

A Caring Model Development for Alcohol Drinkers by Network Partners of the Nadun District

Abstract

*Pitukpong Panpraw, M.D.**

In this study, the research to develop a caring model for alcohol drinkers by network partners' involvement of the Nadun District. The research was conducted by applying a participatory action research (PAR), using PAOR framework (Kemmis and McTarggart) and selecting a purposive sampling, including informants and brainstorming groups: 86 people overall, consisting of multidisciplinary teams, drinkers, caretakers, community leaders, village health volunteers, and 25 people attending the Mindfulness-based cognitive therapy program. Duration of studies: from June 2017 to January 2018 consisting of 4 phases-Phase 1: Problem Identification by establishing people forums and filtered by using ASSIST and AUDIT software; Phase 2: The model development according to the action plan; Phase 3: The model implementation by providing a knowledge towards intoxications from alcohol consumption, beginning a treatment, and following up results; and Phase 4: Performance Evaluation by gathering and analyzing qualitative data, examining a reliability and validity by using Triangulation Methods in a quantitative approach-demonstrating the results in means and percentages. The results indicated that: Phase 1: found out that in 25 alcohol drinkers, 20 people were classified as alcoholics, 5 people were classified as risky drinkers. The services also did not meet the standard; Phase 2: formed a team to develop a caring model for alcohol drinkers, established plans, and improved the 8-step treatment model for the mindfulness-based cognitive therapy; Phase 3: applied a caring model for hospitals, health promoting hospitals, and community; and Phase 4: formed patterns, procedures, and networks, according to the campaign "Save Life, Save Health", with a 96% having a better quality of life, satisfied their families, abstained from an alcohol drinking for 22 people, amounts to 88 percent, 3 people reduced drinking habits and completed 100 percent of the treatment procedures. The research limitations is a study derived from a single community which requires further development of the research.

Keyword : Mindfulness-based cognitive therapy, Caring model for alcohol drinkers by network partners, alcohol

**Nadun Hospital, Maha Sarakham Province.*

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดื่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอนาคนูน

บทคัดย่อ

พิทักษ์พงษ์ พรรณพราว, พ.บ.*

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดื่มสุราโดยมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย อำเภอนาคนูน โดยใช้รูปแบบของ PAOR (Kemmis and McTarggart) เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้ข้อมูล และระดมความคิดเห็น จำนวน 87 คน ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดื่ม ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. และกลุ่มผู้ที่เข้ามาบำบัดในโปรแกรมสติบำบัด 25 คน ระยะเวลาในการดำเนินการ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2560 ถึงเดือนมกราคม 2561 มี 4 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหา ทำเวทีประชาคม คัดกรองเรื่องการดื่มสุรากับ ASSIST และ AUDIT ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบตามแผนปฏิบัติการ ระยะที่ 3 ระยะปฏิบัติใช้รูปแบบ ให้ความรู้เรื่องโทษและพิษภัยจากสุรา เริ่มบำบัด ติดตามผู้บำบัด ระยะที่ 4 ประเมินผลการดำเนินงาน รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือแบบสามเส้า เชิงปริมาณเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า ระยะที่ 1 พบผู้ดื่มสุรา 25 ราย ดื่มแบบติดจำนวน 20 ราย ดื่มแบบเสี้ยว จำนวน 5 ราย การให้บริการไม่ได้ตามมาตรฐาน ระยะที่ 2 มีการสร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดื่มสุรา จัดทำแผน และปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกด้วยสติบำบัด 8 ขั้นตอน ระยะที่ 3 เมื่อนำรูปแบบการดูแลไปใช้ทั้งในส่วน of โรงพยาบาล รพ.สต. และชุมชน ระยะที่ 4 ได้รูปแบบ มีกระบวนการมีเครือข่าย เกิด รูปแบบ “รักษีวิต รักษสุขภาพ” มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นร้อยละ 96 ครอบครัวยังพอใจ เลิกดื่มสุราได้ 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 88 อีก 3 ราย ดื่มน้อยลงอยู่ครบขั้นตอนการบำบัดร้อยละ 100 การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพียงชุมชนเดียว ต้องมีการพัฒนาต่อยอดอีกต่อไป

คำสำคัญ : สติบำบัด รูปแบบการดูแลผู้ดื่มสุราโดยการมีส่วนร่วม แอลกอฮอล์

*โรงพยาบาลนาคนูน จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

จากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตคนไทยของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้ที่เข้าข่ายมีความผิดปกติในพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (alcohol use disorder) ร้อยละ 18.0 ในจำนวนนี้มีผู้ที่ถูกวินิจฉัยว่า ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทางที่ผิด (alcohol abuse) ร้อยละ 13.9 และเข้าข่ายมีภาวะติดสุรา (alcohol dependence) ร้อยละ 4.1⁽¹⁾ นอกจากนี้ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2557 โดยการสอบถามครอบครัวที่มีสมาชิกดื่มสุราและมีปัญหาที่มีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา พบว่าร้อยละ 66.7 เคยได้รับบาดเจ็บจำนวน

1 ครั้ง เนื่องจากสาเหตุมาแล้วซ้ำและประมาณร้อยละ 10.0 มีปัญหาเกี่ยวกับการมีปากเสียว ทะเลาะโต้เถียง ก่อให้เกิดความรำคาญ รบกวนการทำงานและคุณภาพชีวิต⁽²⁾ ผลกระทบจากการดื่มสุรานอกจากเกิดปัญหาโดยตรงกับผู้ดื่มสุราแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและประเทศ เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาลโดยผลการศึกษาของมนตรีธรรม์ ถาวรเจริญทรัพย์⁽³⁾ พบว่าต้นทุนที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549 มีมูลค่า 156,105 ล้านบาท ประมาณร้อยละ 1.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (gross domestic product) หรือประมาณ 2,391

บาทต่อคน ต้นทุนที่มีมูลค่าสูงที่สุด ได้แก่ ต้นทุนจากการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร (104,128 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 65.7 ของต้นทุนทั้งหมด) นอกจากนี้ยังพบอีกว่าโรคที่ก่อเกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากภาวะติดเชื้อราามีมูลค่า 430 ล้านบาท

เมื่อผู้ป่วยติดเชื้อราเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีทั้งหยุดติ่มได้ และหยุดติ่มไม่ได้ บางรายลดปริมาณการติ่มแต่ท้ายที่สุดกลับไป ติ่มเหมือนเดิม จึงต้องกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้นในการวางแผน การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อราสิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณาคือ แรงจูงใจและความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง⁽⁴⁾ จากการศึกษาของกมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์⁽⁵⁾ พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเล็กราคาได้คือ แรงจูงใจที่มาจากภายในตัวผู้ป่วยเอง (intrinsic motivation) มองเห็นผลดีของการเล็กราคา มีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาของจิรวัดน์ มูลศาสตร์⁽⁶⁾ พบว่าปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการรักษาคือ ความพร้อมแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความต่อเนื่องและระยะเวลาในการติดตามการรักษา การวิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยง การวางแผนล่วงหน้า การตั้งเป้าหมายชัดเจน และแนวทางจัดการกับความพลั้งเผลอ การทำความเข้าใจถึงความพร้อม ที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง และแรงจูงใจที่จะเล็กราคา

ด้วยความตระหนักในความสำคัญของสถานการณ์และผลกระทบดังกล่าว โรงพยาบาลนาคุณ อำเภอนาคุณ จังหวัดมหาสารคามจึงได้จัดตั้งคลินิกแสงเทียนขึ้นเพื่อดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านการติดเชื้อรา และผลของการดำเนินงาน 3 ปี ย้อนหลังพบว่าอำเภอนาคุณมีผู้ที่เข้ารับการรักษาเพิ่มมากขึ้น ปี 2557-2559 พบว่ามีจำนวน 8, 16, 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.8, 45.5, 60.2 ของผู้ที่มาบำบัดสารเสพติดทั้งหมดตามลำดับ โดยลักษณะ

ที่เข้ารับการรักษาบำบัดนั้นเป็นการที่ผู้ป่วยจะต้องมาบำบัดที่คลินิกแสงเทียน ซึ่งอาจจะเข้ามาโดยสมัครใจ หรือส่งมาดูแลรักษาจากแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลที่ตรวจพบปัญหาสุรา โดยมีเจ้าหน้าที่ให้การดูแล แต่ก็มีปัญหาว่าผู้มาบำบัดไม่ได้ทำการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพราะมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ทีมแพทย์พยาบาลไม่ได้ติดตามเยี่ยมผู้มาบำบัดถึงบ้าน จึงไม่ทราบข้อมูลพื้นฐานหรือบริบทของผู้บำบัดที่แท้จริง อีกทั้งคนในชุมชนไม่ได้มีส่วนร่วมหรือไม่มีวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นของชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งจากการดำเนินงานของคลินิกแสงเทียน พบว่าการบำบัดมีการกลับมาติ่มซ้ำ 3 ปีย้อนหลัง ร้อยละ 37.5, ร้อยละ 50, ร้อยละ 54.5 ตามลำดับ มีการมาบำบัดไม่ครบตามโปรแกรม 3 ปีย้อนหลัง ร้อยละ 37.5, ร้อยละ 25, ร้อยละ 27.3 ตามลำดับ สามารถเล็กราคาได้ 3 ปีย้อนหลัง ร้อยละ 25, ร้อยละ 25, ร้อยละ 18.2 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลเบื้องต้นสะท้อนให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ว่าการบำบัดผู้ติดเชื้อรายังไม่มีรูปแบบ แนวทาง ในการดูแลผู้ป่วยโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมที่เป็นรูปธรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดด้วยยาส่วนใหญ่ยังมีความทุกข์ทรมาน จากความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์หลงเหลืออยู่⁽⁷⁾ “สติบำบัด (mindfulness treatment)” เป็นรูปแบบการบำบัดซึ่งมีประสิทธิภาพที่ส่งผลให้ผู้ติ่มแอลกอฮอล์ที่อยู่ในระยะบำบัดด้วยยามีความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์ลดลง^(8,9) เนื่องจากสามารถไปจัดการกระทำกับปัจจัยต่างๆ ใน cognitive model ที่กล่าวมาข้างต้นได้ นั่นคือ การฝึกให้เกิดสติที่สมบูรณ์ จะช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดจากตัวกระตุ้น หรือสถานการณ์ได้ดีขึ้น การไม่นำประสบการณ์หรือความรู้สึกเดิมเข้ามาตัดสิน จะเกิดการตระหนักรู้ในความเป็นจริง และมีการยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นไป ช่วยลดอารมณ์ความรู้สึกและความคิดแบบอัตโนมัติทางด้านลบ (automatic negative thought) นำไปสู่การเกิดกระบวนการทางความคิดใหม่ที่เหมาะสมมากขึ้น⁽¹⁰⁾

เช่น เกิดการตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อตนเอง และยอมรับกับความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์ของตนเองเพิ่มขึ้น ก็จะช่วยลดความขัดแย้งภายในใจและความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์ลงได้ การจัดการกับตัวกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกบุคคล รวมทั้งการปรับความเชื่อพื้นฐาน และความคิ้อตโนมิติไปในทางที่เหมาะสม ก็จะส่งผลให้ผู้ติดแอลกอฮอล์มีความทุกข์ทรมาน จากความรู้สึกอยากดื่มแอลกอฮอล์ลดลงได้⁽⁸⁾

จากสภาพปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งไม่มีเครือข่ายที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และขาดการเชื่อมโยงในชุมชน อีกทั้งองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ให้ความสำคัญมากนัก การทำงานต่างคนต่างทำขาดการบูรณาการร่วมกันอย่างจริงจัง สาเหตุหนึ่งมาจากการไม่มีแนวทางเดียวกัน ไม่มีเป้าหมายร่วมกัน ทำให้ผลการดำเนินงานภาพรวมยังไม่เป็นน่าพอใจ ซึ่งการแก้ไขปัญหาในพื้นที่จะต้องสร้างให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา โดยมีการเชื่อมโยงกับคนในชุมชน หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ให้เกิดความตระหนักและเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ประกอบไปด้วยการมีส่วนร่วมในการค้นหาและจัดลำดับสำคัญของปัญหา ร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหา ร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ปัญหา จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจ

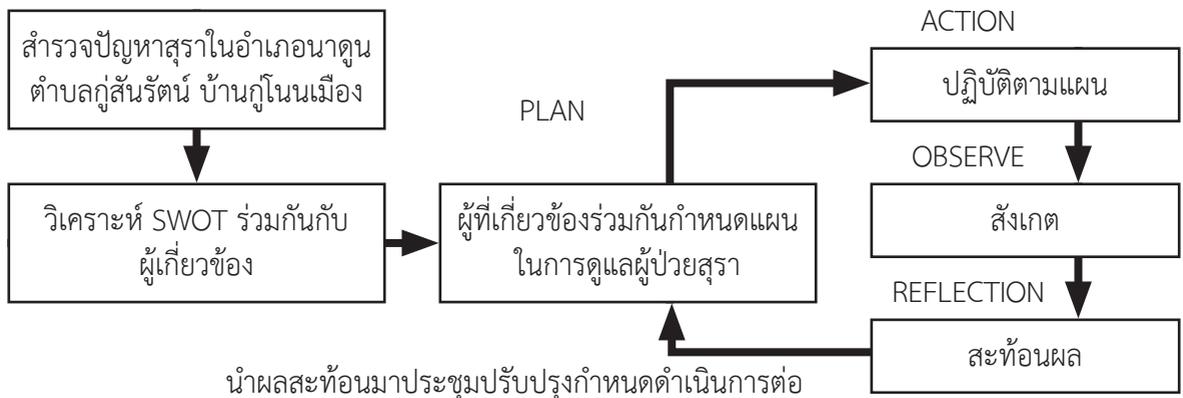
ที่จะศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุรา โดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายอำเภอหาดใหญ่ โดยร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายองค์กรงดเหล้า จังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาจากการดื่มสุราของประชาชนในอำเภอหาดใหญ่
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดื่มสุรา โดยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายอำเภอหาดใหญ่
- 3) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ดื่มสุรา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้กระบวนการ PAR ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกทากาด⁽¹¹⁾ เพราะแนวคิดดังกล่าวสามารถกำหนดขอบเขตของเวลาในแต่ละรอบเพื่อนำผลการปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขและดำเนินการต่อไป ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. **ขอบเขตพื้นที่** ดำเนินการในพื้นที่รับผิดชอบของตำบลกู่สันตรัตน์ อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

2. ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ประกอบด้วย

2.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลและระดมความคิดเห็น ประกอบไปด้วย แพทย์ 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนาดูน 4 คน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 4 คน เจ้าหน้าที่ อสม. 20 คน ผู้ป่วย 20 คน ผู้นำชุมชน 15 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย 20 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน จำนวน 87 คน

2.2 กลุ่มผู้ที่ลงมือปฏิบัติ และติดตามผล ประกอบไปด้วย วิทยากรจากกรมสุขภาพจิต ที่ได้รับประกาศนียบัตรรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระจากกรมสุขภาพจิต มาช่วยฝึกกิจกรรมสติบำบัด 8 ขั้นตอน แพทย์ พยาบาล จากโรงพยาบาลนาดูน ที่ผ่านการอบรมการบำบัดด้วยสติบำบัด จากกรมสุขภาพจิต ตรวจประเมิน AUDIT ผู้ที่เข้าบำบัด และให้ยาช่วยในรายที่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ยาในการ detoxification จำนวน 6 คน

2.3 กลุ่มผู้ที่เข้ามาบำบัดในโปรแกรมสติบำบัด ประกอบไปด้วยผู้ดื่มสุราในพื้นที่เป้าหมายบ้านกู่โนนเมืองที่คัดเลือกมาจากชุมชน โดยผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมสติบำบัดจะต้องยินดีเข้าโครงการด้วยความสมัครใจ จำนวน 25 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้ามาบำบัดในโปรแกรมสติบำบัด (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการประเมินตามแบบประเมิน ASSIST ได้ผลการประเมิน คะแนน 11-26 เป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลาง และ คะแนน >26 กลุ่มเสี่ยงสูง โดยทำการประเมินโดยชุมชน และ อสม. ในเขตพื้นที่เป้าหมาย

2. ผ่านการประเมินซ้ำตามแบบคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราตามแบบประเมิน AUDIT โดยพยาบาลคลินิกแสงเทียนเป็นผู้ประเมิน ผู้ที่จะ

เข้าร่วมในโปรแกรมสติบำบัดจะต้องเป็นผู้เสพ (ผู้ดื่มแบบอันตราย: Harmful use คะแนน 16-19) หรือ ผู้ติด (ผู้ดื่มแบบติด: Alcohol dependence คะแนน >20) ที่ถูกเลือกโดยชุมชนบ้านกู่โนนเมือง
เกณฑ์การแยกกลุ่มอาสาสมัครเข้ามาบำบัดในโปรแกรมสติบำบัดออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) แต่ไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมการบำบัดด้วยสติบำบัด

2. ผู้ที่เข้าร่วมโครงการในโปรแกรมสติบำบัด แต่ขาดการเข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง 2 ขั้นตอน

3. ขั้นตอนและกระบวนการวิจัยแบ่งเป็นระยะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ 4 ระยะดังนี้
ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ โดยดำเนินการดังนี้

1.1 การทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้าทำการรักษาและมาบำบัดเพื่อเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ตำบลกู่สันตรัตน์ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2560-มกราคม 2561

1.2 สัมภาษณ์ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในพื้นที่ตำบลกู่สันตรัตน์ ด้วยเครื่องมือแบบประเมิน ASSIST ได้ผลการประเมิน คะแนน 11-26 เป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลางและคะแนน >26 กลุ่มเสี่ยงสูง

1.3 สัมภาษณ์โดยใช้แบบคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราตามแบบประเมิน AUDIT โดยพยาบาลคลินิกแสงเทียนเป็นผู้ประเมิน ผู้ที่จะเข้าร่วมในโปรแกรมสติบำบัดจะต้องเป็นผู้เสพ (ผู้ดื่มแบบอันตราย:Harmful use คะแนน 16-19) หรือ ผู้ติด (ผู้ดื่มแบบติด:Alcohol dependence คะแนน >20)

1.4 วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิเคราะห์ที่สถานการณ์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ต่อผู้เกี่ยวข้อง และระดมสมองวางแผนแก้ไขปัญหาและร่วมกันศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดื่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอนาดูน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติ่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอขนาดุนมีขั้นตอนดังนี้

2.1 สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติ่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอขนาดุน ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล จากโรงพยาบาลขนาดุน จำนวน 5 คน

2.2 ประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อจัดทำแผน (P=Plan) และปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline : CPG) ในการดำเนินงานและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติ่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอขนาดุน ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. จำนวน 87 คน ใช้ระยะเวลา 1 วัน

2.3 นำแผนในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติ่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอขนาดุน มาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและวิธีดำเนินการของโครงการ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และประชุมร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญจากกรมสุขภาพจิต และคณะผู้วิจัยเพื่อกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางในการอบรมพัฒนาภาคีเครือข่าย และรูปแบบการทำกลุ่มโดยใช้รูปแบบสติบำบัด 8 ขั้นตอน พร้อมกับกำหนดวิธีดำเนินการและกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ กำหนดคณะทำงาน วิธีการอบรม กิจกรรม และเนื้อหาของการอบรม

ระยะที่ 3 ระยะปฏิบัติใช้รูปแบบการดูแลผู้ติ่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอขนาดุน

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลขนาดุน ผู้วิจัยได้ปฏิบัติการรูปแบบการดูแลผู้ติ่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอขนาดุน (A=Action) ซึ่งประกอบด้วย การอบรมพัฒนาภาคีเครือข่าย ในหัวข้อความรู้เรื่องโทษพิษภัยจากสุราให้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. จำนวน 87 คน การจัดทำกลุ่มให้แก่ผู้บำบัดเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้รูปแบบสติบำบัด 8 ขั้นตอน⁽¹²⁾ (S1) สมาธิ (S2) สติ (S3) สติความรู้สึกปล่อยวาง (S4) สติความคิดปล่อยวาง (S5) ไคร่ครวญ

สัมพันธ์ภาพ (S6) สติสื่อสาร (S7) สติเมตตา (S8) จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 1 สัปดาห์ ติดตามประเมินผล 3 เดือน และ 6 เดือน จำนวน 25 คน ผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่วันที่ 31 กรกฎาคม 2560 ถึง 2 มกราคม 2561 โดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ดำเนินการในโครงการ

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติ่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอขนาดุนรายละเอียด ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องโทษพิษภัยจากสุรา (O=Observe) แก่ผู้อบรม บุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม.

4.2 ผู้วิจัยสอบถามความพึงพอใจ (O=Observe) ของญาติผู้บำบัดเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติ่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอขนาดุน

4.3 ผู้วิจัยสนทนากลุ่ม (O=Observe) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4.4 ทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมพัฒนาร่วมกันสรุป อภิปรายผล และถอดบทเรียนที่ได้รับ (R=Reflection) เพื่อประเมินผลการดำเนินการและแนวความคิดเห็นในการใช้ รูปแบบการดูแลผู้ติ่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอขนาดุน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมาได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้ดูแลคลินิกแสงเทียน 1 ท่าน พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบประเมินความรู้เรื่องโทษพิษภัย จากสุราปรับปรุงจากสถาบันธัญญารักษ์ขอนแก่น แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยจากสุรา ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ แบบทดสอบเป็นลักษณะเลือกตอบถูก ผิด ตัวเลือกโดยให้กา ทับข้อที่ตรงกับความเป็นจริงตามความคิดเห็นของ ท่านมากที่สุด คะแนนเต็ม 20 คะแนน ผู้ได้คะแนน ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยจากสุรา หมายถึงมีความ รู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยจากสุราได้ถูกต้อง

2. แบบประเมิน ASSIST: Alcohol, Smoking & Substance Involvement Screening Test เป็นแบบประเมินมีจำนวน 6 ข้อ แผลผลได้ คะแนน 11-26 เป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลาง และ คะแนน >26 กลุ่มเสี่ยงสูง

3. แบบประเมิน AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test โดยแบบประเมิน มีทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งแผลผลได้ดังนี้ ผู้ดื่มแบบอันตราย: Harmful use คะแนน 16-19 หรือ ผู้ดื่มแบบติด: Alcohol dependence คะแนน >20

4. แบบประเมินความพึงพอใจของญาติ ผู้บำบัดเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ดื่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอ นาคุณ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยข้อ คำถามจำนวน 16 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความพึงพอใจ ในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง มีความพึงพอใจ ในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

5. แบบสนทนากลุ่ม โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพ ชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีจำนวน 26 ข้อ เพื่อวัดผล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนาคุณ เลขที่ A01/2017 ลงวันที่ 14 สิงหาคม 2560 คณะผู้วิจัยได้ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจง กับกลุ่มตัวอย่าง ว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัคร ใจจะให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ ตัดสินใจด้วยตนเอง และ ให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้ง ให้ทราบว่าเมื่อร่วมเข้า โครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่ม ตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัย สามารถกระทำ ได้ตลอดเวลา โดยไม่มี ผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และในการ รวบรวมข้อมูล จะไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทาง วิชาการ เท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพ รวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา พบประเด็นดังนี้ ในตำบลกู่สันตรัตน์ มีประชากรประมาณ 3,873 คน จากการสำรวจประชากรด้วยแบบประเมิน ASSIST พบว่ามีประชากรที่ดื่มสุรา 312 ราย เป็นผู้ติด 18 ราย หมูบ้านเป่าหมายบ้านกุโนนเมือง มีประชากร ที่เป็นผู้เสพ 37 ราย ผู้ติด 5 ราย คิดเป็นประมาณ ร้อยละ 11 ของประชากรกลุ่มเป้าหมายของตำบล นำมาประเมินด้วยแบบประเมิน AUDIT พบผู้ป่วย สุรา 25 ราย เป็นผู้ป่วยสุราดื่มแบบติดจำนวน 20 ราย ดื่มแบบเสี่ยงจำนวน 5 ราย และพบว่าผู้ที่ติดสุรา

ในตำบลกู่สันตรัตน์ อาศัยอยู่ที่หมู่บ้านบ้านภูโนนเมือง ส่วนมากไม่มีอาชีพที่มั่นคง มีปัญหาทะเลาะวิวาท ในชุมชนก่อความรำคาญในชุมชน หลายคนที่ได้รับการบำบัดจากโรงพยาบาลของรัฐหลายครั้งแต่ยังกลับมาตี้มเช่นเคย เป็นภาระและไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมซึ่งในชุมชนที่เป็นปัญหายังไม่มีรูปแบบการดูแลในชุมชน ไม่มีการเชื่อมโยงของชุมชนและการบำบัดในคลินิกแสงเทียนของโรงพยาบาลนาคน

จากการวัดความรู้เรื่องโทษและพิษภัยจากสุราในชุมชน พบว่า ผู้ป่วย อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ดูแล ร้อยละ 80 ยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเรื่องโทษและพิษภัยจากสุรา

ระยะที่ 2 ระยะนี้ได้มีการนำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นดังนี้

1. สร้างทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดื่มสุรา โดยภาคีเครือข่ายอำเภอนาคน ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล จากโรงพยาบาลนาคน จำนวน 5 คน

2. จัดประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อจัดทำแผนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline:CPG) ในการดำเนินงานและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดื่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอนาคน ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. จำนวน 87 คน ใช้ระยะเวลา 1 วัน โดย CPG ที่ได้มีขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยในการบำบัดผู้ป่วยสุรากับสติบำบัด 8 ขั้นตอน⁽¹²⁾ มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 จัดการกับความว้าวุ่นใจ (การฝึกสมาธิ=(S1) สมาธิ)

ครั้งที่ 2 ดำเนินชีวิตด้วยความสงบ (การฝึกสติในชีวิตประจำวัน=(S2) สติ)

ครั้งที่ 3 รู้จักปล่อยวางอารมณ์ (การฝึก Body Scan=(S3) สติความรู้สึกปล่อยวาง)

ครั้งที่ 4 รู้ทันกับความคิดและปล่อยวาง (การฝึกปล่อยวางความคิด=(S4) สติความคิดปล่อยวาง)

ครั้งที่ 5 ทบทวนสัมพันธภาพใหม่ (การปล่อยวางความคิดลบและช่วยให้มองเห็นความเป็นจริงด้านบวก

ของสัมพันธภาพ=(S5) ใคร่ครวญสัมพันธภาพ)

ครั้งที่ 6 ปรับการสื่อสารให้ดี (การฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีสติ=(S6) สติสื่อสาร)

ครั้งที่ 7 เมตตาและให้อภัย (การฝึกการแผ่เมตตา=(S7) สติเมตตา)

ครั้งที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า (การวางแผนการปรับตัวในระยะยาว=(S8) ใช้สติสมาธิในวิถีชีวิต)

ระยะที่ 3 ระยะปฏิบัติใช้รูปแบบการดูแลผู้ดื่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอนาคน

1. มีการพัฒนาภาคีเครือข่าย จัดอบรมในหัวข้อความรู้เรื่องโทษพิษภัยจากสุราให้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. หลังจัดอบรมให้ความรู้ บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ผู้ป่วย ผู้ดูแล มีความรู้เพิ่มขึ้น

2. โรงพยาบาล ได้จัดทำ CPG ในการดูแลผู้ป่วยในการบำบัดผู้ป่วยสุรากับสติบำบัด 8 ขั้นตอน (S1) สมาธิ (S2) สติ (S3) สติความรู้สึกปล่อยวาง (S4) สติความคิดปล่อยวาง (S5) ใคร่ครวญสัมพันธภาพ (S6) สติสื่อสาร (S7) สติเมตตา (S8) ใช้สติสมาธิในวิถีชีวิต ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล รพ.สต. และชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพช. ผู้นำชุมชน เครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยสุรา ทั้งค้นหา เสริมพลัง เยี่ยมติดตาม ควบคุมกำกับอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง พร้อมทั้งร้านค้าในชุมชนร่วมกันไม่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้บำบัด เทศบาล สนับสนุนงบประมาณดำเนินการในส่วนของการเดินทางมาบำบัดสติบำบัดและติดตามผล

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดื่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอนาคน รายละเอียด ดังนี้

1. แบบประเมินความรู้เรื่องโทษพิษภัยจากสุราปรับปรุงจากสถาบันธัญญารักษ์ขอนแก่น แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยจากสุราคะแนนเต็ม 20 คะแนน ก่อนให้ความรู้คะแนนสูงสุด 15 คะแนน ต่ำสุด 6 คะแนน เฉลี่ย 9 คะแนน หลังให้ความรู้ คะแนนสูงสุด 18 คะแนน ต่ำสุด 11 คะแนน เฉลี่ย 14.7 คะแนน

2. ผลการใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ค่าเฉลี่ยภาพรวมคุณภาพชีวิตก่อนบำบัด 74.7 คะแนน (คุณภาพชีวิตปานกลาง) หลังบำบัด 109 คะแนน (คุณภาพชีวิตดี) ด้านร่างกายหลังบำบัด 22.2 คะแนน (คุณภาพชีวิตปานกลาง) หลังบำบัด 29.3 คะแนน (คุณภาพชีวิตดี) ด้านจิตใจก่อนบำบัด 14.5 คะแนน (คุณภาพชีวิตไม่ดี) หลังบำบัด 25.8 คะแนน (คุณภาพชีวิตดี) ด้านสังคมก่อนบำบัด 9.8 คะแนน (คุณภาพชีวิตปานกลาง) หลังบำบัด 12.7 คะแนน (คุณภาพชีวิตดี) ด้านสิ่งแวดล้อมก่อนบำบัด 22.5 คะแนน (คุณภาพชีวิตปานกลาง) หลังบำบัด 32.7 คะแนน (คุณภาพชีวิตดี)

3. ประเมินความพึงพอใจของญาติผู้บำบัดเล็ก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดื่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภออุดู ระดับมากที่สุด ร้อยละ 88

4. ผู้ที่เข้ารับบำบัดเล็กดื่มสุราหลังติดตาม 6 เดือน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88 อีก 3 รายดื่มลดลง คิดเป็นร้อยละ 12 อยู่ในระบบบำบัด ครบร้อยละ 100

5. ผลการดำเนินการคลินิกแสงเทียนมีผู้เข้ารับการบำบัดมากขึ้นจากการดำเนินการในภาคชุมชนที่เข้มแข็งมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบผลการทำงาน 3 ปีย้อนหลัง พบว่า มีผู้มาบำบัดเพิ่มมากขึ้นทุกปี และเลิกดื่มได้ ร้อยละ 88 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการดำเนินการคลินิกแสงเทียน (ในส่วนของกรบำบัดสุรา) เปรียบเทียบย้อนหลัง 3 ปี

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้บำบัด (ราย)	Drop out (ร้อยละ)	กลับมาดื่ม (ร้อยละ)	เลิกดื่มได้ (ร้อยละ)
2557	8	37.5	37.5	25
2558	16	25	50	25
2559	22	27.3	54.5	18.2
2560	40	0	12	88

4. ได้ร่วมกันถอดบทเรียนร่วมกัน พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนี้

4.1 ผู้ที่เข้ารับการบำบัดมีอาชีพที่มั่นคง 24 คน คิดเป็น 96% ยกตัวอย่างผู้เข้าบำบัดเคยสานไซ (อุปกรณ์จับสัตว์น้ำ) ทำขายได้วันละ 1-2 อัน หลังเลิกดื่มสุราทำไซขายได้วันละ 10 อัน และนำพาผู้เข้าร่วมบำบัดคนอื่นสานไซ สร้างรายได้ด้วย คนในชุมชนเกิดความยอมรับนับถือ เป็นคนหัวใจหิน เป็นตัวอย่างในสังคมในเวทีของอำเภอและของชุมชน

4.2 มีสุขภาพแข็งแรงขึ้น ยกตัวอย่างผู้เข้ารับการบำบัดท่านหนึ่งจากที่กินเหล้าแล้วชกมารักษาที่ รพ. บ่อยๆ หลังจากเลิกสุราไม่มีอาการชกอีกเลย และยังอาสาพาผู้ป่วยมารักษาที่ รพ.

4.3 ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย มีกระบวนการมีเครือข่าย เกิด model “รักษีวิต รักษสุขภาพ” โดยชุมชนดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งส่วนของการควบคุม ป้องกัน รักษา พิ้นฟู (สร้างอาชีพ ความมั่นคง) ในทุกภาคส่วนของอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านโดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.3.1 ภาคส่งเสริม มีหน้าที่รณรงค์ สร้างความตระหนัก ประกอบไปด้วย

- องค์กรภายนอกอำเภอ ประกอบด้วยการสุขภาพจิตช่วยในการจัดหาโปรแกรมสติบำบัด การรณรงค์ช่วงดเหล้าเข้าพรรษา เครือข่ายองค์กรงดเหล้าและ สสส. ช่วยสนับสนุนกิจกรรมและงบประมาณให้เกิดความต่อเนื่องในการทำงานในพื้นที่

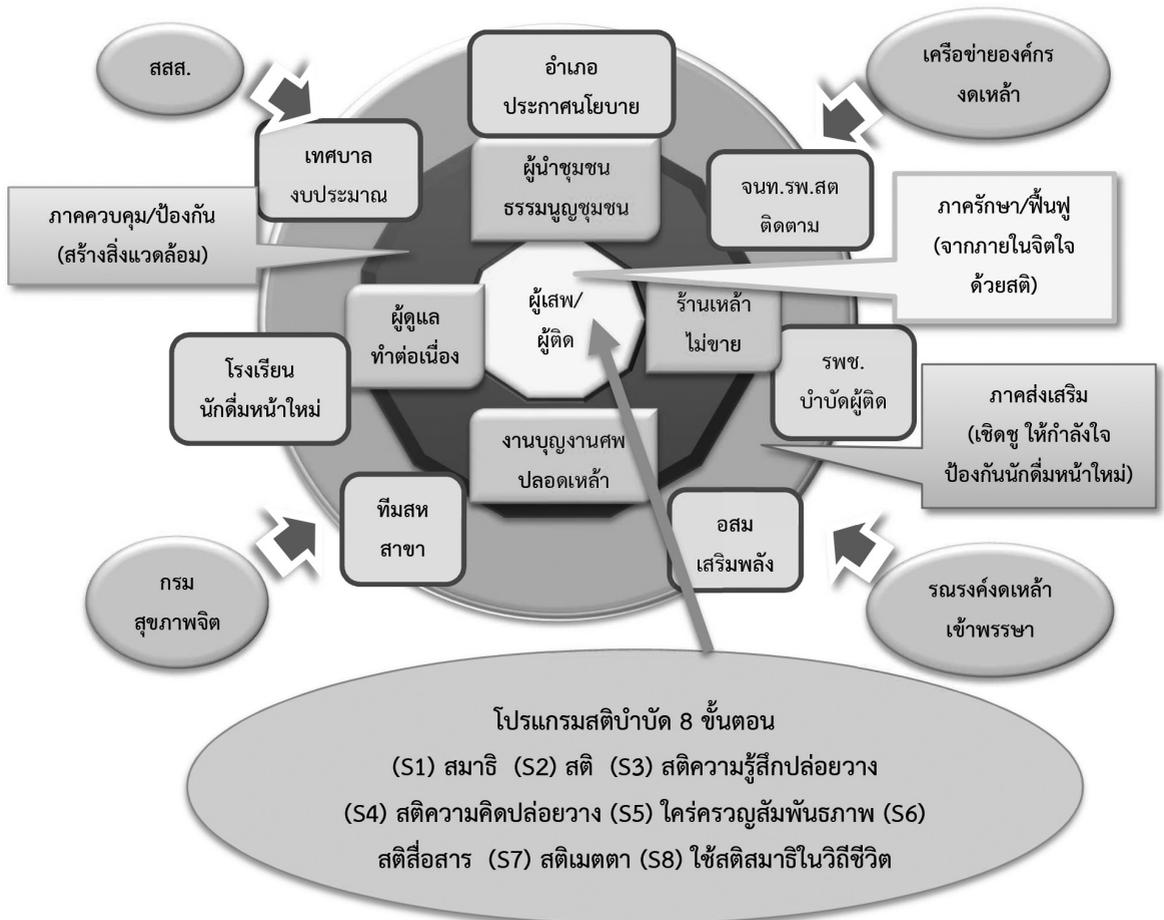
- องค์กรภายในอำเภอ ตั้งแต่ส่วนของอำเภอ นายอำเภอประกาศนโยบายทั้งอำเภอ ผู้นำชุมชน ตอปรับนโยบายนายอำเภอ โรงเรียนป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ รพช. รพ.สต. ช่วยในส่วนของการคัดกรอง ประเมินสถานการณ์ความรุนแรงของชุมชน

4.3.2 ภาคควบคุม/ป้องกัน มีหน้าที่จัดสิ่งแวดล้อมของผู้เข้าบำบัด ฝ้าติดตามเป็นหูเป็นตา คอยช่วยเหลือในการบำบัด ประกอบไปด้วยส่วนของผู้นำชุมชนทำการประชาสัมพันธ์และออกมาตรการ ชุมชนให้ร้านค้าห้ามขายเหล้ากับผู้รับการบำบัด และปฏิบัติตาม พ.ร.บ. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกาศเป็นธรรมนูญชุมชนให้มีงานบุญงานศพปลอดเหล้า

ผู้ดูแลติดตามในการทำสติบำบัดให้ครบทั้ง 8 ขั้นตอน เกิดเครือข่ายงดเหล้าในชุมชน

4.3.3 ภาครักษา/ฟื้นฟู มีหน้าที่รักษาและป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำพร้อมกับสร้างคุณค่า เป็นการรักษาจากภายในจิตใจ ต่างจากการรักษาด้วยวิธีอื่นที่เป็นการลดปัจจัยภายนอกเป็นหลัก การใช้สติเป็นการลดปัจจัยภายในดับความคิดก่อนที่จะเกิดอารมณ์ความอยากความต้องการ ส่วนของ รพช. แพทย์และพยาบาลจะทำการประเมินสภาวะการติดเหล้าและให้ยา detoxification ในรายที่จำเป็น และป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำด้วยโปรแกรมสติบำบัด 8 ขั้นตอน ดังแสดงในภาพที่ 2

รูปภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุราโดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย “รักษีวิต รักษีสุภาพ”



วิจารณ์

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุรา โดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายอำเภอนาควน โดยใช้โมเดล “รักษีวิต รักษสุขภาพ” เป็นฐานในการดูแลผู้ป่วย ทำให้การรักษาผู้ป่วยสุรา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู อย่างเป็นระบบและยั่งยืน เจ้าหน้าที่ รพสต. ผู้ดูแล เพื่อนบ้าน จิตอาสา ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทั้งในเรื่องประสานงาน ติดตามผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้ได้เข้ารับบำบัดครบร้อยละ 100 จากเดิมที่รักษาแบบตั้งรับและกลับมาเป็นซ้ำอีกปัญหาไม่จบสิ้นและไม่เกิดความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยถึงครอบครัวและชุมชน

2. นายอำเภอ ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลให้การสนับสนุนในทิศทางเดียวกัน ส่วนของภาคประชาชน สสส. องค์กรงดเหล้าของจังหวัดมหาสารคาม มีกิจกรรมและทุนสนับสนุนในการทำกิจกรรมต่อเนื่อง ทำให้มีเวทีของผู้ที่รับการบำบัดได้รับการชื่นชมและเสริมพลังใจอย่างต่อเนื่อง

3. ประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยสติบำบัด 8 ขั้นตอนในการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bevan และ Kobat-Zinn^(8,9) “สติบำบัด” (mindfulness treatment) เป็นรูปแบบการบำบัดซึ่งมีประสิทธิภาพที่ส่งผลให้ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ที่อยู่ในระยะบำบัดด้วยยา มีความรู้สึกอยากดื่ม แอลกอฮอล์ลดลง และมีความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์ลดลง

4. ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการเข้าร่วมบำบัดเห็นความสำคัญต้องการอยากเลิกดื่มสุราอย่างตั้งใจ มีกำลังใจจากครอบครัวและชุมชน ไม่ตีตรา เป็นตัวอย่างที่ดีเป็นที่ยอมรับของชุมชน เกิดการสร้างรายได้และสร้างประโยชน์ให้กับชุมชน จากเดิมรักษาแล้วกลับไปสู่ปัญหาเดิมๆ คนในชุมชนไม่เชื่อมั่นไม่ได้ให้โอกาสก็กลับมาดื่มซ้ำอีก

5. กรมสุขภาพจิตเอื้อเฟื้อผู้เชี่ยวชาญการทำสติบำบัด ทำให้ได้รับการบำบัดอย่างเต็มที่และได้มาตรฐาน ส่งผลถึงประสิทธิภาพของการทำสติบำบัดได้ผลอย่างเต็มที่ของโปรแกรม

6. การศึกษานี้เป็นต้นแบบของการศึกษาเพียงชุมชนเดียว อาจจะใช้ไม่ได้กับในชุมชนอื่นๆ ต้องมีการพัฒนาและขยายพื้นที่ในชุมชนและตำบลอื่นๆ

สรุป

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดื่มสุราโดยภาคีเครือข่ายอำเภอนาควน ในรูปแบบ “รักษีวิต รักษสุขภาพ” โดยชุมชนเป็นฐานการดูแลผู้ป่วย จากที่แต่เดิมทำการบำบัดแบบตั้งรับอยู่ที่โรงพยาบาล ทำให้การแก้ปัญหาสุราทั้งส่วนของการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู โดยเป็นการแก้ปัญหาที่ต้นตอของปัญหาคือจิตใจ ครอบครัว ชุมชน สังคม ในส่วนของสติบำบัดแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจ เพิ่มความเข้มแข็งพร้อมทั้งการจัดการปัญหา ลดความรู้สึกและความคิดด้านลบแบบอัตโนมัติ สร้างกระบวนการความคิดใหม่ที่เหมาะสมให้กับผู้ที่มาบำบัด ครอบครัว ชุมชน สังคมร่วมมือร่วมใจในการช่วยเสริมพลังบวก ปกป้องพลังด้านลบและป้องกันการเข้าถึงของสุรา “ชวน ช่วย ชม เชียร์” ไม่ว่าจะเป็งานบุญ งานศพลดเหล้า ร้านค้าสีขาว กำลังใจจากคนหัวใจหิน คนหัวใจเพชร และองค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็ สสส. สศค. บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล ส่วนราชการร่วมมือร่วมแรงร่วมใจ ส่งผลให้ผู้ที่มาเข้ารับบำบัดบำบัดสำเร็จร้อยละ 88 กลับมาดื่มซ้ำเพียงร้อยละ 12 ซึ่งมีปริมาณการดื่มน้อยลง ไม่มีการออกจากการบำบัดก่อนครบกำหนด หลังจากบำบัดก็มีรายได้มากขึ้น มีความสุขมากขึ้น เกิดกลุ่มสติบำบัดช่วยเหลือกันในด้านส่งเสริมอาชีพ ถือเป็นการคืนคนดีสู่สังคม โดยสังคม และเพื่อสังคมสามารถพัฒนานำไปขยายผลต่อในชุมชนอื่นๆ ต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต เอื้อเพื่อโปรแกรมสติบำบัด ทีมวิทยากรจากกรมสุขภาพจิตทุกท่าน สำนักงานกองทุน

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนเงินทุนในการศึกษาวิจัย เครือข่ายองค์กรงดเหล้า จังหวัดมหาสารคาม นายแพทย์มาธิชญา พิทักษ์ธรรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาคู

เอกสารอ้างอิง

1. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. J Ment Health Thai 2017; 25:1-19.
2. National Statistical Office. The survey on smoking behavior and alcohol consumption in the population 2014. Bangkok:The Office; 2015.
3. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Chaikledkaew U, Lertpitakpong C, Yothasamut J, Thitiboonsuwan K, et al. A study on costs of social, health and economics of alcohol consumption in Thailand. Bangkok:Health Intervention and Technology Assessment Program; 2008.
4. Finney JW. Assessing treatment and treatment process. In:Allen JP, Wilson VB, editors. Assessing alcohol problems. California:Department of Veterans Affairs and Stanford University Medical Center; 2003; p.189-218.
5. Jittichairoj K. The study of alcoholic rehabilitation program. Conference of the Ministry of Public Health for the 12th; 2004 Aug 24-27; Royal Phuket City Hotel, Phuket. Khon Kaen: KhonKaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2004. p.246.
6. Moolsart J. Alcohol treatment guidelines: experience in Sapphasitthiprasong Hospital. Documents for the 1st symposium of alcoholics. Ubon Ratchatani: Sapphasitthiprasong Hospital; 2005.
7. Skinner MD, Aubin J. Craving's place in addiction theory: Contribution of the major models. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2010;34:606-23.
8. Bevan E. The effect of mindfulness training on drug craving is moderated by level of negative affect. A Doctoral project in Clinical Psychology: Marywood University; 2010.
9. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Dell; 1990.
10. Marlatt G, Witkiewitz K, Dillworth T. Vipassana meditation as a treatment for alcohol and drug use disorders. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. NY: Guilford Press; 2004.
11. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria:Deakin University press; 1990.
12. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. คู่มือสติบำบัด [Mindfulness-Based Therapy and Counseling (MBTC) Manual]; 2559.