

บทความวิชาการ การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่ประสบความสำเร็จ

สาวตรี สุริยฉาย, พยม. (Sawitree Suriyachai, M.N.S., APN.)*

Abstract

Treatment for patients with alcohol used disorders (AUD) with co-occurring disorders (COD) was difficult. It's complicated treatment lead to poor outcomes. Currently, the treatment system for these patients were separated and discontinued. The process of knowledge management was used. The objective was to present treatment guideline for patients with alcohol used disorders with co-occurring disorders. Integrated treatment was divided into three parts: Outpatient Department (OPD), In-patient Department (IPD), and after care. **OPD** 1. Basic physical and mental health screening, 2. Assessment of the stages of change readiness and treatment, 3. Using brief therapy. **IPD** 1. Nursing skills for Alcohol Withdrawal assessment, 2. Assessment of psychotic symptoms and cognitive function, 3. Assessment the stages of change readiness and treatment, 4. Screening for co-occurring disorders, 5. Rehabilitation by multidisciplinary team, 6. Multidisciplinary are taking their role. **After Care** 1. Assertive community treatment,

2. Case management, 3. Family collaboration, 4. Primary health care follow-up, 5. Community collaboration, 6. Group therapy after discharge, 7. Telephone Counseling, 8. Teaching district health network, 9. Quality of report.

Summary: Integrated treatment for AUD with COD was recommended to produce good outcomes.

KEY WORDS: Alcohol use disorders, co-occurring disorders, integrated treatment

บทคัดย่อ

การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช มีความยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ผลการรักษาไม่ดี ปัจจุบันการรักษานักลคที่มีปัญหาจิตเวชและสารเสพติด ยังแยกส่วนกันอยู่ ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง กระบวนการจัดการความรู้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช โดยจัดระบบการบำบัดแบบบูรณาการ 3 ส่วนคือ **ผู้ป่วยนอก** 1. การคัดกรองปัญหาสุขภาพกายและจิตเบื้องต้น 2. การประเมินความพร้อมในการเลิกสุราของผู้ป่วยแต่ละคน 3. รูปแบบการบำบัดแบบสั้น กระชับ 4. ส่งต่อการรักษาได้ถูกต้องและการ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
E-mail sawitry@gmail.com

ให้คำปรึกษาครอบครัวและญาติขั้นต้น **ผู้ป่วยใน**

1. พยาบาลควรมีความชำนาญในการประเมินอาการถอนพิษสุรา 2. ประเมินความพร้อมของสภาพจิตและสมองก่อนการบำบัด 3. ความพร้อมในการเลิกสุราของผู้ป่วย คำนึงถึงโรคร่วมจิตเวช 4. เน้นการบำบัดทางจิตสังคม แบบสหวิชาชีพ 5. ทีมสหวิชาชีพเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการปรับตัวที่บ้าน **การติดตามหลังจำหน่าย** 1. การติดตามเชิงรุก 2. การดูแลแบบรายกรณี 3. เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว 4. การติดตามโดยโรงพยาบาลเครือข่าย หรือบุคคลในชุมชน 5. ดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม 6. การเข้าร่วมกลุ่มบำบัด 7. การใช้โทรศัพท์ในการติดตามผู้ป่วย 8. การให้ความรู้เครือข่ายในการดูแล 9. เน้นบทบาทหน้าที่ การดูแลติดตาม 10. เน้นระบบการรายงานการติดตามเชิงคุณภาพ สรุปการบำบัดแบบบูรณาการ ควรมีระบบการดูแลตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอกจนถึงการติดตามหลังจำหน่าย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการรักษา **คำสำคัญ** ผู้ป่วยสุรา โรคร่วมทางจิตเวช การบำบัดแบบบูรณาการ

บทนำ

ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders : AUD) หมายถึงผู้ที่มีความผิดปกติในการดื่มสุรา มีผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ การงานและสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้าง การดื่มสุราที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข คือ การติดสุราร่วมกับอาการทางจิต เป็นภาวะโรคร่วมทางจิตเวช (Psychiatric comorbidity) หมายถึง การมีอาการของโรคเกิดขึ้นร่วมกัน ในขณะที่ Dual diagnosis ใช้เพื่อแสดงความสัมพันธ์กันระหว่างสองภาวะ

ซึ่งอาจรวมไปถึงว่าเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหรือเป็นผลตามมา มีการศึกษาหลายฉบับที่พบว่าการติดสุรามีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางจิตเนื่องจากภาวะโรคร่วมทางจิตเวชให้ผลทางลบต่อการรักษา โดยทำให้การหยุดสุราและยาเสพติดยากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะหยุดการรักษา มารักษาไม่ตรงนัดหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้การดูแลรักษาขาดความต่อเนื่องและเป็นผลเสียในระยะยาว พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมเหล่านี้ ดังนั้นหากพยาบาลมีองค์ความรู้ที่ถูกต้องและสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและมีประสิทธิผลในการรักษา บทความฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอรูปแบบการบำบัด ผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช จากการถอดองค์ความรู้ของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ประสบความสำเร็จในการดูแล

การถอดบทเรียนความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและสถานบำบัด เป็นโครงการย่อยหนึ่งในโครงการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชแบบบูรณาการ (The development of the integrated Alcohol Co-occurring disorder Management Program) เป็นการถอดบทเรียนเฉพาะประเด็น ด้วยเทคนิค การทบทวนระหว่างปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลุ่ม (Focus group) และเทคนิค การเล่าเรื่อง (Story Telling) ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่มีประสบการณ์

ดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 6 แห่ง โดยผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ในการทำงานของตนที่ประสบความสำเร็จ ผู้สัมภาษณ์บันทึกเทปและถอดเทปและนำมาสรุปตามประเด็น

รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

ผลการดำเนินการถอดบทเรียนได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก การดูแลในแผนกผู้ป่วยใน และแผนกบริการการบำบัดและติดตามหลังจำหน่าย ที่มีประสิทธิภาพ

1. การดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก

1.1 ควรมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพกายและจิตเบื้องต้น ส่วนใหญ่พยาบาลจะเป็นผู้ซักประวัติอาการทางจิตเวชและอาการทางกาย ทั้งนี้มีแบบประเมินขั้นต้นก่อนพบแพทย์ เช่น คัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) และการฆ่าตัวตาย (8Q) ทั้งนี้โรงพยาบาลบางแห่งมีการประเมินปัญหาทางสังคม โดยนักสังคมสงเคราะห์ จะช่วยให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมและแก้ไขได้ตรงจุด

“การดูแลผู้ป่วยควรดูแบบองค์รวมทุกมิติ ไม่ควรแยกว่าตอนนี้สุรา ตอนนี้โรคจิตเภท แต่ควรดูควบคู่ไปด้วยกัน ผลสำเร็จควรเริ่มจากด้านแรก เช่น ระบบ ER, OPD ในการรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลควรมีการคัดกรอง Screen LAB ให้ดี หากผิดปกติมากควร Refer ก่อนที่จะเข้ามาเป็นผู้ป่วยใน เพราะโรงพยาบาลจิตเวชการ refer ออกนั้นเป็นอุปสรรคที่ยากมาก และเมื่อแก้ไขปัญหาทางกายเรียบร้อยแล้วค่อยนำผู้ป่วยเข้าสู่

กระบวนการบำบัดต่อ การวินิจฉัยโรคของแพทย์ก็มีส่วนสำคัญ”

1.2 การประเมินความพร้อมในการเลิกสุราของผู้ป่วยแต่ละคน

ความต้องการในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยที่ควรได้รับความช่วยเหลือต่างๆ รวมไปถึงการวางแผนบำบัดฟื้นฟู เช่น แบบวัดแรงจูงใจหรือขั้นตอนของความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงกับความต้องการรักษา (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Socrates-8A) (พิชัย แสงชาญชัย, 2546)

การรักษาโดยการสร้างแรงจูงใจแบบ Motivational Enhancement Therapy ได้ผลดี (Flynn, 2007) ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ร่วมกับการสะท้อนให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริง (Feed back) ทั้งนี้การสร้างแรงจูงใจเป็นการรักษาที่เหมาะสมในระยะการฟื้นฟูทุกระดับขั้นตอนของการบำบัด

“จากการดูแล รักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องให้ผู้ป่วยคิดได้ด้วยตัวเองก่อนว่าจะเลิก ค้นหาตัวเองให้ได้ว่าชีวิตมีค่า จึงให้การวางแผนในการบำบัดอย่างจริงจัง หากผู้ป่วยยังไม่ตั้งใจเลิกก็ต้องให้การรักษาตามอาการทางจิตที่แสดงออกหรือที่เป็นปัญหา”

“การคัดกรองผู้ป่วยเข้า Intervention เราจะดูจากคะแนน Audit ซึ่งส่วนใหญ่คะแนนจะสูง และก่อนจะนำเข้ากลุ่มเราจะประเมินก่อนอีกครั้งจาก MI”

1.3 รูปแบบการบำบัดแบบสั้นที่กระชับเหมาะสมและส่งต่อการรักษาได้ถูกต้อง

เมื่อพยาบาลได้คัดแยกกลุ่มเสี่ยงในการ

คัมและให้ความรู้อย่างสั้นขั้นต้น Brief Advice (BA), Brief Intervention (BI), Brief Counseling (BC), Motivation Interviewing (MI), Family Education รวมถึงการให้การพยาบาลเบื้องต้น ตาม Clinical Practice Guideline (CPG), Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG) หรือ Clinical Pathway ที่มีในแต่ละโรงพยาบาลนั้นๆ ซึ่งเป็นการบำบัดผู้ป่วยสุรา แต่ได้นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

“ในการปฏิบัติที่ OPD การบำบัดผู้ป่วย กลุ่มนี้ คือ ให้ Intervention เช่น BA, BI, Family Counseling”

“การมา F/U ที่ OPD จะนัดมาพบนักจิตวิทยา เดือนละครั้ง เฉพาะcaseที่มีปัญหาหนักจริงๆ นักจิตจะลงไปพร้อมกับทีมเยี่ยมบ้าน และ มีนักจิตที่อยู่รับ consult case”

1.4 การให้คำปรึกษาครอบครัวและญาติขั้นต้นเพื่อความเข้าใจผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาจิตเวช

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม มีบทบาทสำคัญที่จะหล่อหลอม สร้างเสริมความเป็นมนุษย์ ถ้าคนในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม มีความเข้าใจกันและกันในการร่วมกันแก้ไขปัญหา และสามารถใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกันการบำบัดสุราให้ได้ผลดี ครอบครัวควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากขึ้น (ศูนย์บำบัดรักษาเสพติคเชียงใหม่, 2553)

“ส่วนที่ทำคือผู้ป่วยที่ผ่านกลุ่มจาก

ผู้ป่วยในแบบ PMK(Pramongkutklao) แบบกลุ่ม และบำบัดรายบุคคล เดิมไม่มีญาติไปมีส่วนร่วมในการบำบัด พอแบบใหม่เริ่มมีญาติเข้าร่วมฟัง ญาติบอกว่าเป็นสิ่งดี ญาติไม่มีส่วนในการคิดการฟัง บางที่ญาติได้ฟังเรื่องที่บำบัด ธรรมชาติของบำบัดทีหลัง ตั้งเป้าหมายว่าให้เลิกทุกคน แต่ผู้ป่วยไม่กล้าตั้งว่าให้เลิกตลอดชีวิต”

2. การดูแลในแผนกผู้ป่วยใน

จากการถอดองค์ความรู้พบว่าพยาบาลแผนกผู้ป่วยในที่ให้การดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้น มักพบปัญหาหลายประการ เช่น การประเมินภาวะถอนพิษสุรากับอาการทางจิตที่ผู้ป่วยมีอยู่เดิม ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเลิก และปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยสู่กระบวนการติดตามเยี่ยมบ้าน การดูแลแบบผู้ป่วยใน ที่มีประสิทธิภาพ ได้มีผู้เสนอแนวคิด ดังนี้

2.1 พยาบาลควรมีความชำนาญในการประเมินอาการถอนพิษสุรา

แบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS) ซึ่งใช้กันเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งการดูแลให้ได้รับยาในกลุ่ม Benzodiazepine และแสดงอาการข้างเคียงจากยา ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งให้การพยาบาลตาม Clinical Practice Guideline (CPG), Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG) หรือ Clinical Pathway (กรมสุขภาพจิต, 2548; พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549) ทั้งนี้ควรมีสถานบำบัดที่แน่นอนเหมาะสม เช่น หอผู้ป่วยเฉพาะโรค ทั้งนี้เพื่อเกิดความชำนาญในการวินิจฉัยและให้การรักษา

“ระยะถอนพิษสุราจนถึงการฟื้นฟู พบว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันและ

ยุ่งยากมากกว่า ทั้งในเรื่องการประเมินผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา ว่าใช่อาการทางจิตหรืออาการ Withdrawal จากสุรา การรักษาส่วนใหญ่แพทย์ให้ยาเพื่อ Detox ก่อน เมื่อพ้นระยะ Withdrawal แล้วยังมียาอาการทางจิตหลงเหลือก็ให้ยาทางจิตตามอาการนั้นๆ ส่วนการบำบัดในระยะฟื้นฟู

“การดูแลผู้ป่วยในตึกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะวิกฤต หลุกหลิน ระยะแรกรับ ระยะเร่งรัดบำบัด และระยะบำบัดระยะยาว (3-7-14-21) จะดูในพวก Withdrawal และจะพบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ก็จะมีในเรื่องของการประเมินผู้ป่วยเน้นในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก” (ward เฉพาะทางสุรา)

“เคยเจอ Schizo + Alcohol ความยากจะอยู่ที่เรารู้ว่า AWS ไม่รู้ว่าอาการประสาทหลอนมาจากอาการทางจิตหรือหลอนจากอาการถอนพิษ แต่ถ้าเรามีความแม่นยำเรื่องการประเมินแล้วก็ช่วยได้มาก”

2.2 มีการประเมินความพร้อมของสภาพจิตและสมอง ก่อนการบำบัด

การประเมินอาการทางจิตหลังจากอาการถอนพิษสุรา ควรใช้แบบวัดที่เป็นมาตรฐาน เช่น การใช้แบบประเมินอาการทางจิต: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ (Leucht et.al,2005) การประเมินความจำและความคิดที่เสื่อมถอยลง จนทำให้ขาดความเข้าใจและประมวลข้อมูลต่างๆ (Flynn, 2007) ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมอง Thai Mental State Examination (TMSE) (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536) ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนทำการประเมินโรคร่วมทางจิตเวชและการรับ

การบำบัดฟื้นฟูอาการของผู้ป่วย เนื่องจากอาการแตกต่างกันจะทำให้ใช้วิธีการรักษาที่แตกต่างกัน (Winnipeg Region Co-occurring Disorders Initiative Screening and Assessment Tools List, 2011)

“ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ เรื่องการประเมินอาการก่อนเข้ากลุ่ม เช่น อาการทางจิตต้องดี การรับรู้เหมาะสม ไม่มีภาวะเสื่อมของสมอง เมื่อประเมินได้ การรักษาและการให้ Intervention จะเหมาะสมกับปัญหา”

“การบำบัดก็ต้องประเมิน MMSE, MI, ก่อนส่ง CBT หรือ Alcohol counseling”

2.3 ความพร้อมในการเลิกสุราของผู้ป่วย

หากผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มเมื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดจะมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ยังมีแรงจูงใจต่ำ ปัญหาการประเมินแรงจูงใจจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้ผู้บำบัดได้ทราบถึงความพร้อมของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงและวางแผนให้การบำบัดได้สอดคล้องกับ stage of change (พิชัย แสงชาญชัย, 2546)

“ผู้ป่วยที่อาการทางจิต อาการทุเลาบางคนเคยเป็น Schizo มาก่อนแล้วมากินเหล้าเขาไม่มีแรงจูงใจที่จะเลิก ถ้าไม่มีแรงจูงใจเข้ากลุ่มก็จะได้ไม่ได้รับประโยชน์มากนัก แต่ถ้าตั้งใจเลิกเขาจะสนใจเต็มที่”

“ควรให้เวลามากๆในคนไข้ที่เห็นความสำคัญของปัญหา และให้เวลาพอประมาณในคนไข้ที่เมินเฉย”

2.4 กำเนิดถึงโรคร่วมจิตเวช

โรคร่วมทางจิตเวชพื้นฐานเดิมว่ามีหรือไม่เพื่อเป็นข้อมูล และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

ทางกาย ซึ่งนอกเหนือจากการวินิจฉัยของแพทย์แล้ว พยาบาลควรใช้เครื่องมือในการวินิจฉัยโรคจิตเวชเพิ่มเติม เช่น Mini International Neuropsychiatric Interview Thai version 5.0.0-Revised 2007 (ฉบับภาษาไทย ปรับปรุง 2550), DSM-IV โดย: พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างที่พัฒนาขึ้น เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชหลายโรค (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2548) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินทั้งปัญหาสุขภาพจิตและการติดสุรา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาลำบากไปพร้อมกันทั้ง 2 ด้าน

“การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยากกว่าผู้ป่วยโรคจิตอย่างเดี่ยวหรือผู้ป่วยสุราอย่างเดี่ยว เพราะสุราส่งผลให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้น การรักษายากขึ้นโดยทั่วไปจะทำให้การบำบัดสุราให้พ้นระยะ Detox ก่อน หากอาการทางจิตยังหลงเหลือก็ให้การรักษาตามอาการนั้นๆ รวมถึงการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งมีความจำเป็นมากในช่วงฟื้นฟู”

2.5 เน้นการบำบัดทางจิตสังคม แบบสหวิชาชีพ

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคร่วมนั้น กลุ่มบำบัดที่ได้ผลดีได้แก่ การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family Psycho Education) กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (Psycho Education) และทักษะชีวิต (Life skill) (Drake et al, 2001) ทั้งนี้ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยสุรามีความแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดประเภทอื่นๆ เช่น ช่วงอายุ

การรับรู้ ความคิด ความจำ วุฒิภาวะ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภาวะสุขภาพที่พื้นตัวค่อนข้างช้า ลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5, 2554)

“โดยทั่วไปจะทำให้การบำบัดสุราเมื่อพ้นระยะ detoxification ก่อน หากอาการทางจิตยังหลงเหลือ ก็ให้รักษาตามอาการนั้นๆ รวมถึงการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งมีความจำเป็นมากในช่วงฟื้นฟู ซึ่งการรักษาที่ต้องการให้ผู้ป่วยเลิกทุกราย แต่จะได้ผลมากน้อยแค่ไหนขึ้นกับหลายปัจจัย”

“การดูแลผู้ป่วยใน ได้ดูแลช่วงฟื้นฟู มีหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยเพื่อบำบัดทางจิตสังคมว่าแต่ละคนเหมาะสมกับการบำบัดแบบใด เช่น กลุ่ม BA, BI หากผู้ป่วยมี Cognitive ดีๆ ก็ให้ทำ CBT ในช่วงฟื้นฟู จะต้องคัดกรองผู้ป่วยไว้ก่อน”

2.6 ทีมสหวิชาชีพเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการปรับตัวที่บ้าน

พยาบาลวิชาชีพมักจะเป็นบุคลากรหลักในการให้การบำบัด ซึ่งการบำบัดรักษาที่ใช้เป็นของผู้ป่วยสุราที่นำมาประยุกต์ใช้ ประเมินครอบครัวและให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family assessment and Family Education) การดูแลแบบรายกรณี (Case management) และมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับญาติ ซึ่งพบว่าการติดสุรามีผลกระทบทั้งด้านบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว ผู้ที่ดื่มสุราจัดจะทำให้ความรับผิดชอบหน้าที่ของพ่อแม่หรือคู่สมรสลดลง เกิดการทะเลาะวิวาทหรือใช้ความรุนแรงกับคู่สมรสหรือบุตร ส่งผลให้คู่สมรสเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้าแยกตัวจาก

สังคม (สายชล ขุนพันธ์, 2553)

“วิธีการช่วยเหลือที่ดีคือ การคุยกับญาติและบุคคลรอบข้าง ให้ Intervention ทั้งผู้ป่วยและญาติในแต่ละรายจะต้องใช้เวลานานมากกว่าจะเลิกได้สำเร็จ”

“มีการวางแผนไว้ในเรื่องการดูแลหรือให้การบำบัดผู้ป่วยพร้อมกับสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อยรายละ 1-2 ครั้ง เพื่อให้ได้รับรู้ปัญหาและความต้องการของกันและกัน”

“แนวทางการบำบัดส่วนใหญ่จะใช้ Satir เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ได้กับปัญหาของตนในปัจจุบันยอมรับตนเอง โดยไม่ได้ตั้งเป้าหมายให้ลดหรือเลิก”

นักจิตวิทยา ประเมินทางจิตวิทยาในรายที่ปัญหาการดื่มสุรามีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความรู้สึกขัดแย้งในตนเอง การมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ หรือมีปัญหาเรื่องวิธีการเผชิญปัญหา จิตบำบัดรายบุคคล และพฤติกรรมบำบัดรายบุคคล ครอบครัวบำบัด (ในกรณี ที่ดื่มสุราเกี่ยวข้องกับครอบครัว)

“ในส่วนของนักจิต แนวทางที่ใช้ในการบำบัดส่วนใหญ่จะใช้แนวทางของ ซาเทียร์ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ได้กับปัญหาของตนในปัจจุบันยอมรับตนเอง โดยไม่ได้ตั้งเป้าหมายให้ลดหรือเลิก”

นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่วินิจฉัยทางสังคม ผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในและในรายที่มีปัญหาครอบครัวที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ดื่ม ให้การบำบัดรายบุคคล/รายกลุ่ม ประเมินครอบครัว/ครอบครัวบำบัดในรายที่การดื่มส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวอย่างรุนแรง หรือมีการทำร้ายคนในครอบครัว และจะ

เข้ามาติดตามผู้ป่วยในรายที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่องหรือในรายที่แพทย์ส่งปรึกษาทางสังคม หรือมีปัญหาคอขวด (Keltner et.al, 1999)

“ในการให้การดูแลผู้ป่วย คือ เริ่มจากการประเมินครอบครัวผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล โดยทำการวินิจฉัยทางสังคม ซึ่งพบว่ามามีความสัมพันธ์ในระดับที่มาก และมีการวางแผนติดตามเข้าไปให้การช่วยเหลือในตึกต่อไป ส่วนรายที่ประเมินแล้วไม่พบปัญหาในตอนแรกแต่จะมีปัญหาคอขวดในขณะที่รักษาเป็นผู้ป่วยใน แพทย์จะส่งมาปรึกษาได้เข้าไปประเมินครอบครัวและทำครอบครัวบำบัด”

3. แผนกบริการการบำบัดและติดตามหลังจำหน่าย

เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยอาการทางจิตอยู่ในระยะเร่งรัดบำบัด ทั้งนี้ควรมีการบำบัดทางจิตสังคมบำบัดร่วมด้วยโดยมีขั้นตอนจำเพาะ หรือใช้เทคนิคการบำบัดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชทุกราย (all COD diagnoses or symptoms) ร่วมกับการดูแลเฉพาะรายเป็นระยะๆ ทั้งนี้ให้ความสำคัญในการดูแลบำบัดแบบขั้นต้น (Early interventions) เพื่อความปลอดภัยจากโรคของผู้ป่วยในขณะนั้น เช่นเดียวกับการฟื้นฟูระยะยาว (Recovery interventions) สู่การดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Drake, R.E., 2001) ทั้งนี้การให้การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากในการประเมิน AWS และผู้ป่วยสุราที่มีโรคจิตเวชร่วมมีความคิด การตัดสินใจค่อนข้างต่ำ แรงจูงใจไม่ดี ครอบครัวเบี่ยงเบน ไม่ร่วมมือในการบำบัด การติดตามไม่ต่อเนื่องจากผู้ป่วยสุราเรื้อรัง อยู่ไม่เป็นที่ ครอบครัวแตกแยกไม่สามารถติดต่อได้

และยังพบว่าในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ยังมีการดื่มหรือผลิตเหล้าเป็นสินค้าประจำชุมชนหรือเป็นแหล่งท่องเที่ยวซึ่งมีร้านสุรารายาครองมากมาย (รัชดาภรณ์ กาวิวงศ์, 2548) จากการถอดองค์ความรู้พบว่าส่วนใหญ่การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสุรา มีแนวทางดังนี้

3.1 การติดตามแบบตั้งรับ ได้แก่ ผู้ป่วยมาที่แผนกผู้ป่วยนอกตามแพทย์นัด ทั้งนี้พบว่าแพทย์ประเมินผู้ป่วย ทุก 1-2 สัปดาห์ พิจารณาจำหน่าย เช่นเดียวกับที่ปรากฏในงานวิจัย (สาวิตริ อัมณังค์รัชย์, 2547)

3.2 การติดตามเชิงรุก คือ ทีมสหวิชาชีพลงเยี่ยมในชุมชน การเยี่ยมบ้านหรือการดูแลต่อเนื่อง ที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ หลังจากผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแล้ว การดูแลรักษาในระยะยาวผู้ป่วยควรได้รับการรักษาที่ใกล้บ้าน เพื่อความสะดวกและต่อเนื่องในการรักษา การติดตามเยี่ยมบ้านเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2548)

“มีการติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาซับซ้อนไปพร้อมกับพยาบาลที่ ward ที่ผู้ป่วยมา admit”

“การถูกติดตามโดยทีมสุขภาพ ติดตามเยี่ยมรู้สึกดี มีกำลังใจ ยังมีคนเป็นห่วงเรา ดีใจทำให้เรามีกำลังใจมากขึ้น”

3.3 การติดตามดูแลแบบรายกรณี (case management)

Case management เป็นการประสานการบริการเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยแต่ละคน จะได้รับการดูแลแบบผสมผสาน (Integration) และมีความต่อเนื่อง (Continuity) เป็นกระบวนการ

การดูแลผู้ป่วย โดยกำหนดแผนการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2551)

ผู้บำบัดติดตามรายกรณี เช่น Case manager และส่งต่อจิตเวชชุมชนอย่างเป็นระบบ เป็นต้น ซึ่งหน่วยงานสุราและยาเสพติดมีผู้รับผิดชอบเฉพาะที่สามารถดูแลได้ทั้งจิตเวชและสารเสพติด ซึ่งควรได้รับการฝึกอบรมโปรแกรมการประเมินและบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เช่นมี Case manager (Drake et al., 1996)

“การจัด Case Management เป็นวิธีการที่ดี บทบาทของทีมสหวิชาชีพทำให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุม ให้ความสำคัญกับทุกๆวิชาชีพในการดูแล มีการวางแผนการดูแล ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมาก”

“จะมีการเยี่ยมทุก 1 เดือน 3 ครั้ง เยี่ยมทุก 2 เดือน 2 ครั้งจนครบ หรือปัญหาหมดไป”

3.4 เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว
การบำบัดฟื้นฟูครอบครัวบำบัดและคุ้มครองบำบัดอย่างจริงจัง เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ครอบครัวเป็นกลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญกลุ่มหนึ่ง ที่คอยดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจและให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัว (Pender, 1996) การได้รับคำชม ยกย่องจากบุคคลในครอบครัวเมื่อตนเลิกดื่มสุรา และได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุน การใช้

กำลังใจจากครอบครัวมาเป็นแรงสนับสนุนในการเลิกดื่มสุรา คือ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัวและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวนั่นเอง ผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการรักษา คือ ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดจำเป็นต้องมีความเข้าใจผู้ป่วย เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ป่วย

“การลงเยี่ยมแต่ละครั้ง จะมีการประสานงานทั้งครอบครัวผู้ป่วย ญาติ สถานีนามัย เครือข่าย ที่รับผิดชอบ ไปเยี่ยมพร้อมๆกัน”

3.5 การติดตามโดยโรงพยาบาล เครือข่าย ระบบการติดตามโดยบุคคลในชุมชน

“โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาคอกหน่วย ลงไปพัฒนาระบบบริการ มีการลงเยี่ยมจะมีนักสังคม เภสัช แพทย์ พยาบาลจิตเวชชุมชน เป็นแพทย์พบแพทย์ เภสัชพบเภสัช นักสังคมพบนักสังคม พยาบาลพบพยาบาลที่สอ. เวลาช่วงบ่ายเราจะลงเยี่ยม Case ที่ยุ่งยากซับซ้อน และนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลนั้นๆได้โดยประมาณ 5-10 Case แพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนสนใจมาก ยาในชุมชนเขาจัดเองเพียงแต่เราบอกว่าน่าจะมียะไรบ้าง เราลงไปหมดทุกอำเภอ สสจ.ร่วมด้วย เรานั่นการดูแลเชิงรุก ให้ทางโรงพยาบาลเขาเลือก Case มาเอง เราตรวจให้เขาดู ผู้ป่วยดีใจมากที่เจอแพทย์ พยาบาล ที่เขาเคยรักษา หากเราทำจริงจริงงานน่าจะไปได้ดี”

3.6 ดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

ที่ผ่าน มาพื้นที่ชุมชนหลายแห่งสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในชุมชน รวมถึงปัญหาเสพติดด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชน และแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน การมีส่วนร่วมของชุมชน

มี 4 รูปแบบได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

“ให้การดูแลทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือประสานเครือข่ายเป็นรายๆไป การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจำหน่ายจะมีทุกราย”

“ในชุมชนเขามีการวางแผนว่าถ้าจะให้ชุมชนปลอดสุราจะทำอย่างไรบ้าง มีการแบ่งกลุ่มคุยกัน ส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นเรื่องดี”

“เริ่มจากการเตรียมชุมชน ซึ่งผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่ดื่มสุราร่วม ชุมชนไม่รับผู้ป่วยให้ออกจากชุมชน ไปติดต่อกับชุมชนอื่นก็ไม่ได้ สุดท้ายให้ผู้ป่วยไปอยู่วัดนาน 4-5 เดือน หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยกลับบ้านก็กลับไปดื่มซ้ำ และ Re-admit ต่อมาตอนหลังพระให้บวช”

3.7 การมีส่วนร่วมโดยการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด

ในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์เอง ก็จะมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นการบำบัดภาคประชาชน โดยการเรียนรู้และทำความเข้าใจกลุ่ม AA และหลัก 12 ขั้นตอน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยไปเข้าร่วมกลุ่ม AA ในชุมชนหรือในสถานพยาบาล บุคลากรนำเอาองค์ความรู้ของกลุ่ม AA มาใช้ หรือหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากโรคติดสุราอย่างยั่งยืนต่อไป

- การบำบัดโดยกลุ่ม AA

- การนำเสนอตัวอย่างผู้ที่เลิกดื่มสุราได้ เครือข่ายผู้ป่วยโรคร่วมในชุมชน มีกิจกรรมการเข้าร่วมการบำบัดฟื้นฟูแบบกลุ่ม เช่น Alcohol Anonymous (AA)

ทั้งนี้ความห่วงใยซึ่งกันและกันหลังจากที่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เข้ามาได้รับการรักษาและสามารถเลิกดื่มได้ ทำให้ภาพลักษณ์ดีขึ้น จากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่น การได้เข้าร่วมกิจกรรมของสังคม การได้รับคำชื่นชม ยกย่อง การได้รับการช่วยเหลือ แบ่งปัน รวมทั้งทำให้บุคคลอื่นเกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยมากขึ้นและเป็นภาพลักษณ์ที่ดีตามมา (ภาวดี โตท่าโรง, ประภา ลิ้มประสูติและ ชมนาด วรรณพรศิริ, 2551)

“ช่วงเทศกาล ต้องฝึกทักษะอย่างเข้มข้นเกี่ยวกับการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ เพราะจะส่งผลให้ป่วยซ้ำ ถ้าเป็นเราบอกเขาไม่ค่อยเชื่อ แต่ถ้าเพื่อนด้วยกันบอกดูเหมือนเขาจะเชื่อมากกว่า เราจะแทรกเนื้อหาการดื่มสุราในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทด้วยตนเอง มีการมารับการรักษาต่อเนื่องมากขึ้น ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ร่วมวางแผน รู้บทบาทของตนเอง มีระบบการติดตามชัดเจน แก่นนำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อยู่บ้านได้นานขึ้น”

8. การใช้โทรศัพท์ในการติดตามผู้ป่วย

“หลังจำหน่ายแล้วพยาบาลยังมีการโทรแจ้งล่วงหน้าว่าจะต้องมาพบแพทย์วันไหนอีก ก่อนวันนัด 2 วัน ได้เตรียมตัวรู้สึกดีมาก”

“โทรศัพท์เยี่ยม ช่วยได้ผู้ป่วยรู้สึกดี โทรเยี่ยม ตามอาการ ให้ความรู้ ให้กำลังใจ และบอกแหล่งช่วยเหลือ”

9. การให้ความรู้เครือข่ายในการดูแล

“ในเขตเทศบาลเมืองหากมีงานกิจกรรมที่เกี่ยวกับทางด้านสุขภาพจิตเขาก็ให้

ความร่วมมือดี ทำโครงการของงบประมาณจากเทศบาลเขาก็สนับสนุนงบประมาณ และโรงพยาบาลสงขลาเขาจะลงเยี่ยมกับเราดี”

10. บทบาทหน้าที่ การดูแลติดตาม

- พยาบาล ให้การดูแลตามแผนการพยาบาลประเภทเร่งรัดบำบัด และเตรียมจำหน่าย มีการ เตรียมความพร้อมโดยนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Principal Program Advisor, Drug and Alcohol Treatment Strategy Unit, 2010)

“พอผู้ป่วยดีขึ้น ก็จะมาฟื้นฟูทางด้านร่างกาย จิตใจ ถัดมาก็ให้แนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมากขึ้น มีเทคนิคที่จะกลับไปดูแลตนเอง สุดท้ายก็คือในเรื่องการเตรียมผู้ป่วยสู่ชุมชนก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน”

- พยาบาลจิตเวชชุมชน มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ในดึกโดยพยาบาลชุมชนที่เป็นเจ้าของไข้ประเมินปัญหาผู้ป่วย ครอบครัว ปัญหาชุมชน และการเตรียมชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยวางแผนส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนและวางแผนลงเยี่ยมหลังจำหน่ายร่วมกับพยาบาลประจำตึกแต่ไม่ได้เป็นพยาบาลเจ้าของไข้ รวมถึงการประสานงานกับสหวิชาชีพตามปัญหาของผู้ป่วย ลงเยี่ยมร่วมกันและมีการประสานกับสถานีอนามัย เครือข่ายที่รับผิดชอบไปเยี่ยมพร้อมๆกัน (Principal Program Advisor, Drug and Alcohol Treatment Strategy Unit, 2010)

“ในฐานะหัวหน้า จะมอบหมายให้พยาบาลในหน่วยงานจิตเวชชุมชนรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในตึกละ 1 คนรวมถึงตนเองด้วย และหากมี Case consult จาก OPD พยาบาลจิตเวช

ชุมชนจะเข้าไปให้การดูแลทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือ ประธานเครือข่ายเป็นรายๆไป การเยี่ยมบ้านจะมีตารางการเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 คนรับผิดชอบ หมุนเวียนกันไป การลงเยี่ยมแต่ละครั้งจะมีการประสานงานทั้งครอบครัวผู้ป่วยญาติ สถานีนอนามัย เครือข่ายที่รับผิดชอบ ไปเยี่ยมพร้อมๆกัน หากมีปัญหาเรื่องอาชีพจะประสานงานนักสังคมไปด้วย”

“การเยี่ยม Case ที่ยุ่งยากซับซ้อนจะเป็นของพยาบาลคนที่รับผิดชอบผู้ป่วยตึกนั้นๆ แต่ Case ทั่วไปจะหมุนกันทุกสัปดาห์ อาจจะเป็นคนเดิมหรือเป็นคนใหม่ไม่แน่นอนแต่มีการส่ง Case ไว้ สรุปประวัติการรักษาไว้ที่ OPD Card มีแบบฟอร์มการเยี่ยม เราจะลงเยี่ยมผู้ป่วย 5 ครั้ง/คน/ปี หากรายที่มีปัญหาจะนัดญาติมาคุยด้วยงานจิตเวชชุมชนต้องลงที่ตึกสัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อดู Case และเตรียมความพร้อม รายที่มีแนวโน้มถูกทอดทิ้งเราจะมีการเยี่ยมพร้อมๆกับนักสังคม ในการเตรียมชุมชนและจะมีการเยี่ยมทุก 1 เดือน 3 ครั้ง เยี่ยมทุก 2 เดือน 2 ครั้งจนครบหรือปัญหาหมดไป หากผู้ป่วยไม่มีปัญหาจะเยี่ยมต่อไปปีละ 1-2 ครั้ง หากมา Admit จะมาเริ่มต้นเยี่ยมใหม่”

11. เน้นระบบการรายงานการติดตามเชิงคุณภาพ

จากการดูแลทางจิตเวชยาเสพติดชุมชน การส่งต่อข้อมูลโดยมีผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดในชุมชน อย่างชัดเจน

“ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจะต้องมีนโยบายของโรงพยาบาลที่ชัดเจน มีการแยก Ward เฉพาะ กลุ่มงานเฉพาะ มี Care team ที่มาวางแผนในการปฏิบัติงาน การนิเทศงาน การติดตามและประเมินผล การเชื่อมต่อข้อมูล มี

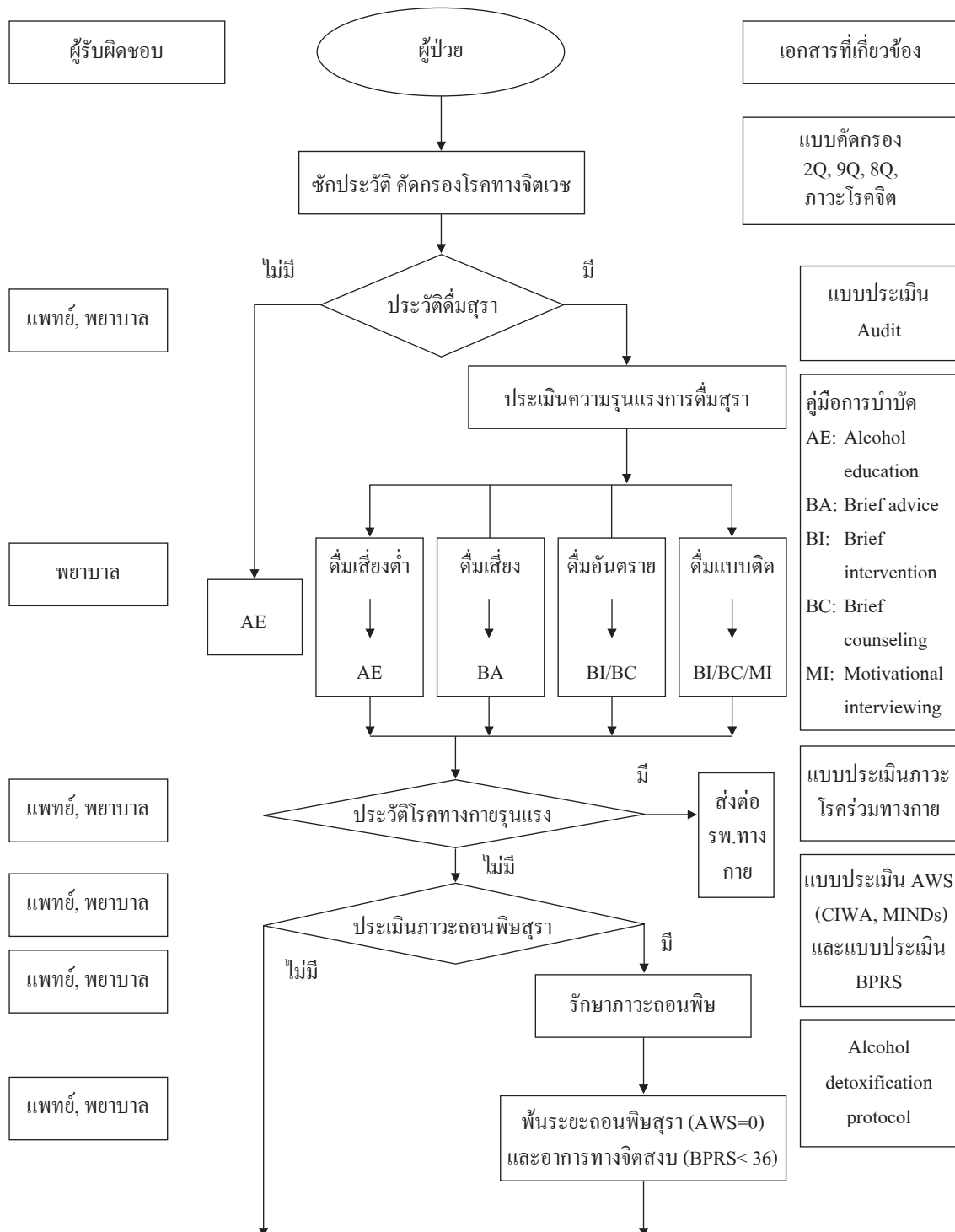
ผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน มีการเก็บผลงาน ซึ่งสามารถใช้โปรแกรม Computer ได้ ทั้งโปรแกรมการบันทึกข้อมูล การติดตามผล 6 เดือน โปรแกรมวันนัด หากผู้ป่วยไม่มาตามนัดจะมีการติดตามทางไปรษณีย์ไปยังสถานีนอนามัย เพื่อให้ลงไปติดตามผู้ป่วย การเตรียมบุคลากรจะต้องเพิ่มความรู้และสมรรถนะในการทำงานเพิ่มขึ้น เช่น คนเก่าก็อบรมเพิ่มเติม คนเก่าก็ให้ไปศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับหน่วยงานอื่น”

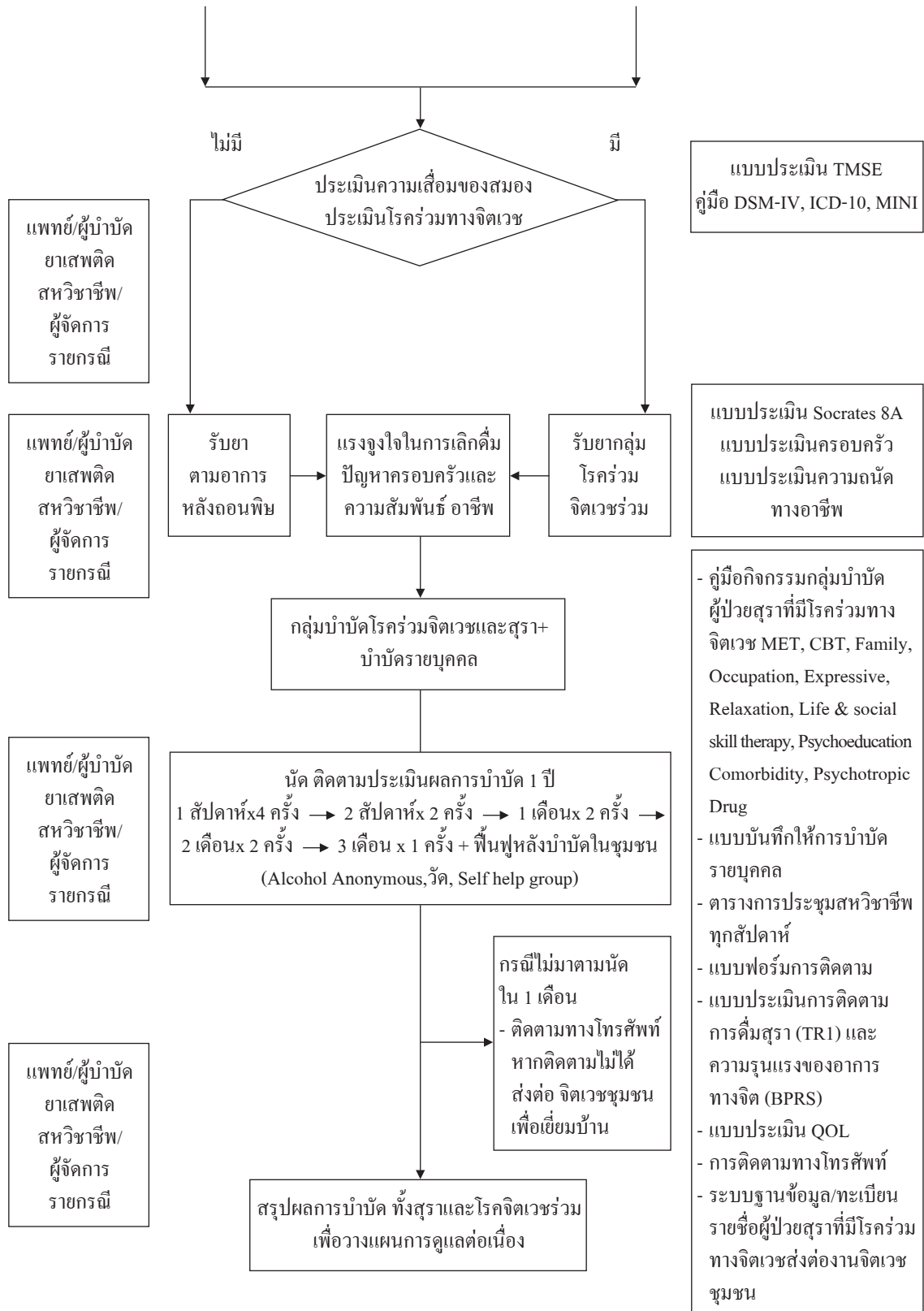
“เทคนิคในการเชื่อมต่อข้อมูล โรงพยาบาลพระศรีฯ มีการติดตามเยี่ยม Case ที่ยุ่งยากซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ถ้าเป็น Case ทั่วไปจะส่งต่อให้เครือข่ายดูแลต่อ โดยมีพยาบาลที่ Ward สรุปข้อมูลผู้ป่วย พยาบาลจิตเวชชุมชนส่งต่อให้พยาบาลที่สถานีนอนามัย Case ทั่วไปจะติดตามเยี่ยมทุก 1-3 เดือนแล้วแต่กรณี พิจารณาเฉพาะราย หากปัญหาหมดก็ส่ง Case ต่อให้สถานีนอนามัยและ Mark ไว้ที่ OPD card การโทรศัพท์ตามเยี่ยมได้ผลเพราะเขาได้ยินเสียงเราทำให้มีกำลังใจในการเลิก จะมีการโทรเยี่ยมทั้งทางสถานีนอนามัย บางครั้งเจอญาติ ญาติก็บอกผู้ป่วยต่อ สถานีนอนามัยเขามีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยอยู่แล้ว บางครั้งเขาก็กระตุ้นญาติในการดูแลผู้ป่วยให้เรา”

สรุป

การดูแลและการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชนั้น จำเป็นต้องอาศัยเทคนิคและวิธีการหลากหลาย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ผังไหลการดูแลบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช





เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2548). *คู่มือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, 45(6), 359-374.
- พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น. (2548). *ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini international neuropsychiatric structure interview (M.I.N.I)* ฉบับภาษาไทย. รายงานการศึกษา, มปท.
- พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). *แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์*. เชียงใหม่: ไอแอมออแกไนเซชันแอนด์แอ็คเตอร์ไทซิง
- พิชัย แสงชาญชัย. (2546). *คู่มือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจของผู้ป่วยติดสุรา ยาเสพติดการอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรจิตวิทยาเสพติดสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป*. กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2551). *เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชนเรื่อง การจัดการรายกรณี*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาวดี ไตท่าโรง, ประภา ลิ้มประสูติและ ชมนาดวรรณพรศิริ. (2551). ประสิทธิภาพการเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2 (2), 45-61.

มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์, บรรณาธิการ. 2550. *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนเอ็นเทอร์ไพรซ์.

รัชดาภรณ์ กาวิวงศ์. (2548). *ความชุกในการเสพสุราของวัยรุ่นและพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่เสพสุราในเขตกิ่งอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่. (2553). *ปัจจัยทางจิตสังคมและความตั้งใจเลิกยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดในศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่*. เชียงใหม่: เวียงบัวการพิมพ์.

สาวตรี อัมฉงค์กรชัย. (2547). *การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในเวชปฏิบัติทั่วไป* คลินิก 701-708.

สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 5. (2554) Available from http://or5.oncb.go.th/index.php?option=com_content&view=category&id=38&Itemid=104

สายชล ชุบลพันธ์. (2553). *ผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงใจโดยญาติมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เชียงใหม่.

- Drake, R.E., McHugom G.J., Becker, D.R., Anthony, W.A. & Clark, R.E. (1996). The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 391-399.
- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F.C., Clark, R.E. & Rickards, L. (2001) Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 469-476.
- Flynn, P.M. (2007). *Adapted from Addiction and Co-Occurring Mental Disorders A Congressional Briefing Sponsored by FRIENDS OF NIDA The Washington*. TCU Institute of Behavioral Research Fort Worth, Texas.
- Keltner, N.L., Schwecke, L.H. and Bostrom, C.E. (1999). *Psychaitric Nursing*, 3rd ed. Missouri: Mosby.

- Leucht Stefan, John M. Kane, Werner Kissling, Johannes Hamann, Eva Etschel and Rolfenge. (2005) Clinical implications of Brief Psychiatric Rating Scale scores. *British Journal of Psychiatry* 187, 366-371.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice (3rd ed.)* Stamford: Appleton & Lange.
- Principal Program Advisor, Drug and Alcohol Treatment Strategy Unit. (2010). *Clinician tool kit co-occurring mental health and alcohol and other drug problems*. Online available from http://www.dovetail.org.au/media/16126/dd_tkit_2011.pdf
- Winnipeg Region Co-occurring Disorders Initiative Screening and Assessment Tools List. (2011). Online available from http://www.afm.mb.ca/pdf/COD_Screening.pdf.