

ผลของโปรแกรมไถ่บ้านไถ่ใจต่อการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีภาวะถอนพิษสุรา ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโสธร

สุปรานี พลไชย พย.บ.*

บทคัดย่อ

ภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยโรคติดเชื้อ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดและจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยมีโอกาสกลับไปดื่มสุราซ้ำและกลับมาโรงพยาบาลด้วยภาวะถอนพิษสุรา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมไถ่บ้านไถ่ใจต่อพฤติกรรมและปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีภาวะถอนพิษสุราในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลโสธร ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม โดยวัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีภาวะถอนพิษสุราโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 14 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 10 สิงหาคม 2562 - 30 มีนาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบประเมินอาการขาดสุรา แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา และแบบติดตามผู้ป่วยติดสุรา ใน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ จำนวน 5 ครั้ง ติดตามผลใน 3 เดือนและ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมโดยวัดผลก่อนและหลังทดลอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มากจึงทดสอบทางสถิติแบบไม่ใช้พารามิเตอร์ โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่มสุราก่อนและหลังใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลองด้วย Wilcoxon signed-rank test ส่วนการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Mann-Whitney U test ผลการวิจัย พบว่าหลังได้รับการบำบัดตามโปรแกรม 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน กลุ่มทดลองทั้ง 14 คนสามารถหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้นเป็น 7 คน 8 คน และ 9 คน และไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำได้ จำนวน 7 คน 5 คน และ 3 คน ตามลำดับ และลดปริมาณการดื่มได้จากค่าเฉลี่ย 99.28 ครั้งต่อสัปดาห์ เหลือ 38.50 และ 7.5 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งผลการทดสอบทางสถิติก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน การวิจัยในครั้งนี้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการลดการดื่มสุราของผู้ติดสุราได้ด้วยความร่วมมือในการดูแลจากครอบครัวและชุมชน ดังนั้นจึงควรมีการนำโปรแกรมบำบัดนี้ไปประยุกต์ใช้ในสถานบริการอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อ การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ภาวะถอนพิษสุรา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโสธร

Corresponding e-mail: Ning_n70@hotmail.com.

วันที่รับ (received) 4 ม.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 เม.ย. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 เม.ย. 2564

Effects of the Klaibann Klaijai Program on the Care of Patients with Alcohol Dependence with Alcohol Withdrawal in a Psychiatric Clinic at Yasothon Hospital

Supranee Polchai B.N.S*

Abstract

Alcohol-dependent patients who have experienced alcohol withdrawal syndrome are more likely to relapse after treatment and discharge from hospitals. To study the effect of a Klaibann Klaijai (close to home, Close to heart) Program on the behavior and consumption of alcohol among dependence patients who experienced alcohol withdrawal while being treated in the psychiatric clinics of Yasothon Hospital. This research was quasi-experimental with a two-group, pretest-posttest design conducted from 1 November 2017 to 30 September 2018. The sample consisted of 28 alcohol withdrawal patients. They were divided into an experimental group and a control group with 14 persons in each group. The evaluation tools included the Alcoholic Withdrawal Scale and the Alcohol Dependency Assessment (AUDIT) questionnaires in 3 aspects, nine components, five sessions with a 3-month and 6-month follow-up. The data were analyzed using non-parametric statistics, Wilcoxon signed-rank tests, and Mann-Whitney U tests. The results found after receiving 1-months, 3-months, and 6-months of program therapy, more members of the experimental group could stop drinking alcohol, increased from 7 to 8 and 9 persons, and did not return to drinking alcohol again, 7, 5, and 3, respectively, compared to the control group. The experimental group reduced the amount of alcohol intake from 99.28 to 7.5 drinks per week. The results of the pre and posttest comparison between the experimental and control groups showed that the experimental group had a statistically significant difference at 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) in their outcomes. Thus, it is concluded that this program could help effect behavior changes in alcohol dependency patients. Therefore, it should be implemented, or modified to be included, in health care services.

Keywords: alcohol dependence, caring for patients with alcohol dependence, alcohol withdrawal

* Registered nurse, Yasothon Hospital

Corresponding e-mail : Ning_n70@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใช้สุราเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก ก่อให้เกิดอันตรายที่เกิดจากการดื่มสุราในปริมาณมากและดื่มต่อเนื่องยาวนานจนเป็นโรคติดสุรา ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหากับผู้ป่วย ทั้งเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวและสังคม¹ ปัญหาสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุรา ได้แก่ กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา (Alcohol withdrawal syndrome) เกิดขึ้นในผู้ที่หยุดดื่มหรือลดการดื่มสุราลงกระทันหัน จะมีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง² บางรายอาการรุนแรงจนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยโรคติดสุราจะมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำสูง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลเชิงรุกในชุมชนที่เน้นการช่วยให้ผู้ติดสุราสามารถลด ละ การดื่มสุรา หรือเลิกการดื่มสุราได้อย่างยั่งยืน¹

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีการพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลและจัดการปัญหาผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราที่ประสบผลสำเร็จ ได้แก่ โปรแกรมกลับบ้านสบายใจ ซึ่งเป็นโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดสุราโดยการติดตามดูแลที่บ้าน 5 ครั้ง 5 สัปดาห์ และติดตามอีก 3 เดือน 6 เดือน ใน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ³ พบว่า ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำ⁴ ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหยุดดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช⁵ พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีปริมาณการบริโภคสุราร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวลดลงและมีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวมากกว่ากลุ่มผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาคือควรมีแนวทางการบำบัดผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชโดยให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดการบริโภคสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ว่า ครอบครัวและชุมชนมีส่วนสำคัญในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลโยธธ ซึ่ง เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัด มีการรายงานสถิติของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลโยธธ ระหว่างปีงบประมาณ 2557 2558 และ 2559 พบว่า มีผู้ป่วยโรคติดสุรา จำนวน 36 54 และ 58 คน ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อคน 3 วัน ขณะผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า มีภาวะถอนพิษสุรา ได้แก่ เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และบางรายมีอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรงจนต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชถึงร้อยละ 43-45⁶ และที่ผ่านมาโรงพยาบาลโยธธยังไม่มีแนวทาง การดำเนินงานเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าวที่ชัดเจน โดยพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราที่มีประสิทธิภาพค่อนข้างต่ำ หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้จากโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ ญาติของผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ตลอดจนขาดการสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิดและชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแล⁶ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมกลับบ้านสบายใจ ที่พัฒนามาจากโปรแกรมกลับบ้านสบายใจ ของ หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ³ ซึ่งเป็นโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดสุรา³ มาปรับใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราของโรงพยาบาลโยธธ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติดสุราและป้องกันการกลับไปดื่มสุราหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วย โดยการติดตามดูแลเชิงรุกที่บ้านและให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

ในการติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลับบ้านใกล้ใจต่อพฤติกรรมและปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโสธร

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้ นำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดสุรา³ มาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลโสธร ประกอบด้วยลักษณะงาน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ใช้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม โดยการวัดก่อนและหลังการทดลอง (A two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะถอนพิษจากสุราและเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลโสธร ซึ่งมีทั้งสิ้น 28 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะถอนพิษจากสุราและเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลโสธร ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 61 – 30 กันยายน พ.ศ. 2562 จำนวน 28 ราย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. มีอายุอยู่ในช่วง 20-60 ปี
2. เป็นผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราและที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 (ICD-10)
3. สามารถสื่อสารกับผู้บำบัดเข้าใจ เข้าใจภาษาไทย และอ่านออก เขียนได้
4. มีอาการทางจิตสงบ ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
5. มีการรับรู้ในเกณฑ์ปกติ สามารถรับรู้วันเวลา สถานที่ บุคคล และไม่มีความรุนแรงของภาวะความบกพร่องในเรื่องความคิด ความจำและเซวาร์ปัญญา
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งมีผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 14 คน ด้วยการจับสลากอย่างง่าย (Simple random sampling)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ YST 2019-213 ก่อนดำเนินโครงการวิจัย ผู้วิจัยมีการอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากผลการศึกษาต่อส่วนรวม ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาโดยไม่มีการบังคับใดๆ และไม่มีผลต่อการรักษา ชี้แจงให้ทราบการเก็บข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับในระหว่างการเข้าร่วมในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่สบายใจในการเข้ากลุ่มสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาหากต้องการ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงให้อาสาสมัครเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมใกล้บ้านสมานใจที่พัฒนาโดย หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ³ ที่เป็นการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราเชิงรุกในชุมชนซึ่งเป็นการบำบัดที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก ซึ่งพัฒนาโดย หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ³ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของการบำบัดดูแลในเชิงรุกในชุมชน (Assertive Community Treatment: PACT) ของ Stein & Santos (1998)⁷ ซึ่งประกอบด้วยลักษณะงาน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ ดังแสดงรายละเอียดในหัวข้อของกรอบแนวคิดการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือแบบประเมินอาการของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal scale, AWS score) แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์⁸ ที่มีระดับความเชื่อมั่น (Reliability) ได้เท่ากับ 0.87 โดยนับเป็นผู้ป่วยเฉพาะราย แบ่งคะแนน AWS score เป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะถอนพิษ สุราระดับน้อย 5-9 คะแนน หมายถึง มีภาวะถอนพิษ สุราระดับปานกลาง 10-14 คะแนน หมายถึง มีภาวะถอนพิษ สุราระดับรุนแรง 15 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง มีภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรงมาก

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) ซึ่งองค์การอนามัยโลกเป็นผู้พัฒนาแบบประเมินนี้ขึ้น⁹ โดยประเมินระดับปัญหาของการดื่มสุราลักษณะ มาตราประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ การตอบคำถาม โดยผู้ศึกษา 42 คน ได้ปรับเกี่ยวกับการใช้เวลา 1 เดือนในข้อคำถามให้เป็นไปตามช่วงเวลาที่ทำการศึกษา มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่เคยเลย 0 คะแนน เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า 1 คะแนน 2-4 ครั้งต่อเดือน 2 คะแนน 2-3 ครั้งต่อ สัปดาห์ 3 คะแนน 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์หรือมากกว่า 4 คะแนน การแปลผลคะแนนที่รวมได้ แบ่งระดับ คะแนนออกเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ 8-15 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง 16-19 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบอันตราย 20-40 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบติดหรือควรจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการวางแผนการบำบัดรักษา ต่อไป

2.3 แบบติดตามผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราตามโปรแกรมใกล้บ้านใกล้ใจ ซึ่งเป็นการดูแล ผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนใน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ 5 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้อง

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และข้อเสนอแนะที่มีต่อ รูปแบบการบำบัดดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีการตรวจสอบและวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไป 1 คน และจิตแพทย์ ที่ทำงานใน โรงพยาบาลจิตเวช 1 คน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน โดยพิจารณาจากค่าดัชนี ความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำมา ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง โดยแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (IOC) = 0.78 และทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันในพื้นที่ใกล้เคียง ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้เท่ากับ 0.89

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยหลัก เป็นพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชและมีความเชี่ยวชาญ เฉพาะด้านการบำบัดผู้ป่วยโรคติดสุรา รวมถึงมีประสบการณ์ในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราในชุมชน จึง มีความพร้อมในการทำการวิจัยที่มีลักษณะงานเชิงรุกถึงชุมชน ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการออกติดตามดูแลผู้ป่วย โรคติดสุราในชุมชนตามโปรแกรมโดยแบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนดำเนินการทดลองและ ขั้นตอนประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ดังนี้

1. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 เสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยโสธรเพื่อขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยและขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธรเพื่อดำเนินการวิจัย

1.2 การเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 2 คน ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช ที่มีประสบการณ์ด้านปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชไม่น้อยกว่า 5 ปี และผ่านการอบรม การใช้เครื่องมือในเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

1.3 นำกลุ่มตัวอย่างพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการเลือก นำเข้ากลุ่ม ให้ แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง บอกวันเวลา สถานที่ ที่จะดำเนินการทดลอง ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะ

ได้รับ และเมื่อผู้ป่วยเข้าใจตกลงยินดียินดีเข้าร่วมการทดลอง จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งเตรียมสถานที่เพื่อจัดกิจกรรม

2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยได้ใช้การดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราตามรูปแบบการดูแลรักษาปกติที่คลินิกจิตเวชร่วมกับโปรแกรมกลับบ้าน สมานใจของहरषा เศรษฐบุปผา และคณะ³ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน ใน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ 5 ครั้ง และติดตามอีก 3 เดือน 6 เดือน ดำเนินการดังนี้

2.1 ในการดูแลปกติที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลจะประกอบด้วย การซักประวัติและตรวจสุขภาพทั่วไป การให้ยามตามอาการ การให้คำปรึกษา ประเมินความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ (MORSE-Fall Scale) ประเมินข้อบ่งชี้ในการผูกมัด (Restraint Indication Assessment)

2.2 การดูแลผู้ป่วยติดสุราตามโปรแกรมกลับบ้าน ใกล้ใจ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน ใน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ 5 ครั้งและติดตามอีก 3 เดือน 6 เดือน ดังนี้

1) การประเมินก่อนการดำเนินการ จะประเมินประเมินอาการขาดสุรา (AWS) ประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT)

2) การออกเชิงรุกบำบัดในชุมชน ซึ่งการประเมิน 3 ด้าน คือ 1) การดูแลเรื่องการให้คำปรึกษา และการเข้ารับบริการสุขภาพ 2) การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการดำเนินชีวิตประจำวัน 3) การช่วยเหลือและสนับสนุนและประคับประคอง ประกอบด้วยเรื่องโอกาสในการทำงาน การช่วยเหลือเรื่องที่พ้ออาศัย และการจัดการค่าใช้จ่ายและให้ความช่วยเหลืออื่นๆตามความเหมาะสม

3) การติดตามดูแลที่บ้าน 5 ครั้ง 5 สัปดาห์ และติดตามอีก 3 เดือน 6 เดือน ใน 9 องค์ประกอบ ครั้งที่ 1 จะประเมินเรื่องที่อยู่อาศัยกับกิจวัตรประจำวัน กำจัดสิ่งที่ยั่วเยว เช่น ขวดสุรา ขวดเบียร์ เพื่อจะได้ไม่มีตัวกระตุ้น การทำกิจวัตรประจำวัน ครั้งที่ 2 การตรวจสอบปัญหาอื่นๆที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากการดื่มสุรา ครั้งที่ 3 ประเมินการดูแลสุขภาพกายและใจ ครั้งที่ 4 การประเมินเรื่องของงานกับเงิน ครั้งที่ 5 ประเมินปัญหาที่ยังไม่ได้แก้ไข

4) ในแต่ละครั้งที่เยี่ยมครอบครัวเน้นการการพูดคุยกับญาติ ผู้นำชุมชน บ้านใกล้เคียง (Involving a significant other) เพื่อให้ญาติ ผู้นำชุมชน และผู้ใกล้ชิด เห็นความสำคัญของการช่วยเหลือผู้ป่วยและส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือให้ลดหรือหยุดดื่มสุราได้สำเร็จ

3. ขั้นตอนประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ผู้วิจัยทำการประเมินผลในผู้ป่วยก่อนการบำบัด หลังสิ้นสุดการบำบัด และติดตามผล 5 ครั้ง และ 5 สัปดาห์ และติดตามอีก 3 เดือน 6 เดือน เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประเมินอาการทางจิต การติดตามผู้ป่วย มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราตามแบบประเมินอาการขาดสุรา (AWS) และแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT)

3.2 ประเมินปริมาณสุราที่ดื่ม โดยใช้แบบสอบถามปริมาณการดื่มสุรา (Time-line follows back) เพื่อประเมินเปรียบเทียบระหว่างก่อนการบำบัด และขณะติดตามผลในทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง

3.3 ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และข้อเสนอแนะที่มีต่อรูปแบบการบำบัดดังกล่าว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาเพื่อนำเสนอความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมการดื่มสุรตามแบบประเมินระดับการติดสุรา (AUDIT) ปริมาณสุราที่ดื่ม การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรม ด้วยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมานเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก จึงทดสอบทางสถิติแบบไม่ใช้พารามิเตอร์ (Nonparametric statistics) เพื่อการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่มสุราก่อนและหลังใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลองด้วย Wilcoxon signed-rank test ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-Square t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 14 คน ทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี สถานภาพสมรสได้ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด มีอาชีพรับจ้าง มีภาวะถอนพิษสุราทุกคน ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 14 คน ทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 21-30 ปี มีสถานภาพโสด ระดับการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง มีภาวะถอนพิษสุรา ร้อยละ 86.72 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราจำแนกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง (n=14)

ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	14	100.00	14	100.00
อายุ	21-30 ปี	6	42.85	5	35.71
	31-40 ปี	4	28.57	4	28.57
	41-50 ปี	2	14.28	3	21.42
	51-60 ปี	2	14.28	2	14.28
สถานภาพสมรส					
	โสด	7	50.00	8	57.14
	คู่	6	42.85	5	35.71
	หย่า	1	7.14	1	7.14
ระดับการศึกษา					
	ประถมศึกษา	7	50.00	10	71.42
	มัธยมศึกษาตอนต้น	4	28.57	3	21.42
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	21.42	1	14.28
อาชีพ					
	ว่างงาน	3	21.42	8	57.14

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รับจ้าง	7	50.00	4	28.57
เกษตรกรกรรม	4	28.57	2	14.28
การวินิจฉัยโรค				
มีภาวะถอนพิษสุรา	14	100.00	13	86.72
มีภาวะถอนพิษสุราและโรคจิตเภท	0	0.00	1	14.28

พฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง

วัดผลด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) จากการประเมินผลของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังได้รับการบำบัด 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้นเป็น 7 คน 8 คน และ 9 คน ตามลำดับ และสามารถไม่กลับไปดื่มสุราซ้ำ จำนวน 7 คน 5 คน และ 3 คน ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราได้เพียง 1 คน ในการติดตามช่วง 3 เดือนติดตามไม่ได้ 1 คน และการติดตาม 6 เดือน มีเพียง 1 คนเท่านั้นที่ไม่ดื่มสุราเนื่องจากมีปัญหาด้านสุขภาพ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการพฤติกรรมการดื่มสุราตามแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=14)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน
หยุดดื่ม	7 (50.00)	8 (57.14)	9 (64.28)	1 (7.14)	1 (7.14)	1 (7.14)
ดื่มซ้ำ	7 (50.00)	5 (35.71)	3 (21.42)	13 (92.85)	12 (85.71)	13 (21.42)
ติดตามไม่ได้	0 (50.00)	1 (7.14)	2 (14.28)	0 (0.00)	1 (7.14)	0 (0.00)

ปริมาณการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง

หลังติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน ในกลุ่มทดลองพบว่าก่อนการดำเนินงานตามโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของการดื่ม 99.28 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนหลังการดำเนินงานตามโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของการดื่ม 38.5 และ 7.5 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนการดำเนินงานตามโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของการดื่ม 97.50 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนหลังการดำเนินงานโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของการดื่ม 96.64 และ 96.78 ครั้งต่อสัปดาห์ รายละเอียดตามตาราง ที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราเป็นจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=14)

คนที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ปริมาณการดื่ม (จำนวนครั้งต่อสัปดาห์)ก่อนได้รับการบำบัด	ปริมาณการดื่ม (จำนวนครั้งต่อสัปดาห์) 3 เดือน	ปริมาณการดื่ม (จำนวนครั้งต่อสัปดาห์) 6 เดือน	ปริมาณการดื่ม (จำนวนครั้งต่อสัปดาห์)ก่อนบำบัด	ปริมาณการดื่ม (จำนวนครั้งต่อสัปดาห์) 3 เดือน	ปริมาณการดื่ม (จำนวนครั้งต่อสัปดาห์) 6 เดือน
1	75	31	0	86	85	87
2	125	56	0	110	111	122
3	125	52	0	112	113	110
4	75	27	0	85	84	80
5	75	28	0	86	85	84
6	125	47	0	120	123	121
7	65	26	25	5	6	0
8	125	48	30	125	121	120
9	125	46	0	124	123	125
10	75	30	25	85	84	80
11	75	31	0	95	93	98
12	75	28	-	96	94	90
13	125	45	-	115	113	100
14	125	44	30	120	118	112
ค่าเฉลี่ย	99.28	38.5	7.5	97.5	96.64	96.78

ผลการเปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุรา

ในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังได้รับการบำบัดตามโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน ผู้ป่วยลดปริมาณการดื่มได้จากค่าเฉลี่ย 99.28 ครั้งต่อสัปดาห์เหลือ 38.50 และ 7.85 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.000) ส่วนปริมาณการดื่มสุราของกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนดำเนินการตามโปรแกรมผู้ป่วยดื่มสุราด้วยค่าเฉลี่ย 97.50 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนหลังการติดตาม 3 เดือน และ 6 เดือน ผู้ป่วยดื่มสุราด้วยค่าเฉลี่ย 96.64 และ 96.78 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.544) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการดำเนินตามโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน (n = 14)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการดำเนินงาน		หลังการดำเนินงานตามโปรแกรม 3 เดือน			หลังการดำเนินงานตามโปรแกรม 6 เดือน		
	ตามโปรแกรม							
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	T (p-value)	$\bar{X}$	S.D.	T (p-value)
กลุ่มทดลอง	99.28	32.05	38.50	16.90	-13.452 (0.000*)	7.85	29.57	-11.567 (0.000*)
กลุ่มควบคุม	97.50	30.73	96.64	30.73	-1.749 (0.104)	96.78	32.05	-0.624 (0.554)

*p-value < 0.05

ผลการเปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการดำเนินงานตามโปรแกรมกลุ่มทดลองดื่มสุรากับค่าเฉลี่ย 99.28 ดริงต่อสัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมดื่มสุรากับค่าเฉลี่ย 97.50 ดริงต่อสัปดาห์ ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.749) ส่วนหลังการทดลอง 3 เดือน 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองดื่มสุรากับค่าเฉลี่ย 38.50 และ 7.85 ดริงต่อสัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมดื่มสุรากับค่าเฉลี่ย 96.64 และ 96.78 ดริงต่อสัปดาห์ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.000) ดังรายละเอียดตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบปริมาณการดื่มสุราหลังการดำเนินตามโปรแกรม 3 เดือน และ 6 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง(n=14)		กลุ่มควบคุม(n=14)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนการดำเนินงานตามโปรแกรม	99.28	32.05	97.50	30.73	-0.327	0.749
หลังการดำเนินงานตามโปรแกรม 3 เดือน	38.50	16.90	96.64	37.73	13.452	0.000*
หลังการดำเนินงานตามโปรแกรม 6 เดือน	7.85	12.96	96.78	32.05	8.814	0.000*

*p-value < 0.05

ผลของการประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อโปรแกรมใกล้บ้านใกล้ใจในการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลยโสธร ทั้งหมด 30 คน โดยแบ่งเป็นญาติ จำนวน 14 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 4 คน อสม.จำนวน 7 คน และเพื่อนบ้าน จำนวน 5 คน พบว่า โดยรวมและรายข้อ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.23, S.D. = 0.21) และมีความคิดเห็นตรงกันว่าแนวทางการบำบัดเชิงรุก ถึงครอบครัวและชุมชน สามารถทำให้ผู้ติดสุรา ลด และเลิกการดื่มสุราได้และเสนอแนะให้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมโดยการดูแลผู้ป่วยเชิงรุกใกล้บ้าน ใกล้ใจดังกล่าวต่อไป ดังรายละเอียดตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงความพึงพอใจต่อโปรแกรมใกล้บ้านใกล้ใจดูแลผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา (n = 30)

ลำดับ	ความพึงพอใจต่อโปรแกรมใกล้บ้านใกล้ใจ	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1	โปรแกรมที่พัฒนาให้สามารถลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราได้	4.05	0.34	มาก
2	โปรแกรมที่พัฒนาให้ลดปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราได้	4.13	0.15	มาก
3	โปรแกรมที่พัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน	4.18	0.30	มาก
4	โปรแกรมที่พัฒนาให้สามารถส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้	4.26	0.15	มาก
5	โปรแกรมที่พัฒนาให้สามารถลดปัญหาความรุนแรงที่เกิดจากการดื่มสุราลงได้	4.33	0.24	มาก
6	โปรแกรมที่พัฒนาให้สามารถสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยในระดับครอบครัวและคนในชุมชนได้	4.42	0.28	มาก
7	โปรแกรมที่พัฒนาให้ทำให้ผู้ป่วยติดสุราที่มีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถมีแรงผลักดันแก้ปัญหของตัวเองได้	4.56	0.35	มาก
8	โปรแกรมที่พัฒนาให้ทำให้ผู้ป่วยติดสุราปรับตัวหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ	4.05	0.16	มาก
9	โปรแกรมที่พัฒนาให้คุ้มค่าไม่สิ้นเปลือง	4.22	0.15	มาก
10	โปรแกรมที่พัฒนาให้ทำให้ชุมชนสามารถสร้างการรับรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยทั่วถึงกัน	4.13	0.24	มาก
11	โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถการติดต่อสอบถามข้อสงสัยได้ง่ายและสะดวก	4.21	0.17	มาก
12	โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในพื้นที่อื่นได้	4.30	0.42	มาก
13	โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความถูกต้องและไม่ผิดกฎหมายผิดศีลธรรมหรือจริยธรรมแต่ประการใด	4.22	0.41	มาก
โดยรวม		4.23	0.21	มาก

การอภิปรายผล

ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราของโรงพยาบาลโสธรที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ ผู้ป่วยมีอาการทางจิต พฤติกรรมก้าวร้าว เกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วย ด้านญาติพบว่า มีความวิตกกังวล ท้อแท้หมดกำลังใจในการดูแลและเพื่อนบ้านรังเกียจตัวผู้ป่วยด้วย ด้านของระบบการดูแลของโรงพยาบาลนั้นยังขาดแนวทางจัดการอาการทางคลินิกที่ชัดเจน ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราตามโปรแกรมใกล้บ้านใกล้ใจ พบว่า ผู้ป่วยติดสุราสามารถลดปริมาณการดื่มและเลิกดื่มได้อย่างชัดเจนคือจากที่เคยดื่มเฉลี่ย 97.50 ริงส์ต่อสัปดาห์ หลังการทดลองตามโปรแกรมใน 3 เดือน 6 เดือน สามารถลดการดื่มลงเหลือ 38.50 และ 7.85 ริงส์ต่อสัปดาห์ ญาติรวมถึงผู้นำชุมชนและเพื่อนบ้านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = 0.21) ซึ่งเป็นผลมาจากโปรแกรมใกล้บ้านใกล้ใจที่มีการดูแลถึงพื้นที่ครอบครัวและชุมชน โดยดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ทั้ง 3 มิติ และ 9 องค์ประกอบ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ที่อยู่อาศัย การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือต่างๆ ในเรื่องที่มีปัญหา ซึ่งเป็นแรงสนับสนุน (Supporting) ที่ทำให้ผู้ป่วยติดสุราและญาติมีความรู้และเกิดแรงจูงใจที่จะสามารถแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้สำเร็จ และสามารถสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการรวมถึงญาติทำให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยตลอดระยะเวลา

ในการติดตามดูแล ทำให้มีประสิทธิภาพในการดูแลมากขึ้น และเกิดมิตรภาพที่ดีเป็นความรักความผูกพัน เปรียบเสมือนกลายมิตที่ตระหวังกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการรวมถึงชุมชน ส่วนระบบการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลโยธธนั้นมีการปรับปรุงคือ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ³ ที่ได้พัฒนาโปรแกรมกลับบ้านสมานใจ: โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดสุรา พบว่าพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันทีที่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุนทรี ศรีโกไสยและคณะ⁴ ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม สำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนักน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหยุดดื่มสุราสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัจฉรา เตชะอิตตกุล เพ็ญพักตร์ อุทิศ⁵ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีปริมาณการบริโภคสุราร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวลดลงและมีร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวมากกว่ากลุ่มผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมกลับบ้านใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโยธธ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มและปริมาณการดื่มสุราของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน จึงควรนำไปใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราในสถานบริการอื่นๆ โดยเน้นความต่อเนื่องผสมผสานและให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจะทำให้ผู้ป่วยติดสุราสามารถเลิกสุราได้อย่างเด็ดขาด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author. The basic in-text citation should look like this; 2013.
3. หรรษา เศรษฐบุปผา, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, ภรภัทร สิมะวงศ์, นพวรรณ อุปคำ. โปรแกรมกลับบ้านสมานใจ: โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดสุรา. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลสวนปรุง; 2554.
4. สุนทรี ศรีโกไสย, วงเดือน สุนันดา, สมพร กิ่วแก้ว, ชลิตสุดา พรหมทวิช,ทิพศมัย ทายะรังษี, หทัยชนนี บุญเจริญ. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม สำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำ. วารสารทางการแพทย์พยาบาล 2010;25:67-79.
5. อัจฉรา เตชะอิตตกุล, เพ็ญพักตร์ อุทิศ.ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมต่อการบริโภคสุราของผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช.วารสารการพยาบาลกองทัพบก 2560:18 (พิเศษ);22-31.
6. โรงพยาบาลโยธธ. สรุปผลการตรวจราชการประจำปี ครั้งที่ 2/2560. โยธธ:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโยธธ. (อัสสัณนา); 2559.

7. Stein LI & Santos AB. Assertive community treatment of persons with severe mental illness. New York: W.W. Norton; 1998.
8. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. คู่มือสำหรับผู้อบรม: การดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ. แผนงานการพัฒนากระบวนการรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ(ผรส). เชียงใหม่. วนิตการพิมพ์; 2552.
9. ปรีทรรศ ศิลปะกิจ, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, วนิตา พุ่มไพศาล. ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคสุราเรื้อรัง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุงกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข; 2542.
10. Bador FT, Higgins-Biddle CJ, Saunders BJ, Monterio GM. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. 2nd ed. n.p.: Department of Mental Health and Substance Dependence; 2001.