

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

Clinical tracer Highlight

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง

โรงพยาบาล	ธัญญารักษ์ขอนแก่น
สาขา	กลุ่มงานบริการผู้ป่วยใน (ตึกบำบัดยา 1 ก)
สภาวะทางคลินิก	ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง
วันที่จัดทำข้อมูล	1 ตุลาคม 2557

1.บริบท :

ภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง (Delirium Tremens) เป็นภาวะที่จะเกิดต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษสุราที่ไม่ได้รับการรักษา อาการจะมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น สั่นมาก เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง กระสับกระส่ายมากขึ้น ชัก เพ้อ หูแว่ว หวาดระแวง โดยอาการมักจะเริ่มรุนแรงภายใน 2-3 วันหลังหยุดดื่ม และอาการจะรุนแรงที่สุดในวันที่ 4-5 โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายใน 7 วัน แต่ในบางรายอาจมีอาการนานถึง 4-5 สัปดาห์ได้

จากสถิติของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นพบว่าผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานบริการผู้ป่วยในมากที่สุดคือ สุรา จากปีงบประมาณ 2555/2556/2557 พบว่ามีผู้ป่วย 629 ราย/594รายและ551 ราย และพบว่ามีผู้รับบริการที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง คิดเป็นร้อยละ10.92/14.65และ10.85 ดังนั้นจึงถือว่าผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ เนื่องจากมีอัตราการตายถึงร้อยละ 1-30 ผู้ที่มีอาการถอนพิษสุรารุนแรงมักเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายได้ง่าย ซึ่งอาจจะมีสาเหตุจากอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกมากทำให้เกิดร่างกายขาดน้ำง่ายและอาจเกิดภาวะขาดสมดุลของสารน้ำ ส่งผลให้หัวใจเต้นผิดปกติ นอกจากนี้ยังมีการเกิดภาวะติดเชื้อทางระบบปัสสาวะและการติดเชื้อทางระบบหายใจเช่น ปอดบวม เป็นต้น

2.ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ :

ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงในผู้ป่วยสุรา ต้องได้รับการประเมินอย่างถูกต้องและให้การรักษาอย่างรวดเร็ว. ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น มีอาการขาดน้ำ มีภาวะ electrolyte imbalance ซึ่งส่งผลให้หัวใจเต้นผิดปกติ มีภาวะชัก หรือมีภาวะติดเชื้อทางระบบปัสสาวะ ปวดบวม ซึ่งจะทำให้อาการของผู้ป่วยทรุดลงได้. โดยเฉพาะในรายที่เริ่มมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงหากได้รับการประเมินอย่างถูกต้องและได้รับยาตามระยะเวลาที่เหมาะสม จะช่วยลดอัตราการตาย อัตราการ refer อัตราการชักและอัตราการติดเชื้อ ตลอดจนจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่ตามมาได้ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยหลังจากหายจากภาวะถอนพิษ

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

สุรารุนแรง เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ตลอดจนการแนะนำให้ญาติดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

3.เป้าหมายการพัฒนา :

เป้าหมาย

1. การวินิจฉัยแยกผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงอย่างรวดเร็วและถูกต้อง
2. ผู้ป่วยทุกรายที่มีความเสี่ยงสูง/มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง ได้รับการรักษาตาม CPG สุรา
3. เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง

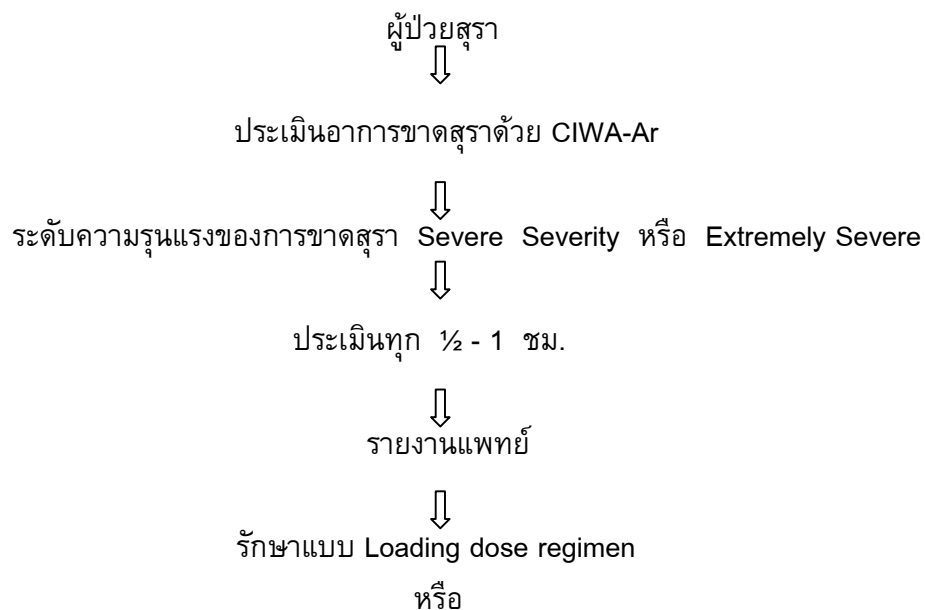
เครื่องชี้วัด

1. จำนวนการส่งต่อรักษาด้วยภาวะติดเชื้ เช่น ปอดบวม
2. จำนวนผู้ป่วยสุราที่มีภาวะชักหลังการหยุดดื่มสุรารายใน 5 วัน

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557
1.จำนวนการส่งต่อรักษาด้วยภาวะติดเชื้ เช่นปอดบวม	0 %	1	4	4	4
2.จำนวนผู้ป่วยสุราที่มีภาวะชักหลังการหยุดดื่มภายใน 5 วัน	5%	4ราย 0.63%	5ราย 0.63%	5ราย 0.84%	7ราย 1.27%

4.กระบวนการดูแลผู้ป่วย :

แนวปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง



รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

Intravenous loading regimen

Loading dose regimen เป็นการให้ยาขนาดสูงจนผู้ป่วยสงบ	Intravenous loading regimen เป็นการให้ยาเพื่อควบคุมภาวะถอนพิษสุราให้เร็วที่สุด
<p><u>วิธีการให้ยา</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ Diazepam 20 mg.กินทุก 2 ชม. จนกว่าสงบ(หลับแต่ปลุกตื่นได้) 2. ประเมินอาการถอนพิษสุราทุก 2 ชม. 3. อาการสงบให้ Diazepam ต่อเนื่องทุก 6 ชม. 4. คำนวณขนาด Diazepam ที่จำเป็นต้องใช้ และแบ่งให้เป็น 4 เวลาในวันถัดไป 5. ลดขนาดยาลงร้อยละ 25 ใน 3 วัน ให้ยา ต่อไม่เกิน 10 วัน <p>ในระหว่าง Loading regimen ทบทวนอาการโดย แพทย์ภายใน 4 ชม.</p>	<p><u>วิธีการให้ยา</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ Diazepam 10 mg IV slowly push 2. ให้ Diazepam 10 mg IV ทุก ½-1 ชม.ซ้ำ ได้ 3 ครั้งภายใน 30 นาที จนหลับ 3. คำนวณขนาด Diazepam ที่จำเป็นต้องใช้ ปรับเป็นรูปแบบกินและแบ่งให้เป็น 4 เวลาในวันถัดไป

ยาอื่นที่ช่วยในการสงบอาการขาดสุรา คือ Antipsychotic drugs.ซึ่งจะใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราและอาการโรคจิตรุนแรง เช่น Severe hallucination

วิธีการให้ยา

ให้ยาในขนาดต่ำและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา เช่น Haloperidol 2.5 – 5 mg IM ให้ซ้ำได้ทุก 6 ชม. ตามความจำเป็นแล้วจึงปรับเป็น 2.5 – 5 mg ทุก 6 ชม.หลังจากผู้ป่วยดีขึ้นภายใน 48 ชม. ทบทวนความจำเป็นที่จะต้องใช้อายรักษาโรคจิต

การดำเนินการ

1. นำ Clinical tracer และแนวปฏิบัติชี้แจงในกรรมการ PCT และชี้แจงแก่พยาบาลในหอผู้ป่วย ๑ ก
2. ติดตามและประเมินผลตัวชี้วัด
3. นำผลการประเมินการชี้วัดเสนอในกรรมการ PCT และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

5.ผลการพัฒนา :

พบว่าอัตราการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงนานเกินกว่า 1 สัปดาห์ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนและเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อซึ่งมีความซับซ้อนยุ่งยากแต่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเช่น ปอดบวม ได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อรักษาโรงพยาบาลฝ่ายกายได้ทันที่ ที่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม จนผู้ป่วยปลอดภัย

6.แผนพัฒนาต่อเนื่อง :

1. จัดทำแนวทางการส่งตรวจ /ส่งตรวจและช่องทางส่งผลทางห้องปฏิบัติการให้รวดเร็ว ถูกต้อง
2. จัดทำแนวทางและแผนการสอนญาติสำหรับการดูแลรักษาต่อเนื้อที่บ้าน

Clinical Tracer Highlight : การบำบัดชนเผ่าที่ติดฝิ่นด้วยเมทาโดนระยะยาว
(Methadone Maintenance Therapy: MMT)

โรงพยาบาล	รัฐราษฎร์ขอนแก่น
สาขา	การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)
สภาวะทางคลินิก	การบำบัดชนเผ่าที่ติดฝิ่นด้วยเมทาโดนระยะยาว
วันที่จัดทำข้อมูล	30 กันยายน 2556

1.บริบท :

การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction Clinic) เป็นโปรแกรมทางเลือกในการ บริการ ผู้ใช้ยาที่ใช้วิธีฉีดสารเสพติดเข้าเส้น(Injecting Drug User: IDU) และผู้ใช้ยาที่เสพด้วยวิธีอื่นๆโดยไม่ใช้เข็ม (Drug User) ที่ผ่านการบำบัดมากกว่า3รอบขึ้นไปและมีการเสพซ้ำ ในปี 2556 มีชนเผ่าม้ง จากเขาค้อมา รับการบำบัดฝิ่นด้วยการถอนพิษยาแต่หลังจากบำบัดผู้ป่วยมีการกลับไปเสพซ้ำสูงถึงร้อยละ 90 คณะทำงาน คลินิกลดอันตรายฯจึงพัฒนาระบบการบำบัดชนเผ่าที่ติดฝิ่นด้วยเมทาโดนระยะยาว ตามแนวทางการดูแล ผู้รับMMT ต้องมารับประทานยาที่โรงพยาบาลทุกวัน เนื่องจากระยะทางห่างไกลจากโรงพยาบาลรัฐราษฎร์ ขอนแก่นถึง 250 กิโลเมตร แพทย์จึงเปลี่ยนมาให้เมทาโดนกลับบ้าน ครั้งละ 1-2 สัปดาห์(ไม่เกิน350 mg) ปีงบประมาณ 2556 มีชนเผ่าที่ใช้ฝิ่นเข้ารับการบำบัด จำนวน 43 คนจากการติดตามประเมินผล ปี 2556 พบว่า ออกจากการรักษา 7 คน(16.28%) คงอยู่ในระบบบำบัดรักษา 36 คน(83.72%) สามารถหยุดเสพได้ 12 คน (33.33%) รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง เสพฝิ่นซ้ำทุกวัน 4 คน(11.11%) เนื่องจาก ต้องเสียเวลาในการ เดินทางและไม่มีเงินค่าเดินทางมารับการรักษา เนื่องจาก ฐานะค่อนข้างยากจน มีอาชีพเกษตรกร ไม่ได้รับการศึกษา และใช้ภาษาถิ่นของชนเผ่า ในการสื่อสารจึงมีความยากลำบากในการสื่อสารและทำความเข้าใจ ต้องมีล่ามช่วยแปลภาษาขณะทำการบำบัด ในปี 2557มีผู้ป่วยเข้ารับบริการมากขึ้น ทีม PCT Harm reduction จึงทบทวนการดูแลชนเผ่าที่มารับการบำบัดด้วยMMT ให้สามารถเข้าถึงบริการ MMT ได้สะดวก ลดการเสพฝิ่นซ้ำ คงอยู่ในระบบการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับประทานยาที่บ้าน

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

ไม่เกิดผลกระทบจากการสื่อสารต่างภาษา ลดระยะเวลารอคอยรับยาเพื่อให้สามารถเดินทางกลับได้รวดเร็ว และลดค่าใช้จ่ายในการต้องเดินทางมารับการบำบัดบ่อยๆและได้รับการลดอันตรายที่ครอบคลุม

2.ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ :

- 1.การเข้าถึงบริการที่สะดวก
- 2.ได้รับการลดอันตรายครอบคลุมกิจกรรมตามที่กำหนดในนโยบายการลดอันตรายฯปี 2553
- 3.ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการรับประทานยาที่บ้าน
- 4.การเสฟซ์าลดลง
- 5.คงอยู่ในระบบบำบัดอย่างต่อเนื่อง

3.เป้าหมายการพัฒนา :

- 1.ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง และตรวจปัสสาวะหาสารฝิ่นในระยะเวลาไม่เกิน 15 นาทีนับตั้งแต่ถึงโรงพยาบาล
- 2.ได้รับการประเมินอาการขาดยาและยาเกินขนาด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนเข้ารับกิจกรรมกลุ่มบำบัด และเข้ากลุ่มบำบัดในระยะเวลา 45 นาที
- 3.พบแพทย์ตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา ระยะเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง
4. รับประทานเมทาโดนและยารักษาอาการอื่น ๆรับคำแนะนำในการรับประทานยา ระยะเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง

4.กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ :

การเข้าถึงบริการ

- 1.ประชุมผู้เกี่ยวข้องได้แก่แพทย์(ผู้อำนวยการ) เกสซกร หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่คลินิกลดอันตรายฯเพื่อระบบบริการเมทาโดนคลินิก และกำหนดวันบริการคลินิกเมทาโดนวัน วันอาทิตย์ เวลา09.00-12.00น โดยให้บริการแบบองค์รวม ณ จุดเดียว ในผู้ป่วยที่มารับ MMT ส่วนผู้ป่วยอื่นๆบริการช่วงบ่าย
- 2.ชี้แจงผู้รับบริการทราบถึงช่องทางการรับบริการ
- 3.แจ้งเจ้าหน้าที่ด่านหน้าจุดคัดกรองที่ขึ้นเวรวันอาทิตย์เตรียมความพร้อม.
- 4.แจ้งงานเวชระเบียนเตรียมคั่นบัตรก่อนวันที่นัดผู้ป่วย1วัน

การคัดกรองและประเมิน

อบรมให้ความรู้เรื่องบริการMMT ปรับปรุงแบบประเมินอาการถอนฝิ่นจากการสังเกต ให้มีความชัดเจนและครอบคลุม รวมทั้งชี้แจงการใช้แบบประเมินให้เข้าใจตรงกัน

การตรวจวินิจฉัย

- เพิ่มศักยภาพผู้ตรวจหาสารฝิ่นในปัสสาวะ ให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

การดูแลรักษาและการส่งต่อ

-จัดทำแนวทางบริการเมทาโดนระยะยาวในกลุ่มชนเผ่า ทั้งบริการเคลื่อนที่ (Mobile MMT) และบริการในคลินิก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่สะดวกรวดเร็วและสอดคล้องกับวัฒนธรรมชนเผ่า โดยคำนึงถึงการละเมิดทางวัฒนธรรม ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิด Cultural Shock

-เพิ่มศักยภาพในเรื่องการดูแล เฉพาะกลุ่มและสถานที่ในการทำกิจกรรมบำบัดให้เป็นเอกเทศ เนื่องจากการสื่อสารต่างภาษาและต้องมีล่ามแปล อาจเกิด Intellectual abuse จากผู้ป่วยอื่นและญาติที่มารับบริการหากไม่แยกบริการ

-ร่วมกับโรงพยาบาลในพื้นที่(รพ.เขาค้อ) ในการกำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย การประสานเรื่องหนังสือส่งตัว และการดูแลตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคร่วมโรคแทรก ตามที่กำหนดไว้ใน นโยบายการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดประเทศไทย ปี พ.ศ.2553 และแจ้งผลการคัดกรอง ตรวจรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในหนังสือส่งตัวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการลดอันตรายที่ครอบคลุมต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำปฏิกิริยาระหว่างเมทาโดนกับยารักษาโรคทางกาย (Drug Interaction)

-พัฒนาแบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยติดตามผู้รับยาบุคคล ชี้แจงผู้ดูแลชนเผ่าและเจ้าหน้าที่คลินิก ให้เข้าใจตรงกันและนำไปติดตามหลังการบำบัดรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด ทุก 3 เดือน

5.ผลการพัฒนา :

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2556	ปี 2557	30 พ.ย.57
จำนวนผู้ป่วยเข้าถึงบริการ	-	43	80	37
ร้อยละของผู้ป่วยได้รับบริการแต่ละขั้นตอนตามเวลาที่กำหนด	70	NA	80	90
ร้อยละของผู้ป่วยเสพยา	20	11.11	8.75	2.70
ร้อยละของผู้ป่วยคงอยู่ในระบบบำบัด	70	83.72	85.59	97.30
ร้อยละของผู้ป่วยการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากปฏิกิริยาระหว่างเมทาโดนกับยารักษาโรคทางกายอื่นๆ	5	0	0	NA
ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและดูแลโรคร่วมโรคแทรกซ้อนทางกาย (TB Hep B ,C STis & HIV)	50	5.30	35.14	43.51
ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและดูแลโรคร่วมโรคแทรกซ้อนทางจิตเวช	100	100	100	100

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

6.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง :

- 1.พัฒนาบริการคลินิกเมทาโดนให้เป็นบริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว
- 2.ประสานและกระตุ้นให้รพ.ในพื้นที่เขตรับผิดชอบตรวจคัดกรองดูแลโรคร่วมโรคแทรกให้มากขึ้น/หรือเปิดบริการMMT ครบวงจร
- 3.หากกิจกรรมในข้อ 2 ยังไม่สามารถดำเนินการ จัดบริการลดอันตรายเคลื่อนที่ และติดตามดูแล เยี่ยมบ้านร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ จัดทำแผนการอบรมถ่ายทอดรูปแบบบริการแก่หน่วยงานในพื้นที่และเป็นพี่เลี้ยงในการเปิดบริการคลินิกเมทาโดน เพื่อตอบสนองผู้ป่วยที่เป็นชนเผ่าในพื้นที่ ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการที่ โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ขอนแก่น

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมบำบัดฟื้นฟู CBT

โรงพยาบาล	โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ขอนแก่น
สาขา	กลุ่มงานบริการผู้ป่วยใน (ตึกบำบัดยา 4 ข)
สภาวะทางคลินิก	การหยุดเสพยาในผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมบำบัดฟื้นฟู CBT
วันที่จัดทำข้อมูล	1 ตุลาคม 2557

1. บริบท :

โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางขนาด 200 เตียง ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด ทั้งระบบสมัครใจและบังคับบำบัด การบำบัดหลังจากถอนพิษยาเสพติดแล้วจะต้องให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและสังคมเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยพร้อมในการกลับเข้าสู่สังคมโดยไม่กลับไปใช้ยาและสารเสพติดอีก จากสถิติอัตราการหยุดเสพยาพบว่า ปี 2555 = 64.71% ปี 2556 = 68.23% ปี สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยไม่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย และผู้บำบัดทรมสหสาขาวิชาชีพยังขาดทักษะและความเชี่ยวชาญ จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม หรือ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) และการดูแลรายกรณี หรือ Case Management เพื่อช่วยให้มีความต่อเนื่องในการดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพิ่มมากขึ้น อัตราการบำบัดรักษาในโปรแกรมครบ และอัตราการหยุดพฤติกรรมเสพยาและสารเสพติดได้ต่อเนื่อง ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกลับสู่สังคมโดยไม่ใช้ยาเสพติด

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ :

1. การประเมินอาการและการรับรู้ของผู้ป่วย
2. การประเมินระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. การประเมินปัญหาและความต้องการทางสังคมของผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

4. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาของญาติและทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วย
5. ระบบส่งต่อที่มีการเชื่อมโยงประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ

3. เป้าหมายการพัฒนา :

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินครอบคลุม
2. ผู้ป่วยได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการ
3. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัด
4. แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น
5. อัตราการหยุดเสพยาเพิ่มมากขึ้น

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ :

การเข้าถึงบริการ

- มีการเตรียมการ จูงใจผู้ป่วยทุกรายหลังจากหายจากถอนพิษยา
- จัดทำเกณฑ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูโปรแกรมCBT

การคัดกรองและประเมิน

- การประเมินระดับขั้นของความพร้อม (Stage of change)
- ประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

การดูแลรักษาและการส่งต่อ

- การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI / MET)
- การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT)
- พัฒนาโปรแกรมและคู่มือ CBT ทั้งผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด
- เพิ่มศักยภาพในด้านเครื่องมือและสถานที่ เช่น ห้องทำกลุ่ม สื่อการสอน
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะและความเชี่ยวชาญ

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

- ถ่ายทอดองค์ความรู้

5. ผลการพัฒนา :

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มี.ค.57	เม.ย.57	พ.ค.57	มิ.ย.57
1. อัตราการจูงใจสำเร็จ	ร้อยละ70	88	87.72	89	89.3
2. แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น	ร้อยละ70	74	76	80	82
3. อัตราการบำบัดครบ	ร้อยละ80	76.19%	87.5%	77.78%	75.55%
4. อัตราการหยุดเสพ	ร้อยละ70	78.13%	75%	85.71%	82.35%

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง :

- ปรับระยะเวลาการนัดผู้ป่วยมาทำกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูทุก 2 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 เดือน (16 ครั้ง)
- เพิ่มจำนวนวันในการหยุดพฤติกรรมกาเสพติดและสารเสพติดต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 90 วัน ระยะเวลาบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ 4 เดือน (เดิม 60 วัน)

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยเสพยาบ้าในกลุ่มวัยรุ่น

โรงพยาบาล	ธัญญารักษ์ขอนแก่น
สาขา	กลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอก
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยเสพยาบ้าในกลุ่มวัยรุ่น
วันที่จัดทำข้อมูล	13 ตุลาคม 2557

1. บริบท :

ยาบ้าเป็นยาเสพติดประเภท 1 ที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลางโดยตรง ทำให้ผู้เสพยาบ้ามีความรู้สึกตื่นตัว ตื่นเต้นง่าย อารมณ์สนุกสนานร่าเริง ไม่มีอยากอาหาร คลื่นไส้อาเจียน น้ำหนักลด ถ้าถูกขัดใจจะแสดงอารมณ์ก้าวร้าว มีอาการหวาดระแวงหรือประสาทหลอน อาจมีเพ้อคลั่ง เอะอะ อาละวาด จากสถิติผู้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ในปี 2556 มีผู้เข้ารับการรักษาบำบัดยาบ้า 456 ราย พบว่ากลุ่มอายุมากที่สุดอยู่ในช่วง 11 – 21 ปี จำนวน 556 ราย คิดเป็น 64.95 % โปรแกรมการบำบัดรักษา คือ การบำบัดแบบสั้น (Brief intervention) หลังการบำบัดผู้ที่มาบำบัดครบคิดเป็นร้อยละ 56 และผู้ที่มาบำบัดไม่ครบ คือ วัยรุ่น จะมารับการบำบัดเพราะถูกบังคับจากผู้ปกครอง ไม่คิดว่า

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

การเสพยาบ้าเป็นปัญหาสำหรับตนเอง คิดว่าตนเองไม่ติด หยุดเมื่อไหร่ก็ได้และใช้เวลาในการบำบัดนานจึงทำให้ไม่มาตามนัด นอกจากนี้วัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่หยุดเสพยาได้แล้วเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจะกลับไปเสพยาบ้าอีกครั้ง ปัญหาการกลับไปเสพยาบ้า จึงนับเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้บำบัดและอาจจะเกิดขึ้นในระยะใดก็ได้ การป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าควรฝึกทักษะการป้องกัน

ดังนั้นกลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอกในฐานะผู้ให้การดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดจึงสนใจที่จะศึกษาการใช้โปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยเสพยาบ้าในกลุ่มวัยรุ่น ถึงแม้ว่าความรู้ เจตคติ ค่านิยม เป็นปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพที่มีปัญหา และมีผลทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่มีพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่เราไม่สามารถคาดหวังว่า จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีได้ เสมอไปหากบุคคลนั้นขาดทักษะชีวิตที่จะช่วยเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลในการกระทำหรือจัดการสิ่งที่ท้าทายในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนสมารถที่จะป้องกันพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ เพื่อให้เกิดทักษะและความสามารถในการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อตัดสินใจหรือเลือกวิธีป้องกันตนเองจากยาเสพติดอันจะเป็นวิธีการหนึ่งที่น่าจะช่วยลดการแพร่ระบาดของยาบ้าได้

2. ประเด็นคุณภาพ / ความเสี่ยงที่สำคัญ :

การมีทักษะและการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

3. เป้าหมายการพัฒนา :

ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ขอนแก่น อายุ 11 – 21 ปี ที่เสพยาบ้าตามิน ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV เป็นผู้เสพยาบ้าตามินแบบ Abuse

ตัวชี้วัด ร้อยละ 60 ของการเข้ารับการบำบัดครบโปรแกรม

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ :

ช่วงเตรียมการ

- ประชุมทีมงาน
- เตรียมคู่มือ เอกสาร
- เตรียมตัวผู้บำบัด โดยการฝึกทักษะการใช้โปรแกรม

ช่วงดำเนินการ

- จัดเตรียมกลุ่มเป้าหมาย / เลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัด
- ดำเนินการบำบัด ระยะเวลาในการบำบัดทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 45 – 50 นาที ห่างกันทุก 2

สัปดาห์ (รวม 2 เดือนครึ่ง) โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

- | | |
|------------|-----------------------------|
| ครั้งที่ 1 | ความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเอง |
| ครั้งที่ 2 | ความตระหนักในตนเอง |
| ครั้งที่ 3 | ทักษะการตัดสินใจ |
| ครั้งที่ 4 | ทักษะการจัดการกับความเครียด |

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

ครั้งที่ 5 ทักษะการปฏิเสศการชักชวนและพฤติกรรมป้องกันการเสพยาบ้า

ช่วงประเมินผล

- วิเคราะห์ ประเมิน สรุปผล

5. ผลการพัฒนา :

ยังอยู่ในช่วงดำเนินการ มีผู้ป่วยในโปรแกรม 30 คน ดำเนินกิจกรรมไปแล้ว 3 ครั้ง (ยังสรุปผลการดำเนินการไม่ได้) แต่ประเมินสถานการณ์ได้ว่ากลุ่มเป้าหมาย 30 คน มีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง เช่น ไม่ออกเที่ยวนอกบ้าน ไม่เลี้ยงพ่อแม่

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง :

ส่งเสริมให้มีการใช้โปรแกรมนี้กับผู้เสพยาและสารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น

Clinical Tracer Highlight : การดูแลผู้ป่วยบุหรืที่คลินิกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาล	ธัญญารักษ์ขอนแก่น
สาขา	กลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอก
สภาวะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยบุหรืที่คลินิกผู้ป่วยนอก
วันที่จัดทำข้อมูล	13 ตุลาคม 2557

1. บริบท :

บุหรืหรือยาสูบ จัดเป็นสารเสพติดที่ติดง่ายและเลิกยากที่สุด คนส่วนใหญ่มักจะเริ่มต้นการเสพยาเสพติดและรวมไปถึงเสพยาเสพติดได้ง่าย จะเริ่มต้นจากการ “สูบบุหรื” และถ้าไม่ได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรืก็จะไม่ยอมเลิก และจากสถิติของผู้มารับบริการเพื่อเลิกยาเสพติดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ส่วนใหญ่จะเริ่มต้นด้วยการสูบบุหรืก่อน ก่อนที่จะใช้ยาเสพติดชนิดอื่นๆ คิดเป็น 95 % ของผู้รับบริการ เพราะบุหรืเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย ไม่มีกฎหมายหรือบทลงโทษที่เคร่งครัด ประกอบกับมีการจำหน่ายอยู่ทั่วไป หาซื้อได้ง่าย สังคมเกิการยอมรับ และด้วยเหตุผลเหล่านี้ทำให้คนที่สูบบุหรืที่ต้องการที่จะเลิกสูบบุหรืจริงๆและพร้อมที่จะเข้ารับการรักษาในสถานบริการนั้นเป็นไปได้ยาก อาจจะด้วยการที่ยังไม่เห็นความสำคัญของการเลิกหรือคิดว่าจะเลิกเมื่อไหร่ก็ได้ ยังไม่มีผลกระทบต่อร่างกาย หรือยังไม่พร้อม จากยอดผู้มาเข้ารับบริการของคลินิกเลิกบุหรืโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ในรอบปีที่ผ่านมายอดต่ำกว่าเป้าที่กำหนด ทางทีมงานก็ได้พัฒนาโดยการออกให้บริการเชิงรุกโดยทำงานร่วมกับทีมเครือข่าย เพื่อให้ได้บริการที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น ทางกลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอกจึงเล็งเห็นความสำคัญและการใส่ใจต่อสุขภาพของผู้รับบริการและประกอบกับมีผู้เข้ารับบริการที่เพิ่มขึ้น การที่จะออกให้บริการเชิงรุกเป็นไปได้ยากมาก จึงได้พัฒนาการดูแลผู้สูบบุหรืเข้าไปในทุกกระบวนการของการรักษา เพื่อเป็นการค้นหา ป้องกันและสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรืเป็นการเพิ่มทั้งยอดบริการและประสิทธิภาพการบำบัดรักษาด้วย

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

2. ประเด็นคุณภาพ / ความเสี่ยงที่สำคัญ :

1. มีความตระหนักใส่ใจ และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากการสูบบุหรี่
2. มีแรงจูงใจในการเลิกและสมัครใจเข้ารับการบำบัดมากขึ้น

3. เป้าหมายการพัฒนา :

ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่สูบบุหรี่
ตัวชี้วัด

1. จำนวนผู้มาเลิกสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น
2. อัตราการกลับไปเสพซ้ำลดลง

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ :

หลังจากที่ทีมได้วิเคราะห์ข้อมูลแล้ว พบว่า การที่จะนำกิจกรรมฟื้นฟูมาแทรกในทุกๆระบบการบำบัดแล้ว ทีมจะต้องเตรียมตัวตั้งแต่

1. การคัดกรอง สอบถามกับผู้ป่วยทุกรายที่รับบริการ “สูบบุหรี่หรือไม่” ถ้าไม่สูบบุหรี่ก็ให้กำลังใจ แต่ถ้าสูบบุหรี่ก็จะส่งข้อมูลต่อในกระบวนการรักษา
2. ขึ้นเตรียมการ ในการซักประวัติกับผู้ป่วยต้องเพิ่มการซักประวัติ บุหรี่ (สุรา) ร่วมด้วย พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจและให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโทษพิษภัยบุหรี่
3. ขึ้นบำบัดยา จะให้กิจกรรม BI 1 ครั้ง ของโทษพิษภัยบุหรี่ต่อร่างกายและคนรอบข้าง
4. ขึ้นฟื้นฟูสมรรถภาพ จะให้ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม 6 ครั้ง
ครั้งที่ 1 แปลผลการประเมินระดับการตัดสินใจ การตั้งเป้าหมาย สร้างแรงจูงใจ การหาสิ่งยึดเหนี่ยว และการกำหนดวันเลิก
ครั้งที่ 2 อาการหรือปัญหาหลัก 4 ข้อ ที่เกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ แนวทางการแก้ไข และ ผล การปฏิบัติงาน บทบาทของครอบครัวในการเลิก
ครั้งที่ 3 ผลกระทบของบุหรี่ต่อร่างกาย การหยุดบุหรี่มีผลดีต่อตนเองและผู้อื่นอย่างไร ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่
ครั้งที่ 4 “บุหรี่กับมะเร็งปอด” ทำหน้าที่ช่วยในการขยายปอด การออกกำลังกาย
ครั้งที่ 5 โรคที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ พบมากในผู้ที่สูบมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ “โรคต่อกระฉก ผมร่วง กระดูกพรุน ผิวหนัง ระบบสืบพันธุ์”
ครั้งที่ 6 การป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ การสร้างสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและการเตรียมตัวเข้าสู่ระยะติดตามผล

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง :

- ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ในผู้มารับบริการให้ครบทุกรายในรอบปีต่อไป
- พัฒนาคู่มือ สื่อ และบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการถ่ายทอดมากขึ้น

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

Clinical Tracer Highlight : การทำจิตบำบัดแนวซาเทียร์ในผู้ป่วยยาเสพติด

โรงพยาบาล	ธัญญารักษ์ขอนแก่น
สาขา	กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ (บ้านแสงอรุณ)
สถานะทางคลินิก	การทำจิตบำบัดแนวซาเทียร์ในผู้ป่วยยาเสพติด
วันที่จัดทำข้อมูล	10 ตุลาคม 2557

1. บริบท :

บ้านแสงอรุณ กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มภารกิจวิชาการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาและสารเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศชาย มีผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉลี่ยปีละ 300 ราย เป็นผู้ป่วยเสพยาบ้าจำนวนมากกว่า 80 % รองลงมาเป็นผู้ป่วยเสพติดสารระเหย และผู้ป่วยเสพติดกัญชา ซึ่งการเสพติดสิ่งต่างๆ เกิดขึ้นได้บ่อยมากในชีวิตมนุษย์ตั้งแต่สิ่งเล็กน้อยๆ จนไปถึงเรื่องใหญ่ๆ ที่สร้างความเสียหายให้ชีวิตตนเองและผู้อื่นอย่างมาก จากแนวคิดของซาเทียร์บอกว่าบุคคลใช้สิ่งเสพติดต่างๆ เพื่อบำบัดความทุกข์ทางจิตใจตอบสนองความปรารถนาที่รู้สึกว่าตนเองขาดและกำลังโหยหาบางคนใช้วิธีการปรับตัวในเชิงลบเมื่อเกิดขึ้นบ่อยๆ จะรู้สึกหมดหนทาง รู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รู้สึกไร้อำนาจเพราะได้ตัดขาดจากพลังชีวิตของตนเองไป เมื่อรู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มากๆ จนทนไม่ไหวจะลุกขึ้นสู้เพื่อเอาชีวิตรอดโดยพยายามทำให้อารมณ์ที่เจ็บปวดเหล่านั้นหายไป การใช้สารเสพติดเป็นอีกทางหนึ่งที่ถูกเลือกใช้เพื่อตอบสนองความปรารถนาที่แท้จริงและลบเลือนอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น เมื่อใช้ซ้ำๆ จะเกิดการเสพติดต่อสารนั้นตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินสภาพปัญหาส่วนบุคคลของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัด ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าผู้เข้ารับการฟื้นฟูส่วนมากเป็นกลุ่มบุคคลที่มีการบ่มเพาะความทุกข์จากภายในตัวตนขาดความตระหนักรู้ในตนเอง ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรกับตนเองดี มีการกล่าวโทษตนเองและบุคคลอื่น รู้สึกถึงคุณค่าในตนเองต่ำตัดขาดจากพลังชีวิตของตนเอง ที่มพยาบาลผู้ให้การบำบัดฟื้นฟูจึงได้พัฒนากิจกรรมการบำบัด โดยการทำจิตบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ (Satir's Model) มาใช้กับผู้ป่วยทั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายและส่งเสริมสภาพจิตใจให้เข้มแข็ง สามารถจัดการและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมโดยไม่หวนกลับไปเสพติดซ้ำ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขหลังผ่านกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ :

1. การประเมินระดับการป้องกันตนเองเพื่อความอยู่รอด (Survival Coping Scale)
2. การพัฒนากิจกรรมการบำบัดทางจิตโดยใช้แนวคิดซาเทียร์ (Satir's Model)
3. การจัดกิจกรรมการบำบัดทางจิตโดยใช้แนวคิดซาเทียร์ ได้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

3. เป้าหมายการพัฒนา :

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับการป้องกันตนเองเพื่อความอยู่รอด (Survival Coping Scale)
2. ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางจิตโดยใช้แนวคิดซาเทียร์ครบตามเกณฑ์
3. ผู้ป่วยมีระดับการป้องกันตนเองเพื่อความอยู่รอด (Survival Coping Scale)

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ :

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยการบำบัดบำบัดแนวซาเทียร์ ให้กับเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบ จำนวน ๑๕ คน ในปีงบประมาณ 2555 อย่างต่อเนื่องถึงปีงบประมาณ 2556 โดยวิทยากรจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากนั้นได้ส่งเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ให้การบำบัดฟื้นฟูเข้ารับการศึกษาเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดทางจิตตามแนวคิดซาเทียร์ในหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรเพื่อเป็นนักจิตบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ จำนวน 3 คน ในปีงบประมาณ 2557 – 2558 โดยวิทยากรจากประเทศแคนาดา
- การใช้แบบประเมินระดับการป้องกันตนเองเพื่อความอยู่รอด (Survival Coping Scale)
- จัดระบบการส่งผู้ป่วยเข้ารับกิจกรรมบำบัดทางจิตโดยใช้แนวคิดซาเทียร์ โดยจัดทำตารางการนัดหมายผู้ป่วยที่เข้ารับกิจกรรมจิตบำบัดแนวซาเทียร์ ประสานทีมผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมตามนัดหมาย ตลอดจนการจัดทำรายงานการประเมินสรุปผลการบำบัดฟื้นฟู

5. ผลการพัฒนา :

ข้อความ	เป้าหมาย	ปี 2555	ปี2556	ปี2557
ผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับการป้องกันตนเองเพื่อความอยู่รอด (Survival Coping Scale)	80 %	270	285	290
ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบำบัดทางจิตโดยใช้แนวคิดซาเทียร์ครบตามเกณฑ์	80 %	100%	100%	100%
ผู้ป่วยมีระดับการป้องกันตนเองเพื่อความอยู่รอดที่เพิ่มขึ้น	80 %	95%	96%	98%

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง :

1. พัฒนาบุคลากรให้เป็นผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดทางจิตตามแนวคิดซาเทียร์ในปี 2558
2. พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความกระชับ เข้าใจง่ายขึ้น
3. ทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูให้มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาผู้ป่วย

Clinical Tracer Highlight : การจัดกิจกรรมบำบัดเพื่อเพิ่มความรู้คุณค่าในตนเอง (Self Esteem)

โรงพยาบาล	ธัญญารักษ์ขอนแก่น
สาขา	กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ (บ้านแสงอรุณ)
สถานะทางคลินิก	การจัดกิจกรรมบำบัดเพื่อเพิ่มความรู้คุณค่าในตนเอง (Self Esteem)
วันที่จัดทำข้อมูล	10 ตุลาคม 2557

1. บริบท

บ้านแสงอรุณ กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มภารกิจวิชาการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาและสารเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศชาย มีผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉลี่ยปีละ 300 ราย เป็นผู้ป่วยเสพยาบ้าจำนวนมากกว่า 80 % รองลงมาเป็นผู้ป่วยเสติดสารระเหย และผู้ป่วยเสติดกัญชา จากข้อมูลในปีงบประมาณ 2554 พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นผู้ที่ไม่มั่นใจในความสามารถ มีความรู้คุณค่าในตนเอง (Self Esteem) ต่ำ ถึงร้อยละ 65 ซึ่งลักษณะดังกล่าวส่งผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ขาดแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ที่จะพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบทั้งต่อตนเอง ต่อส่วนรวม ทีมบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพได้มีการพัฒนากิจกรรมบำบัดเพื่อในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้คุณค่าในตนเองต่ำให้สามารถยกระดับความสามารถในการปรับตัวในการดำเนินชีวิต สร้างความภาคภูมิใจให้กับตนเองได้ มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง ส่วนรวม ให้สามารถมีระดับความรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น สามารถจัดการและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมโดยไม่หวนกลับไปเสติดซ้ำ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขหลังผ่านกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. การประเมินสถานะความรู้คุณค่าในตนเอง
2. การพัฒนากิจกรรมการบำบัดตรงสภาพปัญหาของผู้ป่วย

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินสถานะความรู้คุณค่าในตนเอง (Self Esteem)
2. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนเพื่อเข้ารับกิจกรรมบำบัด
3. ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบำบัดตามแผนครบ
4. ผู้ป่วยมีระดับความรู้คุณค่าในตนเองที่เพิ่มขึ้น

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

1. พัฒนาศักยภาพพยาบาล โดยมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยการบำบัดด้วยจิตบำบัดแนวซาเทียนร์ ให้กับเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบ จำนวน ๑๕ คน ในปีงบประมาณ 2555 อย่างต่อเนื่องถึงปีงบประมาณ 2556 โดยวิทยากรจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่พยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ เจ้าหน้าที่งานอาชีวะบำบัด โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องเกษตรธรรมชาติ เพื่อให้บุคลากรได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตด้วยวิธีการอยู่ร่วมกับธรรมชาติ และสามารถประยุกต์ความรู้การจัดกิจกรรมเกษตรธรรมชาติให้กับผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2555

3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่พยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ เจ้าหน้าที่งานอาชีวะบำบัด โดยการส่งไปรับการฝึกอบรมการเพาะเห็ดในถุงพลาสติก การเพาะเห็ดเป็นยา ที่สถาบันอานนท์ ไบโอเทค ในปีงบประมาณ 2555 ต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2556

4. พัฒนาศักยภาพพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ด้านการให้การปรึกษาเบื้องต้นในปีงบประมาณ 2556

5. พัฒนาระบบการจัดกิจกรรมบำบัดประจำบ้านแสงอรุณ โดยเพิ่มกิจกรรมทางเลือกที่หลากหลายจัดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ 2555

6. เพิ่มช่องทางการสื่อสารข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดผ่านระบบ on line

5. ผลการพัฒนา

ข้อความ	เป้าหมาย	ปี 2555	2556	2557
ผู้ป่วยได้รับการประเมินสถานะความรู้คุณค่าในตนเอง (Self Esteem)	200 ราย	270	285	290
ผู้ป่วยได้รับการวางแผนเพื่อเข้ารับกิจกรรมบำบัด	80 %	85 %	86 %	95 %
ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมบำบัดตามแผนครบ	80 %	96 %	92 %	85 %
ผู้ป่วยมีระดับความรู้คุณค่าในตนเองที่เพิ่มขึ้น	80 %	94%	96%	98%

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความกระชับ เข้าใจง่ายยิ่งขึ้น
2. พัฒนากิจกรรมทางเลือกเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น
3. ทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูให้มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาผู้ป่วย
4. ทำการคงอยู่ต่อเนื่องในผู้ป่วยหลังการจำหน่าย

Clinical Tracer Highlight : ผู้ป่วยยาบ้ากับแรงจูงใจที่เปลี่ยนแปลง

โรงพยาบาล	ธัญญารักษ์ขอนแก่น
สาขา	กลุ่มงานบริการผู้ป่วยใน (ตึก 4 ก)
สภาวะทางคลินิก	ผู้ป่วยยาบ้ากับแรงจูงใจที่เปลี่ยนแปลง
วันที่จัดทำข้อมูล	1 กันยายน 2557

1. บริบท :

การใช้สารเสพติดประเภทกระตุ้นประสาทส่งผลให้เกิดการเสพติดและอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ การตัดวงจรการเสพติดเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยวิธีที่ดีที่สุดคือ หยุดเสพทันที ซึ่งการที่จะหยุดเสพนั้นผู้ป่วยจะต้องตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและมีแรงจูงใจในการที่จะเข้ารับบริการเพื่อลด ละ เลิก โดยอาศัยพื้นฐานของการให้คำปรึกษาตามระดับของแรงจูงใจ (Stage of change)

ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะปรับเปลี่ยนผ่านลำดับขั้นต่าง ๆ ของแรงจูงใจเร็วช้ามีความแตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในวงจรเดียว แต่ถ้าหากผู้ป่วยผ่านเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเร็วและบ่อยขึ้น แนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำเร็จยังมีมากขึ้น จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จในที่สุด

ในปีงบประมาณ 2557(เดือนมี.ค.57-มิ.ย.57) มีผู้ป่วยยาบ้า 157 ราย พบว่า มีแรงจูงใจในระดับ Pre-Contemplation/ Contemplation สามารถเปลี่ยนแรงจูงใจเข้าระดับ Determination และเข้ารับโปรแกรมบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) ได้ต่อเนื่องจำนวน 132 ราย จะเห็นได้ว่าถ้ามีกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมที่มีความต่อเนื่องและส่งผลให้หยุดเสพได้ในที่สุด

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

2. ประเด็นสำคัญ / ความเสี่ยงสำคัญ :

1. ผู้ป่วยขอกลับบ้านก่อนกำหนด
2. ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา
3. ผู้ป่วยหลบหนี

3. เป้าหมายการพัฒนา :

1. ผู้ป่วยอยู่บำบัดจนครบกำหนด ไม่มีรื้อซ้ำขอกลับบ้าน และไม่มีพฤติกรรมหลบหนี
2. ผู้ป่วยคงอยู่ในโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูเพิ่มมากขึ้น

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ :

1. การประเมินแรงจูงใจโดยใช้เครื่องมือ Socrat 8 D เมื่อถอนพิษยา (Detox) เสร็จแล้ว
2. การจัดรูปแบบการบำบัดที่อาศัยทฤษฎีวิถีจักรของการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) โดยใช้กิจกรรมสัมภาระณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ(MI)
3. การจัดพยาบาลดูแลเพื่อให้คำปรึกษารายกรณี
4. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่ในโปรแกรมการบำบัดจนครบกำหนด
5. เมื่อครบชั่วโมงการบำบัด ประเมินแรงจูงใจซ้ำ โดยใช้เครื่อง Socrat 8 D และส่งเข้ารับโปรแกรม CBT ซึ่งเป็นการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อไป

การดำเนินงาน

1. นำ Clinical Tracer และแนวปฏิบัติชี้แจงแก่พยาบาลในตึก 4ก / 4ข
2. ติดตามและประเมินผลตัวชี้วัด

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

5. ผลการพัฒนา :

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	มี.ค.57	เม.ย.57	พ.ค.57	มิ.ย.57
อัตราการพอใจสำเร็จ	ร้อยละ70	88	87.72	89	89.3
แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น	ร้อยละ70	78.78	80.64	86.36	87.25
อัตราการหลบหนี	<ร้อยละ10	0	0	0	6

6. แผนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง :

1.การประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือ Socrat 8 D และผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง เข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

2.ทำวิจัยและนำเสนอผลงานทางวิชาการเกี่ยวกับผู้ป่วยยากับแรงจูงใจที่เปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาระบบการบำบัดรักษาให้ดีขึ้น

3.เพิ่มกิจกรรมบำบัดร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความหลากหลาย

4.ปรับกิจกรรม MI ให้เป็นรายบุคคล

Clinical Tracer Highlight : การเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ติดยาและสารเสพติดหญิงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

โรงพยาบาล	ธัญญารักษ์ขอนแก่น
สาขา	กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ (บ้านตะวันฉาย)
สภาวะทางคลินิก	การเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ติดยาและสารเสพติดหญิงในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
วันที่จัดทำข้อมูล	10 ตุลาคม 2557

1. บริบท :

กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ บ้านตะวันฉาย เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ติดยาและสารเสพติดหญิงที่เข้ารับการรักษาทั้งระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด จากยอดผู้ป่วยระบบบังคับบำบัดปีงบประมาณ 2555 จำนวน 141 ราย พบเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมหลบหนีถึง 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.11 ปี 2556 ยอดผู้ป่วยระบบบังคับบำบัด 139 ราย พบเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มี

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

พฤติกรรมหลบหนี 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.37 และในปี 2557 ยอดผู้ป่วยระบบบังคับบำบัด 161 ราย พบเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมหลบหนี 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.21

ระยะที่ ๑ (๑ – ๗ วัน) ระยะการเตรียมความพร้อม การตรวจเอกสารการส่งตัว การตรวจร่างกายและการประเมินสภาพปัญหาด้านกาย จิต อารมณ์และสังคม พบว่าผู้ป่วยไม่เต็มใจอยู่รักษา มีภาวะเครียดที่เกิดจากการขาดการเตรียมความพร้อม มีภาระหนี้สินที่ต้องผ่อนชำระ มีบุตรที่จะต้องเลี้ยงดู เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องบริหารจัดการรายรับและรายจ่าย เป็นผู้ค้าที่มีของกลางซุกซ่อนไว้ บางรายมีโรคประจำตัวจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจ ไม่เต็มใจอยู่

ระยะที่ ๒ (๗ วัน – ๑ เดือน) ระยะการปรับตัว ช่วงการเรียนรู้เกี่ยวกับปรัชญาอุดมการณ์และกฎของบ้าน กิจวัตรประจำวันของชุมชนบำบัด การใช้เครื่องมือบ้าน เรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการมีวินัยในตนเอง การทำตามคำสั่งที่สอดคล้องกับปรัชญามีส่วนร่วมในกลุ่มต่างๆ

เป็นระยะของการดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ในการดูแลรักษาในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่บำบัดรักษา ครบกำหนด ดังนั้น บ้านตะวันฉาย จึงได้ทบทวนกระบวนการดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงและแก้ไขปัญหาต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการอยู่บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจนครบกำหนด

2. ประเด็นคุณภาพ / ความเสี่ยงที่สำคัญ (Critical issues/risk) :

แนวทางการดูแล

	ความคิด,พฤติกรรม	แนวทางการดูแล รักษา	จำนวน หลบหนี
ระยะ ที่ 1 (1- 7วัน)	1.ระยะการเตรียม ความพร้อม ผู้ป่วยมีภาวะวิตก กังวล <u>ด้านตัวผู้ป่วยคือเป็น</u> ผู้ค้า มีสินค้ำรอ จำหน่าย กลัวสามี นอกใจ หงุดหงิด อยากสูบบุหรี่	1. โทรศัพท์แจ้งญาติ ปฐมนิเทศญาติเบื้องต้นให้ข้อมูลการการ บำบัด ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับญาติ คลี่คลายปัญหาที่เร่งด่วน 2. จัดลงที่ทีมงานบ้าน การรื้อยมาลัยและงานฝีมือภายในบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและสะดวกในการสังเกตพฤติกรรม อย่างใกล้ชิด 3. จัดพี่เลี้ยงให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อลดความวิตก กังวลในระยะการเปลี่ยนแปลง 4. ประเมินความเร่งด่วน รุนแรง ของโรค รายงานแพทย์ ดูแล.	8 ราย

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

ระยะ ที่ 2 (7- 30วัน)	<p><u>ด้านครอบครัว</u> เป็นผู้นำครอบครัว เป็นห่วงบุตรขาดคน ดูแลมีภาระหนี้สิน การผ่อนชำระ</p>	<p>ให้ได้รับการรักษาโรคที่เจ็บป่วย ต่อเนื่องที่เหมาะสม ดำเนินการเรื่องการโยกย้ายสิทธิการรักษาเพื่อความสะดวก ในการส่งต่อ รพ.เมื่อผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อน</p> <p>5. ปฐมนิเทศโดยสร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลในการบำบัดรักษา</p> <p>6. แจกคู่มือรับสมาชิกใหม่ จัดห้องห้องนอนและสิ่งของเครื่องใช้ ส่วนตัว</p> <p>7. พยาบาลประเมินสภาพปัญหา 4 มิติและภาวะซึมเศร้า ภาวะการติดบุหรี่เพื่อวางแผนการช่วยเหลือตามสภาพ ปัญหารายบุคคลประเมิน</p>	
	<p>1.ระยะการปรับตัว เช่น เครียด แยกตัว ซึมเศร้า ไม่มี ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน หงุดหงิดอยากสูบบุหรี่ มีพฤติกรรมแอบสูบบุหรี่ ชุกซ่อนบุหรี่ ไฟแช็ค และเงินสด ขาดความเข้าใจ ไม่ ยอมรับกฎ ระเบียบ ไม่ได้รับความรู้ ข้อมูลที่ครบถ้วน ได้รับข่าวด้านลบจาก ที่บ้าน ทำผิดกฎระเบียบ บ้าน โดนลงโทษ</p>	<p>1. ให้การดูแลแบบ Case manager กระบวนการประสานงาน ร่วมกันในการจัดแบบแผนการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่เลือกสรร (case type) อย่างเป็นระบบ โดยครอบคลุมการประเมิน วางแผน ติดตาม และประเมินผล เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมการดูแล อย่างมีคุณภาพ</p> <p>2. จัดสถานที่สิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการอยู่บำบัดรักษา</p> <p>3. ให้การช่วยเหลือโดยใช้เครื่องมือบ้านเพื่อลดความรู้สึกรู้สึก เรื่องของการเอาแต่ใจตนเอง การมองตนเองและผู้อื่น การแสดงออก ในทางที่เหมาะสม การเรียนรู้ทักษะเชิงสังคมต่างๆ</p>	7 ราย
	<p>ความคิด พฤติกรรม</p>	<p>แนวทางการดูแล รักษา</p>	จำนวน หลบหนี

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

<p>ระยะ ที่ 3 (30- 60วัน)</p>	<p>ระยะการบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยมีพฤติกรรม แอบสูบบุหรี่ ซุกซ่อน บุหรี่ ไฟแชค และ เงินสด เขียน จดหมายสื่อสารบ้าน แสงอรุณ ชี้แจง ขาดความ ซื่อสัตย์</p>	<p>1. ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ Intervention ตาม Treatment Plan เช่น - การให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจโลกภายในของตนเองตาม แนวคิดของ Satir's - เข้ากลุ่มศิลปะบำบัดเพื่อการสร้างสัมพันธภาพและการแสดงอารมณ์ ที่ถูกต้อง เหมาะสม - เข้ากลุ่มแนะแนวอาชีพ และการศึกษาโดยนักสังคมสงเคราะห์</p> <p>2. ใช้กระบวนการชุมชนบำบัดควบคู่กับกลุ่มบำบัด</p>	<p>6 ราย</p>
<p>ระยะ ที่ 4 (61- 90วัน)</p>	<p>ระยะเตรียมกลับสู่ สังคม</p>	<p>1. กำกับติดตามให้ผู้ป่วยได้รับ Intervention ตามแผนควบคู่กับ กิจกรรมบ้าน/ชุมชนบำบัด</p> <p>2. ส่งฝึกทักษะการเรียนรู้การทำงานและการส่งเสริมการ ประกอบอาชีพจากนักอาชีพบำบัดและนักโภชนาการ เช่น การ เพาะชำ การเย็บปักถักร้อย เสริมสวยและการทำขนมไทย</p>	<p>4 ราย</p>
<p>ระยะ ที่ 5 (91- 120 วัน)</p>	<p>ระยะจำหน่าย</p>	<p>1. กำกับติดตาม/ประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ</p> <p>2. เตรียมจำหน่าย/การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>3. วางแผนการจำหน่าย</p> <p>4. ขึ้นทะเบียนติดตามผล</p>	<p>1 ราย</p>

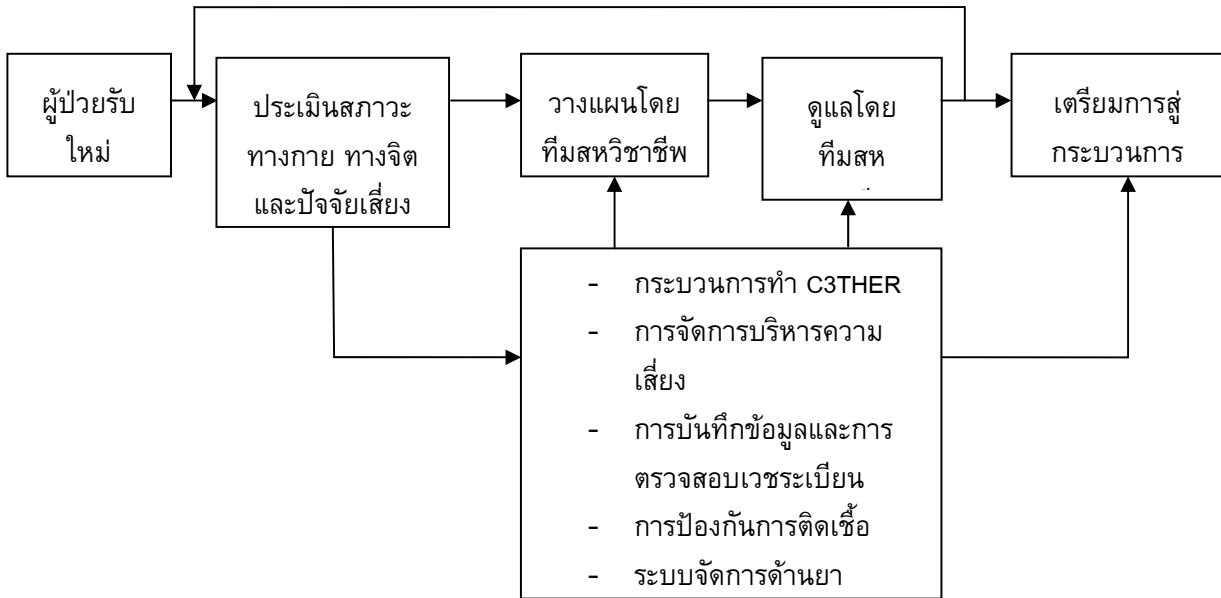
1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่มาด้วยระบบบังคับบำบัดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด ขาดการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ มาด้วยความคับข้องใจ ไม่เต็มใจ ทำให้เกิดความกดดัน ยากลำบากในการปรับตัวทำให้เกิดภาวะเครียด ซัดแย้ง เก็บกด แยกตัว มีอาการหงุดหงิด อายากสูบบุหรี่เนื่องจากติดสารนิโคติน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการอยู่รักษา มีความคิดพยายามอยากหลบหนี และหลบหนีสำเร็จ
2. ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการอยู่บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

3. เป้าหมายเครื่องชี้วัดคุณภาพ (Purposes/Key indicator :

- ร้อยละผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการอยู่บำบัดฟื้นฟู
- จำนวนผู้ป่วยหลบหนี

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ :



5. แผนการพัฒนา :

1. พัฒนาระบบที่เลี้ยงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการสื่อสารด้านบวก และความรู้ความเข้าใจในการอยู่บำบัดรักษา
2. พยาบาลผู้จัดการปฐมนิเทศเพื่อเตรียมความพร้อม เสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้กระบวนการกลุ่มทุกวัน ใน 1 สัปดาห์แรก

Clinical Tracer Highlight : การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเติมเต็มพลังชีวิตในผู้ติดยาและสารเสพติด

ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

โรงพยาบาล	ธัญญารักษ์ขอนแก่น
สาขา	กลุ่มงานวิชาการพยาบาล
สถานะทางคลินิก	การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเติมเต็มพลังชีวิตในผู้ติดยาและสารเสพติด ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
วันที่จัดทำข้อมูล	1 ตุลาคม 2557

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

1. บริบท :

คลินิกครอบครัวได้ทำการประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกครอบครัวระหว่างเดือนตุลาคม 2556 ถึง กันยายน 2557 จำนวน 215 คน เป็นผู้ติดยาบ้าจำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 61.9 สุรา 73 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0 ที่เหลือเป็นผู้ติดกัญชา สารระเหย และอื่นๆ การประเมินโดยทำ Family map การสัมภาษณ์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัวและหาปมความเจ็บปวดในวัยเด็ก การใช้แบบประเมินครอบครัว และความเข้มแข็งภายในตน พบว่า ร้อยละ 60.5 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ราบรื่นดี มีทะเลาะกันบ้างแต่ผู้ป่วยยอมรับได้ ร้อยละ 18.6 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ห่างเหิน ต่างคนต่างอยู่ หรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 16.3 มีความขัดแย้ง ยุ่งเหยิง และร้อยละ 4.7 มีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น และไร้ขอบเขต ในส่วนขอปมความเจ็บปวดในชีวิตพบว่าร้อยละ 26.0 มีปมความเจ็บปวดในชีวิตในวัยเด็ก ได้แก่ วิกฤตของพ่อแม่ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย การถูกทอดทิ้ง หรือละเลยจากบุคคลในครอบครัวทั้งที่ได้ตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจ ปัญหาในครอบครัวที่พบมากได้แก่ การสื่อสารเชิงลบต่อกัน การควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ขาดความผูกพันทางอารมณ์ต่อกัน ใช้สารเสพติดเพื่อลืมอดีตที่เจ็บปวด ใช้ชีวิตแบบไร้เป้าหมาย โหยหาความรัก ความเข้าใจจากคนในครอบครัว รู้สึกล้มเหลวและยากจะดีขึ้น ขาดพลังและสิ้นหวังในการเปลี่ยนแปลงตนเอง รู้สึกว่าครอบครัวไม่ยอมรับ การใช้ยาเพื่อลบความรู้สึกเจ็บปวดจนตกเป็นทาสของยาเสพติดอย่างถอนตัวไม่ขึ้นจนผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมองติดยา และกลับไปเสพซ้ำบ่อยๆ โดยพบว่า กว่าร้อยละ 50 เคยมารับการบำบัดซ้ำ ในมุมมองของครอบครัวพบว่าครอบครัวเกิดความเบื่อหน่าย สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วย คิดว่าตนเองทำดีที่สุดแล้ว แต่ทำไมคนไข้ไม่ยอมเลิกใช้ยา การนัดครอบครัวเป็นเรื่องยาก เพราะผู้ป่วยมักจะขอลับบ้าน จึงทำให้อยู่ไม่ครบตามแผนการรักษา ขั้นตอนการบำบัดในคลินิก เริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพปัญหาเพื่อนำไปสู่การให้ Intervention ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้แก่ การให้คำปรึกษาเฉพาะผู้ป่วย กลุ่มครอบครัวศึกษาสัมพันธ์ (Family Education – Relationship Group) เพื่อให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กลุ่มความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวในเรื่องของกระบวนการติดยา สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เสพยาและกระบวนการเลิกยา ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) เพื่อให้คำปรึกษาครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน

2. ประเด็นสำคัญความเสี่ยงสำคัญ :

ผู้ติดยาเสพติดมีความอ่อนแอทางจิตใจจากปมความเจ็บปวดในชีวิตในวัยเด็กทำให้ผู้ป่วยขาดพลังและสิ้นหวังในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ตกเป็นทาสของยาและสารเสพติดอย่างถอนตัวไม่ขึ้น และครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดน้อย มีภาวะเบื่อหน่ายกับพฤติกรรมการเสพติดซ้ำซากของผู้ป่วย

3. เครื่องชี้วัดสำคัญและการใช้ประโยชน์ :

- ให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากปมเจ็บปวดในชีวิต สามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวได้เหมาะสม เกิดพลังในการเปลี่ยนแปลงตนเอง
- ครอบครัวมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้าน

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ :

เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัด จึงได้จัดทำเป็นโครงการบำบัดครอบครัวขึ้น โดยมีขั้นตอนดังนี้

- a. การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยทั้งความเข้มแข็งภายในตนและการประเมินครอบครัว
- b. ประสานกับครอบครัวเพื่อร่วมกิจกรรมบำบัดครอบครัว
- c. จัดทำหลักสูตรบำบัดครอบครัวประกอบไปด้วย การบรรยายความรู้เรื่องสมองติดยา การดูแลทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มประคับประคองครอบครัว การบำบัดรายครอบครัว การดูแลพลังชีวิต

4.1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ

- i. เตรียมทีมพยาบาลผู้ทำหน้าที่บำบัดครอบครัว
- ii. ดำเนินการตามหลักสูตรในการบำบัดครอบครัว ทั้งสิ้น 2 ครั้ง 2 วัน
- iii. จัดทำคู่มือสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ฉบับทดลองใช้
- iv. จัดทำแบบประเมินหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และแบบติดตามต่อเนื่อง

4.2 กระบวนการจัดกิจกรรมบำบัดครอบครัว

ในการจัดกิจกรรมเน้นในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความเข้าใจถึงจิตใจของแต่ละฝ่ายผ่านกระบวนการกลุ่ม การระบายความรู้สึก การรับฟังเสียงเรียกจากหัวใจของอีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้นำกลุ่ม ครอบครัวเรียนรู้เรียนรู้เรื่องราวปัญหาของผู้ติดยาและแนวทางในการเสริมสร้างพลังในการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยการเพิ่มพลังชีวิตผ่านการบรรยาย การสาธิต ทดลองปฏิบัติจากผู้บำบัด เรียนรู้เส้นทางการเลิกยา ระยะต่างๆของการเลิกยาผ่านกระบวนการสอนจากผู้บำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจปัญหาของการกลับไปเสพติดซ้ำเพื่อเตรียมรับมือกับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยการสร้างพลังชีวิตให้เข้มแข็ง

พลังชีวิตเปรียบเสมือนท่อน้ำหล่อเลี้ยงให้ผู้ป่วยมีพลังในการเปลี่ยนแปลงตนเอง พลังชีวิตประกอบไปด้วย 8 ด้าน ได้แก่ พลังทางจิตวิญญาณ พลังด้านอาหารกาย พลังร่างกาย พลังสติปัญญา พลังประสาทสัมผัสทั้ง 5 พลังบริบทสิ่งแวดล้อม พลังอารมณ์ และพลังปฏิสัมพันธ์ ทั้งหมดมีความเชื่อมโยงกัน การสร้างพลังชีวิตจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องทุกวัน การช่วยให้ครอบครัวเข้าใจในกระบวนการนี้จะทำให้ครอบครัวเข้าใจผู้ป่วย และเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยสร้างพลังชีวิตของผู้ป่วยให้เข้มแข็ง และเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

ผลการบำบัด 18 ครอบครัวเมื่อติดตามครบ 3 เดือน พบว่า 16 ครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น การสื่อสารในครอบครัว ดีขึ้น ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ลดลง 1 ครอบครัว การสื่อสารเหมือนเดิม ความขัดแย้งเหมือนเดิม 1 ครอบครัวรายงานว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวคงเดิม ด้านการดูแลพลังชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวพบว่า การดูแลพลังชีวิตด้านร่างกาย ปฏิสัมพันธ์ ดูแลมากที่สุดอยู่ระดับเฉลี่ย 7 จาก 10 รองลงมาดูแลด้านประสาทสัมผัสทั้ง 5 สติปัญญา สิ่งแวดล้อม อารมณ์ อาหารกาย อาหารใจ เฉลี่ยที่ 6 จาก 10 การรายงานการหยุดเสพยา มี 1 รายที่ครอบครัวรายงานว่า ยังใช้ยาบ้าอยู่ หลังจากออกจากการบำบัด 1 เดือน

4.3 ระบบงานสำคัญที่เกี่ยวข้อง

สร้างความเชื่อมโยงกับพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อมีส่วนร่วมในการประเมิน การติดตามรายงานความก้าวหน้าของการบำบัด

5. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง :

ร่วมกับพยาบาลครอบครัวในแต่ละหน่วยงานได้แก่ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อสร้างนวัตกรรมการบำบัดให้มีกรอบแนวคิดเดียวกัน แต่พัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับแต่ละบริบท เนื่องจากในแต่ละกลุ่มงานก็มีบริบทของงานที่แตกต่างกัน