



## ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแล และพฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วย โรคจิตจากสุรา

รัชจณา สิงห์ทอง, พย.ม.

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, พย.ม.

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและพฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

**วัสดุและวิธีการ** การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคจิตจากสุราที่อยู่ในพื้นที่เครือข่ายบริการของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีประวัติการป่วยทางจิตกลับเข้าต้องนอนโรงพยาบาล หรือขาดการรักษาต่อเนื่อง จำนวนอย่างละ 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราล่วงหน้าสำหรับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยนาน 4 เดือน คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับผู้ดูแล และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย และแบบวัดพฤติกรรมการติ่มสุรา (AUDIT) ขององค์การอนามัยโลก สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon signed rank test

**ผล** หลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สูงกว่าก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้านจิตใจ ก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไม่แตกต่างกัน หลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พฤติกรรมการติ่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราต่ำกว่าก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญ

**สรุป** การดูแลโดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นและผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มีพฤติกรรมการติ่มสุราลดลง

**คำสำคัญ :** การจัดการผู้ป่วยรายกรณี คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา พฤติกรรมการติ่มสุรา

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี



## Effects of case management on quality of life of caregivers and the drinking behaviors in patients with alcoholic psychosis

Ratchana Singthong, M.Ns.

Chonmaporn Pongjantarasetien, M.Ns.

### Abstract

**Objective** The purpose of this research were to compare before and after case management in quality of life of caregivers and the drinking behaviors in patients with alcoholic psychosis.

**Materials and methods** Using of quasi-experimental research design, the one pretest posttest design type. Purposive sampling patients by inclusion criteria were patients with alcoholic psychosis in health service area of Suratthani Hospital and history of psychiatric illness relapse which admission or poor compliance, 8 patients and 8 purposive sampling caregivers. The instruments in trial were patients with alcoholic psychosis's care map which used for multidisciplinary team in community for 4 months period and caregivers' caremap. The instruments in collecting data were WHO evaluating quality of life form (Thai edition) and evaluating drinking behaviors form (AUDIT). Statistical analysis including frequency, percentage, mean, standard deviation and Wilcoxon signed rank test were used.

**Results** Showed that after case management caregivers had higher scores than before case management statistical significantly quality of life in the overall and 3 domains: physical domain, social relationships and environment domain, but not change in psychological domain. After case management the drinking behaviors in patients with alcoholic psychosis were lower than before case management statistical significantly.

**Conclusion** The results of this study showed that case management improves quality of life of caregivers and reduce the drinking behaviors.

**Key words** : case management, the drinking behaviors, patients with alcoholic psychosis, quality of life

Suratthani Hospital

## บทนำ

โรคจิตจากสุรา เป็นความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากการดื่มสุราติดต่อกัน เป็นเวลานาน และปริมาณมาก ซึ่งผู้ติดสุรามีโอกาสเกิดความผิดปกติทางจิตได้ถึงร้อยละ 43<sup>1</sup> ถึงแม้จะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตดีขึ้นและหยุดดื่มสุราได้ระยะหนึ่งแล้ว แต่ผู้ป่วยมักจะกลับไปดื่มสุราซ้ำ ทำให้มีโอกาสสูงในการกลับมาป่วยด้วยโรคจิตจากสุราอีก โรคนี้เป็นโรคที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี<sup>2</sup> การเจ็บป่วยทางจิตซ้ำๆ และเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบ ทั้งตัวผู้ป่วยเอง อาทิ โรคตับแข็ง โรคมะเร็ง โรคซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ หดห้วงในชีวิต และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด<sup>2</sup> ผลกระทบต่อครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัว เพราะต้องทำหน้าที่แทนผู้ปกครองและต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย จากผลการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา พบว่าคู่สมรสของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราร้อยละ 39 มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป<sup>3</sup> ที่สำคัญผู้ป่วยโรคจิตจากสุรามักมีความคิดหลงผิดคิดว่ามีคนปองร้าย และมีอาการหวาดระแวงว่าภรรยาไม่ซื่อ จึงทำให้เกิดความสับสนวุ่นวายในครอบครัว มีปัญหาทะเลาะวิวาท มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว นำไปสู่ความแตกแยกหรือปัญหาการหย่าร้างในครอบครัวได้ รวมไปถึงผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยมักมีปัญหาการทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ขาดงานบ่อย ขาดรายได้ประจำ นอกจากนี้ความสูญเสียทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากการสูญเสียกำลังผลิต ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และค่าเสียหายอันเกิดจากอาชญากรรมและความรุนแรงพบว่าประเทศไทย มีภาระโรคจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นอันดับ 3 รองจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และ

การบริโภคยาสูบ<sup>4</sup> ดังนั้นผลกระทบต่างๆ ที่ยุ่งยากซับซ้อนที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเหล่านี้ ย่อมมีความต้องการการดูแลสุขภาพมากขึ้น<sup>5</sup> รวมทั้งการดูแลที่เป็นองค์รวมอีกด้วย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นรูปแบบหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย<sup>6</sup> โดยมีเป้าหมายของการจัดบริการคือ ให้บริการแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย โดยครอบคลุมปัญหาที่ซับซ้อน และต้องใช้เวลาประสานงานเพื่อความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่สำคัญ คือ การตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย สังคม วัฒนธรรม อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว<sup>7</sup> จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการดูแลทางจิตเวชโดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในรอบ 20 ปี ในต่างประเทศ พบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์หลักที่ดี 3 อย่าง ได้แก่ ภาระครอบครัว ความพึงพอใจต่อการรับบริการของครอบครัว และค่าใช้จ่ายในการดูแล<sup>8</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย อาทิ ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติ และอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท<sup>9</sup> พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการจัดการรายกรณี<sup>10</sup> พบว่า หลังการศึกษาผู้ป่วยมีสมรรถภาพไม่เป็นภาระสูงกว่าก่อนการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญ และผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับมาก ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดสุรา มีการศึกษา

ผลการรักษาผู้ป่วยติดสุราด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยในโดยใช้ระบบการจัดการรายกรณี<sup>10</sup> พบว่าหลังจบโปรแกรมผู้ป่วยที่ติดต่อกับผู้บำบัดสม่ำเสมอสามารถหยุดดื่มได้มากกว่าผู้ที่ติดต่อไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญ

จากข้อมูลการรักษาผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๒ จำนวนผู้รับบริการจำนวน 35, 42 และ 40 ราย ตามลำดับ ในปี ๒๕๕๒ พบว่า ร้อยละ 57.5 รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ขาดนัดบ่อยๆ และ ร้อยละ 55 มีอาการทางจิตกลับซ้ำจำนวน 1 ครั้งขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 52.5 ไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ ที่มีอาการแต่ยังคงอยู่ในชุมชน การจัดการผู้ป่วยรายกรณี น่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจต่อการรับบริการ ผู้ป่วยไม่เป็นภาระต่อครอบครัว คณะผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการดูแลโดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โดยวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) ชนิดกลุ่มเดียวทดสอบ 2 ครั้ง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลและผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคจิตจากสุรา เคยมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่อยู่ในพื้นที่เครือข่ายบริการของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีประวัติการป่วยทางจิตกลับซ้ำต้องนอนโรงพยาบาล หรือขาดการรักษาต่อเนื่องและได้รับความยินยอมจากผู้ดูแล จำนวนอย่างละ 8 คน ดำเนินงานระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๕๒ ถึง พฤษภาคม ๒๕๕๓ กำหนดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย 4 เดือน โดยมีขั้นตอนดำเนินงานดังนี้

พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในแต่ละพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ให้การดูแลครั้งแรกและก่อนจำหน่าย ระยะแรกประเมินสภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยรวบรวมข้อมูลหลายๆ แหล่ง เช่น ผู้ป่วย ครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย นำข้อมูลที่ได้นำเสนอเพื่อหาทิศทางการให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หลังจากประเมินสภาพด้านต่างๆ ทบทวนแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยเสร็จสมบูรณ์แล้ว ทีมสหวิชาชีพให้การดูแลรายบุคคลตามแผนการดูแลล่วงหน้า แต่ละรายได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ 1-2 ครั้งต่อเดือน โดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี จะเป็นผู้ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและตามเวลาที่ถูกต้องที่ได้วางแผนไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองประกอบด้วย คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับผู้ดูแล และแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา (clinical pathway) โดยพัฒนาการ

ประชุมร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ แผนการดูแลผู้ป่วย  
ล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยจิตเภท<sup>9</sup> และการพัฒนา  
แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการ  
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการติ่มสุราสำหรับผู้ติดยา<sup>11</sup>  
ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ และพยาบาล  
วิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสุราเสพติด

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน  
1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูล  
ทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราและผู้ดูแล จำนวน  
12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเติมคำและ  
เลือกตอบ 2) แบบวัดคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบ  
วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับ  
ภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)<sup>12</sup> ซึ่งเป็น  
เครื่องมือที่ได้รับการยอมรับแล้ว โดยมีค่า  
ความเชื่อถือได้ เท่ากับ .84 มีการตรวจสอบซ้ำโดยใช้สูตร  
สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อถือได้  
เท่ากับ .90 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ  
มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้าน  
สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะ  
คำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าระหว่าง 1-5 (ไม่มี  
เลยถึงมากที่สุด) และแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมี  
คะแนน ตั้งแต่ 26–130 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ  
คือ 26–60 คะแนน แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี  
61–95 คะแนน แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตกลางๆ และ  
96–130 คะแนน แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี และ  
3) แบบประเมินปัญหาการติ่มสุรา (AUDIT)<sup>13</sup> จำนวน  
ข้อคำถาม 10 ข้อ การแปลผลคะแนนตั้งแต่ 0-40  
คะแนน โดยแบ่งกลุ่มดังนี้ 0-7 คะแนน แสดงว่า  
อยู่ในกลุ่มมีความเสี่ยงต่ำ 8-15 คะแนน แสดงว่า  
อยู่ในกลุ่มมีความเสี่ยงปานกลาง 16-19 คะแนน แสดงว่า  
อยู่ในกลุ่มมีความเสี่ยงสูงหรืออันตราย และ 20-40

คะแนน แสดงว่าอยู่ในกลุ่มติดสุรา

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการ  
การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราตามระบบการจัดการ  
ผู้ป่วยรายกรณีที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการระหว่าง  
เดือนธันวาคม ๒๕๕๒ ถึง พฤษภาคม ๒๕๕๓ โดย  
พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้เก็บข้อมูลเอง  
เก็บข้อมูลครั้งแรกก่อนการประเมินสภาพของผู้ป่วย  
และเก็บข้อมูลอีกครั้งหลังการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ  
จนครบระยะเวลา 4 เดือนประมาณ 1-2 สัปดาห์

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติการแจกแจง  
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
และ Wilcoxon signed rank test

## ผล

ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราทั้ง 8 คน เป็นเพศ  
ชาย อายุเฉลี่ย 45.9 ปี ระยะเวลาที่ป่วยทางจิต  
โดยเฉลี่ย 6.8 ปี ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 75 ระยะเวลา  
ที่ป่วยทางจิต 5 ปีขึ้นไป จำนวนครั้งที่มีการป่วยทาง  
จิตซ้ำต่ำสุด 1 ครั้งและสูงที่สุดถึง 17 ครั้ง ร้อยละ 50  
มีการป่วยทางจิตซ้ำ 1 ครั้ง หลังได้รับการจัดการ  
ผู้ป่วยรายกรณีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีอาชญากรรมลดลงจาก  
3 คน เป็น 2 คน

ผู้ดูแลทั้ง 8 คนเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย  
47.8 ปี ผู้ดูแลประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท  
ค้าขาย ทำสวน และงานบ้านในสัดส่วนที่เท่ากัน  
คิดเป็นร้อยละ 25 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น  
ภรรยาสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 50 ร้อยละ 62.5 ของ  
ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 62.5 ของ  
ผู้ดูแลมีระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยต่อสัปดาห์ 35  
ชั่วโมงขึ้นไป และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 7.3 ปี  
ส่วนใหญ่อยู่นานในช่วงเวลา 5-9 ปี ร้อยละ 50

ก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลร้อยละ 100 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแล ร้อยละ 62.5 อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแต่ละรายหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทั้ง 8 ราย โดยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเท่ากับ 90, 90, 85, 61, 74, 70, 73 และ 66 ตามลำดับ และคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเท่ากับ 108, 117, 94, 93, 98, 77, 99 และ 95 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมและรายด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า หลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี คะแนนสูงกว่าก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้านจิตใจ ก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสุรา คิดเป็นร้อยละ 62.5 การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราแต่ละรายมีคะแนนเท่ากับ 24, 20, 26, 28, 18, 24, 19 และ 16 ตามลำดับ ส่วนหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำและความเสี่ยงปานกลางสัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 50 การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราแต่ละรายมีคะแนนเท่ากับ 0, 6, 12, 14, 0, 12, 8 และ 0 ตามลำดับ พบว่า หลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี พฤติกรรมการดื่มสุราต่ำกว่าก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทั้ง 8 ราย และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา พบว่า หลังการจัดการผู้ป่วย รายกรณีผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มีพฤติกรรมการดื่มสุรา (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.5, SD=5.9) ต่ำกว่าก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.9, SD=4.2) อย่างมีนัยสำคัญ ( $p<.05$ )

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ดูแล ก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (N=8)

| คุณภาพชีวิต                 | คะแนนคุณภาพชีวิต |      | p-value <sup>a</sup> |
|-----------------------------|------------------|------|----------------------|
|                             | ก่อน             | หลัง |                      |
| 1. ด้านร่างกาย              | 21.2             | 26.2 | <.01                 |
| 2. ด้านจิตใจ                | 18.3             | 22.3 | >.05                 |
| 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม | 8.9              | 11.1 | <.05                 |
| 4. ด้านสิ่งแวดล้อม          | 25.6             | 31.4 | <.01                 |
| คะแนนรวม                    | 79.2             | 98.0 | <.01                 |

<sup>a</sup>Wilcoxon signed rank test

## วิจารณ์

คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแต่ละราย หลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสูงกว่าก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทั้ง 8 ราย และเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมและรายด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม หลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีคะแนนสูงกว่าก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแล ก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 50 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นภรรยา และผู้ป่วยโรคจิตจากสุราทั้งหมดเป็นเพศชาย ซึ่งส่วนใหญ่เคยมีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งการที่มีหัวหน้าครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตจากสุราจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยภรรยาต้องรับผิดชอบมากขึ้น จนในที่สุดภรรยาต้องเป็นผู้นำครอบครัวแทนสามี

ในขณะที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตจากสุราส่วนใหญ่หรือร้อยละ 65 ป่วยทางจิตมานานกว่า 5 ปี และมีประวัติการป่วยทางจิตซ้ำในรอบปีทุกราย ดังนั้นเมื่อได้รับการดูแลโดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ<sup>6,8,9</sup> โดยมีการดูแลตั้งแต่การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนดำเนินงานเพื่อการดูแลร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการจัดกระทำกับผู้ป่วยโดยมีการบำบัด พัฒนาทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีการจัดกระทำสิ่งแวดล้อมต่างๆ ไปพร้อมกัน โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบในการกำกับดูแลติดตามการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่วางไว้<sup>8,14</sup> ภายในเวลาที่กำหนด โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า เป็นเครื่องมือในการกำกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของทีม หลังจากการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สูงกว่าก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Poo และคณะ<sup>15</sup> พบว่า การดูแลโดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในระยะยาวจะแสดงผลลัพธ์ในทางบวก ได้แก่ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วย และสอดคล้องกับผลการวิจัยส่วนใหญ่ที่พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการรับบริการรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี อาทิ การศึกษาของ จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ<sup>9</sup> พบว่า ความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ป่วยและญาติกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้านจิตใจก่อนและหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลต้องรับภาระผู้ป่วยโรคจิตจากสุราส่วนใหญ่เป็นภรรยาของผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลาโดยเฉลี่ย 7.3 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเวลา 5-9 ปี ร้อยละ 50 และร้อยละ 62.5 ของผู้ดูแลมีระยะเวลาที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยต่อสัปดาห์ 35 ชั่วโมงขึ้นไป ระยะเวลาที่ต้องรับภาระในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ต้องรับภาระ ทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวแทนผู้ป่วย และการเผชิญหน้ากันบ่อยๆ ก่อให้เกิดความเครียดสะสมและมีปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาสุขภาพจิตคู่สมรสของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา<sup>3</sup> พบว่า คู่สมรสของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา ร้อยละ 39 และร้อยละ 35 มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป และเท่ากับคนทั่วไป ตามลำดับ

หลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีพฤติกรรม การดื่มสุร่าต่ำกว่าก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีทั้ง 8 ราย และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราหลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่ำกว่าก่อนการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญ สามารถอธิบายได้ว่า การได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ

สามารถช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อม อาทิ จิตแพทย์ และผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีได้ทำพฤติกรรมบำบัดเพื่อการลดการดื่ม โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลบันทึกปริมาณและจำนวนครั้งที่ดื่มแต่ละวันและนำส่งในวันนัดพบแพทย์ นอกจากนี้ยังมีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดดื่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดยาที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง<sup>16</sup> พบว่า จำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง และจำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้นในแต่ละระยะของการบำบัด และในส่วนของสภาพแวดล้อม อาทิ การช่วยให้ผู้ป่วยใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ โดยการหางานที่เหมาะสมทำ ซึ่งพบว่า หลังการจัดการผู้ป่วยรายกรณีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีอาชิตพลลดลงจาก 3 คน เป็น 2 คน

ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่ศึกษาค่อนข้างน้อย ไม่มีกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทีมสหวิชาชีพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากการดื่มสุรา โดยควรเสริมการดูแลด้านจิตใจของผู้ดูแลด้วยวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมควบคู่ไปด้วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแล ให้สูงขึ้น และควรมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการบำบัด สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองจากการดื่มลดลงเป็นการหยุดดื่ม ช่วยลดโอกาสในการกลับไปดื่มมากขึ้น และการศึกษาในโอกาสต่อไป ควรมีการออกแบบการวิจัยโดยการสุ่มตัวอย่างและแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อผลการวิจัยที่ได้จะได้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

## สรุป

การที่ทีมสหวิชาชีพใช้ระยะเวลา 4 เดือน ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราด้วยรูปแบบการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณี ช่วยให้ผู้ป่วยจำนวน 3 คน สามารถ หยุดดื่ม และจำนวน 5 คน มีพฤติกรรมการดื่ม สุราลดลงได้ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวม และรายด้าน 3 ด้านสูงขึ้นอย่างชัดเจน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้าน สิ่งแวดล้อม แต่ด้านจิตใจยังไม่สูงขึ้น เนื่องจาก งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ จึงควรทำการศึกษา เพิ่มเติมต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงกมลรัตน์ วัชรภรณ์ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานและตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของเอกสาร ขอขอบคุณนายแพทย์สุเมธ ฉายศิริกุล และคุณเขมิกาญจน์ ไพฑูรย์ ที่ช่วยตรวจสอบ ความถูกต้องของเครื่องมือวิจัยและให้คำแนะนำ

## เอกสารอ้างอิง

1. McKenna C. Substance induce psychiatric. In: N.S.Miller (Ed.), The principle and practice of addictions in psychiatry. Philadelphia:Saunders; 1997. p.103-12.
2. สมภาพ เรืองตระกูล. สารเสพติดมหันตภัยเงียบที่ป้องกัน ได้. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว; 2543.
3. ไสยา ตะกุลมูล. สุขภาพจิตคู่สมรสของผู้เป็นโรคจิตจาก สุรา. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
4. ธวัชชัย ลิขิตานาจ. ภาระโรคจากการใช้แอลกอฮอล์และสาร เสพติด: ภาพรวมทั่วโลกและประเทศไทย. วารสารสมาคม จิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2547;49:306-22.
5. บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, วรธรรม จุฑา, ธนินทร์กองสุข, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรค จิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2554;19:88-102.
6. สันติชัย ฉ่ำจิตร์ชื่น และเพ็ญทิพย์ เบญจพงศ์. การดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนโดยการจัดการรายกรณี. วารสารสุขภาพจิต แห่งประเทศไทย 2551;16:166-76.
7. เยาวลักษณ์ มีบุญมาก. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี. วารสาร สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547;12:64-70.
8. Ziguras S, Stuart GW. A meta-analysis of the effective- ness of mental health case management over 20 years. Psychiatr serv 2000;51:1410-21.
9. จันทนา ศรีวิศาล, นพรัตน์ ไชยธานี. ผลของการจัดการ ผู้ป่วยรายกรณีต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของ ผู้ป่วยและญาติ และอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2548;19:48-59.
10. ชาญชัย ธงพานิช. รายงานการวิจัยผลการรักษาผู้ป่วยติดสุรา ด้วยโปรแกรมบำบัดแบบผู้ป่วยในโดยใช้ระบบการจัดการราย กรณี. ขอนแก่น: ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น; 2552.
11. สลิษา หลิมศิริโรจน์, ประภา ยุทธไตร, ช่อทิพย์ ลินธนะวณิช. การพัฒนาแนวปฏิบัติกรรพยาบาลเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราสำหรับผู้ติดสุรา. วารสารสภากาพยาบาล 2553;25:15-26.
12. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วีระวรรณ ดันติพัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ธานี พรหมมานะจรัสกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. วารสารสุขภาพจิตแห่ง ประเทศไทย 2541;5:4-15.
13. ปรีทรรศ ศิลปกิจ, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. AUDIT แบบ ประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาล ปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: บริษัททานตะวันเปเปอร์; 2552.
14. Bower K. Case management by nurses. Washington DC: American nurses publishing; 1992.
15. Poo R, Hendricks M, Cheng L, Mahendran R. Enhanc- ing psychiatric patient care in the community with case management strategies. Singapore Nurs J 2009;36:35-7.
16. สุนทรี ศรีโกสย, ภัทราภรณ์ ทุ่งป็นคำ, ชาลินี สุวรรณยศ. ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหา การดื่มสุราของผู้ติดสุราที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549;51:25-35.