

ผลของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดสุรา ที่โรงพยาบาลพิมาย

ชัชวาล ลีลาเจริญพร*

ศรียุพรรณ นันทไพฑูริย์*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดสุราในโรงพยาบาลพิมาย และเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา. กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ ๑ เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดสุราในระยะถอนพิษ ๘๐๘ คน โดยศึกษาและเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยติดสุรา ที่เข้ารับการรักษาในระยะถอนสุรา ณ หอผู้ป่วยชายของโรงพยาบาลพิมาย อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา แยกตามระยะเวลา เป็นระยะเริ่มต้นพัฒนา (๑ ต.ค. ๒๕๔๗-๓๐ ก.ย. ๒๕๔๘) ๒๖๑ คน, ระยะการพัฒนา (๑ ต.ค. ๒๕๔๘-๓๐ ก.ย. ๒๕๔๙) ๓๐๖ คน, และระยะสิ้นสุดการพัฒนา (๑ ต.ค. ๒๕๔๙-๓๑ ก.ค. ๒๕๕๐) ๒๔๑ คน. ผู้ป่วยกลุ่มที่ ๒ ได้จากการเลือกแบบเจาะจง ๓๕ คน เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในระยะถอนสุรา และระยะบำบัดฟื้นฟูในแผนกผู้ป่วยในชาย และเข้ารับการรักษาต่อเนื่องในคลินิกเลิกสุราโรงพยาบาลพิมาย ตั้งแต่วันที่ ๑ ก.พ. ๒๕๔๙-๓๑ ก.ค. ๒๕๕๐. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแรกรับ, แบบทดสอบเพื่อวินิจฉัยการติดสุรา, แบบประเมินอาการถอนสุรา (alcohol withdrawal scale : AWS), แนวทางการให้ยาตามแบบประเมินอาการถอนสุรา โรงพยาบาลพิมาย, แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดสุราในระยะถอน, แนวทางการให้คำปรึกษาแบบย่อ, และแนวทางบำบัดผู้ติดสุราตามแนวทางจิตอาสา. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และตรวจสอบความใช้ได้ของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน คือ One way anova วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ เพื่อแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน; วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และเปรียบเทียบพหุคูณด้วยวิธีของ เซฟเฟ่.

การศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของอัตราการเกิดอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอัตราการเกิดอาการถอนสุราระดับรุนแรงในระยะเริ่มต้นพัฒนากับในระยะหลังการพัฒนา. ส่วนค่าเฉลี่ยระยะวันที่รักษาตัวในโรงพยาบาล. วิเคราะห์เปรียบเทียบ ทั้ง ๓ ระยะ พบว่าไม่มีความแตกต่างโดยนัยทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑. สำหรับผลลัพธ์ของการพัฒนาในระยะบำบัดฟื้นฟู พบว่าผู้ป่วยติดสุราเข้ารับการรักษาตามแผนร้อยละ ๔๒.๘๖, บำบัดไม่ครบ ร้อยละ ๔๕.๗๑, ยังอยู่ในการรักษา ร้อยละ ๑๑.๔๙. ในจำนวนผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด ๓๕ คน มีผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราได้เกิน ๓ เดือน ร้อยละ ๓๗.๑๔, ได้เกิน ๖ เดือน ร้อยละ ๓๔.๒๘, และเกิน ๑ ปีร้อยละ ๘.๕๗.

จากการศึกษาสรุปได้ว่า การพัฒนาทำให้คุณภาพของการดูแลรักษาผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพิมายดีขึ้น และมีผลทำให้ผู้ป่วยบางส่วนเลิกดื่มสุราได้. นอกจากนี้ยังพบโอกาสพัฒนา

*โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา



อื่น ๆ อีก เช่น การใช้แนวทางการรักษาแบบร่วม, การเพิ่มทักษะด้านการให้คำปรึกษาแก่นุเคราะห์ทางกาย, การดูแลต่อเนื่องในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และการมีส่วนร่วมของชุมชน.

คำสำคัญ: ผู้ติดสุรา, อาการขาดสุรา, อาการขาดสุราระดับรุนแรง, แนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพิมาย, การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม

Abstract Good Quality Care for Alcohol-dependent Patients in Phimai Hospital Chatchawan Leelarcharoenporn*, Srisuphan Nuntaphiboon*

**Phimai Hospital, Phimai district, Nakhon Ratchasima Province*

This action research was developed to assess the results of good-quality care and practical guidelines for alcohol-dependent patients in Phimai Hospital during the period from October 1, 2004 to July 31, 2007. The first group of subjects included 808 alcohol-dependent patients in the three subgroups studied in successive periods of care development: 261 patients treated in the early developing period (Oct. 1, 2004 to Sept. 30, 2005); 241 patients in the developing period (Oct. 1, 2005 to Sept. 30, 2006); and 306 patients in the post-developing period (Oct. 1, 2006 to Jul. 31, 2007), respectively. The second sample group was selected by randomized purposive sampling consisting of 35 patients who received brief counseling and relapse prevention in the alcohol clinic of Phimai Hospital in the period from February 1, 2005 to July 31, 2007.

The results of the quality care development revealed that the severity of withdrawal symptoms in the post-developing group had statistically significantly decreased, but showed no significant difference in average length of stay from any other groups at the 99 percent confident interval (p value < 0.01); relapse prevention showed that 37.14 percent (13 out of 35), 34.29 percent (12 out of 35) and 8.57 percent (2 out of 35) could continuously stop drinking over three months, six months and 12 months, respectively.

In conclusion, this action research focussed on the improvement of care and relapse prevention. However, there were other opportunities to make improvements, such as combination therapy, counseling in skills training for medical personnel, continuing care in primary care units and community participation.

Key words : alcohol dependence, alcohol withdrawal, severe alcohol withdrawal, guidelines for alcohol dependence, inpatient holistic care

ภูมิหลังและเหตุผล

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายมาแต่โบราณกาล ซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภคได้มากกว่าสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย^(๑). นอกจากนี้การสำรวจประชากรทั่วไปโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๘ พบว่าประชากรวัยทำงานมากกว่าร้อยละ ๕๐ บริโภคสุรา โดยในจำนวนนี้ประมาณร้อยละ ๒๐ ดื่มสุร่าบ่อยจนเกิดอันตราย และที่สำคัญอายุเริ่มต้นของผู้ดื่มสุรครั้งแรกมีแนวโน้มต่ำลง โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี มีการ

ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ ๔๖.๙. ความชุกของการดื่มสุราและความผิดปกติจากการดื่มสุราในคนไทยอายุ ๑๕-๑๙ ปี มีถึงร้อยละ ๒๘.๕๒^(๒).

การดื่มสุรามีผลต่อสุขภาพของผู้ดื่มโดยตรง เช่น เป็นโรคตับแข็ง, โรคทางเดินอาหาร, โรคระบบประสาท โดยเฉพาะสมอง, และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมเร็งของอวัยวะต่าง ๆ. นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ เช่น อุบัติเหตุจากรถยนต์ ท้องถนน ซึ่งพบว่าผู้เมาสุราระหว่างขับที่ประสบอุบัติเหตุร้อยละ ๔๑ และความรุนแรงเกิดขึ้นมากกว่า. ความรุนแรงเฉลี่ยที่เกิดขึ้น

ขึ้นกับผู้ขับขีที่ไม่ดีมีสุรา ประมาณ ๕ เท่า และนอกจากผลกระทบบที่เกิดจากการดื่มสุราจะเกิดขึ้นโดยตรงต่อตัวผู้ดื่มแล้วยังมีผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ เช่น ปัญหาครอบครัวแตกแยก, ปัญหาการเงิน, ปัญหาอคติทะเลาะวิวาท, ปัญหาต่อการปฏิบัติงานทำให้ผลงานไม่มีประสิทธิภาพ^(๓).

โรงพยาบาลพิมายเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๙๐ เตียง. จากข้อมูลสถิติเกี่ยวกับกลุ่มโรคที่พบบ่อยที่แผนกผู้ป่วยในชาย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๗ ภาวะติดสุรา, อาการถอนสุรา, และโรคพิษสุรา จัดอยู่ในอันดับที่ ๓ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักอื่น เช่น การตกเลือดในกระเพาะอาหาร-ลำไส้ส่วนต้น, กระเพาะอาหารอักเสบ เหตุแอลกอฮอล์, ตับอักเสบเหตุแอลกอฮอล์, ตับแข็ง, บาดเจ็บที่ศีรษะ, และเมื่อเกิดอาการถอนสุรา ผู้ป่วยจะแสดงอาการทางจิต เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด หวาดกลัว ประสาทหลอน ไม่ยอมหลับนอน ควบคุมตัวเองไม่ได้ ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลรักษาพยาบาล เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เช่น ตกเตียง ผู้ป่วยหนีหาย บาดเจ็บจากการผูกมัด ต้องเลื่อนหรืองดการผ่าตัด มีผลต่อการเพิ่มระยะวันนอนโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา เพิ่มภาระงานแก่นุคลากร บุคลากรถูกทำร้ายหรือเสี่ยงการถูกทำร้าย. นอกจากนี้ยังพบเหตุการณ์ไม่คาดฝัน มีผู้ป่วยอาการถอนสุราเสียชีวิตโดยไม่คาดฝัน ๒ ราย. รายแรกจมน้ำตายหลังหนีออกจากโรงพยาบาลกลางดึกไม่ถึง ๑๐ ชั่วโมง. รายที่ ๒ เสียชีวิตภายหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะขณะนอนในโรงพยาบาล. จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายของผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย พบว่าเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยอาการถอนสุราไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการถอนรุนแรง จนเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว.

จากปัญหาที่พบ ทีมงานดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลพิมาย ได้ตระหนักถึงปัญหา จึงเกิดแนวคิดที่จะพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดสุราให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อนำไปช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเผชิญในการปฏิบัติงานประจำ และเพื่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการประเมินผลของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดสุรา โดยใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพิมาย เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดสุราทั้งในระยะถอนและระยะบำบัดฟื้นฟู ภายใต้กรอบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุม ๔ มิติ คือ การรักษา, การส่งเสริมสุขภาพ, การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันการกลับไปดื่มใหม่.

การดูแลผู้ป่วยติดสุราในระยะเริ่มแรก เริ่มตั้งแต่เดือนกันยายน ๒๕๔๗ ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยได้ร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหาและสาเหตุของการดูแลผู้ป่วยติดสุรา และได้จัดตั้งทีมงานเฉพาะกิจเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดสุรา. จากผลการวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา ได้พบประเด็นปัญหาลำคัญคือการดูแลผู้ป่วยในระยะถอนสุราไม่มีแนวทางการดูแลรักษาที่ชัดเจน ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแตกต่างกันไปตามความรู้และประสบการณ์ของทีมผู้ดูแลรักษา. ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดสุรา จึงกำหนดแนวทางการดูแลรักษาในระยะถอน และจัดทำแนวทางการให้ยาในผู้ป่วยติดสุราที่เกิดอาการถอน ซึ่งนำขึ้นใช้ในเดือนตุลาคม ๒๕๔๗, และจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพในรูปแบบการทำ COI เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา. ภายหลังประเมินโครงการได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการให้ยา มีการจัดตั้งคลินิกเลิกสุราในเดือนสิงหาคม ๒๕๔๘.

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม. กลุ่มที่ ๑ เป็นผู้ป่วยติดสุรา ๘๐๘ คนที่ได้รับการรักษาอาการถอนสุราตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพิมาย ตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ ถึง วันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยแยกศึกษาและเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา คือ ระยะเริ่มพัฒนา ซึ่งมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๘ จำนวน ๒๖๑ คน; ระยะพัฒนา เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๘ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๔๙ จำนวน ๓๐๖ คน; และระยะ



หลังการพัฒนา เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ จำนวน ๒๔๑ คน. กลุ่มที่ ๒ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจงจากกลุ่มผู้ป่วยติดสุรา ที่เข้ารับการรักษาในระยะถอน, ระยะบำบัดฟื้นฟู และเข้ารับการรักษาบำบัดต่อเนื่องในคลินิกเลิกสุราของโรงพยาบาลพิมาย ในช่วงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๙ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ จำนวน ๓๕ คน.

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกเริ่ม, แบบทดสอบเพื่อวินิจฉัยการติดสุรา CAGE TEST, แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนสุราโรงพยาบาลพิมาย, แนวทางการให้ยาตามบันทึกการดูแลผู้ป่วยติดสุราในระยะถอนสุรา, แนวทางการให้คำปรึกษาแบบย่อ, แนวทางการบำบัดผู้ป่วยติดสุราตามแนวทางจิราสา. เครื่องมือดังกล่าวผ่านการวิเคราะห์ศักยภาพนำไปใช้ได้ และความเชื่อมั่นระดับ ๐.๙๒.

การเก็บข้อมูลผลลัพธ์ของการดูแลในระยะถอน ตั้งแต่แรกเริ่มจนจำหน่าย รวบรวมเป็นรายเดือน และสรุปเป็นคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย อัตราเฉลี่ย. ส่วนข้อมูลผลลัพธ์ของการดูแลในระยะบำบัดฟื้นฟูก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และผลลัพธ์ในระยะบำบัดฟื้นฟูที่คลินิกเลิกสุรา. ผู้วิจัยได้ประสานทีมงานบำบัดสารเสพติดของโรงพยาบาลพิมาย ให้เก็บรวบรวมข้อมูลและจำนวนผู้เข้ารับการรักษาบำบัด. ผลลัพธ์ของการบำบัดโดยรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดครบตามแผน ๕ เดือน และที่ติดตามหลังการบำบัดครบ ๓ เดือน, ๖ เดือน และ ๑ ปี. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบตามช่วงระยะเวลาดำเนินงาน และวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ โดยแจกแจง

๑. **ข้อมูลทั่วไป** จากค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน.

๒. **ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในระยะถอนสุรา** โดย

๒.๑ วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและเปรียบเทียบพหุคูณ ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's) จากผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้วยค่าเฉลี่ยของอัตราการเกิดอาการถอนพิษสุรา

ในระดับรุนแรงระหว่าง ๓ กลุ่ม ตามช่วงระยะเวลาของการพัฒนา คือ กลุ่มเริ่มพัฒนา, กลุ่มที่อยู่ในช่วงพัฒนา และกลุ่มหลังพัฒนา.

๒.๒ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีของเชฟเฟ จากผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้วยค่าเฉลี่ยวันนอนระหว่าง ๓ กลุ่มตามช่วงระยะเวลาของการพัฒนา คือ กลุ่มเริ่มพัฒนา กลุ่มที่อยู่ในช่วงพัฒนา และกลุ่มหลังพัฒนา.

๒.๓ วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เช่น จำนวนผู้ป่วยชักในระหว่างการดูแลรักษา, จำนวนผู้ป่วยตกเตียง, จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บจากการผูกมัด, จำนวนผู้ป่วยส่งต่อ, จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต แจกแจงเป็นจำนวน และค่าร้อยละ.

๓. **ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลในระยะบำบัดฟื้นฟู**

๓.๑ ข้อมูลผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาก่อนการจำหน่าย โดยวิเคราะห์อัตราผู้ป่วยมารับการบำบัดในคลินิกเลิกสุรา เปรียบเทียบกับก่อนมีกระบวนการให้คำปรึกษา.

๓.๒ ข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงานในคลินิกเลิกสุรา แจกแจงเป็นจำนวนและอัตราส่วนร้อยละ ของผู้ป่วยที่สามารถลดหรือเลิกดื่มสุราได้ตลอดระยะเวลาของการบำบัด และติดตามภายหลังบำบัดครบ ๓ เดือน, ๖ เดือน และ ๑ ปี.

ผลการศึกษา

ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยติดสุราในระยะถอนสุรา

ผลลัพธ์ของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดสุราตามช่วงระยะเวลาการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ ๑ พบว่า ค่าเฉลี่ยของอัตราการเกิดอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรงลดลง, จำนวนผู้ป่วยชักในระยะถอนพิษ ลดลง, พบผู้ป่วยเสียชีวิต รวม ๔ ราย ด้วยโรคสมองเหตุดับ ๒ ราย, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ๑ ราย และโรคติดเชื้อภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศแรงดันสูง ๑ ราย. ทั้ง ๔ รายมีอาการถอนสุราเพียงเล็กน้อย และไม่เกี่ยวข้องกับ การให้ยาถอน. เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของอัตราการเกิดอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรงในระยะเริ่มต้นพัฒนา กับ

ระยะหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑. แต่ถ้าเปรียบเทียบผลลัพธ์ของอัตราการเกิดอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรงในระยะเริ่มต้นพัฒนากับระยะระหว่างการพัฒนา, และระยะระหว่างการพัฒนา กับระยะหลังการพัฒนาไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑.

จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เกิดอาการถอนพิษสุรา และค่าเฉลี่ยวันนอนของผู้ป่วยที่เกิดอาการถอนพิษสุรา ในระยะเริ่มต้นพัฒนา, ระหว่างการพัฒนา และหลังการพัฒนา

ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

จากตารางที่ ๒ พบว่าอัตราการเกิดอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรง แตกต่างกันอย่างน้อย ๒ กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ <๐.๐๑.

ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดสุราในระยะบำบัดฟื้นฟู

ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพเสนอด้วยตารางและคำอภิปรายผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาแบบสั้นก่อนจำหน่าย

ตารางที่ ๑ ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยติดสุราในระยะถอน ๘๐๘ ราย ตามช่วงการพัฒนา

ข้อมูล	เริ่มพัฒนา (๒๖๑ ราย)	ระยะพัฒนา (๓๐๖ ราย)	หลังพัฒนา (๒๔๑ ราย)
ผู้ป่วยเกิดอาการถอนพิษในระดับรุนแรง (ค่าร้อยละ)	๕๓ (๒๑.๑๐)	๔๔ (๑๕.๑๓)	๒๔ (๑๐.๐๕)
ผู้ป่วยชักในระยะถอนพิษ (ราย)	๓	๒	๐
วันนอนรวม (ค่าเฉลี่ย)	๘๑๖ (๓.๑๓)	๑,๐๒๑ (๓.๓๔)	๖๖๖ (๓.๑๘)
ผู้ป่วยเสียชีวิต (ค่าร้อยละ)	๒ (๐.๗๖)	๑ (๐.๓๒)	๑ (๐.๔๑)

ตารางที่ ๒ อาการถอนพิษระดับรุนแรง ตามช่วงเวลาการพัฒนา

แหล่งความแปรปรวน	DF	SS	MS	F	ค่าพี
ระหว่างกลุ่ม	๒	๓๕๒.๒๘	๑๗๖.๑๔	๕.๐๓๐	< ๐.๐๑
ภายในกลุ่ม	๓๑	๒๒๕๕.๕๕	๗๔.๑๕	๐.๐๑๒	
รวม	๓๓	๓๐๕๗.๘๓			

ตารางที่ ๓ ความแปรปรวน จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่เกิดอาการถอนสุรา

แหล่งความแปรปรวน	DF	SS	MS	F	Sig
ระหว่างกลุ่ม	๒	.๔๓๘	.๒๑๙	.๒๖๔	.๗๖๕
ภายในกลุ่ม	๓๑	๒๘.๕๐๘	.๙๐๕		
รวม	๓๓	๒๘.๙๔๖			



และผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดยาใน
ระยะบำบัดฟื้นฟูในคลินิกเลิกสุรา.

ผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาแบบสั้นก่อนจำหน่าย

การพัฒนาในระยะบำบัดฟื้นฟูก่อนการจำหน่ายออก
จากโรงพยาบาล ด้วยการให้คำปรึกษาแบบสั้นนั้น แสดงผลลัพธ์
ได้จากการที่ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการบำบัดต่อเนื่องในคลินิก
เลิกสุรา ภายหลังได้รับคำปรึกษาแบบสั้น และจำหน่ายออก
จากตึกผู้ป่วยในชาย ได้ดังแสดงในตารางที่ ๔.

จากตารางที่ ๔ จะเห็นได้ว่า ภายหลังมีกิจกรรมการให้
คำปรึกษาแบบสั้นก่อนจำหน่าย จำนวนผู้ป่วยมารับการบำบัด
ในคลินิกเลิกสุราเพิ่มขึ้นร้อยละ ๗.๑๓ และอัตราผู้ป่วยที่มา
รับการบำบัดในคลินิกเลิกสุราภายหลังได้รับคำปรึกษาแบบสั้น
ร้อยละ ๘๕.๗๑.

*ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดยาในระยะ
การบำบัดฟื้นฟูในคลินิกเลิกสุรา*

ข้อมูลในคลินิกเลิกสุราของโรงพยาบาลพิมาย ใน

ตารางที่ ๔ ผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาแบบสั้นก่อนจำหน่าย

ข้อมูล	ก่อนให้คำปรึกษา	ช่วงให้คำปรึกษา
	(๑ ส.ค. ๔๙ - ๓๑ ม.ค. ๕๐)	(๑ ก.พ. ๕๐ - ๓๑ ก.ค. ๕๐)
ผู้ป่วยติดยา (ราย)	๑๓๖	๔๕๐
ผู้ป่วยติดยาได้รับคำปรึกษาแบบสั้น (ราย)	๐	๔๕
ผู้ป่วยติดยาได้รับคำปรึกษาแบบสั้นก่อนจำหน่าย (ร้อยละ)	๐	๑๐.๘๕
ผู้ป่วยที่มารับการบำบัดในคลินิกเลิกสุราภายหลังได้รับ คำปรึกษาแบบสั้น (ร้อยละ)	๐	๘๕.๗๑
ผู้ป่วยมาบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุรา (ราย)	๓	๔๒
ผู้ป่วยมารับบริการบำบัดตามนัดในคลินิกเลิกสุรา (ร้อยละ)	๒.๒	๙.๓๓

ตารางที่ ๕ ผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดยาในคลินิกเลิกสุรา

	คน	ร้อยละ
ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด	๓๕	๑๐๐
ได้รับการบำบัดครบ ๕ เดือน	๑๕	๔๒.๘๖
ได้รับการบำบัดไม่ครบ	๑๖	๔๕.๗๑
อยู่ในระหว่างการบำบัด	๔	๑๑.๔๓
ติดตามหลังการบำบัดครบ ๓ เดือน	๑๕	๔๒.๘๖
ติดตามหลังการบำบัดครบ ๖ เดือน	๑๔	๔๐
ติดตามหลังการบำบัดครบ ๑ ปี	๔	๑๑.๔๓
บำบัดครบ เลิกดื่มสุราได้ ๓ เดือนขึ้นไป	๑๓	๓๗.๑๔
บำบัดครบ เลิกดื่มสุราได้ ๖ เดือนขึ้นไป	๑๒	๓๔.๒๘
บำบัดครบ เลิกดื่มสุราได้ ๑ ปีขึ้นไป	๓	๘.๕๗

ช่วงระยะเวลาของการศึกษา เริ่มวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๙ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๐ รวมระยะเวลา ๑ ปี ๕ เดือน แสดงผลลัพธ์ของการบำบัด ดังตารางที่ ๕.

จากตารางที่ ๕ ผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุรา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ๓๕ คน เข้ารับการบำบัดต่อเนื่องครบ ๕ เดือน ๑๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๘๖ และในจำนวนผู้ที่บำบัดครบ ๕ เดือน เมื่อติดตามผลภายหลังการบำบัดครบ ๓ เดือน, ๖ เดือน และ ๑ ปี มีผู้ป่วยที่ติดสุราสามารถเลิกดื่มสุราได้มากกว่า ๓ เดือนร้อยละ ๓๗.๑๔, เลิกดื่มสุราได้มากกว่า ๖ เดือนร้อยละ ๓๔.๒๙ และเลิกดื่มสุราได้มากกว่า ๑ ปี ร้อยละ ๘.๕๗.

วิจารณ์

จากการศึกษาประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุราในระยะถอนสุราตามแบบของโรงพยาบาลพิมาย พบว่าได้ผลดีในระดับหนึ่ง เนื่องจากทีมผู้ดูแลได้รับความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น, แต่ยังไม่สามารถลดอัตราการเกิดอาการถอนสุราในระดับรุนแรงได้ดี. เคยมีผู้ศึกษาไว้ว่าผู้ป่วยติดสุรา เมื่อได้รับการรักษาจะเกิดอาการสั้นเพื่อเหตุขาดสุรา ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดในผู้ป่วยที่มีอาการถอนสุราระดับรุนแรงได้ประมาณร้อยละ ๔.๙^(๔) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการดูแลรักษามีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วย อีกทั้งแนวทางการให้ยา ยังเน้นเฉพาะกลุ่มเบนโทโดอะเซพินเป็นหลักเพียงอย่างเดียว ยังไม่ได้ให้การรักษาแบบประเภทร่วมกัน เช่น ให้โพรเพนอลอล ขนาด ๑๐-๔๐ มก. ทุก ๖ ชม.^(๕) หรือให้โอเทโนลอล ขนาด ๕๐-๑๐๐ มก. ต่อวัน ซึ่งช่วยลดอาการขาดสุรา โดยเฉพาะอาการสั้นและอาการด้านประสาทเสริมาใช้ร่วมในการรักษา^(๖,๗). อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงความสามารถในการควบคุมอาการถอนสุรารุนแรง ร่วมกับแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยช้ำที่ลดลง และไม่พบผู้ป่วย เสียชีวิตจากความผิดพลาดในการดูแลระหว่างถอนสุรา ซึ่งอาจจะพบได้ร้อยละ ๑-๒^(๘) น่าจะสะท้อนถึงคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะถอนสุราที่ดีขึ้น. ในขณะที่ค่าเฉลี่ยวันนอนที่ไม่เปลี่ยนแปลง ไม่น่าสะท้อนถึงคุณภาพของการดูแล

รักษา. เนื่องจากข้อจำกัดของการศึกษาที่ไม่สามารถควบคุมโรคร่วมอื่น ๆ ได้ ซึ่งอาจมีผลต่อวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยได้. ส่วนผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในระยะก่อนการจำหน่ายจากกระบวนการให้คำปรึกษาแบบย่อ พบว่ามีผลต่อการตัดสินใจเลิกดื่มสุรา. ทั้งนี้ผลของการให้คำปรึกษาแบบย่อที่เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลเสียที่เกิดจากการดื่มสุรา ที่มีต่อภาวะสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยต้องเจ็บป่วยมาอนรักษาในโรงพยาบาลนั้น สามารถสร้างความตระหนักให้แก่ผู้ป่วยได้ดังจะเห็นได้จากผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อได้รับคำปรึกษาแบบย่อ พบว่ามีผลต่อการตัดสินใจเลิกดื่มสุรา โดยพบว่าผู้ป่วยติดสุราภายหลังได้รับคำปรึกษาแบบย่อตัดสินใจเลิกดื่มสุราและยอมเข้ารับการบำบัดต่อในคลินิกเลิกสุราถึงร้อยละ ๘๕.๗๑ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิศานาถ โชคเกิด^(๙) ที่ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพเฉพาะด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม สัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.๐๑, และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ พายุฤทธิ์^(๑๐) ที่ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในพบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คือ บุคลากรด้านสุขภาพ และญาติ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพ คือ พยาบาลผู้ให้คำปรึกษา และให้การบำบัดในคลินิกเลิกสุรา และมีญาติผู้ดูแลเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ.

จากผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุราที่พบว่าอัตราผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา เมื่อติดตามภายหลังการบำบัดครบ ๓ เดือน ๖ เดือน และ ๑ ปี มีแนวโน้มลดลงร้อยละ ๓๗.๑๔, ๓๔.๒๙ และ ๘.๕๗ ตามลำดับ. เมื่อเทียบกับรายงานการศึกษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ พบอัตราการเลิกดื่มสุรา เมื่อครบ ๔ เดือนร้อยละ ๘๐^(๑๑), ที่โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบอัตราการเลิกดื่มเมื่อครบ ๑๐ เดือนร้อยละ ๕๐, ที่สถานีอนามัยพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบอัตราการเลิกดื่มเมื่อครบ ๑๐ เดือนร้อยละ ๒๔.๓๖^(๑๒) ซึ่งเป็นตัวอย่าง



ที่แสดงถึงศักยภาพของการบำบัดผู้ติดสุราในระดับสถานีนอนามัยได้ในระดับหนึ่ง. สำหรับการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราในคลินิกเลิกสุราของโรงพยาบาลพิมาย ที่พบอัตราการบำบัดไม่ครบก่อนข้างสูงถึงร้อยละ ๔๕.๗๑ ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้ค่อนข้างต่ำ และมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลา. สำหรับผู้ป่วยที่ขาดการบำบัด ไม่สามารถประเมินว่าเลิกดื่มได้หรือไม่ เพราะมีข้อจำกัดในการติดตาม และการดูแลผู้ป่วยติดสุราในชุมชน. นอกจากนี้การที่แพทย์ไม่ได้เข้ามามีบทบาทในคลินิกเลิกสุรา ทำให้ยังไม่มีการใช้ยาที่ช่วยลดหรือป้องกันการดื่มสุรา เช่น นัลเทรกโซน หรือโดสัลพิแรม^(๑๓-๑๕) ตลอดจนยังไม่มีการค้นหาและรักษาโรคทางจิตเวชที่อาจควบคู่กันมาในผู้ป่วยบางราย เช่น บุคลิกภาพแปรปรวน, โรคซึมเศร้า, โรคประสาท วิตกกังวล. จากเหตุผลดังกล่าวน่าจะเป็นต้นเหตุให้ประสิทธิภาพของการบำบัดฟื้นฟูในคลินิกเลิกสุรายังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร.

การบำบัดฟื้นฟูด้านการให้คำปรึกษาแบบย่อก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการบำบัดตามแนวจิตราสา ในคลินิกเลิกสุรา เป็นการบำบัดที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ, สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้รับการบำบัด, การสร้างความตระหนักต่อภาวะสุขภาพ โดยการให้ความรู้ถึงโทษของการดื่มสุรา, การให้กำลังใจ, การให้ทักษะด้านความคิด, การตั้งเป้าหมายในชีวิต. กิจกรรมดังกล่าวมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกดื่มสุราซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา นิมสุวรรณ^(๑๖) ที่ศึกษาการยอมรับการบำบัดของผู้ป่วยติดสุราในระยะถอนพิษ พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัดและญาติผู้ป่วย, และการเพิ่มกำลังใจมีผลต่อการยอมรับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยเสพติดสุราในระยะถอนสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา เศรษฐจันทร์ และคณะ^(๑๗) ที่ศึกษาแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา พบว่าสิ่งที่ทำให้ผู้รับการบำบัดสามารถเลิกดื่มสุราได้คือ การตั้งเป้าหมายชีวิตหลังการเลิกดื่มสุราที่ชัดเจน, ระบบความคิดที่เปลี่ยนไป คิดมีเหตุผลวิเคราะห์ตนเองได้, รับรู้วิธีการเสี่ยงที่เหมาะสม, การมีส่วนร่วมของครอบครัว^(๑๘) และชุมชนสนับสนุน และการติดตามของผู้ให้การบำบัดและผู้ในชุมชน สอดคล้องกับการ

ศึกษาของ นิमित แก้วอาจ^(๑๗) ที่ศึกษาผลของการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพสุราในโรงพยาบาลจิตเวชจังหวัดขอนแก่น พบว่าการบำบัดโดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีผลต่อการลดหรือเลิกดื่มสุราของผู้เสพสุรา และการบำบัดทั้งในระยะก่อนการจำหน่าย หลังการจำหน่ายที่จัดให้แก่ผู้ป่วยติดสุรา มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด หรือเลิกดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบน, มิลเลอร์, และ โบ รอสส์^(๑๘) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราที่ได้รับการบำบัดเป็นระยะ ด้วยวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจจะมีอัตราการหยุดดื่มสุราสูงขึ้นกว่าการบำบัดเพียงครั้งเดียว. การนำวิธีการกรรมบำบัดอย่างย่อมาใช้กับผู้ป่วยติดสุราก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นการรักษาที่ถูกทำได้ง่ายในหน่วยรักษาปฐมภูมิ ใช้เวลาเพียง ๑๕-๖๐ นาที พบว่าผู้ดื่มหนักที่ได้รับการบำบัดแบบย่อนี้ มีโอกาสมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาเกือบ ๒ เท่าในการที่จะลดหรือปรับการดื่มลง^(๑๙). ในประเทศไทยยังไม่มียางานเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาด้วยวิธีนี้มาก่อน. จากการศึกษาพบว่าทำให้คำปรึกษาแบบย่อก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้กิจกรรมบำบัดแบบย่อ ร่วมกับการแนะนำแบบย่อ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งใช้เวลาเพียง ๑๕-๓๐ นาที ช่วยให้ผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกสุราเพิ่มขึ้น โดยพบอัตราผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกสุราภายหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบย่อก่อนจำหน่าย สูงถึงร้อยละ ๘๕.๗๑ และพบว่าอัตราผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกสุราเพิ่มขึ้น จากก่อนมีกระบวนการให้คำปรึกษาแบบย่อก่อนจำหน่ายจากร้อยละ ๒.๒ เป็นร้อยละ ๙.๓๓. อย่างไรก็ตามอัตราความครอบคลุมของผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษาแบบย่อก่อนจำหน่ายยังค่อนข้างต่ำ คือร้อยละ ๑๐.๘๙. ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรที่มีทักษะในการให้คำปรึกษาแบบย่อของโรงพยาบาลมีจำกัด อีกทั้งผู้ป่วยบางส่วนก็ยังขาดความพร้อม หรือขาดโอกาส เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายด้วยการส่งต่อ, ผู้ป่วยที่จำหน่ายในช่วงที่ผู้ให้คำปรึกษาไม่อยู่, หรือผู้ป่วยที่มีภูมิลาเนาอยู่ไกล. อย่างไรก็ตาม จากผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาแบบย่อ น่าจะเป็นข้อมูลสนับสนุนได้ว่า

รูปแบบปฏิบัติที่มีประสิทธิ-ภาพในระดับหนึ่ง เพราะปฏิบัติได้ไม่ยาก เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน.

ข้อเสนอแนะ

๑. จัดทำหนังสือแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับเป็นแนวทางให้แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชนใช้ในการให้ยาระยะถอนสำหรับผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะถอนสุราอย่างมีประสิทธิภาพ ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการรักษาต่อไป.

๒. ศึกษาประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลในการนำยากลุ่ม β -Adrenergic receptor antagonist เช่น โพรพานอลอล หรือ แอเทโนลอล มาใช้ร่วมกับยากลุ่มเบนโซไดอะเซพีน หรือการนำยากลุ่ม α -Adrenergic agonist เช่น โคลนิติน มาใช้ลดอาการฮัยเปอร์แอริเนอร์จิคของภาวะถอนสุรา หรือการนำยากลุ่มต้านโรคจิต เช่น ฮาโลเพริดอล มาใช้รักษา ร่วมด้วย เป็นการรักษาแบบประคับประคองกัน .

๓. ส่งเสริมให้แพทย์ และบุคลากร อื่น ๆ เข้ามามีบทบาทเพิ่มในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาแบบย่อ, ทักษะการทำกิจกรรมบำบัดอย่างย่อ, หรือการบำบัดทางจิตแบบประคับประคองให้แก่บุคลากรเพื่อนำไปใช้ในการฟื้นฟูผู้ติดยา และควรพัฒนาศักยภาพของผู้บำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งไปรับการอบรมภายนอกทางด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยา.

๔. สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ติดยาในชุมชน โดยการประสานงาน กับสถานเอนามัย, วัด, โรงเรียน, โรงงาน หรือภาคชุมชนอื่น ๆ ให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ติดยาในระยะบำบัดฟื้นฟู หรือมีการจัดทำโครงการที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมลด เลิกการดื่มสุราขึ้นในชุมชน เช่น โครงการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา ของ สสส., โครงการวัดปลอดเหล้าของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.

๕. พัฒนาปรับปรุงแนวทางการบำบัดในคลินิกเลิกสุรา เนื่องจากผลลัพธ์ของการดำเนินงานยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรตั้งจะเห็นได้จากอัตราผู้ป่วยหยุดการบำบัดร้อยละ ๔๕.๗๑

และยังพบปัญหาในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด.

๖. ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยติดยาที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกสุรา ของโรงพยาบาลพิมาย โดยศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราได้ หรือเลิกไม่ได้, หรือปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการบำบัดได้ครบตามแผนที่กำหนดในระยะเวลา ๕ เดือน และศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและแรงจูงใจบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยติดยา.

กิตติกรรมประกาศ

ที่มงานดูแลผู้ป่วยติดยา, ที่มงานสารสนเทศ, คณะเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยในชาย และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพิมาย, นพ.นรชาติ รัตนชาติตะ, น.ส.การเกศ พรหมดี, นางกุศลิน กัณหา และคณะเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์ ได้ให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้.

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. [online] 2005. [cited 2006 Jan 10]; available from: Newstarget network: <http://www.newstarget.com/001009.html>.
- ธรมินทร์ กองสุข (บรรณาธิการ). สถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทยในกลุ่มงานพัฒนาบริการสุขภาพจิต. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ วันที่ ๒๕-๒๗ สิงหาคม ๒๕๔๗. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๔๗.
- คณัย เรืองสอน, ยอดพล ธนาภิรมย์, วิทยา ชาดิบัญญัติชัย. การพัฒนาคุณภาพงานวิเคราะห์อุบัติเหตุจราจร. กรณีศึกษา : การใช้ข้อมูลจากทะเบียนผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุประกอบการวิเคราะห์อุบัติเหตุจราจร. วารสารอุบัติเหตุ ๒๕๔๗; ๑๕ : ๑๔๒.
- Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal: a meta-analysis and evidence based practice guidelines. JAMA 1997; 278:144-54.
- Ciraulo DA, Renner JA. Alcoholism. In: Ciraulo DA, Shader RI, editors. Clinical manual of chemical dependence. Washington, DC: Am Psychiatric Assoc; 1991. p. 1-95.
- Horwitz RI, Gottlieb LD, Kraus ML. The efficacy of atenolol in the outpatient management of the alcohol withdrawal syndrome. Arch Intern Med 1989; 149 : 1089-93.



๗. Kraus ML, Gottlieb LD, Horwitz RI, Anscher M. Randomized clinical trial of atenolol on patients with alcohol withdrawal. *N Engl J Med* 1985; 313 : 905-9.
๘. Naranjo CA, Sellers EM. Clinical assessment and pharmacotherapy of the alcohol withdrawal syndrome. In: Galanter M, editor. *Recent developments in alcoholism*. New York: Plenum Press; 1986. p. 265-81.
๙. นิสานาด โชคเกิด. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน. รายงานการศึกษานิเวศวิทยาพยาบาลศาสตร์มหบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๕.
๑๐. ประไพ ทายุทธ. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา. รายงานการศึกษานิเวศวิทยาพยาบาลศาสตร์มหบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย, เชียงใหม่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๕.
๑๑. นิตยา เศรษฐจันทร์, ปฏิญา ทำสะควก, นีวัต อุณาพันธ์, กมลรัตน์ จิตติชัยโรจน์, กมลสิน อุณจิตติกุล, ธีรน้อย อิมพรพรราช, และคณะ. การศึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๗.
๑๒. นิรุจน์ อุทธา, จันทร์โท ศรีนา, ธาดาวรรณ ภูมาคณา, สุจิตรา อุทธา, อนุชา สิงห์ยะบุศย์, อากร บุญเกิด, และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ในสถานบริการสาธารณสุข และชุมชนจังหวัดขอนแก่น. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น / สถาบันวิจัยญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๘.
๑๓. Garbutt, West SL, Carey TS, Lohr KN, Crews FT. Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence. *JAMA* 1999; 281:140-4.
๑๔. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health [online] 2005. [1 Aug 2007]; Vol. 365 Feb 5, 2005; available from: <http://www.thelancet.com>
๑๕. Fiellin, D, Reid C, O'Conor P. Outpatient management of patients with alcohol problems. *Ann Intern Med* 2000; 138: 815-27.
๑๖. สุจิตรา นิ่มสุวรรณ, เขาวเรศ นาคะโยธินสกุล, นันทมา อินทรพรหม. การศึกษาการยอมรับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยเสพติดสุราในระยะถอนพิษ โดยใช้รูปแบบการเพิ่มกำลังใจ. โรงพยาบาลชัยญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๗.
๑๗. นิमित แก้วอาจ. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผู้ป่วยที่เสพติดสุราในโรงพยาบาลจิตเวช. รายงานการศึกษานิเวศวิทยาพยาบาลศาสตร์มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ๒๕๔๕.
๑๘. Bien TH, Miller WR, Boroughs JM. Motivational interviewing with alcohol outpatient. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 1993; 21: 347-56. Retrieved November 23, 2004. Available from : <http://casaa.unm.edu/projects>.
๑๙. Reid C, Fiellin D, O'Conor P. Hazardous and harmful Consumption in primary care. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1681-9.