

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

Development of Caring for Alcohol dependent patients system at Na Chueak Distric, Mahasarakham Province

ธีรชาติ ศุภสระ*

Teerachart Supasara

Corresponding author : E-mail: teera_boy@hotmail.com

(Received: January 4, 2024; Revised: January 11, 2024; Accepted: February 11, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดสุรา พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา และประเมินผล การดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราในพื้นที่อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาลักษณะทางคลินิกและการวางแผน การดูแลผู้ป่วยติดสุราในโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน ระยะที่ 3 การประเมินผล โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) เวชระเบียนผู้ป่วยติดสุราที่มารับการรักษา และนอน ในโรงพยาบาลนาเชือก ทั้งหมดจำนวน 45 คน และ 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดสุราซึ่งประกอบด้วย แพทย์ 5 คน เภสัชกร 5 คน พยาบาล จำนวน 15 คน รวมทั้งหมด 25 คน ระยะเวลาดำเนินการทำวิจัยระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2566 เครื่องมือการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลในการดูแล ผู้ป่วยติดสุรา 2) ประเด็นคำถามเชิงลึกสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา และ 3) แบบประเมิน ASSIST-Thai และ CIWA-Ar score

ผลการวิจัย : การวิจัยนี้มี 3 ระยะ ดังนี้ 1. ระยะศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดสุรา โดยการทบทวนเวชระเบียน ย้อนหลังในผู้ป่วยติดสุราที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาเชือก พบปัญหา 1) การไม่ใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score 2) ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล 2. ระยะพัฒนา ด้วยการใช้องจร PAOR ของ Kimmis and MC Taggart โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยใช้คือ มีขั้นตอนการวางแผน (P=Plan) ประชุมหาสาเหตุเพื่อวางแผน Act ปฏิบัติตามแผน Observer สังเกต Reflect สะท้อนผล หลังจากปฏิบัติในวงรอบ มีกิจกรรมที่สำคัญได้แก่ การอบรมเพื่อพัฒนา สมรรถนะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา 3. ระยะประเมินผล โดยการติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ติดสุราตามแนวทางปฏิบัติที่ออกแบบและพัฒนาาร่วมกันโดยสหวิชาชีพ ได้แก่ การใช้แบบ ประเมิน ASSIST-Thai และ CIWA-Ar score ในผู้ป่วยติดสุราที่นอนในโรงพยาบาลนาเชือกเพิ่มขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา ส่งผลให้ผู้ป่วยติดสุราได้รับการดูแลรักษาที่ครอบคลุม มากขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการพัฒนางาน ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา; ผู้ป่วยติดสุรา; แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดสุรา

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลนาเชือก

ABSTRACT

Purposes : 1) To study the clinical characteristics of alcoholic patients in Na Chueak District. Maha Sarakham Province 2) to develop a care system for patients with alcohol addiction and 3) to evaluate the results of care for patients with alcohol addiction.

Study design : Action research

Materials and Methods : This research were 3 phases: Phase 1 was a study of clinical characteristics and care planning for alcoholic patients in Na Chueak Hospital. Maha Sarakham Province, Phase 2, Operation according to plan, Phase 3, Evaluation. Those who participated in providing information in the study were divided into 2 groups: 1) medical records of alcoholic patients who received treatment and admit in Na Chueak Hospital has a total of 45 people. 2) Medical personnel involved in caring for alcoholic patients. Which consists of 5 doctors, 5 pharmacists, 15 nurses, totaling 25 people. The research period is between 1 February 2023 and 31 December 2023. Data collection tools include 1) data recording forms for caring for alcoholic patients 2) in-depth questions for medical personnel. To develop a care model for patients with alcohol addiction and 3) the ASSIST-Thai and CIWA-Ar score assessments.

Main findings : 1) Study of the clinical characteristics of alcoholic patients. By retrospectively reviewing the medical records of alcoholic patients hospitalized at Na Chueak Hospital, problems were found: 1) not using the CIWA-Ar score assessment, 2) patients developing complications after being hospitalized, 2) development phase using the cycle. PAOR by Kimmis and MC Taggart. It consists of 4 steps using the planning process (P=Plan), meeting to find the cause to plan the Act, following the plan, Observer observing, Reflect, reflecting the results after performing in the cycle. There are important activities, including training to develop personnel's competency in caring for patients with alcohol addiction. Developing guidelines for caring for alcoholic patients 3) Evaluation phase by following up on the care of patients with alcohol addiction according to guidelines designed and developed jointly by multidisciplinary professionals, including the use of the ASSIST-Thai and CIWA-Ar score assessments in alcoholic patients hospitalized is increased.

Conclusion and recommendation : Development of a care system for patients with alcohol addiction As a result, patients with alcohol addiction receive more comprehensive care. Good results in work development Patients have access to a good and effective treatment system.

Keywords : System for caring for alcoholics; Alcoholics; Guidelines for caring for alcoholics

* Medical Doctor Professional Level, Na Cheak Hospital.

บทนำ

ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ถือเป็นปัญหาที่สำคัญต่อทางด้านสาธารณสุขและสังคมในประเทศไทย แอลกอฮอล์ จัดเป็นสารเสพติดที่มีทั้งคุณและโทษ เมื่อดื่มเข้าไปแล้วจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยโทษของสุรานั้นมีตั้งแต่ขั้นเบาไปจนถึงขั้นรุนแรง เช่น การเสียชีวิต พุดไม้ขัด และที่รุนแรง คือ หมดสติ ดังนั้นสุราจึงถูกควบคุมทั้งการจำหน่าย และการผลิตจากกฎหมายอย่างเคร่งครัด¹ จากการการสำรวจพฤติกรรม การดื่มสุราของประชาชนในปี พ.ศ.2564 มีนักดื่ม (ร้อยละ 28.00) ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งเมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2560 พบมีนักดื่มร้อยละ 28.41 ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกัน เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยนักดื่มหน้าใหม่เพศหญิงมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมากกว่านักดื่มเพศชาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มนิยมมากที่สุดสามอันดับแรก คือ เบียร์ (ร้อยละ 55.96) สุราประเภทต่าง ๆ ได้แก่ สุราขาว/สุรากลั่นชุมชน สุราสี/สุราแดง และยาดองเหล้า/สุราจีน/วอดก้า (ร้อยละ 40.98) และไวน์คูลเลอร์และสราผสมน้ำผลไม้ (ร้อยละ 1.83) ตามลำดับ และภาคเหนือมีอัตราการดื่มสูงสุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ² ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลทางด้านสาธารณสุข และสังคม โดยผลกระทบทางด้านสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและร่างกายโดยตรง แอลกอฮอล์มีพิษโดยตรงต่อสมอง ทำให้เซลล์สมองเสื่อม ผิดปกติ ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ มีการรับรู้และความเข้าใจบกพร่อง ขาดสติ จิตหลอน ประสาทหลอน โรคซึมเศร้า โรคลมชัก โรคกระวน แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้โรคหลักที่เป็นมีอาการกำเริบรุนแรง หรืออาการแย่ลง นอกจากนั้นในด้านผลกระทบต่อสังคม ส่งผลให้เกิดการทะเลาะวิวาท การเกิดอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับ การขาดการรับผิดชอบและการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการที่แอลกอฮอล์ทำให้เกิดการตัดสินใจที่แย่ลง กล่าวทำในสิ่งที่คนอื่นไม่กล้าทำมากขึ้น นำมาซึ่งการที่ประเทศชาติจะต้องรับภาระในด้านการรักษาพยาบาลที่มากขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์

ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol use disorders)

เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 5 อันดับแรกในเพศชาย ซึ่งมากกว่าเพศหญิงถึงร้อยละ 50 และส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเป็น 725.12 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2548 เป็น 914.79 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.2562³ และจากงานวิจัยของกนกวรรณ จังอินทร์ และสมเดช พินิจสุนทร⁴ พบว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากครอบครัวขาดคนทำงานช่วยครอบครัว ส่งผลต่อทางด้านเศรษฐกิจและด้านการเงินของครอบครัว เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความเครียด และปัญหาสุขภาพจากการดูแลผู้ดื่มแอลกอฮอล์ กลายเป็นโรควิตกกังวลหรือโรคซึมเศร้าตามมาและจากการศึกษาของสุจิตตา ฤทธิมนตร์และคณะ⁵ พบว่า ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การบาดเจ็บ เกิดบาดแผล การถูกทำร้าย ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง 2) ด้านจิตใจอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด ความกังวล ความรู้สึกท้อแท้ เหน็ดเหนื่อย ปวดศีรษะ จิตวิญญาน เสื่อม หวาดระแวง คิดทำร้ายตนเอง และผู้อื่น 3) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การสูญเสียทรัพย์สินเงินทอง สิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล สูญเสียผลิตภาพ และสูญเสียค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุและความรุนแรง การฟ้องร้อง คดีความ การเป็นหนี้ชุมชน และ 4) ด้านสังคม ทำให้ครอบครัว และชุมชนเกิดความกลัว ขาดความไว้วางใจ เกิดการทะเลาะ เกิดความขัดแย้ง เกิดความรุนแรง เกิดการหย่าร้าง เกิดการเลียนแบบพฤติกรรม และการขาดความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต

โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 30 เตียง ได้ให้บริการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยติดสุราจากฐานข้อมูล HDC ในช่วงปี พ.ศ.2563-2565 มีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น จำนวน 67 คน, 78 คน และ 99 คน ตามลำดับ ซึ่งพบปัญหาในด้านการให้ดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยติดสุรา คือ ขาดแนวทางที่ชัดเจนในการให้บริการที่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดความรู้และความเข้าใจในการประเมินผู้ป่วยติดสุรา การขาดการใช้การคัดกรองโดยเครื่องมือ ASSIST-Thai และขาดการใช้

เครื่องมือ CIWA-Ar score ขาดการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ตลอดจนการขาดการศึกษาเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย ดิตสุรา การขาดการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย ซึ่งของเดิมที่มีคือปี พ.ศ.2558 และปัจจุบันเป็นเพียงการ ตั้งรับในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มดิตสุราเท่านั้น ซึ่งระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยดิตสุรายังไม่มีประสิทธิภาพ ที่เพียงพอ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดผลเสียหลายประการ เช่น ผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเองที่อาจจะได้รับการรักษาล่าช้า เสี่ยงต่อการเสียชีวิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษ สุราแบบรุนแรงมักเกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายได้ง่าย โดยมีอาการกระสับกระส่ายและเหงื่อออกอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยขาดน้ำได้ง่ายและมี Electrolyte imbalance ส่งผลให้หัวใจมีการเต้นผิดปกติ และอาจเกิดภาวะติดเชื้อใน ทางเดินปัสสาวะหรือปอดบวมได้ ดังนั้นจากเหตุผลข้างต้น เพื่อเป็นการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น และเป็นการดูแลรักษา กลุ่มผู้ป่วยดิตสุราในพื้นที่ อ.นาเชือก จ.มหาสารคาม จึงได้ จัดทำการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยดิตสุรา เพื่อเป็นการ พัฒนาการดูแลกลุ่มผู้ป่วยดิตสุราในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ทางร่างกาย สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา และทำให้ ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหาของการดูแลรักษา พัฒนาระบบ และ ประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยดิตสุราในพื้นที่อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการ PAOR ของ Kimmis and MC Taggart⁶ ทำการศึกษาในพื้นที่ของ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม โดยมีผู้เข้าร่วมให้ ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ 1) เวชระเบียนผู้ป่วยดิตสุรา ที่มารับการรักษาและนอนใน รพ.นาเชือกจำนวน 45 ราย 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ดิตสุรา ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ 5 คน เภสัชกร 5 คน

พยาบาลกลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 5 คน พยาบาล ผู้ป่วยนอก 5 คน และพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 5 คน จำนวนทั้งสิ้น 25 คน ระยะเวลาดำเนินการ ทำวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนธันวาคม 2566 โดย มีการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วย ดิตสุรา โดยการทบทวนเวชระเบียนในผู้ป่วยดิตสุราที่นอน รักษาตัวในโรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม และ ทำการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกของบุคลากร ทางการแพทย์ โดยดำเนินการในระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ 2566 - 30 เมษายน 2566

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย ดิตสุราด้วยการใช้วงจร PAOR ของ Kimmis and MC Taggart) ซึ่งดำเนินการในช่วง 1 พฤษภาคม 2566 ถึง 30 มิถุนายน 2566 โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (P=Plan) ประกอบด้วย การทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง เพื่อวิเคราะห์สภาพสาเหตุ ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดิตสุราที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลนาเชือก โดยการประชุมเพื่อนำสู่วางแผนในการ พัฒนาแนวทางการดำเนินงาน การจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ ในการประเมินผู้ป่วย ได้แก่ แบบคัดกรอง ASSIST-Thai การใช้ประเมิน CIWA-Ar (Clinical institute withdrawal assessment scale for alcohol revised) และแบบเก็บ ข้อมูล ทำการอบรมและพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ในการ ประเมินและดูแลผู้ป่วย การวางแผนในการดูแลผู้ป่วย ที่ดิตสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินงาน (A=Act) การปฏิบัติ ตามแผน โดยการสร้างแนวทางการดูแลรักษาในการดูแล ผู้ป่วยดิตสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการนำ แนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยดิตสุราที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่กำหนด คือ การใช้แบบ คัดกรองผู้ป่วยดิตสุรา ASSIST-Thai การใช้แบบประเมิน ภาวะถอนฤทธิ์สุรา CIWA-Ar

ขั้นตอนที่ 3 ระยะตรวจสอบและสะท้อนผล (O=Observe และ R=Reflection) โดยการติดตามผลการ ดำเนินงาน การกำกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา

ผู้ป่วยติดสุราที่พัฒนาขึ้นใหม่ และการนำเสนอความก้าวหน้าในที่ประชุม

ระยะที่ 3 การประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราในพื้นที่ โดยการประเมินจากการทบทวนเวชระเบียนจำนวน 45 ราย ในระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม 2566 หลังจากที่ได้มีการใช้แนวทางการรักษาที่พัฒนาขึ้นใหม่ไปแล้ว 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูล

แบ่งผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 คือ เวชระเบียนผู้ป่วยติดสุราที่มารับการรักษาและนอนใน รพ.นาเชือกทั้งหมดจำนวน 45 ราย ณ โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 เมษายน 2566 ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นเวชระเบียนที่มีข้อมูลสมบูรณ์ 3) เวชระเบียนให้รหัสโรค F10.0-F10.5 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ข้อมูลเวชระเบียนที่ไม่สมบูรณ์ และกลุ่มที่ 2 คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ 5 คน เภสัชกร 5 คน พยาบาลกลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยใน จำนวน 5 คน พยาบาลผู้ป่วยนอก 5 คน และพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 5 คน จำนวนทั้งสิ้น 25 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง 2) สมครียินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) การย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน 2) การลาศึกษาเรียนต่อ

2. ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา จากระยะที่ 1 จำนวน 25 คน

3. ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราในพื้นที่ ข้อมูลได้มาจากเวชระเบียนที่มีการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 45 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินการวิจัย คือ

1. ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยติดสุราที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น โดยข้อมูลประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ, อายุ, สิทธิการรักษา, อาชีพ, รายได้, โรคร่วมทางจิต, การใช้สารเสพติดระหว่างดื่มสุรา, ชนิดของสารเสพติดที่ใช้, ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์, การวินิจฉัยโรค, ประเภทผู้ป่วย, การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล, ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิด, การได้รับการผูกมัด, การติดตามผลการรักษา, จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อรักษา, สาเหตุของการส่งต่อรักษา และ 2) ข้อมูลการประเมินผลต่อการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา ได้แก่ การคัดกรองผู้ที่ดื่มสุราโดยใช้แบบประเมินและผลการคัดกรอง ASSIST-Thai, การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา และผลการประเมิน โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR, ผลการจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล, ผลการที่ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุรา และผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุราในระยะ 3 เดือน โดยแบบเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยติดสุราที่พัฒนาขึ้น ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยขอรับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาจิตเวชชุมชน 1 ท่าน พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล 1 ท่าน

2. ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่

- แบบคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา (The alcohol smoking and substance involvement screening testing test, ASSIST-Thai)⁷ เป็นเครื่องมือที่ทำการพัฒนามาจากองค์การอนามัยโลก ที่ใช้ในการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราได้ทำการแปลเป็นภาษาไทย โดย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้โดยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาหลัก จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำอีกครั้ง สวัสดิ์ อัมมวงศ์กรชัย และคณะ

ในปี พ.ศ.2554 ซึ่งได้ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง 1,047 คน อายุ 18-45 ปี ซึ่งได้ความตรงภายในในระดับดี มีค่า Cronbach alpha มากกว่า 0.80 มีความไว 0.93 และความจำเพาะ 0.718 เป็นเครื่องมือวัดมาตรฐาน ที่มีความตรงในการจำแนกรวมถึงมีจุดตัดบอกระดับความรุนแรงของความเสี่ยง ตั้งแต่เสี่ยงต่ำ (Low risk) เสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) และเสี่ยงสูง (High risk) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้โดยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาหลัก จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำอีกครั้ง

- แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา⁸ (Clinical institute withdrawal assessment for alcohol-revised version, CIWA-AR) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาโดยซัลลิแวน และคณะ ใช้ในการประเมินอาการถอนฤทธิ์สุรา (Alcohol withdrawal) มีความน่าเชื่อถือสูง ($r>0.8$) ได้ทำการแปลเป็นภาษาไทยในปี พ.ศ.2547 ลักษณะของแบบประเมินเป็นข้อคำถาม 10 ข้อ รายละเอียดข้อคำถามประกอบด้วย อาการคลื่นไส้ อาเจียน การรับรู้สัมผัสผิดปกติ อาการสั่น การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ อาการเหงื่อออกเป็นพัก ๆ การรับรู้ทางตาผิดปกติ อาการวิตกกังวล อาการปวดมวนมึนตื้อ อาการกระวนกระวายและการรับรู้เวลาสถานที่ โดยให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามเป็นคะแนน ตั้งแต่ 0 – 7 คะแนน ยกเว้นในข้อคำถามเรื่องความผิดปกติด้านการรับรู้ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 4 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดอยู่ที่ 67 คะแนน และแปลผลคะแนนเป็นมีอาการถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อย มีอาการถอนพิษสุราในระดับปานกลาง มีอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรง และมีอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรงมาก

3. ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยติดสุราที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นเครื่องมือชนิดเดียวกันกับการศึกษาในระยะที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยติดสุราที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้น โดยการทบทวน

เวชระเบียนย้อนหลัง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประชุมเพื่อพัฒนางาน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 3 การประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลการรักษาผู้ป่วยติดสุราที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้นเช่นเดียวกับระยะที่ 1 โดยการทบทวนเวชระเบียนหลังจากที่ได้ทำการพัฒนาระบบและนำสู่การปฏิบัติไปแล้ว 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาในระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระยะที่ 2 ทำการเปรียบเทียบผลการพัฒนางานก่อนและหลังด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม และระยะที่ 3 ทำการประเมินผลการพัฒนางาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนาเชือก เลขที่โครงการ EC 2566-009 ลงวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา ข้อมูลทั่วไปของเวชระเบียนที่ทำการศึกษาก่อนการพัฒนาระบบ จำนวน 45 ราย พบว่าส่วนมากเป็นเพศชาย (91.11%) หลังพัฒนาระบบส่วนมากเป็นเพศชาย (95.59%) ก่อนพัฒนาระบบ มีอายุเฉลี่ย 46.11 ± 9.90 ปี และหลังพัฒนาระบบ มีอายุเฉลี่ย 44.78 ± 13.44 ปี สิทธิการรักษาก่อนพัฒนาระบบ เป็นบัตรทอง (86.67%) และหลังพัฒนาระบบ (91.11%) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรทั้งก่อนและหลังพัฒนาระบบ คือ (57.78%) และ (75.56%) ตามลำดับ ข้อมูลด้านรายได้ ก่อนพัฒนาระบบ ส่วนใหญ่มีรายได้ $<5,000$ บาท (37.78%) และหลังพัฒนาระบบ

ส่วนใหญ่มีรายได้ < 5,000 บาทเช่นเดียวกัน (28.89%) ในด้านโรคร่วมทางจิต ก่อนพัฒนาระบบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรค Psychotic disorder (31.11%) และหลังพัฒนาระบบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรค Aggressive ร้อยละ 40 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ไม่มีการใช้สารเสพติด (73.33%) และ(80.00%) ตามลำดับ โดยในกรณีที่มีการใช้สารเสพติด ส่วนใหญ่ชนิดสารเสพติดที่ใช้ก่อนพัฒนาระบบ เป็น บุหรี่ ร้อยละ 9 และหลังพัฒนาระบบเป็น

บุหรี่และกัญชา (8.89%) ในด้านการวินิจฉัยโรค ก่อนพัฒนาระบบ ส่วนใหญ่วินิจฉัยเป็น F 10.3 ผู้ที่มีอาการถอนพิษสุรา (48.89%) และหลังพัฒนาระบบ ส่วนใหญ่วินิจฉัยเป็น F 10.2 ผู้ที่ติดสุรา (51.11%) และก่อนพัฒนาระบบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยใน (IPD) (55.56%) และหลังพัฒนาระบบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก (OPD) (73.33%) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละก่อนและหลังพัฒนาระบบ (N=45)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	41(91.11)	43(95.56)
หญิง	4(8.89)	2(4.44)
อายุเฉลี่ย (ปี)	46.11±9.90	44.78±13.44
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	39(86.67)	41(91.11)
ประกันสังคม	2(4.44)	3(6.67)
เบิกได้/จ่ายตรง	4(8.89)	1(2.22)
อาชีพ		
เกษตรกร	26(57.78)	34(75.56)
รับจ้าง/ทำงานบริษัท	5(11.11)	4(8.89)
ข้าราชการ	2(4.44)	1(2.22)
ธุรกิจส่วนตัว	7(15.56)	3(6.67)
ว่างงาน	5(11.11)	3(6.67)
รายได้ (บาท/เดือน)		
ไม่มีรายได้	8(17.78)	5(11.11)
<5,000 บาท	17(37.78)	13(28.89)
5,000-10,000 บาท	11(24.44)	7(15.56)
10,001-20,000 บาท	3(6.67)	9(20.00)
>20,000 บาท	6(13.33)	11(24.44)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ)
โรคร่วมทางจิต		
F20 Psychotic disorder	14(31.11)	8(17.78)
F50 Behavioral disorder	3(6.67)	3(6.67)
Major depressive disorder	4(8.89)	10(22.22)
Aggressive	10(22.22)	18(40.00)
การใช้สารเสพติดในขณะดื่มสุรา		
ใช่	12(26.67)	9(20.00)
ไม่ใช่	33(73.33)	36(80.00)
ชนิดของสารเสพติดที่ใช้		
บุหรี่	9(20.00)	4(8.89)
กัญชา	2(4.44)	4(8.89)
กระท่อม	1(2.22)	1(2.22)
ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์		
1-10 ปี	13(28.89)	8(17.78)
11-20 ปี	27(60.00)	31(68.89)
21-30 ปี	5(11.11)	6(13.33)
การวินิจฉัยโรค		
F10.0 ผู้ที่ดื่มสุราแล้วเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม แบบเฉียบพลัน	13(28.89)	2(4.44)
F10.1 ผู้ที่ดื่มสุราแบบผิดแผน ทำให้เกิดอันตราย	3(6.67)	3(6.68)
F 10.2 ผู้ที่ติดสุรา	5(11.11)	23(51.11)
F 10.3 ผู้ที่มีอาการถอนพิษสุรา	22(48.89)	14(31.11)
F10.4 ผู้ที่มีภาวะสับสนจากการดื่มสุรา	1(2.22)	1(2.22)
F10.5 ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมแบบโรคจิต เนื่องมาจากการใช้สุรา	1(2.22)	2(4.44)
ประเภทผู้ป่วย		
ผู้ป่วยนอก (OPD)	20(44.44)	33(73.33)
ผู้ป่วยใน (IPD)	25(55.56)	12(26.67)

ผลการติดตามสภาพปัญหาของอาการของผู้ป่วยติดสุราที่ Admit ณ หอผู้ป่วยในก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบ ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล (56.00%) ส่วนหลังพัฒนาระบบ พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังนอนโรงพยาบาล (75.00%) โดยลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ก่อนพัฒนาระบบเป็น Alcohol withdrawal state with convulsion (20.00%) และ

หลังพัฒนาระบบ เป็น Alcohol withdrawal state, with delirium (41.67%) ในด้านการได้รับการผูกมัด ก่อนพัฒนาระบบผู้ป่วยไม่ได้รับการผูกมัด (68.00%) และหลังพัฒนาระบบผู้ป่วยได้รับการผูกมัด (83.33%) ในด้านการติดตามผลการรักษา พบว่า ก่อนพัฒนาระบบ ไม่พบผู้เสียชีวิต (96.00%) และหลังพัฒนาระบบไม่พบผู้เสียชีวิต (100.00%) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการติดตามสภาพปัญหาของอาการของผู้ป่วยติดสุราที่ Admit ณ หอผู้ป่วยในก่อน และหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา

การติดตามอาการของผู้ป่วยติดสุราที่ Admit ณ หอผู้ป่วยใน	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=25)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=12)
การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล		
เกิดภาวะแทรกซ้อน	11(44.00)	9(75.00)
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	14(56.00)	3(25.00)
ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น		
Alcohol withdrawal state, with delirium	2(8.00)	5(41.67)
Alcohol withdrawal state, uncomPLICATE	1(4.00)	1(8.33)
Alcohol withdrawal state with convulsion	5(20.00)	2(16.67)
Acute respiratory failure	1(4.00)	0(0.00)
Aspiration pneumonia	2(8.00)	1(8.33)
การได้รับการผูกมัด		
ได้รับการผูกมัด	8(32.00)	10(83.33)
ไม่ได้รับการผูกมัด	17(68.00)	2(16.67)
การติดตามผลการรักษา		
ไม่เสียชีวิต	24(96.00)	12(100.00)
เสียชีวิต	1(4.00)	0(0.00)

ผลการติดตามสาเหตุของการส่งต่อผู้ป่วยติดสุราในผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD) พบว่า จำนวนของผู้ป่วยที่ส่งต่อรักษา ก่อนพัฒนาระบบ (46.67%) และหลังพัฒนาระบบ (33.33%) โดยสาเหตุของการส่งต่อรักษา ก่อนพัฒนาระบบ ส่วนใหญ่มีอาการชัก (20.00%) และหลังพัฒนาระบบ ส่วนใหญ่มีอาการทางจิต (11.11%)

โดยจำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการส่งต่อรักษา ก่อนพัฒนาระบบ คือ (22.22%) หลังพัฒนาระบบ (13.33%) และจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการส่งต่อรักษา ก่อนพัฒนาระบบ คือ (24.44%) และหลังพัฒนาระบบ คือ (20.00%) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการติดตามสาเหตุของการส่งต่อผู้ป่วยติดสุราในผู้ป่วยนอก (OPD) และผู้ป่วยใน (IPD)

สาเหตุของการส่งต่อรักษา	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=45)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=45)
จำนวนของผู้ป่วยที่ส่งต่อรักษา	21(46.67)	15(33.33)
สาเหตุของการส่งต่อรักษา		
มีอาการทางจิต	6(13.33)	5(11.11)
มีอาการชัก	9(20.00)	2(4.44)
มีภาวะสับสน	2(4.44)	1(2.22)
ไม่บำบัดต่อเนื่องระยะยาว	3(6.67)	4(8.89)
ภาวะขาดสุราที่รุนแรง	1(2.22)	3(6.67)
จำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการส่งต่อรักษา	10(22.22)	6(13.33)
จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการส่งต่อรักษา	11(24.44)	9(20.00)

1. ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา ด้วยการใช้วงจร PAOR ของ Kemmis and McTaggart⁷ ซึ่งมีลักษณะเป็นวงจรที่มีความสัมพันธ์กันแบบต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนกลับ มีวงจรการพัฒนา 1 วงจรดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยการศึกษาสภาพปัญหาและประเด็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เป็นการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนฤทธิ์สุรา (Alcohol withdrawal) ศึกษาถึงรูปแบบ แนวทางปฏิบัติหรือการพัฒนางานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านแอลกอฮอล์ เมื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ทำการวางแผนการดำเนินงาน โดยประกอบด้วย 3 ระยะ

ได้แก่ ระยะศึกษาปัญหา ระยะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา และระยะประเมินผล จัดทำ Timeline ในการศึกษาวิจัย การคัดเลือกและการประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง การจัดประชุมในการสื่อสาร และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย และการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง เพื่อทำการค้นหาปัญหาเพื่อจะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุราต่อไป แล้วทำการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับทราบร่วมกัน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวน วางแผนการพัฒนาอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (A=Act) เป็นการนำระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นใหม่ ลงสู่การปฏิบัติหน้างาน และการอบรมให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อสื่อสารแนวทางการดำเนินงานที่ได้

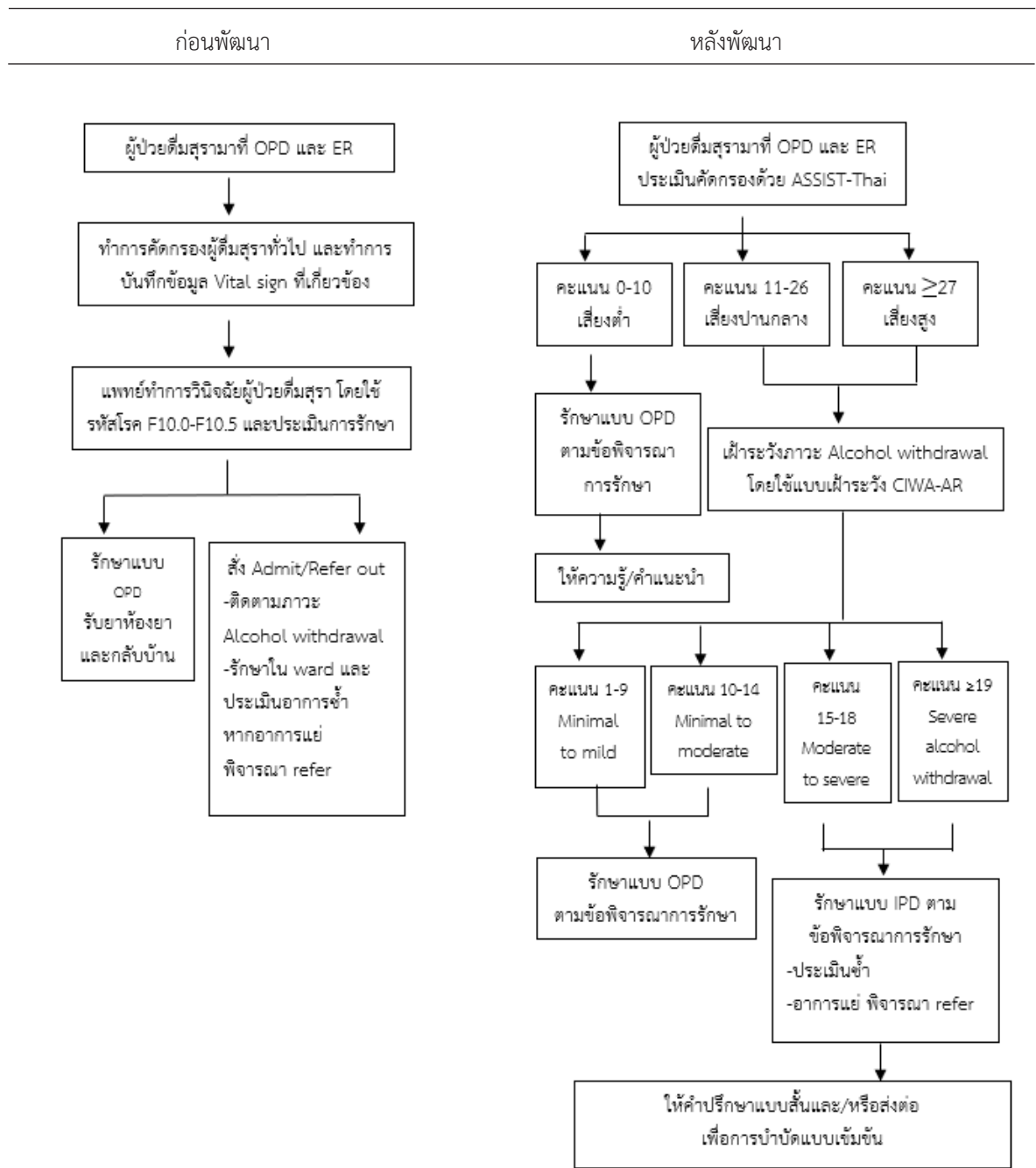
พัฒนาขึ้นใหม่ โดยแบ่งเป็นการดำเนินงานในส่วนงานของผู้ป่วยนอก (OPD) และการดำเนินงานในส่วนงานของผู้ป่วยใน (IPD) โดยในการดำเนินงานนั้นแรกกับผู้ป่วยที่จัดผู้ป่วยนอก (OPD) หรือห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการดื่มสุรา เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรคเรื้อรัง (NCD clinic) วัยรุ่นชาย หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร (ANC Clinic) ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุรา เช่น ตับแข็ง กระเพาะอักเสบ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยทำการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราด้วยแบบประเมิน ASSIST-Thai ซึ่งจะเป็นแนวคำถาม 7 ข้อ ในการสอบถามประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาและในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา, ความถี่ในการรู้สึกอยากดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา, ปัญหาสุขภาพ ครอบครัวยุติธรรม กฎหมาย การเงินที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา, กิจกรรมปกติในชีวิตที่ไม่สามารถทำได้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา, การดักเตือนจากเพื่อนฝูงญาติหรือคนอื่นในการกล่าวตักเตือนเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ในตลอดชีวิต และการพยายามหยุดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในตลอดชีวิต โดยผลการคัดกรองด้วยแบบประเมิน ASSIST-Thai⁹ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) 0-10 คะแนน หมายถึง ระดับความเสี่ยงต่ำ (Lower risk) การดื่มในขณะนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา แต่ในอนาคตหากดื่มมากกว่านี้ มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุราได้ 2) 11-26 คะแนน ความเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) หมายถึง การอาจเริ่มมีปัญหาบางอย่างเกิดขึ้นแล้วในการดื่มสุราต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ เพิ่มขึ้นได้ในอนาคต รวมถึงเสี่ยงต่อการติดสุรา โดยเฉพาะในคนที่เคยมีปัญหาจากการดื่มสุราหรือเคยติดสุรามาก่อน 3) ≥ 27 คะแนน เสี่ยงสูง (High risk) หมายถึง ความเสี่ยงสูงต่อการติดสุราแล้ว หรือกำลังประสบปัญหาด้านสุขภาพ สังคม การเงิน กฎหมายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนน ASSIST ≥ 27 คะแนน ให้ทำการเฝ้าระวังความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) ด้วยแบบประเมิน CIWA-AR¹⁰ (Clinical

institute withdrawal assessment for alcohol-revised version) ซึ่งมีระดับ 4 ระดับ ได้แก่ 1) 1-7 คะแนน คือ อาการถอนพิษสุราระดับเล็กน้อย 2) 8-14 คะแนน เป็นอาการถอนพิษสุราระดับปานกลาง 3) 15-19 คะแนน เป็นอาการถอนพิษสุราระดับรุนแรง และ 4) ≥ 20 คะแนน เป็นอาการถอนพิษสุราที่รุนแรงมาก โดยหากค่าคะแนน CIWA-AR ≤ 14 คะแนน ให้ทำการพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ภายใต้ข้อพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คือ สามารถรับประทานยาได้, มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและติดตามอาการถอนพิษสุราได้ในช่วง 5-7 วัน, สามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้, ไม่มีภาวะโรคจิตเวชและโรคทางกายที่ไม่คงที่, ไม่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจนอาจเกิดอาการถอนพิษจากสารเสพติดนั้น, ไม่มีประวัติอาการ DTs หรือชัก (rum fits) มาก่อน, อายุไม่น้อยกว่า 60 ปี และไม่มีหลักฐานแสดงถึงอวัยวะภายในถูกทำลายจากพิษสุรา เช่น Elevated MCV, Renal insufficiency ascites, Cirrhosis เป็นต้น หากค่าคะแนน CIWA-AR ≥ 15 คะแนนขึ้นไป ให้ทำการ Admit ในหอผู้ป่วยใน ภายใต้ข้อพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยใน คือ มีโรคจิตเวชหรือโรคทางกายอื่น ๆ ซึ่งต้องการเฝ้าดูดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น การชัก มีประวัติการชัก การตั้งครรภ์และให้นมบุตร โรคหัวใจ โรคตับ สงสัยการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้, มีการติดยาหรือสารเสพติดอื่น หรือมีอาการถอนพิษจากสารเสพติดหลายชนิด, มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือควบคุมไม่ได้, มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย, ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตนเองได้, เคยรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ได้ผล, ไม่มีญาติหรือสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยหรือเพียงพอสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยกรณีที่ไม่สามารถรักษาในผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในได้ให้ทำการส่งต่อรักษา (Refer) ภายใต้ข้อพิจารณาการส่งต่อ คือ 1) มีอาการทางจิต 2) มีอาการชักที่ไม่สามารถควบคุมได้ 3) มีภาวะสับสนรุนแรง 4) การไม่บำบัดต่อเนื่องระยะยาว และ 5) เกิดภาวะขาดสุราที่รุนแรงจนไม่สามารถรักษาได้ และสำหรับแนวทางการรักษาของโรงพยาบาลนาเชือก คือ การให้ความรู้และคำแนะนำ (Brief advice) ในผู้ป่วยนอกสำหรับการประเมิน ASSIST-Thai แล้วมีระดับความเสี่ยงต่ำ

และการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counselling) ในคลินิกเลิกสุราของโรงพยาบาลนาเชือก หรือทำการส่งต่อเพื่อรับการประเมินและบำบัดแบบเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญเลิกสุรา สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับการประเมิน ASSIST-Thai

ที่มีความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูง โดยรูปแบบที่ได้ทำการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุราเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุราเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา



ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตและการสะท้อนกลับ (Observe and Reflection) เป็นขั้นตอนของการติดตามประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา โดยในขั้นตอนนี้ทำการกำกับ ติดตาม และประเมินการดำเนินงานโดยหัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยใน หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และทำการทบทวนเวชระเบียนหลังจากที่ได้ทำการพัฒนาระบบไปแล้ว 1 เดือน ด้วยการคัดเลือกเวชระเบียนมาทำการศึกษาจำนวน 45 ราย เพื่อดูผลลัพธ์การปฏิบัติในการคัดกรองผู้ที่ดื่มสุราโดยใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai, ผลการคัดกรองผู้ที่ดื่มสุราโดยใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai, การปฏิบัติในการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุราโดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR, ผลการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุราโดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR, ผลการจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล, ผลการที่ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุราตามนัด และผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุราในระยะ 3 เดือน และในขั้นตอนนี้ได้ทำการทบทวนปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา พบว่า การใช้แบบฟอร์มประเมิน CIWA-AR ค่อนข้างยากและใช้เวลานาน ซึ่งจะต้องมีการกำกับการปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานมากขึ้น และการบำบัดผู้ป่วยติดสุรานั้นต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานถึงจะบรรลุผลสำเร็จ ต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ 1 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันในการกลับมาติดสุราใหม่ ผลการทบทวนปัจจัยสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การที่บุคลากรทางการแพทย์มีความตั้งใจในการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม จึงทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการดำเนินงานต่อไป และแผนพัฒนาในวงจรการดำเนินงานต่อไป คือ การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดสุราให้ครอบคลุมถึงระดับชุมชน เพื่อสร้างระบบให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่องด้วยชุมชน และป้องกันการกลับมาติดสุราซ้ำ ผลการศึกษาระยะที่ 3 การประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราในด้านการปฏิบัติการคัดกรองผู้ที่ดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai พบว่า ก่อนการพัฒนาระบบ ไม่มีการใช้แบบประเมินนี้ร้อยละ 100

หลังพัฒนาระบบ มีการใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai เพิ่มขึ้นร้อยละ 91.11 ผลการคัดกรองผู้ที่ดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai พบว่า หลังพัฒนาระบบพบว่า ค่าคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 11-26 คะแนน ซึ่งถือว่าเป็นความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate risk) ร้อยละ 48.89 ส่วนก่อนพัฒนาระบบ ไม่มีการใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai ผลการปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา CIWA-AR พบว่า ก่อนพัฒนาระบบ ไม่มีการใช้แบบประเมิน CIWA-AR หลังพัฒนาระบบส่วนใหญ่มีการใช้แบบประเมิน CIWA-AR ร้อยละ 86.67 ดังนั้นผลการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR พบว่า หลังการพัฒนา ระบบ มีค่าคะแนน ≥ 19 คะแนน ซึ่งเป็นติดสุรา Severe alcohol withdrawal ร้อยละ 60 ผลการจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล พบว่า ก่อนพัฒนาระบบ ส่วนใหญ่เป็นให้ความรู้และแนะนำเกี่ยวกับการดื่มสุรา (Brief advice) ร้อยละ 93.33 และหลังพัฒนาระบบพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาแบบสั้นและส่งต่อเพื่อรับการประเมินและบำบัดแบบเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญ ร้อยละ 42.22 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวข้างต้นดังแสดงผลในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=45)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=45)
การคัดกรองผู้ที่ดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai		
ปฏิบัติ	0(0.00)	41(91.11)
ไม่ปฏิบัติ	45(100.00)	4(8.89)
ผลการคัดกรองผู้ที่ดื่มสุรา โดยใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai		
0-10 คะแนน ระดับเสี่ยงต่ำ (Lower risk)	0(0.00)	14(31.11)
11-26 คะแนน เสี่ยงปานกลาง (Moderate risk)	0(0.00)	22(48.89)
≥ 27 คะแนน เสี่ยงสูง (High risk)	0(0.00)	5(11.11)
การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR		
ปฏิบัติ	0(0.00)	36(86.67)
ไม่ปฏิบัติ	45(100.00)	9(13.33)
ผลการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA-AR		
1-9 คะแนน Minimal to mild	0(0.00)	5(11.11)
10-14 คะแนน Minimal to moderate	0(0.00)	1(2.22)
15-18 คะแนน อันตราย Moderate to severe	0(0.00)	3(6.67)
≥ 19 คะแนน ติดสุรา Severe alcohol withdrawal	0(0.00)	27(60.00)
ผลการจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุราในโรงพยาบาล		
ให้ความรู้และแนะนำเกี่ยวกับการดื่มสุรา (Brief advice)	42(93.33)	5(11.11)
ให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counselling)	2(4.44)	17(37.78)
ให้คำปรึกษาแบบสั้นและส่งต่อเพื่อรับการประเมินและบำบัดแบบเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญ	1(2.22)	19(42.22)

ผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ป่วยติดสุราที่มาจากคลินิกเลิกสุราพบว่า ก่อนพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุราส่วนใหญ่ (100.00%) และหลังการพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดส่วนใหญ่ (70.59%) และผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุราในระยะ 3 เดือน ก่อนพัฒนาระบบ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังกลับมาดื่มสุรา

ในช่วงระยะ 3 เดือน (100.00%) และหลังพัฒนาระบบส่วนใหญ่ ผู้ป่วยยังกลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือน (70.58%) ซึ่งแสดงข้อมูลดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ป่วยติดสุราที่มาที่คลินิกเลิกสุรา

ผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ป่วยติดสุราที่มาที่คลินิกเลิกสุรา	ก่อนพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=2)	หลังพัฒนา จำนวน(ร้อยละ) (n=17)
ผลการที่ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุรา		
มาตามนัด	2(100.00)	12(70.59)
ไม่มาตามนัด	0(0.00)	5(29.41)
ผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุราในระยะ 3 เดือน		
เลิกดื่มสุราได้ใน 3 เดือนที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู	0(0.00)	5(29.42)
กลับมาดื่มสุราในช่วงระยะ 3 เดือนที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู	2(100.00)	12(70.58)

วิจารณ์

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีประเด็นที่สำคัญในการนำมาอภิปราย ดังต่อไปนี้ ในการศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา ก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 91.11 และ ร้อยละ 95.59 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 46.11 ± 9.90 ปี และ 44.78 ± 13.44 ปี ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรืองและคณะ¹⁰ ที่พบว่า ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มักเป็นเพศชาย และมีอายุระหว่าง 41-65 ปี โดยปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรานั้น ประกอบด้วย การที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมทางจิต การใช้สารเสพติดขณะดื่มสุรา โดยเฉพาะบุหรี่และกัญชา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถวุฒิ ธรรมชาติ¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ โรค Aggressive นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเปรมฤทัย ไชยชนะ และคณะ¹² ที่พบว่า ผู้ติดสุราที่มีโรคทางจิตเวชร่วมมีพฤติกรรมในการดื่มสุราโดยรวมอยู่ในระดับติดสุรา โดยการดื่มแอลกอฮอล์นั้นส่งผลต่อระบบประสาททำให้ร่างกายและจิตใจมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเกิดความกลัว ความวิตกกังวลในการที่จะอยากรู้ยากลองในสารเสพติดมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สาวิตรี อัมมณัฏฐกรชัย และคณะ¹³ ที่พบว่า การดื่มสุราของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย ส่งผลให้เกิด

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการใช้สารเสพติด และเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้เกิดผลกระทบตามมามากมาย เช่น การบาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุการจราจร การทะเลาะวิวาท และทำร้ายร่างกายและการฆ่าตัวตาย นอกจากนั้นปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนอาการถอนฤทธิ์สุราที่มากที่สุด คือ ก่อนการพัฒนาระบบ คือ ภาวะ Withdrawal state with convulsion ร้อยละ 20 และหลังพัฒนาระบบ คือ ภาวะ Alcohol withdrawal state, with delirium ร้อยละ 41.67 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิกา ศฤงคารชยธวัช¹⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะถอนฤทธิ์สุราส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด คือ Alcohol withdrawal state, with delirium ร้อยละ 34 โดยหากเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยจะได้รับการผูกมัดและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่พบการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทรงพล โลตทวงศ์ และคณะ¹⁵ ที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 50 จะหายจากภาวะการขาดสุราเมื่อเข้าสู่วันที่ 3 และทั้งหมดจะหายจากภาวะขาดสุราในวันที่ 5 โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และไม่มีการเสียชีวิตตลอดการรักษา แต่ผลการศึกษาก่อนพัฒนาระบบมีเสียชีวิต 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยฆ่าตัวตาย และปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยติดสุรา พบว่า สาเหตุของการส่งต่อก่อนและหลังพัฒนาระบบ คือ การมีอาการทางจิต

ร้อยละ 13.33 และร้อยละ 11.11 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ.2558¹⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคติดสุรา ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตถึงร้อยละ 6.9 โดยจะมีอาการสำคัญ คือ อาการประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายตนเอง เอะอะโวยวาย ก้าวร้าว หวาดกลัว ทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่นด้วยจากพยาธิสภาพของโรคทางจิต การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดร่วม จึงส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เกิดความเสี่ยงต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้ใกล้ชิด ดังนั้นจากปัญหาข้างต้น การพัฒนาระบบในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น มีการเฝ้าระวังและมีผลลัพธ์ในการรักษาทางคลินิกที่ดีขึ้น

ในการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาการวางแผนในการพัฒนางาน จนได้ระบบในการดูแลผู้ป่วยติดสุราร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ และประเมินผลในการดำเนินงาน โดยเน้นการพัฒนาระบบงานในระดับโรงพยาบาล โดยสอดคล้องกับการศึกษาของสุรวรา แก้วนัย¹⁷ ที่ให้ข้อเสนอว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่เหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดกรองและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น 2) การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย 3) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ และ 4) การดูแลระยะยาวหลังการรักษา การพัฒนาในด้านการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราด้วย ASSIST-Thai และการเฝ้าระวังภาวะถอนฤทธิ์สุรา (Alcohol withdrawal) โดยใช้แบบเฝ้าระวัง CIWA-AR และทำการรักษาด้วยการให้ความรู้/คำแนะนำ การให้คำปรึกษาแบบสั้นหรือการส่งต่อเพื่อการบำบัดแบบเข้มข้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรตต์ อนนทวิทย์¹⁸ ที่พบว่า การนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในจังหวัดมหาสารคามด้วยแบบประเมิน ASSIST-Thai ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากขึ้น ทั้งการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

ส่งผลให้มีการเข้าถึงบริการครอบคลุมและมากขึ้น และ การใช้แบบเฝ้าระวังอาการถอนฤทธิ์สุราด้วย CIWA-AR ควรจะทำการประเมินตั้งแต่แรกกับและประเมินเป็นระยะตามความจำเป็น คะแนจากการประเมินอาจผิดพลาดได้ กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ควรจะมีการใช้คะแนนร่วมกับการตัดสินใจทางคลินิกและการสังเกตอื่นร่วมด้วย เนื่องจากบางอาการอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนอื่น¹⁹

การศึกษาระยะที่ 3 การประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราโดยการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นได้แก่ แบบประเมิน ASSIST-Thai และแบบเฝ้าระวัง CIWA-AR ติดตามผลการคัดกรองผู้ที่ดื่มสุรา ผลการประเมินความรุนแรงของภาวะถอนฤทธิ์สุรา ผลการจัดการความเสี่ยงในผู้ที่ดื่มสุรา การประเมินผลในคลินิกเลิกสุราโดยการติดตามการมาตามนัด และการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในระยะ 3 เดือน โดยหลังการพัฒนาระบบมีการปฏิบัติตามแนวทางในการใช้แบบประเมิน ASSIST-Thai และ CIWA-AR เพิ่มมากขึ้น เนื่องจาก ก่อนการพัฒนาระบบยังไม่มีการใช้แบบประเมินมาใช้ในการดำเนินงานที่ชัดเจน แต่เป็นเพียงการคัดกรองทั่วไปและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของชัชวาล ลีลาเจริญพร และคณะ²⁰ ที่พบว่า ผลการพัฒนา และดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราตามแนวทางของโรงพยาบาลพิมาย ทำให้เกิดการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้อย่างชัดเจน และครอบคลุมมากขึ้น เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และในการบำบัดผู้ป่วยสุราพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมาตามนัด และหลังพัฒนาระบบผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราได้ในช่วง 3 เดือนที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟู ร้อยละ 29.42 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของชัชวาล ลีลาเจริญพร และคณะ²⁰ ที่พบว่า การติดตามการบำบัดการเลิกสุราในระยะ 3 เดือน จะมีผู้ที่สามารถเลิกดื่มสุราได้ร้อยละ 37.17 โดยการบำบัดการเลิกดื่มสุรานั้นจะต้องใช้ระยะเวลาที่เหมาะสม เนื่องจากถ้าระยะเวลาบำบัดสั้นไป ผู้ป่วยอาจจะยังไม่มีความพร้อมในด้านทางจิตใจที่จะเลิกดื่มสุราหรือผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเป็นโรคร่วม อาจต้องใช้ระยะเวลาที่เหมาะสมในการรักษาที่มากขึ้น หรือถ้าระยะเวลา

ที่นานเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจก่อนที่เล็กลงได้
ตั้งการศึกษาของนิตยา เศรษฐจันทร์ และคณะ²¹
ที่พบว่าการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดเชื้อในระยะ
4 เดือน จะทำให้ผู้ป่วยเลิกติดยาได้ถึงร้อยละ 80 และ
การให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดเชื้อที่ระยะเวลา 10 เดือน
จะทำให้ผู้ป่วยเลิกติดยาได้เพียงร้อยละ 10 ตั้งการศึกษา
ของนิรุจน์ อุทธาและคณะ²²

สรุป การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ
จะทำให้เกิดแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ
เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติหรือบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจ
และมีความรู้เพื่อนำสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้น ครอบคลุมมากขึ้น
เพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อเข้าสู่การบำบัดและฟื้นฟู เพื่อให้
ผู้ป่วยสามารถเลิกติดยา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และทำให้
ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบการรักษาที่มีคุณภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการกล่าวถึงเฉพาะการพัฒนา
ในส่วนของระดับโรงพยาบาล ซึ่งในการพัฒนาระบบในการ
ดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ จะต้องมีการพัฒนาให้ต่อเนื่องไป
จนถึงระดับปฐมภูมิและระดับชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการ
ดูแลระยะยาวหลังการรักษา โดยการพัฒนาให้มีการติดตาม
ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้วยเครือข่ายและแกนนำในพื้นที่
เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาติดเชื้อซ้ำในผู้ป่วยที่เคย
บำบัดและฟื้นฟูในการเลิกติดยา และเป็นการส่งเสริมให้
เกิดการพัฒนางานเชิงระบบที่ครอบคลุมและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

ควรมีการศึกษาในประเด็นผลลัพธ์เพิ่มเติม ได้แก่
ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดจากการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่วางไว้
และโปรแกรมทางด้านสุขภาพที่ให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยใน
คลินิกเลิกสุรา และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นความรู้
ความพึงพอใจและการกำกับติดตามของบุคลากรทางการ
แพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย
ติดเชื้อ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับสมอง ความจริงที่นักดื่มไม่รู้ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์/>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.2564 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.trc.or.th/th/attachments/airticle/618/สถิติบุหรื%202564.pdf>
3. จิรลักษณ์ นนทารักษ์. แนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปี 2558-2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://cas.or.th/wp-content/uploads/2022/06รายงานการศึกษาAAF-logo-2.pdf>
4. กนกวรรณ จังอินทร์, สมเดช พินิจสุนทร. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนขอนแก่น. 2560;5(3):487-501.
5. สุจิตตา ฤทธิมนตรี, โสภิตา ดาวสดใส, ขวัญสุตา บุญทศ, ศรีญญา ชาญสุข. ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นตามการรับรู้ของเหยื่อ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2566;31(1):51-61.
6. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ef. Victoria : Deakin University press; 1988.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แผนการสอนที่ 3 การคัดกรองและประเมินพฤติกรรม การดื่ม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <http://edoc.ptho.moph.go.th/upload/1603253132.pdf>

8. พรทิพย์ ธรรมวงศ์, อัญชลี ดำรงไชย. ความเชื่อมั่นของการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://dmh-elibrary.org/items/show/1475>
9. นิพนธ์ ชิวานนท์เวช, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, เทิดศักดิ์ เดชคง, วรรณษา เศรษฐบุปผา, ปิรพรรศ ศิลปะกิจ, อัครพล ครุศาสตร์ตรา, และคนอื่นๆ. แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. นนทบุรี: คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
10. กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, อัมพร สีลากุล, วิมาลา เจริญชัย. การพัฒนาแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2564;15(1):29-48.
11. อรรถวุฒิ ธรรมชาติ. ผลการดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567;18(1):61-70.
12. เปรมฤทัย ไชยชนะนิจ, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2557;28(1):105-20.
13. สาวิตรี อัยฉณางค์กรชัย, อโนชา หมิกทอง, ถนอมศรี อินทนนท์. รายงานผลการศึกษาเรื่อง การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาในประเทศไทย. สงขลา: พิมพ์ดีการพิมพ์; 2551.
14. ชนิกา ศฤงคารชัยวัช. ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score ในโรงพยาบาลพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2562;33(2):281-92.
15. ทรงพล โลดทงนค์, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พงศธร พลภาคย์, สงวน บุญพูน. อัตราการหายของภาวะขาดสุราหลังจากใช้แนวทาง
การรักษาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2558;60(2):139-48.
16. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: บางกอก-บล็อก; 2559.
17. สุรรา แก้วนัย. การคัดกรอง บำบัด รักษาและฟื้นฟูผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา : ช่องว่างภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2554;5(4):439-51.
18. ณัฐวรรัตน์ อเนกวิทย์. ผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้แนวทางการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(4):371-82.
19. ชวิศา ไชยมงคล. ผลของการป้องกันและรักษาภาวะเวอร์นิเกอร์ชาคอฟด้วยวิตามินบี 1-6-12 ในผู้ป่วยติดสุรา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sdtc.go.th/upload/forum/doc6215a3e5e608c6215.pdf>
20. ชัชวาล สีลาเจริญพร, ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์. ผลของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่โรงพยาบาลพินาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;1(3-4): 375-84.
21. นิตยา เศรษฐจันทร์, ปริญญา ทำสะดวก, นิวัต อุณทพันธ์, กมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์, คมสิน อุณจิตติกุล, อธิณัย อัมพรมราช, และคนอื่นๆ. การศึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
22. นิรุจน์ อุทธา, จันทรีโท ศรีนา, ธาดาวรรณ ภูมาตนา, สุจิตรา อุทธา, อนุชา สิงห์ยะบุศย์, อากร บุญเกิด, และคนอื่นๆ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ในสถานบริการสาธารณสุขและชุมชนจังหวัดขอนแก่น. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น/สถาบันอัยรักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2548.