจำหน่าย เป็นกลุ่ม ของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการย้ายผู้ป่วยจากการดูแลในระดับหนึ่งไปอีกระดับหนึ่ง โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยต้องดำเนินการ อย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง

โลเวนสไตน์ และฮอฟฟ์ (Lowenstein & Hoff, 1994) กล่าวว่า แผนจำหน่าย เป็นการรวม เอาการประเมินความต้องการ การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย โดยการทำงานร่วมกัน กับผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ โดยให้ข้อมูลและจัดหาแหล่งประโยชน์เพื่อให้ผู้ใช้บริการดูแล ตนเองได้

แมคคีเฮน และคอลลตัน (McKeehan & Caulton, cited in Jackson, 1994) กล่าวว่า แผนจำหน่ายเป็นกระบวนการของการบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านความพร้อมที่จะไปอยู่แห่งใหม่ รวมถึงการเตรียมความพร้อมของสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลและการจัดหาแหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน

สุภาพร ดันสุวรรณ (2551) กล่าวว่า แผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นระบบ และมีความต่อเนื่อง โดยจัดให้มีการดูแลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวในทุกสถานบริการสุขภาพโดยดูแลตั้งแต่แรกเริ่มให้การดูแลและรักษา โดยอาศัยการประสานงานการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ

อมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) กล่าวว่าแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาลที่กระทำขึ้น เพื่อดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษามาจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินปัญหาของผู้ป่วยและญาติ การกำหนดปัญหาที่ได้จากการประเมิน กิจกรรมและการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนรวมถึงการติดตามประเมินผล ตามทุกขั้นตอนของการวางแผนจำหน่าย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทีม ส่งผลทำให้เกิดกระบวนการการดูแลต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากความหมายที่กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า แผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมตั้งแต่กระบวนการการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ความสำคัญของแผนจำหน่ายผู้ป่วย

แผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกิจกรรมของพยาบาลที่ต้องมีการวางแผนอย่างเป็นขั้นตอน โดยเริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลและดำเนินการเป็นระยะๆ ต่อมาจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย แผนจำหน่ายผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการดำเนินการแต่เนิ่นๆหรือล่วงหน้า เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อม สามารถกลับไปสู่ภาวะแวดล้อมเดิมได้อย่างเหมาะสม

แนวคิดของแมคคีเฮน (McKeehan, 1981) กล่าวถึงชนิดของโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายมี 2 โปรแกรมใหญ่ๆ คือ

1) การบริการโดยตรง (direct service) โดยมีบุคคล 1 คนทำงานโดยตรงกับผู้ป่วย และครอบครัวที่จะปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

2) การให้คำปรึกษา (consultation) เป็นทีมให้คำปรึกษาจากหลายสาขาวิชาชีพ ทำงานผสมผสานไปด้วยกันในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

องค์ประกอบของแผนจำหน่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมของแมคคีเฮน (McKeehan, 1981) ได้กล่าวไว้ว่าองค์ประกอบของแผนจำหน่ายมี 4 องค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1) ตัวผู้ป่วยและครอบครัว ถือเป็นหัวใจสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อที่จะมีเวลาในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้ครอบคลุมและเหมาะสม

2) แหล่งประโยชน์ในชุมชนเป็นส่วนประกอบที่สำคัญขาดไม่ได้ รวมถึงบ้านของผู้ป่วยหรือบุคคลสำคัญ องค์กรหรือสถาบันต่างๆ ที่ให้บริการในชุมชนซึ่งการมีทรัพยากรต่างๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกได้และถูกทาง

3) กฎระเบียบที่ใช้ปฏิบัติ หน่วยงานที่ควบคุมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยและผู้รับผิดชอบในเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต้องเข้าใจกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ปฏิบัติได้ถูกต้องและต้องมีความรับผิดชอบที่จะประเมินผลย้อนกลับไปยังผู้วางกฎระเบียบ ถ้าไม่ได้รับความสะดวกหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการจำหน่ายผู้ป่วย

4) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการผสมผสานการให้บริการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและผลสำเร็จของการผสมผสานนี้ขึ้นกับบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพของทีมสุขภาพที่จะทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมและเกิดประโยชน์ในการปฏิบัตินั้น ต้องมีการกำหนดหัวข้อสำคัญที่จำเป็นต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้พยาบาลใช้เป็นรูปแบบเดียวกัน

รูปแบบการวางแผนการจำหน่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยทั่วไปมีหลากหลายรูปแบบด้วยกัน ซึ่งแต่ละรูปแบบมีความคล้ายคลึงกัน ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ องค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการกำหนดแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยแต่ละรูปแบบอาจจะแตกต่างกันในเรื่องเป้าหมาย รายละเอียดของแผนจำหน่ายหรือบทบาทของสหวิชาชีพ ปัจจุบันในทางปฏิบัติมีผู้คิดค้นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้เกิดประสิทธิผลตามความต้องการในรูปแบบต่างๆ ดังต่อไปนี้ (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

1. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายของแมคคีเฮน (McKeehan, 1981) เป็นแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว สามารถนำไปปรับใช้ได้เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน มีกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ

ความช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติ 2) การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนดแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ 5) การติดตามประเมินผล

2. รูปแบบแผนจำหน่าย เอ-บี-ซี (The A-B-C of Discharge Planning) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย โรเดน และทัฟฟ์ (Rorden & Taft, 1990) โดยมีลำดับขั้นตอน คือ การรวบรวมข้อมูลการสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การยืนยันแผนจำหน่าย

3. รูปแบบ D-METHOD ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล, 2539) ซึ่งจะเป็นแนวทางกลางๆ ในการที่จะใช้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ภายหลังการจำหน่าย ซึ่งรายละเอียดในแต่ละเรื่องแตกต่างกันตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้ป่วยต้องได้รับความรู้ตามตัวอักษร ได้แก่ D (Disease) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องได้รับการเตรียมความรู้ เรื่องโรค M (Medication) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ E (Environment) ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ T (Treatment) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องทราบและเข้าใจเป้าหมายของการรักษา กระบวนการรักษา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค H (Health) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของผู้ป่วยว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม O (Outpatient Referral) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลา D (Diet) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหาร ได้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย แมคคีแฮน (McKeehan, 1981) มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุรา เนื่องจากรูปแบบของแมคคีแฮน มีขั้นตอนการปฏิบัติที่คล้ายกับกระบวนการพยาบาลที่พยาบาลสามารถปฏิบัติร่วมกับการพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอน การประเมินปัญหา การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งจะมีการส่งต่อชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายมีประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

1) การประเมินปัญหาเป็นการประเมินแบบองค์รวม ควรเริ่มประเมินตั้งแต่ แรกรับและรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมต่อเนื่องในขณะที่ให้การดูแลรักษาในแต่ละวัน ประเด็นสำคัญที่ต้องประเมิน

คือ สภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ความต้องการ ความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล และแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือหรือให้การดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย

2) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพเป็นขั้นตอนที่ต้องวิเคราะห์ แปรและสรุปข้อมูลที่รวบรวมมาได้จากการประเมินปัญหาของผู้ป่วยซึ่งการวินิจฉัยปัญหาเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมักเป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะของทีมสหวิชาชีพในการพิจารณาข้อมูลเพื่อบ่งชี้ว่าเป็นความปกติหรือผิดปกติของผู้ป่วย

3) การกำหนดแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังการประเมินและวินิจฉัยปัญหา ซึ่งแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดี ควรเป็นการร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว และวิธีประเมินผล รวมทั้งเนื้อหาในแผนจำหน่ายผู้ป่วยสามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ มีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละคน และปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาตามความเหมาะสม

4) การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย ในขั้นตอนนี้ ทีมสหวิชาชีพจะปฏิบัติตามแผนที่ได้ตกลงกันไว้โดยมีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพเนื่องจากเป็นทีมที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย การให้ข้อมูล การให้ความช่วยเหลือ กระทำให้หรือกระทำแทน การกระตุ้น การสนับสนุน การสร้างแรงจูงใจ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลได้ปฏิบัติด้วยตนเอง การสอน การให้คำปรึกษา การจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น และการส่งต่อไปยังแหล่งประโยชน์อื่นๆ

5) การประเมินผลเป็นการประเมินผล ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลโดยใช้ทักษะต่างๆ เช่น การตรวจร่างกาย การสังเกต การสอบถาม พูดคุย เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติตัวได้ถูกต้องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้หรือไม่ หากผลการประเมินไม่เป็นไปตามเกณฑ์ อาจต้องย้อนกลับไปสู่ขั้นตอนที่ 1-4

บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

แผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary collaboration) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะใช้สนับสนุนให้เกิดข้อตกลงเกี่ยวกับเป้าหมายของรูปแบบแผนจำหน่ายให้เป็นไป ในทิศทางเดียวกัน โดยทีมสหวิชาชีพแต่ละสาขาอาจจะออกแบบโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติที่สะท้อนให้เห็นความร่วมมือของทุกฝ่าย (comprehensive approach) ซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องนำแผนจำหน่าย เข้ามาในกระบวนการดูแลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรก รับเข้าโรงพยาบาล ความร่วมมือ (cooperation) การประสานงาน (collaboration) และการสื่อสาร (communication) ที่มีประสิทธิภาพ (Rindeke & Block, 1998)

บทบาทของทีมสหวิชาชีพไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เภสัชกร นักโภชนาการ นักอาชีวบำบัด และทีมผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นๆ โดยมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดำเนินงาน (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

โลเวนสทีน และฮอฟฟ์ (Lowenstein & Hoff, 1994) ให้ความเห็นว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคคลทุกสาขาที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ การประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพภายหลังจำหน่าย การร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการกำหนดแผนการจำหน่าย การร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติตามแผน การประเมินศักยภาพของหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการช่วยเหลือ และการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม การกำหนดแบบแผนการสอน การดูแลสุขภาพตัวเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

สำหรับประเทศไทย กองการพยาบาล (2539) ได้รวบรวมบทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

- 1) ประเมินความต้องการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตัดสินใจเปรียบเทียบกับกระบวนการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วย เพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาสุขภาพ หรือความต้องการการดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย
- 2) ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ ทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนกิจกรรมให้สอดคล้องเหมาะสม
- 3) เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือ และวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพรวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน ให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเอง ตามการรักษาที่จำ เป็น รวมทั้งการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้หรือยากลับบ้าน โดยการดัดแปลงกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน
- 5) บริหารจัดการการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม ระหว่างการใช้เวลาให้การพยาบาลในระยะเจ็บป่วย และเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย
- 6) ส่งต่อแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
- 7) ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะๆ ปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมตลอดเวลา ก่อนจำหน่าย
- 8) ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย

9) ส่งตัวผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม

10) ประชุมปรึกษาหารือในทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ เพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าแผนจำหน่ายจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และ ทีมสหวิชาชีพ อีกทั้งบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในด้านผู้ให้การดูแลและประสานงาน ส่งผลให้เกิดการพยาบาลที่ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจทั้งด้านปัญหา และความต้องการของ ผู้ป่วย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย ซึ่งเป็นการบริการที่ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ชุมชน และสังคม เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ อันนำไปสู่ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

การนำแผนจำหน่ายไปใช้

การใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อไปใช้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนำแผนจำหน่ายไปใช้มี 2 ลักษณะได้แก่ แนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรมตามแนวคิดของโรเจอร์ (Roger's theory diffusion of innovation based model) (Rogers, 2005) ประกอบด้วย 5 ระยะ ดังนี้

1) ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มมีความรู้จัก และตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นๆ 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรมเห็นคุณค่าประโยชน์ของนวัตกรรมนั้นๆ 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้นๆ 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคลนำนวัตกรรมนั้นไปลงมือปฏิบัติโดยตรง โดยอ้อม หรือดัดแปลง และ 5) ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผล (confirmation stage) เป็นการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมที่จะใช้ต่อหรือดำเนินการต่อ และแนวคิดของสภาวิจัยการแพทย์สุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย National Health and Medical Research Council-NHMRC ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC อ้างในฉวีวรรณ ธงชัย, 2548) โดยมีขั้นตอนนำแผนการจำหน่ายไปใช้ 8 ขั้นตอน ดังนี้

1) กำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของการดำเนินการโดยการกำหนดปัญหาที่ควรพิจารณาเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

2) กำหนดทีมสุขภาพเพื่อดำเนินงาน และเพื่อพัฒนาแผนจำหน่ายต้องประกอบด้วยทีมผู้เชี่ยวชาญที่มาจากบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ซึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะมองเห็นความสำคัญของการพัฒนาแผนจำหน่าย เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักกิจกรรม นักโภชนาการ เป็นต้น

3) กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ โดยมีวัตถุประสงค์ตามประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการปรับปรุงให้มีความชัดเจน สอดคล้อง เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

4) กำหนดผลลัพธ์ของการดูแล โดยการกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพของการนำแผนจำหน่ายมาใช้ ทำให้มีผลลัพธ์ดีขึ้น มีทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาวได้

5) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ การสืบค้นหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์จากแหล่งของข้อมูลงานวิจัยและวรรณกรรมต่างๆ และทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข และวิเคราะห์ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือที่สุด เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ดีและเหมาะสมที่สุด

6) กำหนดแนวปฏิบัติจากหลักฐานที่ดีที่สุดโดยพิจารณาจากข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ รูปเล่มแผนจำหน่ายต้องได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญโดยที่ผู้เชี่ยวชาญภายนอกที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา โดยกำหนดให้มีผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิกที่พัฒนาแผนจำหน่าย และอย่างน้อยควรมีผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแผนจำหน่าย 1 คน เพื่อตรวจสอบกระบวนการพัฒนา ซึ่งแผนจำหน่ายฉบับร่างต้องได้รับการตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะ ประเมินความเที่ยงตรงของเนื้อหาและภาษาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ทีมพัฒนานำข้อเสนอแนะที่ได้มาทำการปรับปรุงแก้ไขแผนจำหน่าย ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้

7) นำแนวปฏิบัติไปใช้

การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นการนำผลการวิจัยนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งได้ประสิทธิผลสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยการอาศัยความรู้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการบูรณาการความรู้ทางคลินิกมาเข้ากับความรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อนำกลับไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีภายใต้กระบวนการอย่างเป็นระบบ การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้มีขั้นตอน 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 การสร้างความตระหนักในทีมผู้ดูแลในเรื่องปัญหาที่จะเกิดขึ้น และต้องมีการชี้แจงทำความเข้าใจกับทีมผู้ดูแลให้เห็นประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติ ก่อนที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการตามความเหมาะสมที่จะนำไปใช้

1.2 การทำข้อตกลงร่วมกันในทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยผู้ปฏิบัติต้องตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และจะสามารถแก้ไขได้โดยใช้แนวปฏิบัติ มาเป็นแนวทางในการสอน ทักทาย สิ่งที่เป็น ทำให้เกิดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับ

เอกสารและอุปกรณ์ต่างๆ ที่จะนำมาแนวปฏิบัติมาใช้ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการใช้แนวปฏิบัติ และเกิดผลประโยชน์กับหน่วยงานและเมื่อเกิดปัญหา หรือข้อคำถามควรมีความพร้อมในการใช้แนวปฏิบัติร่วมกัน

1.3 จัดทำเครื่องมือหรือแนวทางในการปฏิบัติ ประกอบด้วยคู่มือแนวปฏิบัติ เพื่อให้ทีมปฏิบัติตามแนวทางให้เกิดประสิทธิภาพ ลดความแตกต่างในการปฏิบัติทางคลินิกและสามารถสามารถตรวจสอบได้ โดยคำนึงถึงประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติ หลักฐานต้องปรากฏชัดเจนว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด มีประสิทธิภาพ ประหยัด ไม่ยุ่งยาก มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และต้องเป็นความต้องการหรือความชอบของผู้รับบริการ

2. ขั้นตอนการ

2.1 ขณะที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ควรมีการดำเนินการคือจะต้องมีการตรวจสอบกลยุทธ์ในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และนอกจากนี้กลยุทธ์ในการดำเนินการต้องได้ผลโดยตรงกับผู้ป่วยโดยทีมสุขภาพมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลทุกส่วน โดยวิธีการศึกษาวัตถุประสงค์ ระบบการติดตามอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของระบบบริการของชุมชน สิ่งเหล่านี้จะต้องร่วมดำเนิน ปรับปรุง และมีการวางแผนดูแลแก้ไขปัญหาาร่วมกันตามหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของทีมผู้ดูแลต้องเกิดการยอมรับ จากแนวปฏิบัติ และควรมีการส่งเสริมนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ทุกขั้นตอนและทุกโอกาสที่นำมาใช้และติดตามผลเป็นระยะ ประเมินการเปลี่ยนแปลงผล ซึ่งจะต้องอาศัยการแสดงความคิดเห็นและปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้

2.3 การรับรองการปฏิบัติทางคลินิก ตามแนวทางการปฏิบัติของของสภาวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council-NHMRC) เพื่อนำไปสู่ความถูกต้องและเหมาะสม

2.4 การติดตามผลจากการใช้แนวปฏิบัติ และให้คำแนะนำ มีการประชุม ปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ศึกษาวิธีการให้ตรงกับวัตถุประสงค์ กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

2.5 ระบบย้าเตือน เป็นการดำเนินการแจ้งเตือนถึงการดำเนินการอย่างต่อเนื่องรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ และสามารถดำเนินการในการใช้แนวปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

2.6 การประกันและปรับปรุงคุณภาพ ย่อมมีความสมบูรณ์และสัมพันธ์กันกับแนวปฏิบัติที่สำคัญโดยเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีการปรับปรุงการปฏิบัติทางคลินิกอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุนรูปแบบการใช้แนวปฏิบัติอย่างเต็มรูปแบบ

3. ชั้นประเมินผล

การประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากเป็นแนวทางที่สำคัญของการดำเนินการและเผยแพร่ผลการปฏิบัติโดยการประเมินผลมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความถูกต้องของแนวทางและประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติจากการดำเนินงานของทีมผู้ดูแลเพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์หรือผลสำเร็จของงานที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน มีการประเมินผลควรมีการกำหนดการประเมินผลในระยะสั้น ระยะยาว และควรครอบคลุม 3 ด้าน คือ กระบวนการ ด้านปฏิบัติ และด้านผลลัพธ์

3.1 การประเมินเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงตามการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก เช่น วารสาร สิ่งตีพิมพ์ จดหมาย ผู้อ่านจะเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติมากหรือน้อย เพื่อที่จะแสดงให้เห็นถึงกลยุทธ์การเผยแพร่ว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ และเป็นการบ่งชี้การยอมรับแนวปฏิบัติ

3.2 ประเมินเปรียบเทียบผลลัพธ์ต่อสุขภาพ จากการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและผลลัพธ์สุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ที่ปฏิบัติอย่างจริงจังกับกลุ่มผู้ที่ไม่ปฏิบัติไม่จริงจัง

3.3 การประเมินความต่อเนื่องของการใช้แนวปฏิบัติ โดยการติดตาม รวบรวมข้อมูลการประเมินผลภายหลังจากการเผยแพร่แนวปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ และวิเคราะห์ผลข้อมูลก่อนหลังจากการใช้ตามแนวปฏิบัติและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3.4 การประเมินผลจำนวนการใช้แนวปฏิบัติ แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างและความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ

3.5 การประเมินผลการรายงาน นำเสนอ ข้อเสนอแนะ ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะประโยชน์ที่จะได้รับและการนำไปใช้

ในขั้นการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้นี้ ยังเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอย่างมีความชัดเจนและมีมาตรฐาน เพื่อมีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การบำบัดดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการรับประกันคุณภาพ และมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นแนวปฏิบัติที่นำมาใช้ยังเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำ และช่วยให้ผู้ปฏิบัติได้มีแนวทางในการปฏิบัติที่สอดคล้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการนี้การนำแนวปฏิบัติสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ และสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติ ซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งด้านบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ หน่วยงาน ทำให้ลดค่าใช้จ่ายและทำให้ทราบข้อมูลทางสุขภาพ และผลรวมทั้งประโยชน์ที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้

8) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

แนวทางการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย 3 ด้านดังต่อไปนี้ ด้านโครงสร้าง กระบวนการ ด้านปฏิบัติ และด้านผลลัพธ์ แต่ละด้านควรคำนึงถึง องค์ประกอบ 4 ส่วน ได้แก่ องค์กร ผู้ปฏิบัติ ประโยชน์ที่จะได้รับและการนำไปใช้ (RANO, 2002)

1. การประเมินด้านโครงสร้างหรือปัจจัยนำเข้า (structure evaluation) เป็นการประเมินเครื่องมือทุกอย่างที่ใช้ในการปฏิบัติ เช่น โครงสร้างขององค์กร อุปกรณ์ การสนับสนุนทรัพยากร ในด้านต่างๆ ด้านองค์กร ได้แก่ การประเมินความมั่นคง วัฒนธรรม กลไกและนโยบาย ระบบบริการ การสนับสนุนของแพทย์ อุปกรณ์ ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การประเมินจำนวน คุณภาพของทีมงาน บทบาท และการตอบสนองและความร่วมมือของทีมและโปรแกรมการศึกษา ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ การประเมินข้อมูล คุณสมบัติ ระดับความเสี่ยง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจผู้รับบริการ ด้านค่าใช้จ่าย ได้แก่ การประเมินค่าใช้จ่ายในกรณีที่ต้องการบุคลากรเพิ่ม เครื่องมือหรืออุปกรณ์ใหม่ๆ

2. การประเมินผลด้านกระบวนการ (process evaluation) เป็นการประเมินผลวิธีการปฏิบัติว่ามีวิธีทำอย่างไร สำหรับใคร เพื่ออะไร มีวิธีการอย่างไรที่จะทำให้การปฏิบัติดีขึ้น และเป็นวิธีการติดตามการใช้แนวปฏิบัติ ด้านโครงสร้าง ได้แก่ การประเมินพัฒนา ปรับปรุงนโยบาย การบันทึกวิธีปฏิบัติ ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การประเมินความตระหนัก ทักษะ ระดับความรู้ ทักษะของผู้ให้บริการในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ การประเมินความตระหนัก ทักษะ ความรู้ ทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก การยอมรับของครอบครัว ชุมชน ด้านค่าใช้จ่าย ได้แก่ การประเมินค่าใช้จ่ายในการทำแนวปฏิบัติทางคลินิก ค่าใช้จ่ายในการให้ความรู้แก่ทีม และแก่ผู้ป่วย

3. การประเมินด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) เป็นการประเมินถึงผลที่เกิดจากการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ การประเมินผลลัพธ์ตามการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร และการประเมินความรู้ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกและความสม่ำเสมอ ความพึงพอใจ ความถูกต้องเหมาะสมผู้ใช้แนวปฏิบัติและ สมรรถนะของบุคลากร ผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ของผู้รับบริการ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการดูแล ความพิการหรืออันตรายถึงชีวิต ผลกระทบของผู้ให้ ระยะเวลาการเข้ามารักษา ความพึงพอใจของผู้ที่ได้รับบริการจากแนวปฏิบัติ

แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุราที่พัฒนาโดย พิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบูลย์ (2553) ได้พัฒนาตามแนวคิด 5 ขั้นตอนของแมคคีเาน (McKeehan, 1998) โดยแบ่งแผนจำหน่ายออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลตามแผนจำหน่ายของผู้ป่วยและญาติ แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แผนจำหน่ายของทีมสหวิชาชีพ ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแผนจำหน่าย และมีการวัดผลลัพธ์ที่ใช้ในแผนจำหน่ายผู้ป่วยติดสุรา คือ 1) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง 2) อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันลดลงร้อยละ 80 3) อัตราความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุราร้อยละ 80 4) อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยร้อยละ 80 5) อัตราความพึงพอใจของญาติร้อยละ 80 แผนจำหน่ายได้แบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) การดูแลระยะเฉียบพลัน (acute) อยู่ในระยะ 24-72 ชั่วโมง ได้แก่

1.1) การประเมินปัญหาเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาต่างๆ

1.1.1) ประเมินสภาพด้านร่างกายลักษณะทั่วไป การเคลื่อนไหวของร่างกาย น้ำหนัก ส่วนสูง รวมถึงค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ประเมินปัญหาพฤติกรรม การดื่มสุรา ความรุนแรงในการดื่มสุรา เช่น ประวัติการดื่ม ปริมาณ ความถี่ในการดื่ม การดื่มครั้งสุดท้าย การใช้สารเสพติดอื่นร่วม การดื่มสุราในครอบครัว/ญาติสายตรง สิ่งจูงใจในการหยุดดื่ม ประเมินความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของการถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised version (CIWA-Ar) ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยการตรวจวัด สัญญาณชีพ (vital sign) สัญญาณประสาท (neurological sign) และ Glasgow coma score ประเมินภาวะแทรกซ้อนและ โรคร่วมทางกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินโรคร่วมทางจิตเวช

1.1.2) ประเมินสภาพจิตใจ/อารมณ์

1.1.3) การประเมินทางสังคมของผู้ป่วยและญาติ

1.1.4) การประเมินทางด้านจิตวิญญาณ

1.2) สรุปปัญหาที่ได้ในระยะเฉียบพลัน

1.3) การดูแลในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การดูแลรักษาอาการถอนพิษสุราด้วยยา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยา การดูแลการได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ การเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย การพิจารณาผูกมัดหากมีงุนงงสับสน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

2) การดูแลระยะฟื้นฟูจิตใจ (rehabilitation) อยู่ในระยะ 1-2 สัปดาห์ ได้แก่

2.1) การประเมินเพื่อรับการบำบัดทางจิตสังคม แพทย์ตรวจเยี่ยมประเมินอาการและประเมินผลการรักษา พยาบาลประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราเพื่อส่งเข้ากลุ่มบำบัดทางจิตสังคม ตรวจสภาพจิต MMSE (Mini Mental Status Examination) เพื่อดูความสามารถและศักยภาพในการเข้ากลุ่ม พยาบาลประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มโดยใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปชาสคา และไดคัลเมนต์ (Prochaska & Diclement, 1982) เพื่อประเมินเข้ากลุ่มต่างๆ พยาบาลประเมินสถานการณ์เสี่ยงและทักษะในการจัดการกับปัญหา นักจิตวิทยาประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางจิตตามความเหมาะสม นักสังคมประเมินปัญหาและวินิจฉัยปัญหาทางสังคมรวมถึงประเมินความเข้มแข็งหรือจุดแข็งในชีวิตและแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วย กลุ่มชน นักกิจกรรมบำบัดประเมินปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงประเมินศักยภาพของผู้ป่วยเพื่อวางแผนให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.2) การสรุปปัญหาที่ได้ในระยะเวลาฟื้นฟูจิตใจ

2.3) การให้การบำบัดรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ นักจิตวิทยาประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ประเมินขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) บำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมทั้งแบบกลุ่ม/แบบรายบุคคล (CBT Group/Individual) การบำบัดแบบการยอมรับโดยพันธะสัญญา (acceptance and commitment behavioral therapy: ACT) กลุ่มให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ (alcohol counseling group) การทดสอบทางจิตวิทยา (psychological Testing) การทำครอบครัวบำบัด (family therapy) จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) จิตบำบัดแบบกลุ่ม (group psychotherapy) พยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามคู่มือคลายเครียด ฝึกทักษะด้านต่างๆ เช่น ทักษะการจัดการกับปัญหา ทักษะการสื่อสาร ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการตัดสินใจ

3) การดูแลในระยะก่อนจำหน่าย (pre-discharge) ได้แก่

3.1) การประเมินความต้องการความรู้ความเข้าใจและความต้องการช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติภายหลังจำหน่าย

3.2) สรุปปัญหาที่ในระยะก่อนจำหน่าย

3.3) การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย พยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคติดสุรา เกสเซอร์ให้ความรู้เบื้องต้นเรื่องการรับประทานยา จัดหาข้อมูลยาเพื่อประกอบการพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาล ดันสังกัด โภชนาการให้ความรู้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการได้รับสารอาหารเฉพาะโรคให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นักสังคมสงเคราะห์ให้คำปรึกษาคครอบครัว/ญาติ มีการเตรียม

ครอบครัว เตรียมชุมชนในการดูแลผู้ป่วย จัดหาและประสานทรัพยากรทางสังคม เช่นที่อยู่อาศัย รวมถึงให้ข้อมูลดำเนินการเรื่องสิทธิ นักกิจกรรมบำบัดมีการติดตามประเมินผลร่วมกับเจ้าหน้าที่ในตึกเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสู่ชุมชนภายหลังจากผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม ให้ข้อมูลด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมถึงมีการเตรียมความพร้อมโดยการติดต่อโรงพยาบาล สถานีนอนมัย มีการติดต่อผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำในชุมชนในการช่วยเหลือด้านต่างๆ และการดำรงชีวิตในชุมชน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย

การศึกษานี้ก่อนการนำแผนจำหน่ายไปใช้ได้รวบรวมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ ที่จำเป็นและมีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือ The Appraisal of Guideline Research and Evaluation (AGREE) (AGREE, 2001) ที่แปลโดยจิวิวรรณ ธงชัย (2547) มีการประเมิน 6 หมวด ดังนี้ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง 3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 4) ความชัดเจนและการนำเสนอ 5) การประยุกต์ใช้ และ 6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เป็นผู้ประเมินคุณภาพของแผนจำหน่าย การประเมินเริ่มตั้งแต่การประเมินเอกสารและแผนพับ เอกสารความรู้เกี่ยวกับแผนจำหน่าย การประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหวิชาชีพต่อการใช้แผนจำหน่าย การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่ได้รับการดูแลโดยใช้ แผนจำหน่าย ผลการประเมินในแต่ละด้าน ได้ค่าความน่าเชื่อถือมากกว่า ร้อยละ 80 แสดงให้เห็นว่ามีระดับหลักฐานอยู่ในระดับน่าเชื่อถือ ซึ่งถือว่าสามารถนำไปใช้ได้โดยไม่ต้องดัดแปลง

ประสิทธิผลของการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา ประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา โดยประเมินจากสถานการณ์ดังต่อไปนี้คือ

1. พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึง พฤติกรรมการดื่มสุราที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านกายและความผิดปกติทางพฤติกรรมหรือจิตใจเป็นผลมาจากพฤติกรรมการดื่มสุรา หลังจำหน่ายแล้ว 1 เดือน ประเมินโดยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุราขององค์การอนามัยโลก (WHO: Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2552)

2. อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคติดสุรา หมายถึง จำนวนครั้งการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ประเมินโดยแบบบันทึกข้อมูลจำนวนครั้งการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่

3. ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา หมายถึง ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา ประเมินโดยแบบประเมินความพึงพอใจ

ในการใช้แผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อโรงพยาบาลสวนปรุงที่พัฒนาขึ้นโดย พิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบูลย์ (2553)

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ได้รับบริการตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อหลังจากจำหน่ายแล้ว 1 เดือน ประเมินโดยแบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อโรงพยาบาลสวนปรุงที่พัฒนาขึ้นโดย พิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบูลย์ (2553)

5. ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ หมายถึง ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ได้รับการดูแลตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อศูนย์บำบัดรักษาเยี่ยงใหม่ หลังจากจำหน่ายแล้ว 1 เดือน ประเมินโดย แบบประเมินความพึงพอใจในการได้รับบริการตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลสวนปรุง ของพิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบูลย์ (2553)

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ มีแนวปฏิบัติในการดูแลหลากหลายวิธี และจากการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการดูแลที่ผ่านมายังพบว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาศูนย์บำบัดรักษาเยี่ยงใหม่ เมื่อจำหน่ายกลับไปแล้วยังมีการกลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาจากการติดเชื้อ ส่งผลกระทบทั้งผู้ป่วย ญาติ บุคลากรผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ยังไม่มีแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์และชัดเจน ดังนั้นแผนจำหน่ายน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีกิจกรรมจากกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องชัดเจน ตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย สามารถช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ การศึกษานี้ใช้นำแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ที่พัฒนาโดย พิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบูลย์ (2553) มาเป็นแนวทางในการนำไปใช้ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council-NHMRC) (NHMRC อ้างใน จวีวรรณ ธงชัย, 2548) โดยมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการใช้แผนจำหน่าย และขั้นประเมินผล ซึ่งแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ที่พัฒนาโดย พิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบูลย์ (2553) ประกอบด้วย การดูแล 3 ระยะ 1) การดูแลระยะเฉียบพลัน (acute) อยู่ในระยะ 24-72 ชั่วโมง 2) การดูแลระยะฟื้นฟูจิตใจ (rehabilitation) อยู่ในระยะ 1-2 สัปดาห์ 3) การดูแลระยะก่อนจำหน่าย (pre-discharge) อยู่ในช่วง 3 สัปดาห์เป็นต้นไป ทั้งนี้เพื่อช่วยให้เกิดกระบวนการการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกถึงจนกระทั่งจำหน่ายและการฟื้นฟูสภาพรวมถึงการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย คาดว่าจะส่งผลดีไปยังผู้ป่วยโรคติดเชื้อเพื่อจัดการกับพฤติกรรม

การดื่มสุราและส่งผลให้พฤติกรรมการดื่มสุราลดลง และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน
ลดลง ผู้ป่วยโรคติดสุราและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลตามแผนจำหน่าย และทีม
ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved