

ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

The Effectiveness of Case Management in Complex's Alcoholic at Suansaranrom Hospital, Suratthani Province

สมควร จุลอักษร, พย.ม. (Somkum Joolakson, MS.N, R.N.)*

ภัทราจิตต์ ศักดา พย.ม. (Pattrajit Sakda, MSN, R.N.)**

รัตนา เหล่าปิยะสกุล พย.บ. (Rattana Laopiyasakul, BSN, R.N.)**

วิภาวี จันทมัตตุการ ศษ.ม. (Wipawee Jantamattoogan, M.Ed, R.N.)**

คณิงนิตย์ วิชัยดิษฐ์ พย.บ. (Kanungnit Wichaidit, BSN, R.N.)**

ปราณี เทพเลื่อน พย.บ. (Pranee Taplean, BSN, R.N.)**

Abstract

The objectives of this study was to compare length of stay, cost of treatment, patient's and relative's satisfaction, patient's quality of life, and relapsed rate among patients receiving a case management care and those receiving regular care. Subject consisted of 30 Complex's alcoholic patents and 30 relatives, selected from inclusion criteria. 15 out of each group were selected into control group and others were in experiment group. Instruments included (1) clinical pathway for Complex's alcoholic patients, (2) record of length of stay and cost of treatment, (3) satisfaction of service for patient and relative which gave the value of Cronbach's alpha coefficient as .83 and .86, respectively, and (4) patient ,s quality of life

with the value of Cronbach's alpha coefficient as .82 Data were analyzed using descriptive statistics and independent t – test.

The result showed that mean score of cost of treatment and length of stay among experiment group was significantly lower than those of control group ($p < .01$). Mean score of patient and relative's satisfaction among experiment group was significantly higher than those of control ($p < .01$). There was no significantly different of mean score of patient quality of life. Recurrent rate after discharged 3 month was not significantly different (6.7%); however, it was found that the relapsed rate at 6 month of experiment group was lower than that of control group.

The findings showed that case management

* Corresponding author พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี E-mail: idtis_@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

system could be used to increase effectiveness of care for complex's alcoholic patients. There was a recommendation to use case management system in other tertiary hospitals.

Key words: Case Management, Care for Complex's Alcoholic Patient, Effectiveness

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบระยะวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และอัตราการป่วยซ้ำ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อน จำนวน 30 คน และญาติผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อน จำนวน 30 คน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จัดเข้ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) แผนการดูแลทางคลินิกผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนในโรงพยาบาล (2) แบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และระยะวันนอน ในโรงพยาบาล (3) แบบวัดความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 และ .86 ตามลำดับ และ (4) แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และทดสอบด้วยค่าทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าเฉลี่ยระยะวันนอนในโรง

พยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าเฉลี่ย ระดับความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วย และญาติกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราป่วยซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจำหน่าย ภายใน 3 เดือน ร้อยละ 6.7 เท่ากัน แต่ภายใน 6 เดือน กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 3 เท่า

ผลการวิจัยสนับสนุนว่า การดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนได้ ดังนั้นควรมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิอื่นๆ ต่อไป เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อน

ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยติดสุรามักพาดตนเองเข้าไปในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการดื่มสุรา จิตใจหมกมุ่นอยู่กับการดื่มสุราไม่สนใจดูแลตนเอง เสี่ยงตกอยู่ในหน้าที่งาน (ทรงเกียรติ ปิยะกะและเวทิน ศันสนีย์เวช, 2541; ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2543) เป็นภาระของครอบครัว สังคม และ จากรายงานของสำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต ปี 2546 (สมชาย, 2550 อ้างใน สุวิมล สนั่นชาติ, 2550) พบว่า การติดสุราในผู้ชาย ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะในประเทศไทย (DALYs: Disability

Adjusted Life Years) ถึงร้อยละ 6.2 ซึ่งเป็นโรคอันดับที่ 3 รองจากการติดเชื้อเอดส์และอุบัติเหตุต่างๆ ส่งผลให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกี่ยวกับสุราถึง 250,000 ล้านบาทต่อปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุบัติเหตุจากการดื่มสุราประมาณ 3,000 ถึง 10,000 บาทต่อราย เป็นการสูญเสียเศรษฐกิจของประเทศไทยประมาณ 122,400 ถึง 189,040 ล้านบาทต่อปี (บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ, 2549) ปัญหาดังกล่าวยังมีความรุนแรงมากขึ้นในกรณีของผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาทางจิตเวช มีโรคร่วมทางกาย ทางจิตใจและโรคแทรกซ้อนทางกาย

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์เป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ ที่ให้การบำบัดผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาทางจิตเวช ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลทางสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 – 2550 พบว่า มีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นของผู้บำบัดในโรงพยาบาล แต่ก็ยังสูงกว่ายาเสพติดอื่นๆ คือ 408 ราย 304 ราย และ 291 ราย ตามลำดับ และเป็นโรคที่เข้ามาบำบัดมากเป็นอันดับที่ 2 ของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่า เป็นโรคที่มีอาการป่วยหรือติดซ้ำบ่อยจนต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ คิดเป็นร้อยละ 30.4 ร้อยละ 32.4 และร้อยละ 29.5 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2550) และขณะบำบัดรักษาในโรงพยาบาลมักพบโรคร่วมทางกาย เช่น ตับอักเสบ ตับแข็ง โรคกระเพาะอาหาร หัวใจเต้นผิดปกติ หวหะ ความดันโลหิตสูง เกร็ดเลือดต่ำ โรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า มีความคิดและพยายามฆ่าตัวตาย วิดกกังวล เป็นโรคจิตจากสุรา และโรคแทรกซ้อนทางกาย เช่น

ปอดบวม ชัก ช็อค ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย จากปัญหาย่างยากซับซ้อนเหล่านี้ ทำให้ระยะวันนอนโดยเฉลี่ยนานกว่ายาเสพติดอื่นๆ คือ 49 วัน ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลสูง ก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อผู้ป่วย เช่น ขาดรายได้ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวหากผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน องค์กรต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นเพิ่มขึ้นและทีมการดูแลผู้ป่วยอาจถูกฟ้องร้องได้หากผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนทางกายขณะบำบัดรักษา (สมควร จุลอักษร และคณะ, 2547)

ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะการป่วยเรื้อรัง พบว่า การดูแลผู้ป่วยด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เป็นระบบการดูแลที่มีคุณภาพระบบหนึ่งเนื่องจากมีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการ (manage care) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพอย่างเต็มที่จากทีมสหวิชาชีพ และทีมสหวิชาชีพมีการประสานความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวให้ครอบคลุมแบบองค์รวม คือ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการลดการทำงานแบบแยกส่วน โดยมีแผนการดูแลทางคลินิกที่กำหนดร่วมกันในแต่ละสาขาวิชาชีพ (clinical pathway) เป็นเครื่องมือควบคุมการใช้ทรัพยากรและลดความซ้ำซ้อนของการทำงาน ส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในผลงานและมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง (Cabello, 1993)

อ้างอิง Cohen & Cesta, 1993) ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นคือ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (เรวดี ศิรินคร, และคณะ, 2543; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545; ANA, 1991 อ้างใน Powell, 1996) จึงได้นำรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนตั้งแต่ปี 2549 โดยคาดว่าจะลดระยะวันนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระบบบริการ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และอัตราการป่วยซ้ำภายหลังการจำหน่าย 3 เดือน และ 6 เดือนลดลง แต่ยังไม่มีการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการบำบัดดังกล่าว จึงได้ศึกษาประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อน และครอบครัวอีกแนวทางหนึ่งให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบระยะวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล คุณภาพชีวิต อัตราการป่วยซ้ำภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนและ ภายใน 6 เดือนของผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนและญาติ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อน ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ความพึงพอใจต่อบริการที่รับ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อน เป็นการให้บริการผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพตามความเฉพาะทางของวิชาชีพนั้นๆ ตามแผนการดูแลทางคลินิกที่วางแผนไว้ ในช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง และมีการปรับเปลี่ยนหรือกิจกรรมที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้น โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานงานเป็นระยะๆ มีการส่งต่อและปรึกษาข้อมูลที่เป็นให้แก่วิชาชีพที่เกี่ยวข้องใช้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดคุณภาพสูงสุดของการดูแลร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์สูงสุด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ร่วมกันประเมินผู้ป่วยและครอบครัวตามความจำเป็น และความเฉพาะของวิชาชีพ
2. ดำเนินกิจกรรมตามแผนการดูแลทางคลินิกผู้ป่วยที่วางไว้ และปรับยืดหยุ่นหากไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้
3. มีประสานงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ระหว่างการดูแลผู้ป่วย และมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ติดตามกำกับดูแลให้เป็นไปตามแผนการดูแลทางคลินิกที่วางไว้
4. สรุปและประเมินผลการดูแลของแต่ละวิชาชีพ โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ
5. อภิปราย หรือ ประชุมปรึกษารื้อ

ร่วมกัน ทั้งทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว สรุปลง ผลลัพธ์เป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ และร่วมกันปรับปรุง

ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อน เป็นความสำเร็จของงานหลังสิ้นสุดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ โดยมีตัวชี้วัดที่ชัดเจน คือ ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อัตราการป่วยซ้ำภายใน 3 เดือน และ 6 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ออกแบบทดลองเป็นแบบสองกลุ่มวัดผลครั้งเดียว (posttest only control group) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อน และญาติ จำนวนกลุ่มละ 30 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ คือ ต้องเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุรา และต้องมีญาติหรือผู้ดูแล และต้องมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ร่วมด้วยอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้ (1) ผู้ป่วยกลับไปติดสุราซ้ำภายใน 3 เดือน (2) มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคร่วมทางกายหรือทางจิต (3) มีความพยายามฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าผู้อื่นก่อนมาโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 6 เดือน และ (4) กลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายภายใน 3 เดือน ส่วนคุณสมบัติญาติผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงมีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไปและเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ระหว่าง เดือน

กรกฎาคม 2550 ถึงเดือน มกราคม 2552

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ผู้ป่วยด้วยวิธี Matched pair เพื่อให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน หรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ตามระยะเวลาในการติดสุรา อายุ จำนวนครั้งในการมารับการรักษา และเกณฑ์ผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อน แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 15 คน ให้กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แผนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อน สร้างขึ้นโดยทีมสหวิชาชีพ ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน ผ่านการปรับปรุงและทดลองใช้มาแล้ว และการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกใช้เวลา 4 สัปดาห์ (30 วัน) (2) แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แนวคิดของเอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday & Anderson, 1971) ซึ่งพัฒนาโดย จันทนา ศรีวิศาลและนพรัตน์ ไชยขำนิ (2548) มีค่าความเที่ยงโดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค สำหรับผู้ป่วยเท่ากับ .83 และของญาติผู้ป่วยเท่ากับ .86 (3) แบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHO QOL-BREF แปลและพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และ (4) แบบสรุปค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน และระยะเวลานอนในโรงพยาบาล ใช้ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งครอบคลุมผู้ป่วยทุกประเภท

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อลดความลำเอียงในการวิจัย ผู้วิจัยมีทีมวิจัยทั้งหมด 6 คน เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคล เก็บข้อมูลความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติ สรุปค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ระยะเวลานอน โดยประเมินทันทีในวันที่ผู้ป่วยจำหน่าย ส่วนการเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิต อัตราการกลับมาบำบัดรักษาซ้ำ เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังผู้ป่วยจำหน่าย 3 เดือน และ 6 เดือน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกรรมการจริยธรรม ด้านงานวิจัยแล้ว และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง หลังจาก que ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ทราบแล้ว รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูลไม่ได้เขียนชื่อ หรือที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลในระหว่างการศึกษาได้ โดยไม่มีผลเสียใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์จะกระทำในภาพรวม และข้อมูลที่ได้จะใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และคำนวณหาค่าร้อยละ (2) คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (3) คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (4) คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วย และญาติกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (5) คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบค่าที และ (6) เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของการป่วยซ้ำระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัย

ตาราง 1 เปรียบเทียบระยะวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (N = 30)

ระยะวันนอนในโรงพยาบาล	$\bar{X}$ (วัน)	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	31.13	5.51	12.101	28	.000
กลุ่มควบคุม	85.33	12.63			

จากตาราง 1 ระยะวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนกลุ่มทดลองเท่ากับ 31.13 วัน และระยะเวลาในโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อน กลุ่มควบคุมเท่ากับ 85.33 วัน เมื่อเปรียบเทียบ

เทียบค่าเฉลี่ยระยะวันนอน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะวันนอนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (N = 30)

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	25,459.67	5,275.71	12.101	28	.000
กลุ่มควบคุม	56,940.00	11,247.07			

จากตาราง 2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนกลุ่มทดลองมีจำนวน 25,459.67 บาท และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 56,940.00 บาท เมื่อเปรียบเทียบ

เทียบค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วยจิตสุราที่มีปัญหาซับซ้อน และญาติ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (N = 30)

ความพึงพอใจ		$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง	4.62	.30	10.085	28	.001
	กลุ่มควบคุม	3.53	.17			
ญาติ	กลุ่มทดลอง	4.03	.24	13.510	28	.001
	กลุ่มควบคุม	3.24	.42			

จากตาราง 3 พบว่า จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตสุราที่มีปัญหาซับซ้อนของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 4.62$, S.D. = .30) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมี ($\bar{X} = 3.53$, S.D. = .17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

และจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยจิตสุราที่มีปัญหาซับซ้อนของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = .24) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 3.24$, S.D. = .42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตสุราที่มีปัญหาซับซ้อน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (N = 30)

ผู้ป่วย	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	ปานกลาง	84.13	11.49	1.666	28	.107
กลุ่มควบคุม	ปานกลาง	71.13	7.23			

จากตาราง 4 พบว่า จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตสุราที่มีปัญหาซับซ้อนกลุ่มทดลองพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 84.13$, S.D. =

11.49) และระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 71.13$, S.D. = 7.23) ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 5 จำนวน และร้อยละของการป่วยซ้ำและเข้ามารักษาในโรงพยาบาลภายใน 3 และ 6 เดือน (N=30)

การป่วยซ้ำ	ภายใน 3 เดือน		ภายใน 6 เดือน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง	1	6.7	1	6.7
กลุ่มควบคุม	1	6.7	4	26.6

จากตาราง 5 พบว่า อัตราการป่วยซ้ำและต้องเข้ามารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อน ภายในระยะ 3 เดือนของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีอัตราเท่ากันคือ ร้อยละ 6.7 ในช่วงระยะหลัง 3 เดือนถึง 6 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการป่วยซ้ำจนต้องเข้ารักษาภายในโรงพยาบาล ร้อยละ 6.7 ส่วนกลุ่มควบคุม พบอัตราป่วยซ้ำจนต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 26.6 (มีมากเป็น 3 เท่าของกลุ่มทดลอง)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปราย ดังนี้

1. ระยะวันนอนของผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนในโรงพยาบาลสวนสาธารณะในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ($\bar{X} = 31.13$ วัน, S.D. = 5.51) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X} = 85.33$ วัน, S.D. = 12.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.101$, $p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีผลต่อการลดระยะวันนอนของผู้ป่วยติดสุราที่มี

ปัญหาซับซ้อนในโรงพยาบาลได้ เนื่องจากระบบการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีแผนการดูแลทางคลินิกที่ทีมสหวิชาชีพร่วมกันกำหนดขึ้น เพื่อดูแลผู้ป่วยและญาติให้ครบองค์รวมภายในระยะเวลาที่กำหนด มีการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้แต่ละช่วงเวลา ส่งผลให้แต่ละวิชาชีพ พยายามดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ตามความเฉพาะทางของวิชาชีพตนเอง และในระหว่างดูแลผู้ป่วยมีการประสานงานกันอย่างสม่ำเสมอ และมีผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยแต่ละช่วงเวลาทุกวัน หากมีความแปรปรวนเกิดขึ้น พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีมีการประสานความร่วมมือกับผู้ปฏิบัติวิชาชีพที่เกี่ยวข้องปรึกษาหารือเกี่ยวกับการปรับการดูแลที่เป็นไปได้ รวมทั้งมีการสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ศรีไชย (2543) ที่พบว่า การจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถลดระยะวันนอนของพระสงฆ์ที่ผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร สิมากร (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ได้รับการดูแลด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีระยะวันนอนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้อง

กับการศึกษาของจันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ (2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีระยะเวลานอนน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตสุราที่มีปัญหาซับซ้อนที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีจำนวน ($\bar{X} = 25,459.67$ บาท, S.D. = 5,275.71) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติซึ่งมีจำนวน ($\bar{X} = 56,940.00$ บาท, S.D. = 11,247.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.011$, $p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตสุราที่มีปัญหาซับซ้อนด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาขณะอยู่ในโรงพยาบาลได้ เนื่องจากการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีแนวคิดพื้นฐานมาจากการดูแลเชิงจัดการโดยเน้นการประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ว่าวิชาชีพใดควรดูแลผู้ป่วยเรื่องอะไรบ้างในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้ครอบคลุมสภาพปัญหาครบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยจิตสุราที่มีปัญหาซับซ้อน เมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้นแต่ละวิชาชีพจะปรับแผนของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ส่งผลให้อาการต่างๆ ของผู้ป่วยทุเลาเร็วขึ้น นอกจากนี้แผนการดูแลผู้ป่วยยังเป็นตัวควบคุมการใช้ทรัพยากรทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน มีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

ส่งผลให้ควบคุมระยะเวลาอนในโรงพยาบาล และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (จันทนา ยูนิพันธ์ และคณะ, 2545; วันดี สุทธรังษี, 2547) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวัชรีย์ ฐิมา (2543) ที่พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ได้รับการดูแลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของซิลเวอร์สเทน (Silverstein, 1998 อ้างใน จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2548) ที่ได้พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ศูนย์การแพทย์เซนต์ปีเตอร์ พบว่า การดูแลผู้ป่วยด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยลงอย่างเห็นได้ชัด

3. ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วยจิตสุราที่มีปัญหาซับซ้อนที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ($\bar{X} = 4.62$, S.D. = .30) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X} = 3.53$, S.D. = .17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.085$, $p < .001$) และพบว่าความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยจิตสุราที่มีปัญหาซับซ้อนที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = .24) สูงกว่าของญาติผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X} = 3.24$, S.D. = .42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.510$, $p < .001$) เช่นเดียวกัน สามารถอธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันเขียนแผนการดูแลทางคลินิกไว้ล่วงหน้าในรูปของตารางกิจกรรมตามช่วงเวลาต่อผู้ป่วยและญาติ โดยมีประเด็นดังต่อไปนี้ (1) ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจาก

ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (2) การตรวจร่างกายที่ต้องเน้นในกลุ่มโรคนั้นๆ (3) การส่งตรวจที่สำคัญในกลุ่มโรคนั้น (4) รายการยาต่างๆ (5) ชนิดของอาหาร (6) กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูตามความเฉพาะของแต่ละวิชาชีพ (7) ความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วย และ (8) การวางแผนการจำหน่าย หรือการส่งต่อไปหน่วยงานอื่น โดยใน 8 กิจกรรมดังกล่าวแต่ละวิชาชีพจะเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งมีการฝึกทักษะในประเด็นที่จำเป็นตามสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถนำไปปรับใช้ได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น มีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติซ้ำๆ ส่งผลให้สามารถคาดเดาส่งผลที่เกิดขึ้นทางคลินิกได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้แต่ละวิชาชีพมีการรับรู้แผนการดูแลของกันและกัน ทำให้มีการประสานงานกันดีขึ้น สามารถใช้เป็นข้อมูลบอกผู้ป่วยหรือญาติได้อย่างครบถ้วน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ลดความสับสนของข้อมูล และช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย (จินตนา ชูนิพันธ์ และคณะ, 2545; วันดี สุทธรังษี, 2547; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ, 2542) นอกจากนี้พบว่า การบริการแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสามารถตอบสนองความต้องการความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเวช และญาติที่มารับบริการ 6 ด้านชัดเจน คือ ด้านความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ ความพึงพอใจต่ออัตราส่วนของความสนใจของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ และความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ลิมากร (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยออโรโรปิติกส์ ที่ได้

รับการดูแลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของชาน และคณะ (Chan et.al., 2000) ซึ่งได้ศึกษาผลการจัดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา ศรีวิศาลและนพรัตน์ ไชยขำนิ (2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท และญาติที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตสุราที่มีปัญหาซับซ้อนโดยรวมหลังจากได้รับการดูแลด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 84.13$, S.D. = 11.49) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ($\bar{X} = 71.13$, S.D. = 23 .00) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาค้นคว้านี้ไม่สอดคล้องกับ มูเซอร์ และคณะ (Mueser et al., 1998 อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544) ที่ได้ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจำนวน 75 เรื่อง พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นร้อยละ 50 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตสุราที่มีปัญหาซับซ้อน ส่วนใหญ่ติดสุรามาเป็นระยะเวลานาน จากข้อมูลส่วนบุคคล ระยะเวลาติดสุราโดยเฉลี่ย 7.6 ปี ซึ่งเมื่อหยุดดื่มสุราในช่วง

3 เดือน ถึง 1 ปีแรก ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เหงา เศร้า หดหู่ เนื่องจากเป็นช่วงสารสื่อประสาทในสมองที่ช่วยทำให้เกิดความสุข เช่น เซโรโตนิน เอ็นโดฟิน และโคปามีน ยังไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, 2543) และส่วนใหญ่ผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนที่เข้ารับการรักษาด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมักมีโรคร่วม คือ เป็นโรคซึมเศร้า ระดับอากเสบตบแข็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นโรคเกาต์ ซึมเศร้าเรื้อรัง และมีพยาธิสภาพทางสมอง (OBS) แม้จะได้รับการดูแลอย่างดี จนสามารถลดระยะวันนอน ค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจแต่อาการของโรคร่วมไม่ได้หายไป เพียงแต่ผู้ป่วยมีแนวทางในการดูแลตนเอง เข้าใจการดูแลตนเองไม่ให้แย่งความสามารถดำเนินชีวิตได้ แต่ต้องมีภาระคือไปพบแพทย์ตามนัด อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย หรือ อาจกังวลเกี่ยวกับโรคร่วมของตน เมื่อวัดคุณภาพชีวิตออกมาโดยรวมจึงอยู่ในระดับปานกลาง และไม่ได้แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

5. อัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติภายหลังจำหน่าย 3 เดือน และ 6 เดือน แตกต่างกัน ดังนี้ คือ อัตราป่วยซ้ำของผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีภายในระยะ 3 เดือน หลังจำหน่ายเท่ากับ ร้อยละ 6.7 ซึ่งเท่ากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากในช่วง 3 เดือนแรกเป็นช่วงระยะหยุดสุราที่เรียกว่า ระยะฝ่ออุปสรรค (6 สัปดาห์ ถึง 4 เดือน) โดยพยาธิสภาพของโรคติดสุราแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สุขสบายต่างๆ จากสาเหตุของกระบวนการฟื้นตัวของระบบ

ต่างๆ ในสมอง ส่งผลให้ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการเศร้า หงุดหงิด ไม่ค่อยมีสมาธิ ไม่ค่อยมีแรง (กรมสุขภาพจิต, 2547) เมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการติดสุรา หรือมีบุคคลคุ้นเคยชักชวนให้ดื่ม ผู้ป่วยจึงดื่มสุราอีก เมื่อผู้ป่วยดื่มสุราแล้วจะช่วยลดอาการเศร้าได้ในช่วงแรกๆ ผู้ป่วยจึงมีการดื่มซ้ำๆ เพื่อลดอาการไม่สุขสบายต่างๆ จนทำให้ติดสุราซ้ำ ส่งผลให้บทบาทในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ต้องกลับมารักษารักษาในโรงพยาบาลได้อีก (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542; เสาวณี วิกัน, 2547) แต่ในช่วงระยะหลัง 3 เดือน ถึง 6 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ถึง 3 เท่า ผลการศึกษาสอดคล้องกับ จันทนา ศรีวิศาลและนพรัตน์ ไชยขำนิ(2548) ที่ศึกษาผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า อัตราป่วยซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีภายหลังจำหน่าย 3 เดือน และ 6 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และสอดคล้องกับ มูเซอร์ และคณะ (Mueser et al., 1998 อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544) ที่ทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลการใช้การดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง 75 เรื่อง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำบ่อยๆ สามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากส่วนหนึ่งผู้ป่วยหยุดสุราพ้นระยะฝ่ออุปสรรคไปแล้ว ปัญหาจากการหยุดสุราเริ่มคลี่คลายและการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเน้นการดูแลร่วมกันตามความเฉพาะของแต่ละวิชาชีพตามแผนการดูแลที่วางไว้โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และในระหว่างการดูแล

ตามช่วงเวลาจะมีการปรึกษาย่อยๆ กับพยาบาล ผู้จัดการรายกรณีก่อนอภิปรายผลการดูแล (conference) หรือก่อนสรุปผลร่วมกัน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมเกิดประโยชน์สูงสุด ช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ สอดคล้องกับ ชาญชัย ชงพานิช (2550) ที่ได้ศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยติดสุราด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยใน โดยใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีซึ่งสรุปไว้ว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุราด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ประสบความสำเร็จกว่าระบบการดูแลตามปกติ เนื่องจากสามารถลดอัตราการกลับไปติดสุราซ้ำได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนด้วยระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สามารถลดระยะวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมากกว่าการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำระบบการดูแลแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีไปใช้ในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยติดสุราในโรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆ โดยก่อนดำเนินงานต้องมีการประชุมทีมสหวิชาชีพให้เข้าใจบทบาทการดูแลผู้ป่วยติดสุราก่อน

ประเด็นการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดสุรา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดสุราให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความเมตตา และความช่วยเหลือจากรองศาสตราจารย์ ดร. วันดี สุทธรังษี รองศาสตราจารย์ถนอมศรี อินทนนท์ แพทย์หญิง บุญศิริ จันศิริมงคล นางจลิ เจริญสรรพ และนางนพรัตน์ ไชยขำนิ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิช่วยตรวจสอบโครงสร้างเนื้อหาและข้อผิดพลาดต่างๆ ตลอดจนการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

รายการอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547).

คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือและบำบัดผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

จันทนา ศรีวิศาล และนพรัตน์ ไชยขำนิ. (2548).

ผลการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติ และอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.

จิราพร สิมากร. (2544). *ผลของการใช้*

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออโรปิติกส์ ต่อค่าใช้จ่ายจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของบุคลากร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, บทคัดย่อ สืบค้น วันที่ 5 กรกฎาคม 2552, จาก <http://library.car.chula.ac.th>.

จิราภรณ์ ศรีไชย. (2543). *ผลของการจัดการ*

- ผู้ป่วยรายกรณี ต่อการทำงานเป็นทีมของ ทีมสุขภาพค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ. (2545). โครงการอบรมความรู้เรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี. เอกสารประกอบการบรรยายการจัดการผู้ป่วยรายกรณี วันที่ 13-14 ธันวาคม 2545. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เอกสารอัดสำเนา.
- ชาญชัย ชงพานิช. (2550). ผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยใน โดยใช้ระบบการจัดการรายกรณี (case management). Free paper สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2552 from [http://kkdtc.go.th/main/index.php? Option com content & task = vi-58k](http://kkdtc.go.th/main/index.php?Option=com_content&task=vi-58k).
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ. (2543). เวชศาสตร์โรคติดเชื้อ: คู่มือสำหรับบุคลากรการแพทย์. สงขลา: ลิมบราเดอร์.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวทิน ศันสนีย์เวช. (2541). *อัมมูเรียนรุษยาเสพติด*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์พรินต์เซ็นเตอร์.
- บัณฑิต ศรีไพศาล, และคณะ. (2549). รายงานสถานการณ์สุราประจำปี 2549. กรุงเทพมหานคร: โชคา สตูดิโอ ครีเอชั่น แอนด์ พลัสซิ่ง.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และไพรัตน์ พฤษชาติ-คุณากร. (2542). โรคที่สัมพันธ์กับการใช้สาร ใน มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวานิช (บรรณาธิการ), *ตำราจิตเวช-ศาสตร์*. (หน้า 117-138). เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- เรวดี ศิรินคร และคณะ. (2543). Case Management. หนังสือประกอบการประชุมระดับชาติครั้งที่ 2 Nation forum on Hospital Accreditation วันที่ 23-25 กุมภาพันธ์ 2543. โรงแรมอิมพีเรียล คลีนส์ปาร์ค กรุงเทพมหานคร: J.S. การ์พิมพ์.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2550). รายงานสถิติประจำปี 2548-2550 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. เอกสารอัดสำเนา.
- วันดี สุทธิรังษี. (2547). การบำบัดทางการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชขั้นสูง: เอกสารการ สอนเรื่อง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี วันที่ 17 เมษายน 2547. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศุวัชรีย์ ฐิพมาย. (2543). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจของบุคลากร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, บทคัดย่อ สืบค้นวันที่ 20 มิถุนายน 2552, จาก <http://library.car.chula.ac.th>.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2542) โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. สุวิมล สนั่นชาติ. (2550). ความสามารถในการปฏิบัติของครอบครัวในการเสริมสร้างความมีคุณค่าแห่งตนในผู้ติดเชื้อ, สารนิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิต

วิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
สงขลา.

สมควร จุลอักษร, รัตนา เหล่าปิยะสกุล,
ภัทราจิตต์ ศักดา, และคณะ. (2547). *แนว
ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยติด
สุราโรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. สุราษฎร์
ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เอกสาร
อัดสำเนา.

สมควร จุลอักษร, รัตนา เหล่าปิยะสกุล,
ภัทราจิตต์ ศักดา, และคณะ. (2550). *ผล
การประเมินความคิดเห็นของทีมสห
วิชาชีพ และญาติผู้ป่วยติดสุราที่มีปัญหา
ซับซ้อนด้วย case management model
ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ระหว่าง
เดือนเมษายน 2549 - เมษายน 2550*.
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เอกสารอัด
สำเนา.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2544). การนำ Case
Management มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทาง
จิตในชุมชน. *เอกสารจัดเตรียมเพื่อการ
ประชุมวิชาการของกรมสุขภาพจิตปี
2544*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). *สารเสพติดมหันต-
ภัยเฝ้าระวังป้องกันได้*. กรุงเทพมหานคร:
เรือนแก้วการพิมพ์.

สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). *การพยาบาลจิตเวช*.
พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3.

สุวัฒน์ มหัตถ์วันครกุล และคณะ. (2540).
*เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตของ
องค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัดและ 26
ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

เสาวณี วิกัน. (2547). *ประสบการณ์การกลับ*

เป็นซ้ำของผู้ที่เป็น โรคจิตจากสุรา.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
เชียงใหม่.

เสาวลักษณ์ ยิ้มเนียน, วันดี สุทธรังษี และ
ณอมศรี อินทนนท์. (2554). การพัฒนา
แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแล
ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม
ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัด
สุราษฎร์ธานี. *วารสารการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต* 25(1), 104-120.

Chan, S.C.W., Mackenzie, A., & Jacobs, P.
(2000). Cost-effectiveness analysis of
case management versus a routine
community care organization for patients
with chronic schizophrenic. *Archives of
psychiatric Nursing*, 14(2), 98 - 104.

Cohen, E.L. & Cesta, T.G. (1993). *Nursing
Case management: From Concept to
evaluation*. Missouri: Mosby-Year Book.

Powell, S.K. (1996). *Nursing Case manage-
ment: a practice guide to success in
managed care*. Philadelphia: Wippincott -
Reven Publisher.