



ผลของโปรแกรมไกลบ้าน สมานใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ที่เป็โรคติดสุราในภาคใต้

Effects of the KlaiBann Samanjai Program on Drinking Behaviors,
Quality of Life, and Readmission among Persons with Alcohol
Dependence in Southern Region, Thailand

हररषष	สเรषฐบุพष	พย.ด.*	Hunsa	Sethabouppha	Ph.D.*
जरुณ	รศมีสุวิวัฒน์	พย.ม.**	Jarunee	Ratsameesuwiwat	M.S.N.**
นพวรรณ	อุปคष	พย.ม.***	Nopawan	Oopkam	M.S.N.***
ภรภัทร	ลิมะวงค์	พย.ม.**	Pornpat	Simawong	M.S.N.**
สกวารัตน์	เทพประสงค์	M.S.N.**	Sakaorat	Thepprasong	M.S.N.**
พันธุ์นภ	กิตติรัตน์ไพบูลย์	M.D.****	Phunnapa	Kittiratanapaiboon	M.D.****

บทคัดย่อ

โรคติดสุร่าเป็นโรคที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงมาก การได้รับการดูแลต่อเนื่องเชิงรุกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชน ที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุร่าอาศัยอยู่เป็นวิธีการที่จะช่วยประคับประคองให้ผู้ที่เป็โรคติดสุร่าสามารถจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุร่าและอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิต การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) ชนิดศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (one group time series design) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมไกลบ้าน สมานใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุร่า คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ที่เป็โรคติดสุร่าในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ผู้ที่เป็นโรคติดสุร่าที่จำหน่ายจากสถานบริการสุขภาพ ญาติหรือผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ผู้ที่เป็นโรคติดสุร่าอาศัยอยู่เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมไกลบ้าน สมานใจ (हरรषष สเรषฐบุพष และคณะ, 2555a) เป็นแผนการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่เป็นโรคติดสุร่าโดยบุคลากรทีมสุขภาพ มุ่งเน้นในการดูแลรายกรณีเชิงรุก 3 ด้าน ได้แก่การรักษา การส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนประคับประคอง (Stein & Santos, 1998) 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคติดสุร่า ญาติหรือผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพ 3) แบบประเมินปัญหาจากการใช้สุร่า (AUDIT) 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต 5) แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
** Professional Nurse, Suanprung Psychiatric Hospital, Chiang Mai
*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
*** Professional Nurse, Jomthong Hospital, Chiang Mai
**** สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
**** Bureau of Mental Health services Administration, Department of Mental Health, Ministry of Public Health



ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราพบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับการดื่มโดยก่อนได้รับโปรแกรมกลับบ้านสมานใจผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มแบบติดทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) และหลังได้รับโปรแกรมครบ 12 เดือน พบว่าสามารถหยุดดื่มได้ (ร้อยละ 29.9) ดื่มแบบอันตราย (ร้อยละ 3.3) ดื่มแบบเสี่ยง (ร้อยละ 33.3) ดื่มแบบปลอดภัย (ร้อยละ 16.7) และ ส่วนใหญ่สามารถลดปริมาณการดื่มได้ (ร้อยละ 96.7) และในจำนวนนั้นสามารถหยุดดื่มได้ (ร้อยละ 29.9)

2. คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมกลับบ้านสมานใจ พบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับโปรแกรมทันที 6 เดือน และ 12 เดือน เพิ่มขึ้นโดยลำดับ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมกลับบ้านสมานใจ พบว่าหลังได้รับโปรแกรม 12 เดือน ผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนใหญ่ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคติดสุรา (ร้อยละ 83.33) และมีการกลับมารักษาซ้ำ เพียงร้อยละ 16.7

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการดำเนินงานตามโปรแกรมกลับบ้าน สมานใจเชิงคลินิกในการจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุรา เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดการกลับมารักษาซ้ำ จึงสมควรที่สถานบริการสุขภาพในชุมชนจะใช้ในการติดตามดูแลเชิงรุกสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุราหลังจำหน่ายจากสถานบริการสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลเชิงรุก โรคติดสุรา ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา การดูแลต่อเนื่อง การพยาบาลจิตเวช

Abstract

Alcohol dependence is the illness with high relapse. Assertive continuity of care by community health care personnel after hospital discharge is one strategy to uphold alcohol dependents to handle drinking behaviors and sustain in community with quality of life. The quasi-experimental design with one group time series measures was conducted to study the effects of the KlaiBann Samanjai (KS) program: the assertive community treatment on drinking behaviors, quality of life, and readmission rates among persons with alcohol dependence (PAD) in southern region of Thailand. Purposively selected samples were persons discharged with alcohol dependence, their relatives, and healthcare providers working in community. The research instruments were 1) the KS program (Sethabouppha, Ratsamesuwiat, Oop-Kham, & Simawong, 2011) which is a plan for healthcare providers to conduct home visits. The program has 3 services as treatment, health promotion, and rehabilitative and supportive services with 4 manuals as KS guidelines to the treatment of PADs for healthcare providers, self-help guides for PADs, KS guidelines to the Treatment of PADs for family caregivers and the KS record handbook, 2) the demographic data form, 3) the Alcohol Use Identification Test (AUDIT), 4) the Quality of Life Questionnaire, and 5) the readmission record. Descriptive analysis and repeated ANOVA were used for data analysis.

The research results showed that

1. After 12 months of implementing the KS program, drinking behaviors of PADs had changed from addictive drinking (100 %) to hazardous drinking (3.3%), risky drinking (33.3%), safety drinking (16.7 %), and no drinking (29.9%). Most PADs decreased their drinking (96.7%) and were able to stop drinking (29.9%).

2. After 6 and 12 months of implementing the KS program, the scores of PADs' quality of life were higher than before participating in the program but no statistical significance.

3. After 12 months of implementing the KS program, only a few PADs had readmission (16.7%).

The research results presented the effectiveness of implementing the Klaibann Samanjai program in managing drinking behaviors, improving quality of life, and reducing readmission rates. Therefore community health care services could employ such program as an assertive community treatment program to help persons suffered with alcohol dependents in Thailand.

Key words : Assertive Continuing Treatment, Alcohol Dependence, Persons with Alcohol Dependence, Continuing care, Mental Health Nursing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรโลกจำนวนมากเสียชีวิตจากการใช้สุรา อีกทั้งอันตรายที่เกิดจากการดื่มในปริมาณมากและดื่มต่อเนื่องยาวนานจนเป็นโรคติดสุรา ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย และเป็นภาระหนักในการดูแลของครอบครัวและสังคม (WHO, 2011) การเป็นโรคติดสุรานั้น ได้มีผู้ให้ความหมายในลักษณะเดียวกันกับ การเสพติดสุรา การติดสุรา และภาวะติดสุราว่าหมายถึงความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีการดื่มเป็นประจำในปริมาณมากหรือเป็นเวลานาน จนเกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และการทำหน้าที่ในครอบครัว และสังคม โดยผู้ที่เป็โรคติดสุราจะมีการแสดงออกในลักษณะที่ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นจึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม มีอาการทางร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่ม (withdrawal) เช่น เมื่อเริ่มดื่มมักจะควบคุมการดื่มไม่ได้ (impaired control) หมกมุ่นและใช้เวลาหมดไปกับการดื่ม (time spent drinking) มีความต้องการและพยายามหลายครั้งที่จะเลิกดื่มแต่ไม่สำเร็จ (cut down) มีความบกพร่องในอาชีพการงาน

หรือไม่สนใจการทำกิจกรรม(neglect of activity) และยังคงดื่มอยู่ทั้งๆ ที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว (drinking despite problem) (Association, 2000)

จากการสำรวจระดับประเทศในปี พ.ศ. 2555 พบว่าความชุกของผู้ติดสุราพบในเพศหญิงร้อยละ 1.4 และในเพศชายร้อยละ 13.7 ต่อประชากรไทย โดยพบในระหว่างอายุ 25-34 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 8.4) รองลงมาคืออายุระหว่าง 35-44 ปี และ 15-24 ปี (ร้อยละ 7.4 และ 5.9 ตามลำดับ) (Srisurapanont *et al.*, 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคติดสุราจัดอยู่ใน 10 อันดับของโรคทางจิตเวชที่รับไว้มากที่สุด ในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2556) นอกจากนี้ยังพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น เช่น จากสถิติโรงพยาบาลสวนปรุงในปี 2554-2556 พบว่า มีผู้ป่วยโรคติดสุรากลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วันสูงถึง ร้อยละ 9.32, 8.81, และ 8.20 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2556) จากข้อมูลดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการหาวิธีการบำบัดดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราอย่างต่อเนื่องในชุมชนเพื่อประคับ



ประคองไม่ให้กลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การบำบัดดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราต่อเนื่องในชุมชน ต้องบำบัดรักษาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยในอดีตที่ผ่านมาการรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุราจะมุ่งเน้นที่การรักษาอาการขาดสุรา เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เกือบทั้งหมดจะกลับไปดื่มสุราซ้ำและต้องกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2553 ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกและระบบเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการดื่มสุราและบำบัดรักษาผู้ติดสุราแบบบูรณาการตามบริบทของสังคมไทย แผนงานวิจัยระบบสุรา (ผรส.) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ (Integrated Management of Alcohol Intervention Program; I-MAP Health) ในพื้นที่ 10 จังหวัด ครอบคลุมโรงพยาบาลจิตเวช 7 แห่ง ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง และสถานพยาบาลปฐมภูมิ 184 แห่ง ประกอบด้วยมาตรการหลัก 4 มาตรการคือ มาตรการจัดการระยะแรก เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การดูแลรักษาเบื้องต้น มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย เพื่อป้องกันและรักษาภาวะขาดสุราและโรคทางกายที่พบร่วม มาตรการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการละ ลด เลิกดื่ม และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูทางจิตใจ ป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ และ มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ดื่มสุรา (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) และได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวหลังการรักษา ได้แก่ กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self- help group) (นพวรรณ อุปคำ และคณะ, 2556) การบำบัดสุราแนวพุทธในชุมชน (นพวรรณ อุปคำ และคณะ, 2553) กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (พิชัย แสงชาญชัย, 2556) และโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Program of Assertive Community Treatment, [PACT]) (Gilbert *et al.*, 2012; ھررضا เศรษฐบุปผา และคณะ, 2555a) ซึ่งล้วนมีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาการดื่มสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกใน

ชุมชน ที่สามารถป้องกันปัญหาการกลับไปดื่มซ้ำ และลดการกลับเข้ารับรักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (PACT) เป็นรูปแบบการบำบัดดูแลทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ เอื้อให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราและผู้ดูแลได้รับการบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันปัญหาการกลับไปดื่มซ้ำ ลดอัตราการกลับเข้ารับรักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมถึงช่วยลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานเดิมมาจากแนวคิดการฝึกการใช้ชีวิตในชุมชน (training community living: TCL) (Burns, 2010; Ghosh & Killaspy, 2010) และได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในหลายชุมชนในสหรัฐอเมริกาภายใต้ชื่อว่า ทีมการบำบัดดูแลต่อเนื่อง (continuous treatment teams: CTTs) การจัดการรายกรณีแบบครอบคลุม (intensive case management) และโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (program of assertive community treatment: PACT) มีการศึกษาพัฒนาแนวทางในการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ (Stein & Santos, 1998) และพบว่าการบำบัดเชิงรุกในชุมชน มีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการดำเนินการ (Carson Weinstein, Henwood, Cody, Jordan, & Lelar, 2011; Slade, McCarthy, Valenstein, Visnic, & Dixon, 2013) และสามารถจัดการปัญหาจิตเวชที่ซับซ้อน รวมถึงปัญหาจากการใช้สารเสพติดด้วย (Fries & Rosen, 2011)

ในประเทศไทยภายใต้การสนับสนุนของแผนวิจัยระบบสุราได้มีการพัฒนาโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ (ھررضا เศรษฐบุปผา และคณะ, 2555a) ซึ่งเป็นการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนมาใช้กับกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุราตามแนวคิดของโปรแกรมการบำบัดดูแลในเชิงรุกในชุมชน (Program of Assertive Community Treatment: PACT) (Stein & Santos, 1998) และพัฒนาเนื้อหาตามโปรแกรมในบริบทของสังคมไทยจากข้อมูลเชิงลึกจากการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการการดูแลในชุมชนของผู้ที่เป็นโรคติดสุราทั้งในมุมมองของผู้เป็นโรค



ติดสุรา ญาติหรือผู้ดูแล สมาชิกในชุมชน และบุคลากร ทีมสุขภาพ โดยเนื้อหาของโปรแกรมได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนได้เสีย จนได้โปรแกรม ใกล้เคียงบ้านสมานใจ: โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดสุราฉบับสมบูรณ์ ที่ประกอบด้วยแผนงานเยี่ยมบ้านที่ครอบคลุม ลักษณะงาน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการบำบัดดูแล (treatment) ประกอบด้วย การดูแลเรื่องยา การจัดการกับภาวะวิกฤต การให้คำปรึกษา การดูแลกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ด้านการบริการสนับสนุนประคับประคอง (support services) ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการทำงาน การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลที่อยู่อาศัย การจัดการเงิน และได้มีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในการวิจัยนำร่องโดยใช้วิธีการวิจัยแบบทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม และวัดก่อน-หลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมติดสุราหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันทีและหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมติดสุรา และคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันทีเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุม หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาส่งใน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาส่ง ร้อยละ 20.7 (हररขข สเรษฐบุพขข และคณข, 2555ข)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมใกล้เคียงบ้านสมานใจ มาใช้ในการศึกษาในพื้นที่ภาคใต้ ที่พบว่าสถิติของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งดูแลผู้ป่วยจิตเวชครอบคลุมในพื้นที่จังหวัดภาคใต้ ได้รายงานจำนวนผู้เป็นโรคติดสุราในแผนผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2553-2555 ว่ามีจำนวนมากถึง 2,212, 2,322, และ 2,255 คน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่เป้นโรคติดสุราเรื้อรังถึง 1,718, 1,719 และ 1,626 คน คิดเป็นอัตราของเรื้อรังถึงเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่เข้ารับบริการทั้งหมดคิด

เป็นร้อยละ 77.6, 74.03, และ 72.15 (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2556) โดยมีมุ่งศึกษาพฤติกรรมติดสุรา คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาส่งในระยะยาวเป็นเวลา 1 ปีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมใกล้เคียงบ้านสมานใจ ต่อพฤติกรรมติดสุรา คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาส่งของผู้ที่เป็นโรคติดสุราในภาคใต้ของประเทศไทย

คำถามการวิจัย

- 1.1 พฤติกรรมติดสุราของผู้เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมใกล้เคียงบ้านสมานใจเป็นอย่างไร
- 1.2 คุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมใกล้เคียงบ้านสมานใจเป็นอย่างไร
- 1.3 อัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้เป็นโรคติดสุราที่ได้รับโปรแกรมใกล้เคียงบ้านสมานใจเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้เป็นโรคติดสุราที่ได้รับการรักษาในระบบสุขภาพนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังคงมีการติดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีการกลับมารักษาส่งสูง การวิจัยนี้ใช้แนวคิดของการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Program of Assertive Community Treatment: PACT) ที่มุ่งเน้น 1) การบำบัดดูแล 2) การฟื้นฟูสภาพ และ 3) การบริการสนับสนุนประคับประคอง (Stein & Santos, 1998) โดยนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมใกล้เคียงบ้านสมานใจโดยการวิจัยแบบมีส่วนร่วม มีการพัฒนาเนื้อหาตามโปรแกรมในบริบทของสังคมไทยจากข้อมูลเชิงลึกจากการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการการดูแลในชุมชนของผู้ที่เป็นโรคติดสุราทั้งในมุมมองของผู้เป็นโรคติดสุรา ญาติ หรือผู้ดูแล สมาชิกในชุมชน และบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเนื้อหาของโปรแกรมได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนได้เสีย จนได้โปรแกรมใกล้เคียงบ้าน



ใจ: โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้เป็นโรคติดสุราฉบับสมบูรณ์ ที่ประกอบด้วยแผนงานเยี่ยมบ้านที่ครอบคลุม ลักษณะงาน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการบำบัดดูแล (treatment) ประกอบด้วย การดูแลเรื่องยา การจัดการกับภาวะวิกฤต การให้คำปรึกษา การดูแลกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ด้านการบริการสนับสนุนประคับประคอง (support services) ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการทำงาน การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลที่อยู่อาศัย การจัดการเงิน (หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ, 2555a) ให้บริการที่ครอบคลุมโดยทีมสุขภาพในพื้นที่ที่ผู้เป็นโรคติดสุราอาศัยอยู่ เพื่อช่วยเหลือดูแลบำบัดรักษาเชิงรุกเป็นรายกรณีในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้เป็นโรคติดสุราสามารถจัดการกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ผู้เป็นโรคติดสุราลดการกลับมารักษาซ้ำได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) ชนิดศึกษากลุ่มเดียววัดแบบอนุกรมเวลา (one group time series design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลับบ้านสมานใจ ต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคติดสุราในภาคใต้ของประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดสุรา ที่มารับบริการในระบบสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบติด (dependence) ประเมินโดยแบบประเมินปัญหาจากการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT) ขององค์การอนามัยโลก (ปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ, 2555) อยู่ในช่วงการบำบัดฟื้นฟูภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรืออยู่ในชุมชน ไม่มี

อาการถอนพิษสุรา ประเมินโดยแบบประเมินภาวะถอนพิษสุราของมีความต้องการลด ละ เลิกสุรา มีปัญหาซับซ้อนด้านจิตสังคม ประเมินจากการซักถาม สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการเยี่ยมบ้าน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มเดียวโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ 0.80 มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และ กำหนดอิทธิพลการทดสอบ (power analysis) ที่ 0.08 และนำไปเทียบตารางสำเร็จรูปสำหรับการทดสอบติดตามจำนวน 3 ครั้ง (Polit & Beck, 2006) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 ราย และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 40 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 30 ราย

2) กลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ประชากร คือบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้เป็นโรคติดสุราที่เข้าร่วมในโปรแกรม โดยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้เป็นโรคติดสุราตั้งแต่ผู้เป็นโรคติดสุราได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความต้องการให้ผู้เป็นโรคติดสุรา ลด ละ เลิกดื่มสุรา สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินยอมและให้ความร่วมมือในการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม จำนวน 30 ราย

3) กลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ ประชากร คือ ผู้ที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยาคลินิก ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ โดยเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานเอนกนามัยที่ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรม สามารถเดินทางลงพื้นที่ และติดตามเยี่ยมบ้านได้อย่างต่อเนื่องตามโปรแกรม และ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการเยี่ยมบ้านตามโปรแกรม จำนวน 19 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ โปรแกรมกลับบ้านสมานใจ (โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนผู้เป็นโรคติดสุรา) (หรรษา เศรษฐบุปผาและคณะ, 2555a) ซึ่งพัฒนา



ตามแนวความคิดการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน ประกอบด้วย
คู่มือการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา (हररषा
स्त्रेशुभुषा และคณะ, 2555b) คู่มือการดูแลโดยญาติ
(हररषा स्त्रेशुभुषा และคณะ, 2555c) คู่มือบุคลากร
ทีมสุขภาพ (हररषा स्त्रेशुभुषา และคณะ, 2555d)
และแบบบันทึกใกล้บ้านสमानใจ (हररषा स्त्रेशुभुषा
และคณะ, 2555e) โดยมีแผนกิจกรรมการติดตามเยี่ยม
ที่บ้าน 5 ครั้ง และติดตาม 2 ครั้งคือ 6 เดือน และ 12
เดือน โดยมีมุ่งดูแลช่วยเหลือแบบองค์รวม 9 ด้านคือ 1)
การรับประทานยา 2) การดำเนินชีวิตประจำวัน 3) การ
จัดการกับสถานการณ์การเจ็บป่วย 4) การสร้างโอกาส
ในการทำงาน 5) การเข้ารับบริการสุขภาพ 6) การส่งเสริม
สุขภาพ 7) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย 8) การ
จัดการเรื่องการเงิน และ 9) การให้การปรึกษา 2) เครื่อง
มือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบ
บันทึกข้อมูลส่วนของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ผู้ดูแลหรือญาติ
ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา และบุคลากรทีมสุขภาพ 2) แบบ
ประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders
Identification Test [AUDIT]) ขององค์การอนามัยโลก
แปลโดยปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธ์ุภา กิตติรัตนไพบูลย์
(2555) 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก
ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHQOL) (สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์
กุลปริทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย, 2541)
และแบบบันทึกการกลับมารักษาด้วยโรคติดสุรา เป็น
เครื่องมือที่ใช้บันทึกการกลับมารักษาของผู้ที่เป็นโรค
ติดสุราของสถานบริการในชุมชน 5) แบบวัดความพึง
พอใจของผู้เป็นโรคติดสุรา ผู้ดูแลหรือญาติผู้เป็นโรค
ติดสุรา และแบบวัดความคิดเห็นของทีมสุขภาพในการนำ
โปรแกรมการไปใช้ ของहररषा स्त्रेशुभुषा และคณะ
(2555a) ทั้งนี้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แบบ
ประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่น (Reliability)
ของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอน
นาค (Cranach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.87,
0.89, 0.91 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit &
Beck, 2006)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเรื่องเข้า

สู่คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้าน
สุขภาพจิตและจิตเวช) กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ดำเนิน
การให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลัก
จริยธรรมการวิจัยที่เป็นสากล หลังจากนั้นมีการอธิบาย
ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจาก
ผลการศึกษาต่อส่วนรวม ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจง
สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาโดยไม่มี
การบังคับใดๆ และไม่มีผลต่อการรักษา พร้อมทั้งมี
เอกสารยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาและชี้แจงให้ทราบ
การเก็บข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็น
ความลับ ในระหว่างการเข้าร่วมในการวิจัย หากกลุ่ม
ตัวอย่างไม่สบายใจในการเข้ากลุ่ม สามารถออกจากการ
ศึกษาได้ตลอดเวลาหากต้องการ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล
และการนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะทำใน
ภาพรวมของการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้
ความร่วมมือผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอน และวิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงและขอความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการ
ศึกษา โดยชี้แจงรายละเอียดโปรแกรม ให้กลุ่มตัวอย่าง
ได้แก่ผู้เป็นโรคติดสุรา และสมาชิกในครอบครัวของผู้เป็น
โรคติดสุรา ให้ทราบถึงการเข้าร่วมการวิจัยที่จะเป็นไป
ตามความสมัครตามรายละเอียดในเอกสารยินยอมและ
ลงนาม และผู้วิจัยทำการอบรมนักวิจัยภาคสนามที่อยู่ใน
พื้นที่ พื้นที่ละ 2 คน เพื่อเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล
ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรม เพื่อป้องกันอคติในการ
วิจัย ต่อจากนั้นทีมสุขภาพดำเนินการตามขั้นตอนของ
โปรแกรม โดยการเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ คำแนะนำ ฝึก
ทักษะ ร่วมกับการสังเกต ซักถาม และบันทึก ตามขั้น
ตอนการดำเนินการของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุก
ในชุมชนของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โดยให้รับผิดชอบในการ
ดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่ตนเองรับ
ผิดชอบจนครบจำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60 -70 นาที และ
ติดตามเมื่อครบ 6 เดือน และ 12 เดือน และผู้วิจัยให้ผู้
ช่วยวิจัยดำเนินการติดตาม พฤติกรรมการดื่มสุรา
คุณภาพชีวิต การกลับมารักษาซ้ำ หลังได้รับโปรแกรม
ทันที 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อลดอคติ



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เป็นโรคติดสุรา ผู้ดูแลหรือญาติ และทีมสุขภาพ และการกลับมารักษาซ้ำ วิเคราะห์โดยการแจกแจง ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา คะแนนของคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ การวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measure ANOVA) ภายหลังการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov แล้ว พบว่าการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วย 3 กลุ่มได้แก่ 1) ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ที่เข้าร่วมในการวิจัยทั้งหมด 30 คน มีอายุระหว่าง 19-60 ปี ($M=38.5$ $SD=11.2$) เป็นเพศชาย 27 คน เพศหญิง 3 คน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 90.0) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 93.3) และมีงานทำ (ร้อยละ 80.00) 2) ญาติหรือผู้ดูแลมีทั้งหมด 30 คน มีอายุระหว่าง 20-65 ปี ($M=43.3$ $SD=8.7$) เป็นเพศชาย 3 คน เพศหญิง 27 คน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 90.0) มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 43.3) และมีงานทำ (ร้อยละ 90.0) ระยะเวลาในการดูแลผู้ติดสุรา อยู่ในระหว่าง 1-20 ปี ส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดา

ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา (ร้อยละ 60.0) เป็นพี่น้อง (ร้อยละ 23.3) และสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 1.67) และ 3) บุคลากรทีมสุขภาพที่ดำเนินการตามโปรแกรมกลับบ้าน สบายใจในการวิจัยมีทั้งหมด 19 คน มีอายุระหว่าง 28-56 ปี ($M=42.1$ $SD=9.6$) เป็นเพศชาย 1 คน เพศหญิง 18 คน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 90.0) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 63.2) และระดับปริญญาโท (ร้อยละ 36.8) และบุคลากรทีมสุขภาพทั้งหมดมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้สุรา (ร้อยละ 100.0)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดื่มสุรา ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที 6 เดือน และ 12 เดือนพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราตามการเปลี่ยนแปลงระดับการดื่มเป็นรายบุคคล พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลับบ้านสบายใจผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีพฤติกรรมการดื่มแบบติดทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) และหลังได้รับโปรแกรมครบ 12 เดือน พบว่าสามารถหยุดดื่มได้ (ร้อยละ 29.9) ดื่มแบบอันตราย (ร้อยละ 3.3) ดื่มแบบเสี่ยง (ร้อยละ 33.3) ดื่มแบบปลอดภัย (ร้อยละ 16.7) (ตารางที่ 2) และ ส่วนใหญ่สามารถลดปริมาณการดื่มได้ (ร้อยละ 96.7) และในจำนวนนั้นสามารถหยุดดื่มได้ (ร้อยละ 29.9) (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤตกรรมการดิมสุราของลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังเสร็จสิ้นการทดลอง

กลุ่มทดลอง	คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์								t	p
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง ทันที		หลังการทดลอง 6 เดือน		หลังการทดลอง 12 เดือน			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ภาคใต้	25.50	4.80	17.77	10.55	13.77	10.58	8.50	8.37	1.752	0.162

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤตกรรมการดิมแอลกอฮอล์ของลุ่มทดลองตามระดับพฤตกรรมการดิมแอลกอฮอล์
จำแนกภาคใต้ (n= 30)

พฤตกรรมการดิม แอลกอฮอล์	ภาคใต้							
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง ทันที		หลังการทดลอง 6 เดือน		หลังการทดลอง 12 เดือน	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ดิมแบบติด	30	100.00	16	53.33	12	39.99	5	16.67
ดิมแบบอันตราย	0	0.00	3	9.99	4	13.33	1	3.33
ดิมแบบเสี่ยง	0	0.00	3	9.99	5	16.67	10	33.33
ดิมแบบปลอดภัย	0	0.00	1	3.33	2	6.67	5	16.67
ไม่ดิม	0	0.00	7	23.33	7	23.33	9	29.99
รวม	30	100.00	30	100.00	30	100.00	30	100.00

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของพฤตกรรมการดิมที่เปลี่ยนแปลงหลังได้รับโปรแกรมไกลบ้าน สมนใจ (n= 30)

ลุ่มทดลอง	ภาคใต้ (30)	
	n	%
ไม่กลับมาดิม	9	30.00
ลดปริมาณการดิม*	29	96.66
คงดิมเท่าเดิม	0	0
เพิ่มปริมาณการดิม	1	3.33

* รวมที่ไม่ดิม



ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมกลับบ้านสมานใจ พบว่าผู้ที่เป็นโรคติดสุรา

มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับโปรแกรมทันที 6 เดือน และ 12 เดือน เพิ่มขึ้นโดยลำดับ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองจำแนกตามรายภาค ก่อนการทดลอง หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที และหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 6 เดือน 12 เดือน (n= 30)

กลุ่มทดลอง	คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์								t	p
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง ทันที		หลังการทดลอง 6 เดือน		หลังการทดลอง 12 เดือน			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ภาคใต้	83.73	16.02	84.53	14.86	85.40	17.38	88.53	15.89	1.382	0.172

ส่วนที่ 4 การกลับมารักษาซ้ำ พบว่าหลังได้รับโปรแกรม 12 เดือน ผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนใหญ่ไม่มีการก

ลับมารักษาซ้ำด้วยโรคติดสุรา (ร้อยละ 83.33)และมีการกลับมารักษาซ้ำ เพียงร้อยละ 16.7 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง	ภาคใต้ (30)	
	n	%
กลับมารักษาซ้ำ	5	16.67
ไม่กลับมารักษาซ้ำ	25	83.33
รวม	30	100.00

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ที่เป็นโรคติดสุราพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงระดับการดื่มโดยก่อนได้รับโปรแกรมกลับบ้านสมานใจผู้ที่เป็นโรคติดสุรา มีพฤติกรรมการดื่มแบบติดทั้งหมด และหลังได้รับโปรแกรมครบ 12 เดือนพบว่าสามารถหยุดดื่มได้ (ร้อยละ 29.9) ดื่มแบบอันตราย (ร้อยละ 3.3) ดื่มแบบเสี่ยง (ร้อยละ 33.3) ดื่มแบบปลอดภัย (ร้อยละ 16.7) และ ส่วนใหญ่สามารถลดปริมาณการดื่มได้ (ร้อยละ 96.7) และในจำนวนนั้นสามารถหยุดดื่มได้ (ร้อยละ 29.9) และการกลับมารักษา

ซ้ำของผู้ที่เป็นโรคติดสุราหลังได้รับโปรแกรมกลับบ้านสมานใจ พบว่าหลังได้รับโปรแกรม 12 เดือน ผู้ที่เป็นโรคติดสุราส่วนใหญ่ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคติดสุรา ร้อยละ 83.33และมีการกลับมารักษาซ้ำ เพียงร้อยละ 16.7 นั้นสามารถอธิบายได้ว่าการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมกลับบ้าน สมานใจ โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ที่เป็นโรคติดสุรา 5 ครั้ง และติดตามต่อเนื่องในเดือน ที่ 6 และจนครบ 1 ปี โดยการสังเกต ชักถาม และบันทึกในแบบบันทึกร่วมกับการให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะ (हरषास्त्ररुषाและकष, 2554) ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดสุราสามารถลด ละ เลิก การดื่มสุราและลดการกลับมารักษาซ้ำได้นานถึง 1 ปี เนื่องจากสาระตามโปรแกรมเน้นการบำบัดดูแล 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ ได้แก่



1) การบำบัดดูแล (treatment) ได้ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อและญาติหรือผู้ดูแลสามารถเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะอาการ และเข้าใจวิธีการจัดการกับภาวะวิกฤติที่เกิดจากสุรา และมีโอกาสได้รับการปรึกษาจากบุคลากรทีมสุขภาพทั้งเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากการใช้สุรา และเรื่องต่างๆ ที่เป็นปัญหาในชีวิตประจำวัน ทำให้มีแรงจูงใจที่ดีในการตัดสินใจ ลด ละ เลิกการดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาแรงจูงใจในการลด ละ เลิกการดื่มสุราที่มีผลทำให้จำนวนวันที่ดื่มหนักลดลง และมีจำนวนวันที่หยุดดื่มเพิ่มขึ้น จนสามารถลด ละ เลิกการดื่มสุราได้ในที่สุด (สุนทร ศรีโกสย, 2548)

2) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) จากการที่โปรแกรมใกล้บ้าน สมนใจ มุ่งส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อที่สามารถปฏิบัติตนในทางที่เหมาะสมต่อภาวะสุขภาพครอบคลุมทั้งเรื่องการรับประทานอาหารที่บำรุงสุขภาพ การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ เพื่อนำไปสู่ร่างกายจิตใจที่แข็งแรง ทั้งยังเน้นการฝึกทักษะในการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มสุรา และการฝึกทักษะการควบคุมตนเองอันเป็นการนำมาสู่การลด ละ เลิก การดื่มสุราได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอิสริย์ สิงห์สถิตย์ (2555) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนใน การปฏิเสธการดื่มสุรา และการศึกษาของปนัดดา ธีระเชื้อ และคณะ, (2551) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดเชื้อ โดยโปรแกรมดังกล่าวสามารถช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อสามารถนำไปใช้ในการปฏิเสธเมื่อมีผู้ชักชวนให้ไปดื่มสุราได้ (อิสริย์ สิงห์สถิตย์, 2555) หรือควบคุมตนเองไม่ให้ไปดื่มเมื่อมีความต้องการดื่มได้ (ปนัดดา ธีระเชื้อ และคณะ, 2551) 3) การบริการสนับสนุนระดับประจักษ์ ที่ให้ความสำคัญต่อการจัดการกับปัจจัยทางสังคม และสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ และหากสามารถจัดการกับปัจจัยหลักอันได้แก่ การจัดการที่อยู่อาศัย การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสม การทำงาน และการวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในบ้าน รวมถึงการเข้ารับบริการสุขภาพย่อมจะช่วยประคับประคองให้ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อสามารถ

ลด ละ เลิกสุราได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมใกล้บ้าน สมนใจในการวิจัยนาร่องที่พบว่าโปรแกรมสามารถปรับลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และลดการกลับมารักษาซ้ำ (हररषा ढ्रेषरुषुषषा ढ्रेषरुष, 2555a) และผลของการใช้โปรแกรมบำบัดเชิงรุกในชุมชนในการดูแลผู้ติดเชื้อและสารเสพติดในต่างประเทศ (Fries & Rosen, 2011)

อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตหลังได้รับโปรแกรมทันที 6 เดือน และ 12 เดือนเพิ่มขึ้นโดยลำดับ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั้น สามารถอธิบายได้ว่าการดำเนินตามโปรแกรมได้ช่วยประคับประคองให้ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อสามารถจัดการกับอาการและการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อของตนเอง ได้รับการปรึกษาจากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีแนวทางในการส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพตามองค์ประกอบในโปรแกรม (Stein & Santos, 1998) ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม ของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อได้ แต่อย่างไรก็ตามการที่การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั้น อาจอธิบายได้ว่าเป็นประจักษ์คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็น จิตพิสัย (subjective) ที่ไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นการวัดในรายละเอียดของอาการโรค หรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต (สุวัฒน์ มหัตถินันทรกุล และคณะ, 2541) จึงอาจไม่ได้มีความจำเพาะในการวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อได้ ตามสภาพการณ์จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากการวิจัยจะเห็นว่าโปรแกรมใกล้บ้าน สมนใจสามารถช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อสามารถจัดการกับปัญหาการดื่มสุราของตนเองได้ จึงควรให้มีการขยายผลการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในสถาน



บริการสาธารณสุขทุกระดับเพื่อพัฒนาการบำบัดดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราในความรับผิดชอบต่อไป และในการประเมินคุณภาพชีวิต อาจจำเป็นต้องเลือกใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่มีความเจาะจงสำหรับผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา เพื่อใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคติดสุราตามสถานการณ์เฉพาะโรค

ด้านการศึกษาพยาบาล ควรมีการจัดอบรมแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมใกล้บ้าน สมานใจ ในการเรียนการสอนที่เกี่ยวกับการพยาบาลจิตเวชชุมชน เพื่อเป็นการบำบัดดูแลทางเลือกสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุราในชุมชนต่อไป ด้านการบริหาร ควรนำผลการศึกษาเสนอแนะต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในระดับประเทศ ให้สามารถผลักดันเชิงนโยบาย

ให้มีการใช้โปรแกรมนี้ในระบบสุขภาพของประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาระบบการดูแลตามโปรแกรมใกล้บ้าน สมานใจ ในสถานบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
2. การศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดดูแลตามโปรแกรมใกล้บ้าน สมานใจในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทยที่มีความต่างของบริบททางสังคม และวัฒนธรรม
3. การศึกษาปัญหาอุปสรรคของบุคลากรทีมสุขภาพในการดำเนินการตามโปรแกรมใกล้บ้าน สมานใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแผนวิจัยระบบสุรา (I-MAP) ที่ให้การสนับสนุนทุนในการวิจัย และขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลเครือข่ายที่กรุณาประสาน และดำเนินการตามโปรแกรมจนแล้วเสร็จ

เอกสารอ้างอิง

- นพวรรณ อุปคำและคณะ. (2553). การถอดบทเรียน เรื่องการบำบัดสุราโดยองค์กรศาสนา (วิถิพุทธ). เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- นพวรรณ อุปคำและคณะ. (2556). การถอดบทเรียน เรื่องการบำบัดสุราโดยกลุ่มช่วยเหลือกันเองเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ปนัดดา ชีระเชื้อ ھرรษา เศรษฐบุปผา และ สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์. (2551). ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเอง ต่อพฤติกรรมการดื่มของผู้ติดสุรา, *พยาบาลสาร*, 35(3) : 142-154.
- ปรีทรรศ ศิลปกิจและคณะ. (2555). AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา : แนวปฏิบัติต่อสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. แผนงานการพัฒนากระบวนการรูปแบบ และวิธีการรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2556). กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนาม (Alcoholice Anonymous) (เอเอ). เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2556). รายงานประจำปี 2556. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2556). รายงานสถิติประจำปี 2554-2555. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- สุนทร ศรีโกสย. (2548). ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราของผู้ติดสุราที่มารับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง. (มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล ปรีทรรศ ศิลปะกึ่ง และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2541). *คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ*. เชียงใหม่.

हररषा ढेरषरुडुडफा ढलढनः. (2554). *การพัฒนาศรกรมไกล้าบ้านสมานใจการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา*. เชียงใหม่: พิมพ์เตือนดี.

हररषा ढेरषरुडुडफाढलढनः. (2555a). *การพัฒนาศรกรมไกล้าบ้านสมานใจการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา*. เชียงใหม่: พิมพ์เตือนดี.

हररषा ढेरषरुडुडफा ढลढनः. (2555b). *คู่มือการดูแลตอนดองของผู้ติดสุราในโปรแกรมไกล้าบ้านสมานใจ*. เชียงใหม่: พิมพ์เตือนดี.

हररषाढेरषरुडुडफาढलढनः. (2555c). *คู่มือการดูแลผู้ติดสุราโดยญาติในโปรแกรมไกล้าบ้านสมานใจ*. เชียงใหม่: พิมพ์เตือนดี.

हररषा ढेरषरुडुडफาढलढनः. (2555d). *คู่มือการดูแลผู้ติดสุราสำหรับบุคลากรสุขภาพในโปรแกรมไกล้าบ้านสมานใจ*. เชียงใหม่: พิมพ์เตือนดี.

हररषा ढेरषरुडुडफา ढलढनः. (2555e). *แบบบันทึกโปรแกรมไกล้าบ้านสมานใจ*. เชียงใหม่: พิมพ์เตือนดี.

อิสริย์ สิงห์สถิตย์. (2555). ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. (มหาดบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

Association, A. P. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®*: American Psychiatric Association.

Burns, T. (2010). The rise and fall of assertive community treatment? *Int Rev Psychiatry*, 22(2), 130-137. doi: 10.3109/09540261003661841

Carson Weinstein, L., Henwood, B. F., Cody, J. W., Jordan, M., & Lelar, R. (2011). Transforming assertive community treatment into an integrated care system: the role of nursing and primary care partnerships. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 17(1), 64-71. doi: 10.1177/1078390310394656

Fries, H. P., & Rosen, M. I. (2011). The efficacy of assertive community treatment to treat substance use. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 17(1), 45-50. doi: 10.1177/1078390310393509

Ghosh, R., & Killaspy, H. (2010). A national survey of assertive community treatment services in England. *J Ment Health*, 19(6), 500-508. doi: 10.3109/09638231003728125

Gilbert, H., Burns, T., Copello, A., Coulton, S., Crawford, M., Day, E., . . . Drummond, C. (2012). Assertive Community Treatment for alcohol dependence (ACTAD): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 13, 19. doi: 10.1186/1745-6215-13-19

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization* (Vol. 1). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sethabouppha, H., Ratsamesuwat, J., Oop-Kham, N., & Simawong, P. (2011). "Krai Bann Samann Jai" (the Healing Heart Around Home program) Manual: The manual of Assertive Community Treatment program for persons with alcohol dependece. Chiang Mai: Deon Dee Publishing.

Slade, E. P., McCarthy, J. F., Valenstein, M., Visnic, S., & Dixon, L. B. (2013). Cost savings from assertive community treatment services in an era of declining psychiatric inpatient use. *Health Serv Res*,



48(1), 195-217. doi: 10.1111/j.1475-6773.2012.01420.x

Srisurapanont, M., Kittiratanapaiboon, P., Likhitsathian, S., Kongsuk, T., Suttajit, S., & Junsirimongkol, B. (2012). Patterns of alcohol dependence in Thai drinkers: A differential item functioning analysis of gender and age bias. *Addictive Behaviors*, 37(2), 173-178. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.09.014>

Stein, L. I., & Santos, A. B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness* (1st ed.). New York: W.W. Norton.

WHO. (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization.