

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคติดเชื้อ
 - 1.1 ความหมายของโรคติดเชื้อ
 - 1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยการเป็นโรคติดเชื้อ
 - 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคติดเชื้อ
 - 1.4 ผลกระทบของการเป็นโรคติดเชื้อ
 - 1.5 การบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ
2. สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์
3. แนวคิดเกี่ยวกับแผนจำหน่ายผู้ป่วยแนวคิดเกี่ยวกับแผนจำหน่ายโรคติดเชื้อ
 - 3.1 ความหมายของแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 3.2 องค์ประกอบของแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 3.3 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - 3.4 ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย
 - 3.5 บทบาทของทิมสหวิชาชีพในการวางแผนจำหน่าย
4. การใช้แผนจำหน่ายและประสิทธิผลการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

โรคติดสุรา (alcohol dependence)

ความหมายของโรคติดสุรา

โรคติดสุรา (alcohol dependence: F10.2) เป็นลักษณะอาการด้านร่างกายที่ต้องมีการเพิ่มปริมาณ การดื่มเพื่อให้ได้ผลจากสุราหรือมีอาการแสดงของการขาดสุราภายใน 6-48 ชั่วโมง หลังจากลดหรือหยุดดื่ม ได้แก่ อาการทนทานต่อฤทธิ์ของสุรา (tolerance) อาการขาดสุรา (signs of withdrawal) การไม่สามารถลดหรือควบคุมการดื่มได้ (diminished control over drinking) และอาการด้านร่างกายที่ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุราเกิดขึ้นอย่างชัดเจน แล้วก็ตาม (American Psychiatric Association, 2000) ในปัจจุบันโรคติดสุราใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (The Diagnostic and Statistical Mental Disorder IV-TR[DSM-IV]) DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) และฉบับที่ 4 ที่อาร์ (The Diagnostic and Statistical Mental Disorder IV-TR[DSM-IV-TR]) DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) และมีการบันทึกตามระบบการบันทึกโรคตามบัญชี การจำแนกโรกระหว่างประเทศ (The International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision [ICD-10](WHO, 1992)) ว่าเป็นโรคติดสุรา (F 10.2)

เกณฑ์การวินิจฉัยการเป็นโรคติดสุรา

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2005) และฟอแมน (Fauman, 2002) ได้อธิบายเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุรา (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (The Diagnostic and Statistical Mental Disorder IV-TR[DSM-IV]) DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) และฉบับที่ 4 ที่อาร์ (The Diagnostic and Statistical Mental Disorder IV-TR[DSM-IV-TR]) DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) ระบุว่า เป็นรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงอาการเหล่านี้อย่างน้อย 3 อาการในเวลาใดเวลาหนึ่ง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

1. มีการดื้อยา (tolerance) ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

a) มีความต้องการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้ได้ซึ่งผลและอาการที่ต้องการ

(intoxication)

- b) ได้รับผลของสุราลดลงอย่างมาก หากยังคงดื่มในขนาดเท่าเดิม
2. มีอาการขาดยา (withdrawal) ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
 - a) มีอาการขาดสุราตามลักษณะจำเพาะของการหยุดสุรา (อาการถอนพิษสุรา)
 - b) มีการดื่มสุราหรือสารใกล้เคียงกัน เพื่อหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอาการขาดสุรา
 3. มีการดื่มสุราในปริมาณมากขึ้น (taken in large amount) หรือเป็นเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจ
 4. มีความต้องการดื่มอยู่ตลอดเวลา (persistent desire) หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้ (impaired control)
 5. หมกมุ่นอยู่กับการดื่มสุราหรือใช้เวลาอย่างมาก (time spent drinking) ในการกระทำเพื่อให้ได้สุรา มาดื่ม หรือเพื่อการฟื้นจากฤทธิ์ของการดื่มสุรา
 6. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงานหรือการห้อยใจอื่นๆ เนื่องจากการดื่ม (neglect of activity)
 7. มีการดื่มสุราไปเรื่อยๆ แม้จะทราบว่า มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว (continue used despite problem)
- บัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (The International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision [ICD-10](WHO, 1992) จัดกลุ่มโรคหรือความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา (alcohol-related disorders) ได้จำแนกความผิดปกติเกี่ยวกับสุราออกเป็น 3 กลุ่มย่อย คือ 1) กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรา (alcohol used disorders) ได้แก่ 1.1) การดื่มแบบอันตราย (F10.1 alcohol harmful use) 1.2) โรคติดสุรา (F10.2 alcohol dependence) 2) กลุ่มอาการผิดปกติทาง พฤติกรรมหรือจิตใจที่เกิดจากการดื่มสุรา (alcohol-induced disorders) ได้แก่ 2.1) ภาวะเมาสุรา (F10.0 alcohol intoxication) 2.2) ภาวะถอนพิษสุรา (F10.3 alcohol withdrawal) 2.3) ภาวะถอนพิษสุรารุนแรง เพื่อสับสน (F10.4 alcohol withdrawal with delirium) 2.4) โรคจิตจากสุรา (F10.5 alcoholic psychosis) 2.5) ภาวะความจำเสื่อมจากสุรา (F10.6 alcohol amnesic syndrome) 2.6) มีอาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ปรากฏอยู่นานเกินกว่าระยะเวลาที่สารนั้นออกฤทธิ์อยู่ในร่างกาย (F10.7 residual and late onset alcoholic psychosis disorder) 2.7) เป็นความผิดปกติอื่นซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการดื่มที่ไม่สามารถเข้ากับ หัวข้อใดได้ (F10.8 other mental and behavioral disorders) 3) กลุ่มโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา อาจเป็นทั้งอาการที่นำมาหรืออาการที่ตรวจพบภายหลังในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปการวินิจฉัยกลุ่มโรคติดสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (The Diagnostic and Statistical Mental Disorder IV-TR[DSM-IV]) DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) และฉบับที่ 4 ที่อาร์ (The Diagnostic and Statistical Mental Disorder IV-TR[DSM-IV-TR]) DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)

โดยต้อง มีการพิจารณาอาการของการติดสุราอย่างน้อย 3 อาการ ใน 7 อาการ ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยต้องเกิดอาการขึ้นภายใน 1 เดือน ในช่วง 12 เดือน ซึ่งมีอาการดังต่อไปนี้

1. ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นเพื่อจะได้ผลเท่าเดิม
2. มีอาการแสดงทางกายเมื่อหยุดดื่ม
3. ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้
4. มีความพยายามหลายครั้งที่จะเลิกดื่มแต่ไม่สำเร็จ
5. หกมุ่นอยู่แต่การดื่มหรือการแสวงหาสุรามาดื่ม
6. บกพร่องต่อหน้าที่ทางสังคม
7. ยังดื่มต่อไปเรื่อยๆแม้ว่าจะทราบว่า มีผลเสียต่อร่างกายเกิดขึ้นแล้วก็ตาม

หรือได้รับการวินิจฉัยเป็น F10.2 ระบุตามรหัสโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ

(The International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision [ICD-10] (WHO, 1992)

จากความหมายของโรคติดสุรา (alcohol dependence: F10.2) เป็นลักษณะการติดสุรา ด้านร่างกายที่ต้อง มีการเพิ่มปริมาณการดื่มเพื่อให้ได้ผลจากสุราหรือมีอาการแสดงของการขาดสุรา ภายใน 6-48 ชั่วโมง หลังจากลดหรือหยุดดื่ม ได้แก่ อาการทนทานต่อฤทธิ์ของสุรา (tolerance) อาการขาดสุรา (signs of withdrawal) การไม่สามารถลดหรือควบคุมการดื่มได้ (diminished control over drinking) และอาการด้านร่างกายที่ทำให้ มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่รู้ว่า มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ สุราเกิดขึ้นอย่างชัดเจนแล้วก็ตาม (American Psychiatric Association, 2000)

สรุปการศึกษานี้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (The Diagnostic and Statistical Mental Disorder IV-TR[DSM-IV]) DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) และฉบับที่ 4 ที่อาร์ (The Diagnostic and Statistical Mental Disorder IV-TR[DSM-IV-TR]) DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) และมีการบันทึกตามระบบการบันทึก รหัสตามบัญชีการจำแนก โรคระหว่างประเทศ (The International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision [ICD-10](WHO, 1992)) ว่าเป็นโรคติดสุรา (F 10.2)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคติดสุรา

การดื่มสุราในปริมาณที่มากจนเกิดอันตรายและมีการดื่มเป็นประจำจนส่งผลให้เกิดการติดสุราขึ้นนั้น มีสาเหตุและปัจจัยหลายด้านที่ทำให้เกิดการติดสุราแต่ไม่พบว่าปัจจัยใดๆ ที่มีการอธิบายไว้อย่างสมบูรณ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคติดสุรา มีปัจจัยที่มีผลต่อเนื่องกัน แบ่งเป็น ปัจจัยหลักๆ 2 หมวด คือ 1) ปัจจัยภายในบุคคล และ 2) ปัจจัยภายนอกบุคคล อธิบายได้ ดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดจากตัวของบุคคลนั้นๆ ไม่มีปัจจัยด้านอื่นมาเกี่ยวข้อง ได้แก่

1.1 ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (genetic factor)

ทรงเกียรติ ปิยะกะ (2545) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการติดสุราในส่วนของแนวคิดชีวภาพ (biological factor) พบว่ามีปัจจัยหลักทางชีววิทยา 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการติดสุรา ปัจจัยแรก คือ ปัจจัย ทางด้านพันธุกรรม (genetic) จากการศึกษาพันธุกรรมของคนที่ติดสุราที่มียีนส์บางชนิดที่บ่งบอกถึงผลของสุราที่จะมีต่อร่างกาย โดยในผู้ดื่มสุรากล่าว ร้อยละ 50 พบว่ามีปัจจัยทางพันธุกรรมร่วมด้วย โดยมีการศึกษาทั้งในฝาแฝดและบุตรบุญธรรมทางครอบครัว พบว่าอัตราการติดสุราในบิดา มารดา พี่น้อง และบุตรของผู้ที่ติดสุรา จะสูงกว่าคนทั่วไปถึง 3-5 เท่า ในฝาแฝดพบว่า ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน แม้ว่าจะถูกแยกไปเลี้ยงดู โดยครอบครัวที่แตกต่างกัน จะมีอัตราการติดสุราเท่าๆ กัน ในฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบจะมีอัตราการเสพติด สุราเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันกับอัตราในพี่น้องเดียวกัน ในบุตรบุญธรรมบุตรของผู้ที่ติดสุรา แม้จะแยกกับบิดา มารดาตั้งแต่แรกเกิดและถูกนำมาเลี้ยงดูโดยครอบครัวที่ไม่ติดสุราก็ยังมีโอกาสติดสุราได้สูงกว่าคนปกติ ถึง 5 เท่า ในขณะที่บุตรของผู้ที่ไม่ติดสุรา แม้ถูกนำมาเลี้ยงดูโดยครอบครัวที่เสพติดสุราก็มีโอกาสดูดสุราในอัตราเดียวกันกับคนทั่วไป นอกจากนี้ผลการวิจัยในมนุษย์มีการค้นพบความผิดปกติของตัวรับโดปามีน ซึ่งทำหน้าที่เป็นแม่พิมพ์ทางพันธุกรรมที่ผิดปกติ จึงเป็นหลักฐานสนับสนุนว่าพฤติกรรมติดสุราอาจ มีผลมาจากพันธุกรรมด้วย แต่ลักษณะดังกล่าวขึ้นอยู่กับปัจจัยทางชีวภาพของเด็กและการเลี้ยงดูของครอบครัวด้วยส่วนปัจจัยที่สอง คือ และปัจจัยทางสมอง (สมโภช หล่อตระกูล, 2541) จากการศึกษาผู้ป่วย เสพติดสุรามีระดับของโดปามีนและมีกาบาต่ำ ทั้งนี้ฤทธิ์ของสุราทำให้สารสื่อประสาทหลายตัวในสมอง ส่วนบริเวณเมโสลิมบิกซิสเต็มลดลง ซึ่งสมองส่วนนี้มีศูนย์กลางอยู่ที่ไฮโปทาลามัส ซึ่งเป็นศูนย์กลาง การดื่ม ความพึงพอใจและความอิ่ม นอกจากนี้ยังมีมีเดียลโฟเบรนัลเคิล ซึ่งเป็นศูนย์กลางที่เกี่ยวข้องกับการ เสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) จากสารเสพติดโดยตรงอีกด้วย สอดคล้องกับสุนทรี ศรีโกไสย (2548)

พบว่าสุรามีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) ผลของสุราต่อผู้ดื่มในระยะแรก จะเพิ่มความรู้สึกไม่อยากยับยั้งการดื่ม (disinhibition) เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย (relaxation) และมีความสุข (peacefulness) จึงทำให้ผู้ดื่มต้องการเพิ่มปริมาณและความถี่ในการดื่มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

1.2 ปัจจัยด้านร่างกาย (physical factor)

ปัจจัยด้านร่างกาย (physical factor) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะติดสุรา ปิรทรรศ ศิลปกิจ และพันธุณฑา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) กล่าวว่าความเข้มข้นของสุราในเลือด ขึ้นอยู่กับปริมาณสุราที่ดูดซึมเข้าร่างกายกับปริมาณน้ำในร่างกายในผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่ามาตรฐานจะมีน้ำในร่างกายน้อยกว่าปกติ หากดื่มสุราในปริมาณเท่ากันกับคนอื่นจะมีระดับของสุราในเลือดที่สูงกว่าได้ ส่วนผู้ที่มี น้ำหนักตัวมากเนื่องจากมีรูปร่างอ้วนหรือมีไขมันมากจะได้ฤทธิ์ของสุรามากเพราะเนื้อเยื่อของไขมันมีน้ำน้อย สอดคล้องกับสรายุทธ์ บุญชัยพาณิชย์วัฒนา และนันทนา ขาวล่อ (2550) กล่าวว่าอัตราการเผาผลาญสุราขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัว โดยปกติร่างกายผู้ใหญ่จะเผาผลาญสุราบริสุทธิ์ได้ 10 ซีซี ต่อชั่วโมงหรือ 1 ดื่มมาตรฐานต่อชั่วโมง กลไกการออกฤทธิ์ของสุราพบว่าสุราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบริเวณผนังของเซลล์ที่มีไขมันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารที่อยู่บริเวณเยื่อหุ้มสมอง ด้านสุนทรี ศรีโกไสย (2548) ได้กล่าวถึงแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผลของสุราต่อชีวเคมีในสมอง แสดงให้เห็นว่าสุรามีผลโดยตรงต่อเยื่อหุ้มของประสาท โดยจะเข้าไปแทรกอยู่ในเยื่อหุ้มประสาททำให้ของเหลวที่เยื่อหุ้มประสาทเพิ่มขึ้น จึงมีผลต่อการทำงานของตัวรับสื่อประสาท ช่องทางผ่านของประจุไฟฟ้า และโปรตีนอื่นๆ จากการศึกษาพบว่าการทำงานของสุราในช่องทางผ่านของประจุไฟฟ้ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเพิ่มของนิโคตินอะเซทิลโคลีน ซีโรโทนิน และกาบา ชนิดเอ

สมภพ เรืองตระกูล (2541) กล่าวถึงการศึกษาโมเลกุลและพันธุศาสตร์ในผู้ติดสุรา พบลักษณะที่สำคัญ คือ ยีนส์ที่เป็นตัวรับสารโคปามีน ดีทู มีความสัมพันธ์กับภาวะติดสุรา ผู้ที่ติดสุราตั้งแต่อายุยังน้อยจะมีความผิดปกติของการออกฤทธิ์ของซีโรโทนินที่มีผลให้เกิดการเสริมแรง (reinforcing effect) ทำให้อยากดื่มสุราเป็นประจำจนกลายเป็นโรคติดสุราได้

1.3 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ (personality and psychological factors)

ด้านบุคลิกภาพ (personality factors) พบว่า ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้อธิบายว่าผู้ที่ติดสุรามักมีบุคลิกภาพแบบตรึงแน่น (fixation) ซึ่งในช่วงของการแสวงหาความสุขจากอวัยวะปาก (oral stage) จึงใช้การกินและการดื่มเป็นการลดความคับข้องใจ (Frosch cited in Keltner, 1995) ผู้ที่ติดสุรามักมีบุคลิกภาพในลักษณะขาดความมั่นใจในตนเอง มีความกลัวอยู่ในระดับลึกซึ่งอาจเป็นปมด้อยของตนดื่มเพื่อ ต้องการลดภาวะทางอารมณ์ที่ไม่สามารถทนทานได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า ดื่มเพื่อย้อมใจทำให้เกิดความกล้า เนื่องจากเมื่อเริ่มดื่มสุราแอลกอฮอล์จะทำให้ภาวะซึมเศร้าหายไปชั่วคราว แต่เมื่อหยุดดื่ม

ระดับความซึมเศร้า ของผู้ติดสุราจะเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังดื่มเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ติดสุรามักมีความคิดด้าน ทำลายตนเองสูง (self destructive) ซึ่งอยู่ภายใต้จิตใจสำนึกของตน จึงดื่มสุราเป็นประจำจนติดทั้งที่สามารถ บอกได้ว่าโทษ พิษภัย หรือผลเสียที่มีต่อตนเองและครอบครัว เป็นอย่างไร แต่ก็ไม่สามารถหยุดการดื่มได้

ด้านจิตใจ (psychological factors) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ลักษณะการ ดื่มสุราของผู้ติดสุรามักเป็นการดื่มที่มีรูปแบบที่ไม่เหมาะสม (alcohol used disorder) มีการเพิ่ม ปริมาณความถี่หรือไม่สามารถหยุดดื่มได้ การดื่มในลักษณะนี้เป็นการดื่มเพื่อให้ได้ผลจากสุราหรือ มีอาการแสดงของการขาดสุรา และอาการด้านร่างกายจึงทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่มีปัญหาที่ เกี่ยวข้องกับสุราเกิดขึ้น อย่างชัดเจนแล้วก็ตาม (American Psychiatric Association, 2000) จนกระทั่ง เกิดความผิดปกติทางด้าน ร่างกาย พฤติกรรม ความคิด การแสดงออก บกพร่องต่อหน้าที่การงาน และหน้าที่ทางสังคม ความรับผิดชอบบกพร่อง การตัดสินใจในการจัดการกับปัญหาชีวิตลดลง หรือไม่สามารถจัดการได้ เมื่อยังมีการดื่มอย่างต่อเนื่อง และดื่มรุนแรงขึ้นจะทำให้เกิดอาการทางจิต หรือโรคจิตจากสุราได้ (Moore & Jefferson, 2004)

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล

2.1 ปัจจัยด้านภูมิหลังของครอบครัว (family background factors)

ปัจจัยด้านภูมิหลังของครอบครัว หมายถึง ชีวิตความเป็นอยู่และการเลี้ยงดูของ ครอบครัว สาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเป็นโรคติดสุรา คือ การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวในวัยเด็ก ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีความใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อบุคคลมาก การอบรมเลี้ยงดูของบิดา มารดาในวัยเด็กเมื่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี ขาดความรักความอบอุ่นในวัยเด็ก ได้รับความกดดัน ครอบครัวไม่มีเวลาดูแล แนะนำ สั่งสอน ความขัดแย้งภายในครอบครัว นอกจากนี้การ ที่บิดามารดาเป็นผู้ติดสุรามักเป็นต้นแบบให้ลูกดื่มสุราด้วย ทำให้ลูกที่เป็นวัยรุ่นมักจะดื่มสุราบ่อย และดื่มมากจนกลายเป็น โรคติดสุราได้ (Martin & Prithchad, อ้างใน ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2553)

2.2 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (social and culture factors)

ปัจจัยด้านสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุรามาก เนื่องจากวัฒนธรรมได้ เชื่อมโยง การดื่มสุราเข้ามามีบทบาทในสังคมไทยมาช้านาน ยากแก่การเปลี่ยนแปลงแก้ไข ใน สังคมไทยการดื่มสุราเป็นเรื่องที่ขาดไม่ได้จนถือเป็นประเพณีอย่างหนึ่งไม่ว่าจะเป็นงานมงคลหรือ งานอวมงคลมักพบการดื่มสุรา แทบทั้งสิ้น (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548) การดื่มสุราเกิดจากการทดลอง รสชาติแล้วดื่มจนติด การเรียนรู้ในสังคม แรงกดดันจากสังคม การเสริมแรงทางสังคมที่เห็นการดื่มสุรา เป็นสิ่งปกติ การดื่ม เพื่อเข้าสังคม และงานเลี้ยงต่างๆ การเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อน การอยู่ในสิ่งแวดล้อม ที่ครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนมีการดื่มสุรา การเลี้ยงดูในครอบครัวแบบอย่างจากบิดามารดาที่ดื่มสุรา

และการจำหน่ายสุราอย่างเสรี (Donovan & Marlatt cited in Janosik & Davies, 1986) แต่เนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมมีความแตกต่างกันไป ทำให้ ลักษณะและพฤติกรรมการดื่มแตกต่างกันออกไป เช่น ประเทศไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธซึ่งมีข้อห้ามในการดื่มสุราประกอบในคำสอนของศาสนา คือ สิลข้อที่ 5 แต่ยังมีการดื่มสุรายู่มาก เนื่องจากผู้ติดสุรามักมีความคิดว่าไม่ผิดและมักจะคิดว่าตนเองไม่ได้ติดสุรา เพราะไม่ได้ดื่มทุกวัน บางวันไม่ได้ดื่มจนเมายังสามารถทำงานได้เป็นปกติทั้งที่ดื่มสุรา แต่ไม่สามารถลดหรือหยุดดื่มสุราได้ มีการเพิ่มปริมาณความถี่ของการดื่มสุรามากขึ้น จนกลายเป็นโรคติดสุราในที่สุด (พิทักษ์ สุริยะใจ, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่า การดื่มสุราในแต่ละ เชื้อชาติ ยังมีความแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า นักเรียนที่มีเชื้อชาติเอเชียและผิวดำ มีการดื่มสุราจนติดมากกว่านักเรียนผิวขาว โดยมีสภาพครอบครัว สิ่งแวดล้อม ภูมิสำเนาและการศึกษา เข้ามาเกี่ยวข้อง (Bachman et al., 1991)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดสุรานั้น เกิดจากปัจจัยหลักๆ 2 หมวด คือ ปัจจัย ภายในบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดจากตัวของบุคคลนั้นๆ ไม่มีปัจจัยด้านอื่นมาเกี่ยวข้องซึ่ง ได้แก่ ปัจจัย ทางด้านพันธุกรรม ปัจจัยทางด้านร่างกาย ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ ส่วนอีกปัจจัยหนึ่ง คือ ปัจจัย ภายนอกบุคคล ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านภูมิหลังของครอบครัว ปัจจัยด้านสังคม และวัฒนธรรม สภาพสิ่งแวดล้อม สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ ทั้งหมดนี้ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัย กระตุ้นให้บุคคลดื่มสุราได้

ผลกระทบของการเป็นโรคติดสุรา

โรคติดสุราจัดเป็นโรคที่เกิดจากการดื่มอย่างต่อเนื่องและการดื่มสุราจะมีผลทำให้เกิด การติดทางใจ (psychological dependence) ที่แสดงออกในรูปของความอยาก ความเคยชินมีพฤติกรรม การแสวงหา สุรามาเพื่อดื่ม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ผู้ป่วยโรคติดสุรา จะมีพฤติกรรมติดสุราแบบติด (alcohol dependence) ซึ่งมีพฤติกรรมติดสุราที่เป็นอันตราย เช่น ดื่มทุกวัน ดื่มในปริมาณที่มาก ในแต่ละครั้ง การติดสุราเป็นภาวะที่ไม่สามารถหยุดดื่มหรือ ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มในแต่ละครั้งได้ ผู้ป่วยโรคติดสุราจะรู้สึกว่าจะต้องดื่มเพื่อให้อยู่ต่อไป ในแต่ละวัน ถ้าลดปริมาณหรือหยุดดื่มสุราทันทีจะมีปัญหา ที่เกี่ยวเนื่องจากการติดสุราซึ่งมีผลต่อ ภาวะสุขภาพร่างกาย แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย 2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ 3) ผลกระทบต่อครอบครัว และ 4) ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

สุราทำให้เกิดโรคต่างๆ มากมายประมาณร้อยละ 50 ของผู้ติดสุราทั้งหมด จากการศึกษาพบว่า หากร่างกาย มีปริมาณของแอลกอฮอล์ที่มากเกินไป ทำให้เกิดการสะสมของแอลกอฮอล์จนทำให้เกิดผลเสียต่อดับ คือ ดับอ่อนจะถูกทำลาย เนื่องจากตับเป็นแหล่งสลายที่สำคัญของแอลกอฮอล์ ดับจึงเป็นอวัยวะที่ได้รับพิษจากแอลกอฮอล์มากที่สุดเซลล์ตับที่ถูกทำลายจะมีไขมันเข้าแทนที่ เกิดพังผืดขึ้นในเนื้อตับทำให้เกิดตับอ่อนอักเสบจนกลายเป็นโรคตับแข็ง (www.thaihealth.or.th/node/10335) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดโรคแผลในกระเพาะอาหาร มะเร็งระบบทางเดินอาหาร มะเร็งตับ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงเกิดอันตรายต่อหลอดเลือดสมอง ภาวะ เส้นเลือดในสมองแตกหรือมีเลือดออกในสมอง ความผิดปกติของสมอง เช่น ความบกพร่องทางสติปัญญา ความจำ การฝ่อของสมองส่วนของซีรีเบลลัมทำให้การทรงตัวไม่ดีทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ (กรมสุขภาพจิต, 2553)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

แอลกอฮอล์เป็นสารที่ออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางและมีผลต่อเยื่อหุ้มเซลล์ประสาท (membrane of neuron) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท พบว่า มีผลทำให้วงจรการนอนหลับเสีย (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) การติดสุราทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต เกิดการเปลี่ยนแปลง ของจิตใจ อารมณ์ กระบวนการคิด และมักพบว่ามีปัญหาโรคจิตเวชร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้า (depressive disorder) ภาวะวิตกกังวล (anxiety) บุคลิกภาพแปรปรวนแบบต่อต้านสังคม (antisocial personality disorder) โรคจิตเภท (schizophrenia) มีอาการประสาทหลอน (alcoholic hallucination) มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปรับตัวที่ไม่ดีก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าหรือก้าวร้าวนำไปสู่การใช้ความรุนแรงได้ การทำหน้าที่ย่างๆ บกพร่อง เกิดอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าในสังคมปัจจุบันเพศหญิงหันมาดื่มสุรา กันมากขึ้น ด้วยหน้าที่การงาน สถานภาพทางสังคม การสังสรรค์กับเพื่อนฝูง รวมถึงความคิดที่ว่าเท่าเทียมกับเพศชาย (กรมสุขภาพจิต, 2553) เพศหญิงที่เป็นโรคติดสุราจะมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองทางลบและมีการปรับตัวที่ไม่ดี ส่วนใหญ่จะตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงและการถูกทารุณในบ้านหรือการถูกข่มขืน (หทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การทอดทิ้งไม่เลี้ยงดูเด็ก รวมถึงการขายบริการทางเพศตามมา (กรมสุขภาพจิต, 2553)

3. ผลกระทบต่อครอบครัว

ในครอบครัวที่มีผู้ติดสุราจะมีผลกระทบต่อคนในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อมทำให้เกิด ความขัดแย้งในครอบครัวและคนใกล้ชิด การทะเลาะวิวาท การใช้ความรุนแรงภายในครอบครัว ครอบครัวแตกแยก เสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใกล้ชิด ทำลายความสัมพันธ์กับ

คู่สมรส มีการแยกกันอยู่หรือการหย่าร้าง รวมถึง การทำลายความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดอื่นๆ ด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2553) ในครอบครัวที่มีหัวหน้าครอบครัว เป็นโรคจิตสุรา จะส่งผลกระทบโดยตรงกับสมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ภรรยามีการะับผิดชอบมากขึ้น เป็นผู้นำแทนสามี และต้องตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ด้วยตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ภรรยา เกิดความเครียด ความคับข้องใจ และในที่สุดต้องระบายอารมณ์ไปยังบุตร (เอี่ยมเดือน เนตรแขม, 2541) ซึ่งเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่ติดสุราจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของพัฒนาการทางอารมณ์และพฤติกรรม เกิดความสับสนและความไม่มั่นใจในสถานการณ์ในครอบครัว ไม่มั่นใจในตนเองและเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ในความรักของพ่อแม่ ทำให้การทำงานบกพร่องต่อหน้าที่เกิดการตงงานตามมา เนื่องจากการขาดความรู้สึกผูกพันในครอบครัวจากสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ขาดการสื่อสารที่เหมาะสมในครอบครัว ขาดการแสดงออก ทางอารมณ์ที่เหมาะสมของบุคคลในครอบครัว จนทำให้เด็กดื่มสุราและกลายเป็น โรคจิตสุรา เพื่อลดความเครียด หรืออาจเกิดความต้องการลดภาวะทางอารมณ์ที่ไม่สามารถทนทานได้ เช่น ความก้าวร้าว ความรู้สึกดิ่งเครียด ความรู้สึกซึมเศร้า และเพื่อข่มใจให้เกิดความกล้าเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

4. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมนั้น มีการศึกษาพบว่าพันธุกรรมอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับหรือสังคม วัฒนธรรมของผู้ติดสุราเป็นเช่นนั้น เนื่องจากวัฒนธรรมได้เชื่อมโยงการดื่มสุราเข้ามา มีบทบาทในสังคมไทย มาช้านานยากแก่การเปลี่ยนแปลงแก้ไข ซึ่งจะเห็นได้ว่าในสังคมไทย การดื่มสุราเป็นเรื่องที่ขาดไม่ได้ จนถือเป็นประเพณีอย่างหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นงานมงคลหรืองานอวมงคลมักพบการดื่มสุราแทบทั้งสิ้น (สุนทรี ศรีโกไสย, 2548) ในผู้ติดสุราจะมีปัญหาในหน้าที่การงาน มีการหยุดงานบ่อยและยังทำให้ประสิทธิภาพ ในการทำงานลดลง หรือมีความผิดพลาดในการทำงานซ้ำๆ ทำให้ไม่ได้รับการเลื่อนตำแหน่ง ถูกลดตำแหน่งหรือ ถูกไล่ออกจากงานทำให้เกิดการว่างงาน ขาดรายได้ประจำที่เคยได้จากการทำงาน เงินทองไม่พอใช้ เศรษฐกิจไม่ดี ทำให้ดื่มสุรามากขึ้นเนื่องจากมีภาวะเครียดดังกล่าว นอกจากนี้ผู้ที่ติดสุรามักมีปัญหา ด้านกฎหมายเนื่องจากดื่มสุรามากเกินไป อาจนำไปสู่การกระทำที่ผิดกฎหมายเป็นอันตรายต่อชีวิตของตน และผู้อื่นด้วย มีการฝ่าฝืนกฎหมายที่ห้ามดื่มสุราขณะขับรถ เนื่องจากจะส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุทางจราจร (กรมสุขภาพจิต, 2553) เกิดการสูญเสียทรัพยากรและยังส่งผลกระทบต่อต้นทุนส่วนบุคคลในการดูแลผู้ที่ติดสุราซึ่งทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากโรคจิตสุรามากขึ้น

จากผลกระทบของโรคจิตสุราดังกล่าว สรุปได้ว่า การติดสุรานี้มีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ครอบครัว และเศรษฐกิจและสังคม ถึงแม้ว่า จะมีผลกระทบต่างๆมากมาย แต่ผู้ป่วยโรคจิตสุรายังคงดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง

ผลกระทบที่ได้รับจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดื่มสุราของแต่ละบุคคล เมื่อมีพฤติกรรม การดื่มจนกลายเป็นโรคติดสุรา ทำให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรังจนกระทั่งเป็น อันตรายถึงชีวิตมากขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

การบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา

การบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรานั้น เป็นการบำบัดดูแลที่ค่อนข้างซับซ้อนและมีความ เฉพาะเจาะจง โดยทีมสุขภาพ เพื่อป้องกันอาการถอนพิษสุราหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ จากโรคติดสุราได้ อย่างทันทั่วทั้ง โดยกระบวนการบำบัดดูแลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะ เฉียบพลัน (acute phase) 2) ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม (rehabilitation phase) และ 3) การบำบัดดูแลเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือก่อนจำหน่าย (pre-discharge)

1. ระยะเฉียบพลัน (acute phase)

เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการขาดสุรารุนแรง มีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่ต้องการการ ดูแลอย่างใกล้ชิด (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542; มาโนชน์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2546; สาวิตรี อัมฉัตรกรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) การบำบัดดูแลในระยะนี้ คือ การรักษาอาการถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) มักเกิดหลังหยุดดื่ม สุรา 6-72 ชั่วโมง มีรูปแบบการรักษา ตามระดับความรุนแรงของอาการขาดสุราเริ่มจากระดับ เล็กน้อย มักเกิดหลังหยุดดื่ม 6-36 ชั่วโมง พบว่า มีอาการมือสั่น วิดกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน การตรวจ สุขภาพจิตปกติ ซึ่งในระยะนี้แนวทางการรักษามีการประเมินภาวะโรคทางกาย ร่วมและมีการ ดูแลแบบประคับประคอง การให้กำลังใจ อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาเพื่อรักษาอาการขาดสุรา ในระดับ ปานกลางถึงรุนแรง มักเกิดหลังหยุดดื่ม 24-72 ชั่วโมง มีอาการแสดงของความผิดปกติของระบบ ประสาทอัตโนมัติ (hyper automatic activity) มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่ายมากขึ้น มือสั่นตัวสั่นมากขึ้น เหงื่อออกมากกว่าปกติ ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง การตรวจสุขภาพจิตมีอาการสับสน (confuse) มีประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusion) หวาดระแวงกลัว (paranoid) ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล (disorientation) มีอาการมากขึ้นจน ถึงกับเพ้อคลั่ง เดินไปเดินมา อยู่ไม่นิ่ง ซึ่งเรียกว่า delirium tremens เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นทำให้ เกิดภาวะชักได้ (seizure) การบำบัดดูแลในระยะนี้เน้นที่การประเมินอาการขาดสุราและ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเพ้อคลั่ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ทางกาย ภาวะโรคร่วมอื่นๆ เช่น การติดเชื้อ การขาดสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายมีการประเมิน ภาวะโรคร่วมทาง จิตเวช

ยาที่ใช้รักษาอาการขาดสารรุนแรง ได้แก่ ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) เช่น ไดอะซีแพม (diazepam) หรือคลอไดอะซีปอกไซด์ (chlordiazepoxide) เพื่อลดหรือป้องกันการ เกิดอาการ ถอนพิษสุรา ทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราอาการสงบขึ้น การรักษาโดยทั่วไปจะใช้ยาที่ ออกฤทธิ์ระยะยาว (long half-life benzodiazepine) ส่วนในผู้ที่มีความบกพร่องของการทำงานของตับ หรือในผู้สูงอายุ ควรพิจารณาให้ยาที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น และมีความปลอดภัย เช่น ลอราซีแพม (lorazepam) ซึ่งส่วนใหญ่การรักษาด้วยยาโดยทั่วไป มักเป็นการรักษาตามอาการ ซึ่งแต่ละรายจะใช้ ขนาดยาไม่เท่ากันโดยพิจารณา เป็น ราย ๆ ไป การให้ยาเพื่อรักษาอาการถอนพิษสุราที่ใช้ทั่วไป แบ่งเป็น การให้ยาตามมาตรฐานการให้ยา (Standard treatment regimen) เป็นการให้ยาตามเวลาที่ แพทย์กำหนด ในรายที่มีความเสี่ยงหรือเริ่มมีอาการขาดสุราเพื่อป้องกันอาการถอนพิษสุราหรือ ควบคุมไม่ให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น และการให้ยาตามอาการที่เกิดขึ้น (Symptom-triggered Regimen) เป็นการให้ยาตามความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา โดยพิจารณาขนาดยาและความถี่ในการให้ยา ตามความรุนแรงของอาการ ซึ่งประเมินจากแบบประเมิน CIWA-Ar โดยระยะเวลาการประเมิน พิจารณาตามความรุนแรงของอาการ ยาที่อาจพิจารณาให้โดยการรับประทานหรือฉีดเข้าทางเส้นเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการรุนแรงมาก รับประทานยาไม่ได้หรือไม่ยอมรับประทานยา (Bayard, 2004: วันทนา ถมคำพาณิชย์ และคณะ, 2550) ดังนั้นเป้าหมายการรักษาในระยะนี้ คือ การป้องกันการเกิด อาการชักและอาการสับสนเพ้อคลั่ง (delirium tremens) อันเนื่องมาจากภาวะถอนพิษสุรา จากผล การศึกษาพบว่าการรักษาด้วยยามีประสิทธิผลไม่สูงนักไม่สามารถลดการดื่มสุราในกลุ่มผู้ป่วย โรคติดสุราได้มากนัก ผู้ติดสุราส่วนใหญ่ไม่สามารถลดหรือหยุดดื่มสุราได้ ดังนั้นการใช้ยาในการ บำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา จึงเป็นเพียงทางเลือกหนึ่ง ที่จะเพิ่มโอกาสในการลดหรือหยุดดื่มสุรา ได้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคติดสุรามักมีความรู้สึกลังเลสงสัยว่าจะหยุดดื่มสุราหรือไม่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ มีผลกระทบโดยรวมของการรักษา สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราสามารถเลิกดื่มสุราได้ คือ ความตั้งใจของตัวผู้ป่วย เอง (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2552)

2. ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม (rehabilitation phase)

เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะหลังการรักษาอาการถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) แล้วซึ่งผู้ป่วย โรคติดสุราจะไม่มีอาการถอนพิษสุราไม่มีอาการทางจิต กระบวนการคิดการตัดสินใจ และการรับรู้ปกติ การบำบัดดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคมนี้ถือเป็นการบำบัด ที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดสุรากลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ มีระยะเวลาในการหยุดดื่ม สุรานานขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและไม่มีการกลับเข้ามาับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยปัญหา

การดื่มสุรา จากการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคติดสุรา มีข้อจำกัดค่อนข้างมาก การบำบัดดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา ในปัจจุบัน คือ การผสมผสานการบำบัดทางยา ร่วมกับจิตสังคมบำบัด การรักษาทางจิตสังคม จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ให้ร่วมกับการใช้ยา ซึ่งประโยชน์ ที่ได้จากการบำบัดดูแลทางจิตสังคมที่สำคัญ คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคติดสุรา ร่วมมือในการรับประทานยา การเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยโรคติดสุราจะลดหรือหยุดดื่มสุราและยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยไม่มีการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ซึ่งแนวทางในการบำบัดดูแลทางจิตสังคมเพื่อการฟื้นฟูทางจิตใจและสังคม มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy: CBT) เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุรา ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราไปในทางที่ดีขึ้น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ตามแนวคิดของ Bandura ที่เชื่อว่าสิ่งกระตุ้น (antecedent) ทำให้เกิดพฤติกรรม (behavior) และจึงเกิดผลกระทบหรือผลการกระทำที่ตามมา (consequence) เมื่อผู้ป่วยโรคติดสุราเผชิญกับสิ่งกระตุ้น จึงเกิดความคิดก่อนตัดสินใจไปดื่มสุราโดยส่วนใหญ่มักมีความคิด ที่บิดเบือน (cognitive distortion) เช่น คิดว่าดื่มสุรา ทำให้สนุกสนาน สบายใจ นอนหลับ เจริญอาหาร คลายเครียดและมีเพื่อนมาก (www.thaihealth.or.th/node/10335) ดังนั้นการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุราให้เปลี่ยนแปลงการดื่มสุราได้นั้น ต้องปรับเปลี่ยนความคิด โดยต้องทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราจัดการความคิดที่บิดเบือนให้ได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคติดสุราเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราไปในทางที่ลดลงหรือหยุดดื่มสุราได้ วิธีการช่วยเหลือ คือ การปรับความคิดใหม่ การสร้างทักษะให้ผู้ป่วยโรคติดสุราปฏิเสธการดื่ม วิธีการจัดการกับปัญหาหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้กลับไปดื่มสุรา (Saunders, 2004)

การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy: CBT) พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดของการกลับไปติดซ้ำ (relapse process) ซึ่งเป็นแนวทางที่มีประโยชน์ในช่วงที่มีการหยุดดื่ม อย่างต่อเนื่อง (maintenance phase) หรือช่วงฟื้นฟูสมรรถภาพ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีโครงสร้างและระเบียบการบำบัดที่ชัดเจน โดยผสมผสานการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Therapy) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Therapy) สามารถให้การบำบัดเป็นรายบุคคลหรือ รายกลุ่มได้ โดยมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้การบำบัด การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็น การส่งเสริมการควบคุมตนเองและฝึกทักษะทางสังคมที่จำเป็นในการควบคุมการดื่มสุรา โครงสร้างการบำบัด ที่สำคัญ ได้แก่ การให้จิตวิทยาศึกษา การเฝ้าติดตามตนเอง การกำหนดเป้าหมายพฤติกรรม การให้รางวัล เมื่อบรรลุเป้าหมาย การฝึกทำ functional analysis ของสถานการณ์การดื่ม การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา และมีการบ้านเพื่อฝึกปฏิบัตินอกชั่วโมงบำบัด ผลลัพธ์ที่ดีของการบำบัด พบว่า การปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม

มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ศักยภาพของตนเอง (Self-efficacy) การที่ผู้ป่วยโรคติดสุราใช้วิธีการแก้ไขปัญหามากกว่าวิธีหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่ม การบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Therapy) ที่ขาดองค์ประกอบของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Therapy) พบว่าไม่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) ที่จำเป็น ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การฝึก assertive training และทักษะการปฏิเสธสุรา (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.2 การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MET) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ของ Prochaska & DiClemente โดยพัฒนาเป็นเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจซึ่งพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ 1991 และการบำบัดโดยใช้แรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) ซึ่งเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client-centered counseling) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม โดยการใช้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจของตนเองเป็นการสร้างความรู้สึกรู้ว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้ภายใต้ท่าทีที่แสดงถึงความเข้าใจ เห็นใจจากผู้บำบัด (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.3 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล ได้แก่ การเสริมแรงทางบวกต่อพฤติกรรมเป้าหมาย (positive reinforcement) การบำบัดแบบชุมชนบำบัด (Community Reinforcement Approach) เน้นที่การเสริมแรงจูงใจทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของ ผู้ป่วย ซึ่งวิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงแรกไม่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงและไม่ยอมเข้าสู่ การบำบัดรักษา ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงมักเป็นคู่สมรสหรือญาติใกล้ชิด พฤติกรรมบำบัด ประกอบด้วยครอบครัวบำบัด (conjoint therapy) การฝึกทักษะการหางานทำ (training in job finding) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม นันทนาการ การติดตามการใช้ยา เบื่อสุรา การเข้าชมรมปลอดสุรา (alcohol social club) จากรายงานการติดตามผลหลังการบำบัดด้วย พฤติกรรมบำบัด พบว่า เมื่อติดตามผู้ป่วยระยะ 2 ปี ผู้ป่วยดื่มสุราน้อยลงและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัด (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.4 กลุ่มช่วยเหลือกัน (Self-help group) เป็นรูปแบบในการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ มากที่สุด เป็นหลักการฟื้นฟูทางด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุรา เรียกว่า กลุ่มผู้ติดสุรานิรนามหรือกลุ่ม เอเอ (Alcohol Anonymous: AA) กลุ่มเอเอเป็นการรวมกลุ่มกันของผู้ติดสุรา และช่วยเหลือกันโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้สมาชิกมีการพัฒนาคุณภาพทางอารมณ์ มีความมั่นใจในการมีชีวิตอยู่โดยไม่พึ่งพาสุรา ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในการประคับประคอง

ให้ผู้ติดสุราที่มีความพยายามเลิกสุราให้สามารถหยุดดื่มได้ นานที่สุด การทำกลุ่มสมาชิกจะสมัครใจในการบำบัด ไม่มีการดำเนิน แต่มีการให้กำลังใจและการเข้าใจกัน การเสริมแรงทางบวก (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.5 การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการบำบัดบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ โดยผู้บำบัดจะเน้นที่ทักษะการแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ การสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา การเรียนรู้และมีการคาดการณ์ถึงผลกระทบจากการดื่มสุรา (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.6 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ติดสุราและครอบครัว ช่วยให้ผู้ติดสุราที่มีกำลังใจได้รับการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา การทำครอบครัวบำบัด ผู้รับการบำบัดและครอบครัวต้องยินยอมให้ช่วยเหลือและยอมรับว่าเป็นปัญหาและมารับการบำบัดทุกครั้งทีนั้นจึงจะทำให้ การบำบัดประสบผลสำเร็จ (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

2.7 กลุ่มบำบัด (Group therapy) การบำบัดด้วยกระบวนการกลุ่มที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน ในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้งโดยผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ประสานที่เอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ ระหว่างสมาชิก ทำให้เกิดปัจจัยบำบัด (Therapeutic factor) เหมาะสำหรับผู้ติดสุราที่มีความบกพร่องทางบุคลิกภาพเล็กน้อย (พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

3. การบำบัดดูแลเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือก่อนจำหน่าย (pre-discharge)

เน้นการประเมินทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ทั้งผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล รวมทั้งแหล่งสนับสนุนในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม ให้ผู้ป่วย และญาติตั้งแตอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราอย่างถาวร มีความพร้อมในการกลับสู่ชุมชนหรือสังคมเดิม มีวิถีชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเป็นปกติได้รับ การดูแลอย่างต่อเนื่อง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

การบำบัดดูแลผู้ป่วยหากสามารถทำได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้ง 3 ระยะ จำเป็นต้องดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลตั้งแต่แรกเริ่มเข้ารับรักษา ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ที่ครอบคลุมทั้งการบำบัดดูแลในระยะเฉียบพลันและการบำบัดดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งในแต่ละระยะ ต่างก็มีวิธีการบำบัดดูแลที่หลากหลาย เพื่อให้การบำบัดดูแลผู้ป่วย เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีความสอดคล้องกันกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และญาติ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและลดปัญหาการกลับ

เข้ามารักษาซ้ำ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยต่อไป สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยโรคติดสุราในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดเล็กระดับตติยภูมิ ขนาด 553 เตียง เป็นสถานบำบัดผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในกระบวนการรักษาได้รับยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาระบบการบำบัดรักษาฟื้นฟูและป้องกันการติดสารเสพติดมาสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุ ซึ่งเป้าหมายให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป มีผู้มารับบริการที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุราและได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็น โรคติดสุรา (alcohol dependence) และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในปีพ.ศ. 2550 จำนวน 283 ราย, ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 421 ราย และปี พ.ศ. 2552 จำนวน 579 ราย คิดเป็น ร้อยละ 48.76 และร้อยละ 37.53 ตามลำดับ จากรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาล่วงหน้าในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 54 ราย ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 67 ราย และปี พ.ศ. 2552 จำนวน 79 ราย คิดเป็น ร้อยละ 19.08, ร้อยละ 15.91 และร้อยละ 13.64 ตามลำดับ (โรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2552) จำนวนเฉลี่ยวันนอนเรือน ปี พ.ศ. 2550-2552 จำนวน 18.6 วัน, 26.9 วัน และจำนวน 29.4 วัน ตามลำดับ (โรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2552) แม้ว่าการกลับ เข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจะมีแนวโน้มลดลงแต่เมื่อเทียบแล้วยังเกินเกณฑ์ที่จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือต่อไป

ผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์จะได้รับการบำบัดดูแลใน ระยะถอนพิษสุรา โดยใช้แบบคัดกรองปัญหาจากการใช้สุราแล้วเฝ้าระวังอาการขาดสุราภายใน 7 วัน โดยใช้แบบประเมิน ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal: AWS) และมีการประเมิน เช่น อาการถอนพิษสุรา ซึ่งจะเกิดในระยะเฉียบพลัน (acute) การดูแลในระยะเฉียบพลันที่สำคัญ คือ การ ประเมินทางด้านร่างกาย จิตใจและด้านจิตสังคม (พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2552) หากพ้นระยะ ถอนพิษสุราแล้วจะเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม โดยมีการประเมินการรับรู้และ ความสามารถในการอ่านและเขียน เพื่อรับการบำบัดทางจิตสังคม จากบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) กลุ่มการให้ความรู้สำหรับ ผู้มีปัญหการดื่มสุรา (alcohol education) การให้คำแนะนำและการบำบัดแบบสั้น ในผู้มีปัญหาการ ดื่มสุรา (brief counseling;brief advice/brief intervention)การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy/motivational interviewing) และการให้การปรึกษารอบครัว (family counseling) เป็นต้น และระยะดูแลหลังการรักษา (after care) เป็นการดูแลที่เน้นเรื่องการกลับเข้าสู่สังคมของผู้ป่วย

มีการส่งต่อข้อมูลให้งานเวชกรรมสังคมมีการติดตามการเยี่ยมบ้านจากสถานีนามัยหรือสถานบริการสาธารณสุขใกล้เคียงอย่างสม่ำเสมอ แต่อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ของการให้การดูแลตามแนวทางที่กล่าวมา หากว่าไม่ได้รับการรักษาหรือการดูแลไม่ครบถ้วน พบว่ามีปัญหาพฤติกรรม การกลับไปดื่มสุราและการกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการดื่มสุราบ่อยๆ และแม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงแต่ยังคงสูงอยู่เมื่อเทียบกับเกณฑ์ดัชนี ชีวีตการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 2 (โรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2552) และจำนวนวันในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานขึ้นอยู่กับสภาพอาการของผู้ป่วย ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มสูงขึ้นด้วย จากการทบทวนปัญหา พบว่าเกิดจากตัวผู้ป่วยเอง เมื่อกลับไป อยู่บ้านยังคงมีพฤติกรรมดื่มสุราอยู่ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ญาติหรือผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจเป็นผลมาจากบุคลากร ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวทาง การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชนไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันทำให้ขาดความต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพและระยะก่อนกลับบ้าน ซึ่งโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ยังไม่มีแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุราที่เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจนทำให้การปฏิบัติ ไม่เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน (โรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2552) ถึงแม้ว่าจะมีแนวทางในการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราอยู่แล้ว แต่การพิจารณาหาแนวทางในการดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมาใช้ อาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา มีความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ เป็นการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว และลดปัญหาการกลับเข้ามารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลด้วยปัญหาจากการดื่มสุรา

และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแผนจำหน่าย คือ กิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในรูปแบบมาตรฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องร่วมกับญาติหลังจากจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล (McKeehan, 1981) ดังนั้นแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วย ให้มีการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราอย่างต่อเนื่อง เป็นการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการดื่มสุราซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและลดปัญหาการการกลับมารักษาซ้ำด้วย ปัญหาการดื่มสุราต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

ความหมายของแผนจำหน่ายผู้ป่วย

แผนจำหน่าย (Discharge Plan) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในรูปแบบมาตรฐาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตามแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีกระบวนการสร้างโดยการประสานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินความต้องการที่ดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับญาติหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (McKeehan, 1981)

กองการพยาบาล (2539) สรุปว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการให้บริการที่กว้างขวางครอบคลุม ทั้งการบริการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคล ครอบครัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นบริการที่สำคัญอย่างหนึ่งที่โรงพยาบาลต้องให้แก่ผู้ป่วย และถือเป็น สิ่งประกันสุขภาพการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ว่าผู้ป่วยมีความพร้อมอย่างเต็มที่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นกระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัวซึ่งประกอบด้วยการกำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ การปฏิบัติและการประเมินผล เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย จากโรงพยาบาล

แมคคีแฮน (McKeehan, 1981) สรุปว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการใช้กระบวนการที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและสามารถนำไปปรับใช้ได้ เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วย และญาติ 2) การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนดแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ 5) การติดตามประเมินผล โดยมีปัจจัย 3 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และญาติ การให้การดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในชุมชน

อมรรัตน์ เดือนสว่าง (2551) สรุปว่าแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาลที่จัดขึ้น เพื่อดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินปัญหาของ ผู้ป่วยและญาติ การกำหนดปัญหาที่ได้จากการประเมินกิจกรรมและการปฏิบัติการพยาบาลตามแผน รวมถึง การติดตามประเมินผล โดยทุกขั้นตอนของการวางแผนจำหน่าย อาศัยการมีส่วนร่วมของทีมงานสุขภาพให้ได้ มาซึ่งแผนจำหน่ายที่สามารถนำไปปฏิบัติต่อ

ผู้ป่วยให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ส่งผลให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพผู้ป่วยดูแลตนเองได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สุภาพร ต้นสุวรรณ (2551) สรุปความหมายของแผนจำหน่ายได้ว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นระบบ และมีความต่อเนื่อง ซึ่งต้องจัดให้มีสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวในทุกสถานบริการสุขภาพตั้งแต่แรกรับให้การดูแลและรักษา โดยอาศัยการประสานงาน การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพผู้ดูแล

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุรา หมายถึง กิจกรรม การพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมีแบบแผนกำหนด กิจกรรมไว้อย่างชัดเจน มุ่งเน้นที่ผู้ป่วยโรคจิตสุราวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง ตั้งแต่แรกรับการรักษามาจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล เป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลไปสู่ที่บ้านหรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยโดยได้รับความร่วมมือประสานงานระหว่างบุคลากร ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งการศึกษานี้เป็นการนำเอาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง ที่พัฒนาขึ้นโดยพิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบุลย์ และคณะ (2553) มาใช้เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องทำให้เกิดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพภายหลังออกจากโรงพยาบาล

องค์ประกอบของแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า แมคคีแฮน (McKeehan, 1981) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปฏิสัมพันธ์กับ 4 ส่วน ดังนี้

1. ผู้ป่วยและบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรเริ่มตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อที่จะมีเวลาใน การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยได้ครอบคลุมและเหมาะสม
2. การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน เป็นส่วนประกอบที่ขาดไม่ได้ บ้านของผู้ป่วย องค์กร หรือสถาบันต่างๆ ที่ให้บริการในชุมชนซึ่งการมีทรัพยากรต่างๆเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกได้ และถูกทาง
3. กฎระเบียบที่ใช้ปฏิบัติ หน่วยงานที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้รับผิดชอบ ในเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต้องเข้าใจกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ถ้าไม่ได้รับความสะดวกหรือเป็นอุปสรรค ต่อการดำเนินการจำหน่ายผู้ป่วย

4. เจ้าหน้าที่รับผิดชอบต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการผสมผสานการให้บริการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และผลสำเร็จของการผสมผสานนี้ขึ้นอยู่กับบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่จะทำงานร่วมกันอย่างเหมาะสม

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลายรูปแบบด้วยกัน ซึ่งในแต่ละรูปแบบมีความคล้ายคลึงกัน คือ ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ องค์กรหรือ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการกำหนดแผนร่วมกับบุคลากร ทีมสหวิชาชีพการนำขั้นตอนกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนจำหน่าย มีระบบการส่งต่อและ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสิ่งที่จะต้องคำนึงถึง คือ วัตถุประสงค์และความเหมาะสมในการนำไปใช้ในหน่วยงาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่หลากหลาย โดยมีผู้คิดค้นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในรูปแบบต่างๆ ดังนี้ (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

1. รูปแบบแผนจำหน่าย เอ-บี-ซี (The A-B-C of Discharge Planning) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย โรเดนและทัฟท์ (Rorden & Taft, 1990) โดยมีลำดับขั้นตอน คือ การรวบรวมข้อมูล การสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การยืนยันแผนจำหน่าย

2. รูปแบบ D-METHOD ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539)

3. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายของแมคคีแฮน (McKeehan, 1981) เป็นแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว สามารถนำไปปรับใช้ได้เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน มีกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติ 2) การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนดแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ 5) การติดตามประเมินผล

การวางแผนจำหน่ายมีความหลากหลาย ซึ่งในแต่ละรูปแบบมีวัตถุประสงค์และข้อดีแตกต่างกันออกไป การนำวางแผนจำหน่ายมาใช้ควรมีความเหมาะสม ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงทีมสุขภาพที่ให้การดูแลด้วย เพื่อให้ได้ประสิทธิผลที่ดีในการดูแลผู้ป่วย สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษา ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายของแมคคีแฮน (McKeehan, 1981) มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โรคจิตสุราที่เป็นแผนจำหน่ายที่มีขั้นตอนการปฏิบัติคล้ายกับกระบวนการการพยาบาลที่ประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินปัญหา (assessment) การ

วางแผนจำหน่าย (planning) การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (evaluation) ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดประโยชน์ในด้านต่างๆ ดังนี้ ในด้านการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากแผนการพยาบาลที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลมีเป้าหมายที่ชัดเจนเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วย พยาบาลสามารถใช้ทักษะพื้นฐานต่างๆ ได้ ช่วยให้พยาบาลสามารถสร้างมาตรฐานในการให้การพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละประเภทได้ รวมถึงช่วยในการสื่อสารระหว่างสมาชิกทีม ส่วนในด้านผู้ป่วย การให้การพยาบาลเน้นที่ปัญหาของผู้ป่วย และความต้องการของผู้ป่วย เป็นสำคัญเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมและเกิดความต่อเนื่อง

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามแนวคิดของแมคคีแฮน (McKeehan, 1981) ได้กล่าวถึง แนวทางการสร้างแผนจำหน่าย ผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การประเมินปัญหาและความต้องการดูแลภายหลังจำหน่าย เป็นขั้นตอนแรกในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นการประเมินแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ (Holistic care) ซึ่งรวมถึง แหล่งประโยชน์ที่จะเอื้อต่อการช่วยเหลือหรือความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย โดยการสัมภาษณ์ประวัติ การตรวจร่างกาย และทักษะต่างๆ เพื่อกำหนดความต้องการความช่วยเหลือและวินิจฉัย ปัญหาทั้งที่เป็นปัจจุบันและก่อนที่จะรับ ไว้ในโรงพยาบาล รวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งในขั้นตอนนี้ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ในด้านการเปลี่ยนแปลงผลกระทบของการดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ โดยข้อมูลที่ได้นี้ต้องคำนึงถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2. การกำหนดปัญหาทางการพยาบาลและความต้องการดูแลภายหลังจำหน่าย จากข้อมูลที่ได้รวบรวมจากการประเมินปัญหาและความต้องการ บุคลากรในทีมสุขภาพวินิจฉัยในลักษณะของปัญหาเฉพาะหน้า จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์และการให้การวินิจฉัยเกี่ยวกับความต้องการดูแลทั้งในปัจจุบันและต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องกำหนดไว้เป็นแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของผู้ป่วย

3. การกำหนดแผนจำหน่าย เพื่อลงมือปฏิบัติโดยผู้ป่วยและญาติกับผู้ให้การดูแลอื่นๆ การสอนและ การส่งต่อผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วย การสอนจะเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพโดยสอนให้กับผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งสามารถสื่อความหมายในทางปฏิบัติ การสอน

ผู้ป่วยต้องทำเป็นเอกสารที่มีการบันทึก ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีการวางแผนเพื่อเกิดการปฏิบัติ อย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีระบบส่งต่อไปหน่วยงานที่ให้การดูแลต่อไป

4. การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน เป็นการปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ และทีมสุขภาพ ซึ่งโดยทั่วไปพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติตามแผน จำหน่ายโดยมีหน้าที่วางแผนและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ให้สำเร็จด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสาธิต การสอน การให้คำปรึกษารวมทั้งการมอบหมายให้บุคลากรพยาบาลต่างๆมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายผู้ป่วย

5. การติดตามประเมินผล เมื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติแล้ว ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว พยาบาลในหน่วยงานของโรงพยาบาลต้องทราบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หลังจากการส่งต่อผู้ป่วย ไปสู่สถานบริการอื่น จะต้องเป็นไปตามการวางแผนของพยาบาลใน หน่วยงานของโรงพยาบาลเกี่ยวกับเรื่อง การปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องให้กับผู้ป่วยและครอบครัว หลังจำหน่าย ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทีมสุขภาพสามารถติดตามได้โดยวิธีต่างๆขึ้นอยู่กับ โรงพยาบาล หรือหน่วยงาน

กองการพยาบาลได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการสร้างและการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วย ดังนี้ (กองการพยาบาล, 2539)

1. ประเมินความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตัดสินใจ เปรียบเทียบ กับกระบวนการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วยเพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหา สุขภาพหรือความต้องการ การดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจากจำหน่าย

2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจและทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค ที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องเหมาะสม

3. เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือและวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีม สุขภาพรวม ทั้งผู้ป่วย และครอบครัว

4. ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน ให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเอง ตามแผนการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งการจัดหาอุปกรณ์เครื่องใช้หรือยากลับบ้านโดยการคัดแปลง กิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน

5. บริหารจัดการการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมระหว่างการใช้เวลากับการ ดูแลให้การพยาบาล กับปัญหาในระยะเฉียบพลันและเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อน จำหน่ายตามแผนการจำหน่าย

6. ส่งต่อแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผน อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

7. ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะๆ ปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมตลอดเวลาก่อนจำหน่าย

8. ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย

9. ประชุมปรึกษาหารือในทีมการพยาบาล และทีมสุขภาพเพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่าย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ เช่น การวิเคราะห์สาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายหรือการประชุมร่วมกับพยาบาลสาธารณสุขที่เยี่ยมบ้านเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย และครอบครัว

บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการวางแผนจำหน่าย

แผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นบทบาทของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการบำบัด และอื่นๆ โดยมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นประสานการดำเนินงาน (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546)

แผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นความร่วมมือของบุคลากรทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary collaboration) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะใช้สนับสนุนให้เกิดข้อตกลงเกี่ยวกับเป้าหมายของรูปแบบแผนจำหน่ายให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยทีมสหวิชาชีพแต่ละสาขาอาจจะออกแบบโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติที่สะท้อนให้เห็น ความร่วมมือของทุกฝ่าย (comprehensive approach) ซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องนำแผนจำหน่าย เข้ามาในกระบวนการดูแลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มเข้าโรงพยาบาล ความร่วมมือ (cooperation) การประสานงาน (collaboration) และการสื่อสาร (communication) ที่มีประสิทธิภาพ (Rindeke & Block, 1998)

กองการพยาบาล (2539) ได้สรุปบทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายไว้ ดังต่อไปนี้

1. ประเมินความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดัดสินใจเปรียบเทียบ กับกระบวนการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วย เพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาสุขภาพ หรือความต้องการ การดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย

2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจและทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้อง เหมาะสม

3. เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือและวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

4. ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน การให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองตาม การรักษาที่จำเป็น รวมทั้งการจัดหาอุปกรณ์เครื่องใช้ โดยการคัดแปลงกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับ สภาพของผู้ป่วย แต่ละคน

5. บริหารจัดการการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมระหว่างการใช้เวลาในการดูแลกับการให้การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามแผนจำหน่าย

6. ส่งต่อแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและมีการเตรียมความพร้อม ตามแผนอย่างเป็นระบบและอย่างต่อเนื่อง

7. ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะๆ มีการปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมตลอดเวลาก่อนจำหน่าย ผู้ป่วย

8. ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย ผู้ป่วย

9. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม

10. ประชุมปรึกษาในทีมการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ เช่น การวิเคราะห์สาเหตุของการกลับ เข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการเดิม ความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีการประชุมร่วมกับทีมสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย เพื่อเตรียมการเยี่ยมบ้านเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยตามนโยบายการบริการเชิงรุกของกระทรวงสาธารณสุข

การบำบัดดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม หากสามารถทำได้ อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้ง 3 ระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม เข้ารักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ที่ครอบคลุมทั้งการบำบัดดูแลในระยะเฉียบพลันและการบำบัด ดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งในแต่ละระยะต่างก็มีวิธีการบำบัดดูแลที่หลากหลาย เพื่อให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีความสอดคล้องกันกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุราและลดปัญหาการกลับเข้ามารักษาซ้ำ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยต่อไป สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จะเห็นได้ว่าแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับทั้งผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา และบุคลากรทีมสหวิชาชีพ อีกทั้งยังเป็นบทบาท

ที่สำคัญของพยาบาลในด้านผู้ให้การดูแลและผู้ประสานงาน ส่งผลให้เกิดการพยาบาลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจทั้งด้านปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย ซึ่งเป็นการบริการที่ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ชุมชน สังคม และวัฒนธรรมต่อไป

การใช้แผนจำหน่ายและประสิทธิผลการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

การใช้แผนจำหน่าย

การนำผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้นั้น เป็นกระบวนการนำความรู้ไปใช้ในหลายรูปแบบแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ การใช้ผลที่ได้จากการวิจัยที่ทำให้เกิดผลกระทบหรือการเปลี่ยนแปลง โดยมุ่งผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้น (Burns & Grove, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ การใช้แผนจำหน่าย พบว่าการนำไปใช้มีหลากหลายรูปแบบ จากการศึกษาของ จันทรทิพย์ จันทรเปียง (2551) ได้นำรูปแบบการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์มาประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาลและสามารถนำไปประเมินประสิทธิผลของการใช้แผนจำหน่ายได้

ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger's theory diffusion of innovation based model) เป็นการเผยแพร่นวัตกรรมเป็นกระบวนการสื่อสารผ่านช่องทางที่เหมาะสมในสมาชิกเกิดการตัดสินใจยอมรับแนวคิดหรือสิ่งใหม่ๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงานของตน เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ มุ่งเน้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในระบบดูแลสุขภาพ 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) เป็นการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น

ขั้นตอนการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์

ขั้นตอนการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์มี 5 ระยะ ดังนี้

1. ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) เป็นระยะที่ให้องค์ความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อให้บุคคลหรือกลุ่มคนเริ่มรู้จักและตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้นๆ โดยการสื่อสารที่เป็นทางการผ่านสื่อมวลชน เช่น การสัมมนา การประชุมเชิงวิชาการ วารสาร โทรทัศน์ และหนังสือต่างๆ รวมถึงการสื่อสาร อย่างไม่เป็นทางการภายในองค์กร จากพยาบาลไปสู่บุคคลอื่นที่มีประสิทธิภาพ ในการขยายการเรียนรู้งานวิจัยต่างๆ ทำให้บุคคลหรือกลุ่มคนมีความรู้ ความตระหนักเกี่ยวกับผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์นั้นๆ

2. ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรม เห็นคุณค่าประโยชน์ของนวัตกรรมนั้นๆ โดยที่พยาบาลและผู้ปฏิบัติงานแสดงถึงทัศนคติที่ชื่นชมในข้อดีของนวัตกรรมใหม่ เพื่อให้บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับผลการวิจัย เห็นคุณค่าและประโยชน์ของงานวิจัยนั้นๆ โดยมีองค์ประกอบของการยอมรับ คือ ประโยชน์ของงานวิจัยที่จะนำมาใช้ การอยู่ร่วมกันได้ ความไม่ซับซ้อนความยากง่ายของ การนำไปใช้ ความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ในองค์กร

3. ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ซึ่งการยอมรับเกี่ยวข้องกับความคิดเห็นต่อการนำเอานวัตกรรมไปใช้ว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อองค์กร ส่วนการปฏิเสธเป็นการตัดสินใจไม่ยอมรับนวัตกรรม อาจเป็นเพราะนวัตกรรมนั้นไม่เป็นที่ต้องการของพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติงาน

4. ระยะลงมือปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคลนำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติโดยตรง (direct application) เป็นการนำนวัตกรรมนั้นไปใช้โดยไม่มีการดัดแปลง หรือเปลี่ยนแปลงขั้นตอนหรือ การปฏิบัตินั้นเลย การนำไปใช้ทางอ้อม (indirect application) การที่ความรู้ที่ได้จากการวิจัยหรือนวัตกรรมใหม่ๆทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ให้มากขึ้นทีละน้อย มีผลต่อความคิดและประสบการณ์ของความรู้ที่ได้รับ ทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญและมีการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงาน และนำไปสู่การตัดสินใจหรือแก้ปัญหาได้ การนำผลการวิจัยไปใช้ทางอ้อมเกิดจากการพูดคุย การอ่านงานวิจัยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับงานวิจัยระหว่างพยาบาลผู้ปฏิบัติงานและนักวิจัย ส่วนการดัดแปลงและสร้างชิ้นใหม่ (reinvention) เป็นการที่พยาบาลได้มีการดัดแปลงความรู้จากงานวิจัยหรือนวัตกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการ และเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับการปฏิบัติงานของตน เพื่อนำมาดัดแปลงอย่างสมเหตุสมผล ให้เข้ากับสภาพการปฏิบัติงานของตน

5. ระยะยืนยันผลหรือระยะการประเมินประสิทธิผล (confirmation stage) เป็นการประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมและตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น โดยเป็นการประเมินประสิทธิผล ของการนำไปใช้แล้วนั้น และตัดสินใจว่าจะใช้นวัตกรรมนั้นต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เป็นผู้ประเมินประสิทธิผลนั้น เพื่อประเมินความสอดคล้องกับสิ่งที่พยาบาลต้องการหรือไม่ การตัดสินใจที่จะใช้ต่อและขยายไปสู่หน่วยงานทีมผู้ดูแลสุขภาพหรือองค์กรด้านสุขภาพ การตัดสินใจที่จะ หยุดใช้นวัตกรรม จะมีแนวทางของการหยุดใช้ 2 วิธี คือ 1) การแทนที่ เป็นการปฏิเสธเพื่อจะยอมรับนวัตกรรมที่ดีกว่า ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่อยู่ในความสนใจ มีประโยชน์ต่อการนำไปปฏิบัติมาแทนที่นวัตกรรมเดิม และ 2) การหมดความสนใจ มักจะเกิดเมื่อความคิดนั้นถูกปฏิเสธ เพราะผู้ใช้ไม่พอใจผลลัพธ์ของนวัตกรรม

จากรูปแบบของแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีหลายรูปแบบและวิธีปฏิบัติที่ต่างกัน การเลือกรูปแบบที่ นำมาปฏิบัติต้องให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน การศึกษาครั้งนี้เลือกรูปแบบที่นำมาปฏิบัติต้องให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน การศึกษาครั้งนี้ใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่พัฒนาอิงกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC อ้างใน จีวีวรรณ ธงชัย, 2548) ผู้ศึกษาจึงนำแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อรามาใช้ตามขั้นตอนการนำไปใช้และการประเมินผลการใช้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การสร้างความตระหนักในทีมผู้บำบัดดูแลในปัญหาที่เกิดขึ้น และประโยชน์ของการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งในรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการในรูปแบบที่มีความเหมาะสม

1.2 การทำความเข้าใจร่วมกันในทีมผู้ใช้นโยบาย โดยผู้ปฏิบัติต้องตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะสามารถแก้ไขได้โดยการใช้แนวปฏิบัติ สอนทักษะที่จำเป็น ทำให้เกิดความคุ้นเคยกับเอกสารและอุปกรณ์ต่างๆ ที่จะใช้ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการใช้แนวปฏิบัติ และเป็นที่ปรึกษาในกรณีที่มีปัญหาและตอบคำถามต่างๆ จนหน่วยงานมีความพร้อมในการใช้แนวปฏิบัติร่วมกัน

1.3 จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย คู่มือแนวปฏิบัติ ข้อสรุปของแนวปฏิบัติ สื่อต่างๆ วิธีการใช้เครื่องมือ เป็นต้น

2. ขั้นตอนการ

2.1 การกำกับติดตามการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้ทีมผู้ปฏิบัติทราบข้อบกพร่องจากการใช้แนวปฏิบัติและช่วยให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติให้มีความถูกต้องเหมาะสม มีการประชุมกลุ่มร่วมกันในการปรับปรุงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติ มีการวางแผนดูแลแก้ไขปัญหา ร่วมกันบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2 ติดตามผลเป็นระยะ ประเมินความเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ และสัมพันธภาพที่ดี มีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

2.3 ย้ำเตือนและติดตามการปฏิบัติเป็นประจำ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการใช้แนวปฏิบัติ อย่างต่อเนื่อง

2.4 ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการประกันและปรับปรุงคุณภาพ โดยมีหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างเป็นรูปแบบ

3. ขั้นตอนประเมินผล

หลักการของการประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิก ต้องมีการกำหนดอย่างชัดเจน เช่น การประเมินผลในระยะสั้น การประเมินผลในระยะยาว และควรมีความครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านกระบวนการ ด้านการปฏิบัติ และด้านผลลัพธ์ (NHMRC, 1998) ดังนี้

3.1 การประเมินผลการเผยแพร่แนวปฏิบัติ ในลักษณะการใช้สื่อ เช่น จดหมาย การตีพิมพ์ในวารสาร ผู้อ่านจะเข้าใจแนวปฏิบัติมากหรือน้อยขึ้นจะแสดงให้เห็นถึงกลยุทธ์ของการเผยแพร่ว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ และเป็นการบ่งชี้การยอมรับแนวปฏิบัตินั้น

3.2 การประเมินความต่อเนื่องของการใช้แนวปฏิบัติ โดยการติดตาม รวบรวมข้อมูล สำหรับการประเมินผลภายหลังจากการเผยแพร่แนวปฏิบัติ เพื่อทำการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3.3 การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยอาจศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติและผลลัพธ์ทางสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ที่ปฏิบัติอย่างจริงจังกับกลุ่มที่ไม่จริงจัง

3.4 การประเมินผลจำนวนการใช้แนวปฏิบัติ แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างและความพึงพอใจในการ ใช้แนวปฏิบัติ

3.5 การประเมินผลค่าใช้จ่าย สามารถประเมินจากขั้นตอนการพัฒนา การเผยแพร่ และการปฏิบัติหรือสามารถเปรียบเทียบได้จากค่าใช้จ่ายก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

3.6 การประเมินผลการรายงาน นำเสนอข้อจำกัด ข้อเสนอแนะ ประโยชน์ที่ได้รับ และการนำไปใช้

การดูแลอย่างมีมาตรฐานทำให้กิจกรรมการปฏิบัติมีความชัดเจน ลดค่าใช้จ่าย มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ การบำบัดดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการรับประกันคุณภาพ แนวปฏิบัติจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในกิจกรรมการรับรองคุณภาพด้วย การนำแนวปฏิบัติมาใช้เพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งในงานประจำ จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถใช้แนวปฏิบัติได้สอดคล้องกับการบำบัดดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังช่วยให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ ทำให้ทราบข้อมูลภาวะทางสุขภาพรวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติด้วย

แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสวนปรง จังหวัดเชียงใหม่

แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสวนปรง จังหวัดเชียงใหม่ ของพิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบูลย์ และคณะ (2553) ซึ่งเป็นวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) โดยพัฒนาตามแนวคิด 5 ขั้นตอนของแมคกีเฮน (McKeehan, 1981) อิงกรอบแนวคิดการพัฒนา แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC อ้างใน จวีวรรณ ธงชัย, 2548) โดยแผนจำหน่ายแบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (acute) 2) การดูแลระยะฟื้นฟูจิตใจ (rehabilitation) และ 3) การดูแลระยะก่อนกลับบ้าน (pre-discharge) ลักษณะของแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลสวนปรง ที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ได้รับการดูแล โดยใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ต่อการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และมีการวัดผลลัพธ์ที่ใช้ในแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ คือ 1) พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดเชื้อลดลง 2) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลง ร้อยละ 80 3) อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ได้รับการดูแล โดยใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ร้อยละ 80 4) อัตราความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ได้รับการดูแลโดยใช้

แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา ร้อยละ 80 และ 5) อัตราความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหวิชาชีพต่อการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา ร้อยละ 80

แผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ของพิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบุลย์ และคณะ (2553) โดย แผนจำหน่าย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

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

1.1 การประเมินปัญหาเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาต่างๆ

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

1.1.2 ประเมินสภาพจิตใจ/อารมณ์

1.1.3 การประเมินทางสังคมของผู้ป่วย และญาติ

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 แพทย์ตรวจเยี่ยมประเมินอาการและ ประเมินผลการรักษา พยาบาลประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราเพื่อส่งเข้ากลุ่มบำบัดทาง จิตสังคม การตรวจสภาพจิต MMSE (Mini Mental Status Examination) เพื่อดูความสามารถและ ศักยภาพในการเข้ากลุ่ม พยาบาลประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ ดื่มโดยใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปชาสกา และ ไดคเคิลเมนต์ (Prochaska & Diclement, 1982) เพื่อประเมินเข้ากลุ่มต่างๆ พยาบาลประเมินสถานการณ์เสี่ยงและทักษะในการจัดการกับ ปัญหา นักจิตวิทยาประเมินความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางจิต

ตามความเหมาะสม นักสังคมประเมิณปัญหาและวินิจฉัยปัญหาทางสังคมรวมถึงประเมินความเข้มแข็งหรือจุดแข็งในชีวิต และแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสู่ชุมชน นักกิจกรรมบำบัดประเมินปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงประเมินศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อวางแผนให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.2 การสรุปปัญหาที่ได้ในระยะฟื้นฟูจิตใจ

2.3 การให้การบำบัดรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ นักจิตวิทยาประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ประเมินขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) บำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมทั้งแบบกลุ่ม/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) พยายามให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามคู่มือคลายเครียด ฝึกทักษะด้านต่างๆ เช่น ทักษะการจัดการกับปัญหา ทักษะการสื่อสาร ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการตัดสินใจ

3. การดูแลในระยะก่อนจำหน่าย (pre-discharge) ได้แก่

3.1 การประเมินความต้องการความรู้ความเข้าใจและความต้องการช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติภายหลังจำหน่าย

3.2 สรุปปัญหาที่ในระยะก่อนจำหน่าย

3.3 การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย พยายามให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคจิตสุรา เกสเซอร์ให้ความรู้เบื้องต้นเรื่องการรับประทานยา จัดหาข้อมูลยาเพื่อประกอบการพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลต้นสังกัด โภชนาการให้ความรู้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการได้รับสารอาหารเฉพาะโรค ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นักสังคมสงเคราะห์ให้คำปรึกษาคครอบครัว/ญาติ มีการเตรียมครอบครัว เตรียมชุมชนในการดูแลผู้ป่วย จัดหาและประสานทรัพยากรทางสังคม เช่น ที่อยู่อาศัย รวมถึงให้ข้อมูลดำเนินการเรื่องสิทธิ นักกิจกรรมบำบัดมีการติดตามประเมินผลร่วมกับเจ้าหน้าที่ในตึกเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสู่ชุมชนหลังจากผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม ให้ข้อมูลด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมถึงมีการเตรียมความพร้อมโดยการติดต่อโรงพยาบาล สถานีอนามัย มีการติดต่อผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำในชุมชนในการช่วยเหลือด้านต่างๆ และการดำรงชีวิตในชุมชน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย

จะเห็นว่าแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ของ พิมพ์ใจ เจนกิจาไพบูลย์ และคณะ (2553) เป็นแผนจำหน่ายที่มีความสอดคล้องในการตอบสนองของผู้ป่วยและญาติ และเป็นการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ที่ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยอาศัยบุคลากรทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย และผลการทดลองใช้แผนจำหน่ายกับกลุ่มตัวอย่างมีการประเมินในระดับดี จึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาปรับใช้และประเมินประสิทธิผลแผนจำหน่าย ผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุงต่อไป

ประสิทธิผลของการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา

ประสิทธิผลการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา หมายถึง การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจาก การใช้แผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคติดสุราโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ดังนี้ คือ

1. ผู้ป่วยโรคติดสุรากลุ่มที่ได้รับแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรามีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา ลดลง ประเมินโดยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุราขององค์การอนามัยโลก (Alcohol Use Identification Test) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552)
2. ผู้ป่วยไม่มีการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคติดสุรภายใน 28 วัน ประเมินโดยแบบบันทึกข้อมูล จำนวนครั้งการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคติดสุราที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ซึ่งเป็นข้อกำหนดตามดัชนีชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาล
3. ผู้ป่วยโรคติดสุรามีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลโดยใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับการดูแล โดยใช้แผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคติดสุราที่พัฒนาขึ้น โดยพิมพ์ใจ เจนกิจาไพบูลย์ และคณะ (2553)
4. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรามีความพึงพอใจในการได้รับการดูแลโดยใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับญาติเกี่ยวกับการได้รับการดูแล โดยใช้แผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคติดสุราที่พัฒนาขึ้น โดยพิมพ์ใจ เจนกิจาไพบูลย์ และคณะ (2553)

5. ทีมสหวิชาชีพที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ มีความพึงพอใจต่อการใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วย โรคติดเชื้อ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับการดูแลโดยใช้ แผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่พัฒนาขึ้นโดยพิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบุลย์ และคณะ (2553)

แนวทางการประเมินคุณภาพแผนจำหน่าย

แนวทางการประเมินผลการใช้แผนจำหน่าย ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านโครงสร้าง 2) ด้านกระบวนการ และ 3) ด้านผลลัพธ์ แต่ละด้านควรคำนึงถึง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์การผู้ปฏิบัติ ประโยชน์ที่ได้รับและการนำไปใช้ (RANO, 2002)

1. การประเมินผลด้านโครงสร้าง(structure or input evaluation) เป็นการประเมินเพื่อการตัดสินใจ ในการใช้แผนจำหน่าย ได้แก่ นโยบายขององค์กร ระบบบริการ สถานที่ ความเพียงพอและความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ วิธีปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล คุณสมบัติของบุคลากร อัตรากำลัง ความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสหวิชาชีพ และการทำงานเป็นทีมความรู้ และทักษะของบุคลากรในการปฏิบัติงาน การคำนึงถึงแรงจูงใจและการตัดสินใจ ตลอดจนความเสี่ยงและผลกระทบของผู้ใช้บริการ การมีส่วนร่วมของผู้ใช้และผู้รับบริการ ค่าใช้จ่ายเป็นต้น ซึ่งควรมีการประเมินความพร้อมของโครงสร้างในระยะการเตรียมการก่อนการนำโครงการสู่การปฏิบัติด้วย

2. การประเมินผลด้านกระบวนการ (process evaluation) เป็นการติดตามการใช้แผนจำหน่าย ได้แก่ การปรับเปลี่ยนนโยบายให้เหมาะสม ความตระหนัก การยอมรับการใช้แผนจำหน่าย ทักษะต่อการใช้ แผนจำหน่าย ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การฝึกอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรการให้ความรู้และการสอน สุขศึกษาแก่ผู้ให้บริการ ความยากง่ายในการปฏิบัติ ความสะดวก ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ เป็นต้น

3. การประเมินผลด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง จากกระบวนการการดูแล ซึ่งเป็นผลจากการใช้แผนจำหน่าย ได้แก่ การปฏิบัติได้ผลลัพธ์ที่บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรหรือหน่วยงาน ความสม่ำเสมอของบุคลากรในการใช้แผนจำหน่าย บุคลากรสามารถใช้แผนจำหน่าย ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สมรรถนะของบุคลากร ผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้ใช้บริการ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการดูแลรักษา ความพิการหรืออันตรายถึงชีวิต ผลกระทบของผู้ให้บริการ ระยะเวลาการ รับประทานยาในโรงพยาบาล การกลับเข้ามาใช้บริการของผู้ใช้บริการ การกลับมารักษาซ้ำ ความพึงพอใจของผู้ใช้ แผนจำหน่าย ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้ ประเมินคุณภาพการใช้แผนจำหน่ายโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานของ แนวทางการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (AGREE, 2001) ที่แปลโดยฉวีวรรณ ธงชัย (2547) โดยมีการประเมิน 6 หมวด ดังนี้ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง 3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 4) ความชัดเจนและการนำเสนอ 5) การประยุกต์ใช้ และ 6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ และมีผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน เป็นผู้ประเมินคุณภาพของแผนจำหน่าย การประเมินเริ่มตั้งแต่การประเมินเอกสารและ แผ่นพับ เอกสารความรู้เกี่ยวกับแผนจำหน่าย การประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหวิชาชีพต่อการใช้ แผนจำหน่าย การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ได้รับ การดูแลโดยใช้ แผนจำหน่าย ผลการประเมินในแต่ละด้าน พบว่า ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ได้ ร้อยละ 81.47 ด้าน การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ร้อยละ 100 ด้านขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 100 ด้าน ความชัดเจนและ การนำเสนอ ร้อยละ 96.03 ด้านการประยุกต์ใช้ ร้อยละ 81.47 ด้านความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ ร้อยละ 66.66 คะแนนรวมทั้งหมด ร้อยละ 88.43 ซึ่งบ่งชี้ว่าแผนจำหน่าย มีคุณภาพและน่าเชื่อถือในระดับสูง ดังนั้นจึงตัดสินใจนำแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคติดเชื้อมาใช้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ได้มีการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการกลับมา รักษาซ้ำภายใน 28 วัน ยังสูงขึ้นโดยลำดับ การดูแลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันและเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อตั้งแต่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล อาจช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อมีวิธีการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มและลดการกลับมา รักษาซ้ำภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ การศึกษานี้ใช้ แผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นโรค ติดเชื้อโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ของพิมพ์ใจ เจนกิจจาไพบูลย์ และคณะ (2553) มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย การดูแล 3 ระยะ คือ 1) การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (acute) อยู่ใน ระยะ 24-72 ชั่วโมง 2) การดูแลระยะฟื้นฟู (rehabilitation) อยู่ในระยะ 1-2 สัปดาห์ และ 3) การดูแลระยะก่อน กลับบ้าน (pre-discharge) อยู่ในช่วงสัปดาห์ที่ 3 เป็นต้นไป โดยอิงกรอบแนวคิดในการนำหลักฐาน ที่ดีที่สุดไปใช้ของสภานิติบัญญัติทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC,1998) โดยการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อโดย ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการขึ้นดำเนินการใช้แผนจำหน่าย และขึ้นประเมินผล โดย แผนจำหน่ายถือเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อมีระบบการดูแลที่ ต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การดูแลมีคุณภาพและเป็น

มาตรฐานในการดูแลไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วย โรคติดเชื้อ
หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วสามารถลดปัญหาการดื่มสุราซ้ำได้



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved