

ตราบาปของผู้ป่วยติดสุรากับการเลือกปฏิบัติ และสิทธิมนุษยชนในวิถีของชุมชน

นรากร สารีเหล็ก^{1*}, กันตวิษณุ จูเปรมปรี², กัลยา มั่นล้วน³

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

The Stigma of Patients with Alcohol Use Disorder with Discrimination and the Human Rights in the Community Way of Life

Narakorn Sareelae^{1*}, Kantawit Jooprempree², Kanlaya Munluan³

¹Registered Nurse, Professional Level. Thunyarak Udonthani Hospital.

²Boromarajonani College of Nursing Uttaradit.

³Faculty of Nursing Western University, Buriram Campus.

หลักการและวัตถุประสงค์: การติดสุราส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย และเกิดปัญหาทางสังคมร่วมด้วย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์ตราบาปของผู้ป่วยสุราที่ถูกครอบงำภายใต้ปัจจัยวิถีของชุมชน และการเคลื่อนไหวในวิถีของชุมชนที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยสุรา

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ในผู้ป่วยสุรา 70 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึก 3) แนวทางการเสวนากลุ่มย่อย และ 4) แนวทางการจัดประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี (1 ตุลาคม 2559-30 กันยายน 2560) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยสุราที่ได้รับการช่วยเหลือและทำความเข้าใจในการปรับกระบวนทัศน์ในการตีตรา มีการก้าวผ่านและเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น หลังการติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยสุราเหล่านั้นกลับเข้ามารับการรักษาลดลง และสามารถหยุดดื่มสุราเพิ่มขึ้น ทีมบำบัดมีกระบวนการเรียนรู้ภายในควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นการก้าวข้ามช่องว่างระหว่างการทำบำบัดที่ทำให้เกิดการตีตราด้วยการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เข้าใจ เข้าถึงผู้ป่วยมากขึ้น มีทัศนคติที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้ป่วย เกิดเครือข่ายในการดูแล

Background and Objective: Alcohol use disorder could affect both health and social problems together. This study aimed to analyze the stigmatization of patients with alcohol use disorder, overwhelmed factors of the way of life of the community and the movement of community influences on alcoholic patients.

Method: This study was an action research design. The sample consisted of 70 alcoholic patients. The data were collected using 1) General information questionnaires, 2) Guideline for focus group discussion and in-depth interview, 3) Guideline for small group dialogue and 4) Guideline for brain storming and reflection. The study was conducted for one year period (October 1, 2016-September 30, 2017). The data were statistically analyzed by using frequency, percentage, and content analysis.

Result: The results showed that alcoholic patients is helping received and understanding stigmatized of justice of the paradigm. There are more steps and more self-esteem. Therapeutic teams have an internal learning process, along with patient care, which transcends the gap between therapies that lead to stigmatization with Humanized Nursing Care, understand and show more empathy on patient, good attitude towards both self and

*Corresponding Author: Narakorn Sareelae, Registered Nurse, Professional Level. Thunyarak Udonthani Hospital. E-mail: monarchy_hk33@hotmail.com

สุขภาพของผู้ป่วย มีระบบการดูแลคนไข้ และระบบการส่งต่อจากเครือข่ายที่ดีขึ้น และการติดตามผลการรักษาที่ดี และมีประสิทธิภาพ

สรุป: ผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาลดการเกิดการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ โดยได้รับการดูแลตามหลักสิทธิมนุษยชนมากขึ้น

คำสำคัญ: ตราบาปของผู้ป่วยสุรา, การเลือกปฏิบัติ, สิทธิมนุษยชน, วิถีของชุมชน

ศรีนครินทร์เวชสาร 2561; 33(6): 589-94. • Srinagarind Med J 2018; 33(6): 589-94.

บทนำ

ในปัจจุบัน มีผู้นิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นจำนวนมากและเกินขนาดจนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ติดสุรา¹ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การดื่มสุรานำไปสู่การเสพติดแอลกอฮอล์ (Alcohol addiction) โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism) เกิดปัญหาต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย² ที่สำคัญที่สุด คือ แอลกอฮอล์มีผลต่อระบบประสาท³ พบได้มากในผู้ชายประมาณร้อยละ 9 พบในผู้หญิงประมาณร้อยละ 4 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 35-55 ปี ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากสภาวะแวดล้อมมากกว่า เมื่อบริโภคแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องในปริมาณที่มากจะทำให้เกิดการติด ขึ้น เมื่อผู้นั้นเกิดการติดแอลกอฮอล์แล้วก็จะกลายเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังในที่สุด

อัตลักษณ์ของคนติดสุรา หรือเรียกได้ว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีพื้นฐานมาจากการกระทำของปัจเจกเอง หรือมาจากอิทธิพลทางโครงสร้างของสังคม และอิทธิพลเงื่อนไขทางโครงสร้างที่ผลักดันให้ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังถูกตีตราจากสังคมให้มีอัตลักษณ์ว่าเป็นคนติดเหล้า ทั้งนี้ประเด็นสำคัญต่อปัญหาดังกล่าวนี้คือ ทศนคติของสาธารณชนในชุมชนที่มีผลต่อผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งมีพื้นฐานมาจาก ตราบาปและการรังเกียจ นั่นเอง⁴

เมื่อเกิดการตีตราขึ้น ส่งผลให้เกิดการเลือกปฏิบัติ และการดูแลด้านสิทธิมนุษยชนกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยวิถีของชุมชนเป็นแหล่งวัฒนธรรม ที่ทำให้เกิดการตีตราแล้วก็นำไปสู่การเลือกปฏิบัติจนเกิดการสร้างรอยมลทินให้กับบุคคลไม่เป็นที่ต้องการหรือถูกสังคมรังเกียจ จนทำให้เสียชื่อเสียงจากการที่ถูกมองโดยคนอื่น⁵ การตีตรายังเป็นอุปสรรคต่อการรักษา และการขอความช่วยเหลือ⁶ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติ โดยการเลือกปฏิบัติดังกล่าวจะเป็นการลดคุณค่าของบุคคล⁷ เช่น การเลือกปฏิบัติส่งผลทำให้เกิดการตีตราในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีผลกระทบอย่างถาวรพบว่า ถูกมองว่าเป็นคนต่ำต้อย (ร้อยละ 65.0) ถูกนายจ้างปฏิเสธการจ้างงาน (ร้อยละ 72.0) และปฏิเสธการแต่งงาน

patients in the network of health care of patients. The patients care system and network is better refer and good follow-up and effective.

Conclusion: Alcoholic patients received treatments have reduced the stigmatization and discrimination by being more cared for with human rights..

Keywords: Stigma of alcoholic patients; Discrimination; Human rights; Community way of life

ด้วย (ร้อยละ 62.0) และจากการติดตามการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่การถูกตีตราหรือการถูกปฏิเสธไม่ได้ลดลง⁸

จากการศึกษาทัศนคติการตีตราและ การเลือกปฏิบัติที่มีต่อประสิทธิภาพการรักษาและการสนับสนุนด้านนโยบายพบว่า การมองผู้ป่วยด้านลบของผู้ป่วยยาและสารเสพติดมีมากกว่าผู้ป่วยด้านจิต โดยมีการเลือกปฏิบัติที่ชัดเจน⁹ นอกจากนั้นสังคมยังมองคนไข้กลุ่มนี้ไม่ดีด้วย ทำให้ถูกเลือกปฏิบัติในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ส่งผลต่อกระบวนการรักษาทำให้คนไข้กลับเข้ามาติดซ้ำบ่อย คนไข้เลิกไม่ได้ คนไข้หน้าเก่าหน้าเดิมเข้ามารับการบำบัดรักษามากขึ้น แล้วเพิ่มกระจ่ายการติดสุราในชุมชนมากขึ้น ปัญหาทวีความรุนแรงขึ้นทำให้ภาพรวมคนไข้ยอสูงขึ้น¹⁰ จากเดิมในโรงพยาบาล รัชฎาภิบาลราชธานี มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 19.04 และในปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 19.46 ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น และยังพบว่า การตีตราส่งผลต่อด้านจิตใจอย่างถาวรของผู้ป่วยเหล่านั้นอีกด้วย¹¹

จากการสอบถามผู้ป่วยบางคนบอกว่าที่ตนถูกตีตราถูกเลือกปฏิบัติ จึงทำให้เขารู้สึกอาย รู้สึกผิดไม่กล้าแม้ที่จะเข้าไปรับบริการสุขภาพ แม้กระทั่งเป็นระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และพบว่าปฏิภพที่แสดงออกต่อการเลือกปฏิบัติ เช่น การเดินหนี การแยกตัว ไม่พูดคุยด้วย ส่งผลให้การพึ่งสารเสพติดเป็นทางออกในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย¹² สุดท้ายจากการที่ไม่ได้ดูแลตนเอง และยังมีพฤติกรรมติดสุราแบบต่อเนื่องจึงต้องได้เข้ามารับการดูแลบำบัดรักษาในระบบบริการสุขภาพที่สูงขึ้น¹³ จนทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ หรือไม่ยินยอมในการเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งส่งผลต่อการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยในระยะติดตามผลได้¹⁴

จากผลกระทบของปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาและทำความเข้าใจต่อการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ป่วยที่ติดสุรา เพื่อศึกษาตราบาปจากพฤติกรรมกับการเลือกปฏิบัติในวิถีชุมชน และการตราบาปที่เกิดจากสิทธิมนุษยชนในวิถีของชุมชน เพื่อนำชุดความรู้และข้อมูล

ดังกล่าวไปวางแผนแก้ไขปัญหาการรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในกลุ่มผู้ป่วยติดสุราหลังจากที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในบำบัดยาของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี หลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike อ้างอิงในรัตนศิริ ทาโต¹⁵ ดังนี้ $n \geq 10K + 50$ (n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, K คือ จำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา) การศึกษานี้มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การเลือกปฏิบัติ และสิทธิมนุษยชนในวิถีของชุมชน จึงควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง ≥ 70 ราย ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 70 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึก 3) แนวทางการเสวนากลุ่มย่อย และ 4) แนวทางการจัดประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด เครื่องมือที่ใช้ในการทำกลุ่มทั้งหมดผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยติดสุราจำนวน 3 ท่าน ใช้ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559-30 กันยายน 2560 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนเตรียมการ 2) ขั้นตอนดำเนินการ และ 3) สรุปและประเมินผล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

จากผลการดำเนินงานผู้วิจัยขอเสนอผลการดำเนินงานรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการ โดยการสนทนากลุ่ม พบว่ามีปัญหาในขั้นตอนการบำบัดรักษาช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุรา ดังนี้ 1) ผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยและสมัครใจเข้ารับการรักษา ส่งผลให้ญาติหรือผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้พามาส่งและเมื่อกลับไปก็ไม่สามารถติดต่อหรือติดตามหลังการรักษาได้ จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 72.9) 2) ผู้ป่วยไม่เปิดเผยตนเองปกปิดความจริงไม่บอกสถานการณ์ปัญหาความรู้สึกที่แท้จริงให้ทราบ จำนวน 59 ราย (ร้อยละ 84.3) 3) ผู้ป่วยรู้สึกตนเองต่ำต้อย ไม่มีคุณค่าในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 60.0) จากสถานการณ์เมื่อพบทวนอย่างลึกซึ้งพบว่าผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำแล้วซ้ำเล่าจึงเกิดความรู้สึกผิดหวัง เบื่อหน่าย

การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยสุราเกี่ยวกับ 1) การตรวจพบจากพฤติกรรม กับการเลือกปฏิบัติ และ 2) การตรวจพบที่เกิดจากสิทธิมนุษยชนในวิถีของชุมชน ทำให้ตอกย้ำข้อมูลว่าแม้ในภาพกว้างที่มักจะได้ยินคำพูดเสมอว่า สังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับและมองกลุ่มติดสุราไปในทางลบและตั้งข้อรังเกียจเหมือนเป็นเรื่องไกลตัว แต่แท้จริงอยู่แค่เอื้อม ดังข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกเล่าความรู้สึกที่ถูกต้องและเลือกปฏิบัติจากพฤติกรรมการดื่มสุราที่เรื้อรังมานาน กล่าวคือ การถูกสังคมภายนอกไม่ยอมรับ การมองแบบเหยียดหยาม ตลอดจนภาพลักษณ์ภายนอก การแต่งกายบุคลิกภาพ ก็เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่แสดงออกให้เห็นอย่างชัดเจนในสังคมปัจจุบัน ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่า การได้รับการดูแลด้านการศึกษา หรือการเข้ารับการรักษาที่ค่าใช้จ่ายหรือการกระทำที่บ่งบอกว่าไม่พอใจในการให้บริการ ก็เป็นการแสดงออกที่พบได้บ่อยเช่นกัน

นอกจากนั้นทำให้ค้นพบว่า ในปัจจุบันสังคมยังคงคิดว่าคนติดสุราเป็นคนที่ยังอันตราย ไม่น่าคบ และเป็นที่ยังรังเกียจของสังคม และมีการตอกย้ำ ตรวจพบที่เกิดจากสิทธิมนุษยชนในวิถีของชุมชน ให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดความคับข้องใจ สับสนมากขึ้น จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 68.6) กล่าวคือ การถูกมองว่าการติดเหล้าเป็นที่สกปรก เป็นเรื่องที่ไม่ดี ส่งผลการทำงานหน้าที่การงาน เช่น การรับเข้าสมัครงาน ก็ถูกการปฏิเสธจากนายจ้างเนื่องจากกลัวการทำงานไม่คุ้มค่าจ้าง หรือทำงานแล้วไม่มีประสิทธิภาพ และยังส่งผลให้คนในครอบครัวหรือญาติพี่น้องมองผู้ป่วยติดสุราในแง่ลบด้วย

จากข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยตนเองเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินงานในระยะต่อไปอย่างทันเหตุการณ์และทำคู่ขนานไปพร้อมกับการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการสามเส้า (Triangulation) ซึ่งสามารถสรุปเป็นความหมาย ภาษาและวิธีคิดที่มีนัยเชิงอคติได้ดังนี้

การตีตราจาก	ภาษาและวิธีคิดที่มีนัยเชิงอคติ
ตนเอง และกลุ่ม	ผิดปกติ ไม่รู้จักทำงาน วันๆ ชวนแต่ดื่ม และพบปะสังสรรค์
ครอบครัว	ลูกผิดปกติ ทำให้พ่อแม่อับอายขายหน้า เสื่อมเสียชื่อเสียงวงศ์ตระกูล เพราะว่าเลี้ยงลูกได้ไม่ดี
สังคม ชุมชน	ตัวประหลาด ตัวตลก วิปริตทางจิต ชอบความรุนแรง เสียดชาติเกิด ไม่ยอมรับ
สถาบันการศึกษา	ผิดกฎระเบียบ เป็นเด็กมีปัญหาก้าวร้าวรุนแรง พฤติกรรมไม่เหมาะสม มาจากครอบครัวแตกแยก
สถาบันศาสนา	ผิดศีลธรรม มีเวรกรรมหรือบาปกรรมที่ต้องชดใช้ ห้ามบวช
บุคลากรทางการแพทย์	โรคจิต จิตวิปริต/ผิดปกติ เพี้ยน โรคประสาท วิกฤติป่วย มั่ว ตัวแปรเชื้อ กลุ่มเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือ โดยใช้วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ (KM) แล้วถอดบทเรียน พบว่า

1) มีการวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการสำรวจตนเองซึ่งคือทีมผู้บำบัดที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยนั่นเอง

2) การทบทวนตนเองและทำความเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้งทำให้ค้นพบความจริงที่เป็นความรู้ที่ซับซ้อนขึ้นมากยิ่งขึ้นจากพฤติกรรมที่ตัดสินผู้ป่วยและตราหน้าผู้ป่วยนั้นแท้จริงแล้วเกิดจากความปรารถนาดีต่อผู้ป่วยอย่างไม่เคลือบแคลง จึงมีการคาดหวังว่าผู้ป่วยจะต้องเลิกได้และไม่กลับไปดื่มซ้ำ แต่ในความเป็นจริงทางวิชาการก็ปรากฏอยู่มากมายว่าเป็นเรื่องยากที่จะให้ผู้ป่วยที่ในระยะเวลามาก่อนชีวิตจะเลิกได้ในทันที หากมองเป้าหมายหรือตัวชี้วัดของความสำเร็จของการช่วยเหลือไว้ที่การเลิกได้ไม่กลับไปดื่มซ้ำเท่านั้นก็จะทำให้ทีมบำบัดผิดหวังไป แต่หากทีมบำบัดใช้วิธีการเปลี่ยนมุมมองมองผู้ป่วยด้วย เห็นใจในความทุกข์ยากของเขา อยู่เป็นเพื่อนเขา รับฟังปัญหาด้วยความเข้าใจ เมื่อวันที่ความกล้าหาญปรากฏขึ้นในใจก็จะทำให้ผู้ป่วยลุกขึ้นยืนและเดินต่อไปด้วยความมั่นคงซึ่งต้องรอเพราะต้องใช้เวลา

3) เกิดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพกระบวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยติดสุราให้เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง กาย จิตใจ และสังคม โดยแท้จริง ทำความเข้าใจในการปรับกระบวนการทัศนคติในการตีตรา ช่วยให้เกิดการตีตราตนเองและเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น ผ่านกระบวนการจัดการความรู้ (KM)

4) มีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยสุราที่โดยวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคล ร่วมกับครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจ ยอมรับและเห็นคุณค่าตนเองมากขึ้น ลดการตีตราตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง

5) สร้างแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อลดการตราบาปกับการเลือกปฏิบัติ และสิทธิมนุษยชนในวิถีของชุมชน โดยการสะท้อนปัญหาดังกล่าวให้กับเครือข่ายในการทำงาน ส่งผลให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในภาพใหญ่ที่เกิดจากหลายหน่วยงานหลายองค์กรช่วยเหลือกัน

6) การสร้างความเข้าใจเรื่องสิทธิต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องสิทธิมนุษยชน ขึ้นพื้นฐานและการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน

7) การรณรงค์และสร้างความเข้าใจถึงความสำคัญของอันตรายจากการติดสุรา และการหลีกเลี่ยงจากการเป็น

นักดื่มหน้าใหม่ หรือหากในสังคมนั้นๆ มีผู้ป่วยที่ติดสุรา ควรได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

8) การสร้างความต่อเนื่องในการทำงาน สร้างความเข้าใจทางสังคมและวัฒนธรรมว่า คนที่ติดสุรานั้น “ไม่ใช่ตัวปัญหาสังคม” “ไม่ใช่ตัวประหลาด” เพื่อลดการตีตราทางสังคม และการเลือกปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนสรุปและประเมินผล พบว่า 1) ผู้ป่วยติดสุราได้รับการช่วยเหลือและทำความเข้าใจในการปรับกระบวนการทัศนคติในการตีตราจำนวน 70 ราย มีการก้าวผ่านและเติบโตเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น หลังการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาระยะติดตามผลการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานีพบว่า ผู้ป่วยติดสุราเหล่านั้นไม่กลับไปเข้ารับการรักษาซ้ำจำนวน 55 ราย (ร้อยละ 78.6) สามารถหยุดดื่มสุราได้มากกว่า 3 เดือน จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 60.6) 2) ทีมบำบัดมีกระบวนการเรียนรู้ภายในควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นการก้าวข้ามช่องว่างระหว่างการบำบัดที่ทำให้เกิดการตีตราด้วยการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เข้าใจ เข้าถึงผู้ป่วยมากขึ้น มีทัศนคติที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้ป่วย 3) เกิดเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลประจำจังหวัด มีระบบการดูแลคนไข้ และระบบการส่งต่อจากเครือข่าย สู่วิทยาศาสตร์บำบัดที่ทันสมัย มีการติดตามคนไข้ในระบบการติดตามผลที่ดี คนไข้ได้รับการบริการด้านสุขภาพครอบคลุมมากขึ้น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานีได้รับการส่งตัวผู้ป่วยได้คล่องมากขึ้น เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง และติดตามผลการรักษาที่ดี และมีประสิทธิภาพ

วิจารณ์

การปฏิบัติงานที่เป็นปัญหาด้านยาและสารเสพติด โดยเฉพาะสุราเป็นการทำงานที่ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย¹⁶ ที่ได้รับการประทับตรามาจากสังคมรอบข้าง ซึ่งมีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้เกิดวงจรของการติดซ้ำ วงแล้ววงเล่าที่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ พิบูลย์ศรี และ สุนทรี ศรีโกไสย¹⁷ และสุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ และคณะ¹⁸ ที่พบว่าสังคมส่วนใหญ่ยังคงมีการตีตราที่เกิดจากสังคม และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขก็เป็นส่วนหนึ่งในการตีตราผู้ป่วยจากการเข้ารับการรักษา เช่นเดียวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีการรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงนั้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Keusch

และคณะ¹⁹ ซึ่งการรับรู้คุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปภายในใจ²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schomerus และคณะ²¹ จนไม่สามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสังคม และชุมชนได้ดีเท่าที่ควรได้ จากคำพูดหรือการกระทำของคนรอบข้าง และสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้ป่วยที่กล่าวไว้ว่า “เคยไปรักษามาหลายที่ บางครั้งเจ้าหน้าที่ดูแลดี บางที่ไม่ดูแลดีเลย พุดไม่เพราะและดูแลเราแบบสายตาไม่ดีเลยครับ” ปฏิกริยาที่แสดงออกถึงการรับรู้การตีตราและการเลือกปฏิบัติจึงเป็นการปกปิดความลับ หลีกเลี่ยงการเข้าสังคมซึ่งส่งผลต่อจิตใจทำให้ต้องพึ่งสารเสพติด¹² ในทำนองเดียวกัน การรับมือกับความกลัวจากการตีตราโดยการหลีกเลี่ยงนี้ แยกตัวหรือลดคุณค่าของตนเองลงในผู้ป่วยสุรา ทำให้พวกเขาหลบหนีไม่เข้ารับการรักษา¹⁴

การศึกษานี้ยังพบว่าด้านการปิดบังอาการและการยอมรับของผู้ป่วยที่จะบอกกล่าวกับผู้บำบัดนั้น มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาป ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Crisp และคณะ²² และ Corrigan และคณะ²³ การตีตราทางสังคมเป็นตัวกำหนดปฏิกริยาที่มีต่อกลุ่มในด้านลบ ซึ่งพบว่าประชาชนทั่วไปมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดสุราเสมอมาโดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Corrigan²⁴ และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของของ Barry และคณะ⁹ ที่ศึกษาทัศนคติการตีตราและ การเลือกปฏิบัติที่มีต่อประสิทธิภาพการรักษาและการสนับสนุนนโยบาย ซึ่งพบว่ามุมมองเชิงลบต่อบุคคลที่ติดยาเสพติดมีมากกว่าผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต โดยยอมรับว่ามีการเลือกปฏิบัติในผู้ที่ป่วยทางจิตที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย ถึงแม้จะมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่การถูกตีตรากลับไม่ได้ลดลง และยังพบว่าการถูกตีตราส่งผลต่อจิตใจและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย¹¹

การปฏิบัติงานที่เป็นปัญหาด้านยาและสารเสพติด โดยเฉพาะสุราเป็นการทำงานที่ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยของบุคลากรที่ทำงานเพื่อให้เกิดลดช่องว่างระหว่างผู้ป่วยและตัวผู้ให้บริการ จึงจะส่งผลให้การดำเนินงานการบำบัดรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วยมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ผู้รับบริการได้รับการบริการอย่างครอบคลุมทั้งร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยเกิดพลังในการกลับมาใช้ชีวิตในสังคม ใช้ศักยภาพของตนเองในทางที่สร้างสรรค์เท่ากันทุกคน ดังนั้นการช่วยเหลือเขา เราต้องถอดหมวกออกแล้วมองเขาเหล่านั้นด้วยความเมตตาว่าเขาก็คือมนุษย์คนหนึ่งและมนุษย์ทุกคนต้องการการก้าวผ่านของเจ้าหน้าที่และของสังคมที่ยอมรับเขาจึงจะช่วยให้เขาเกิดคุณค่า เชื้อมั่น รักและเคารพตนเองและก้าวผ่านการประทุษร้ายไปได้

สรุป

กระบวนการพัฒนาและการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ใช้ในการวิจัยนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยเป้าหมายลดการตีตราตนเอง และเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น มีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคล ร่วมกับครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเป้าหมายลดการตีตราตนเอง และเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น ส่งเสริมให้มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและคืนคนดีสู่สังคมอย่างยั่งยืนต่อไป และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ได้จัดให้มีกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพกระบวนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ให้เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งกายจิตใจ และสังคม โดยแท้จริงโดยให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ (KM) เพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วย ในเรื่องการตีตรา ทำให้เป็นเป็นเรื่องเด่นและเน้นย้ำเรื่องสิทธิของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ตลอดจนขยายผลสู่บุคลากรภายนอกหน่วยงาน และเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลประจำจังหวัด มีระบบการดูแลคนไข้ และระบบการส่งต่อจากเครือข่ายที่ดีขึ้น มีการติดตามคนไข้ในระบบการติดตามผลที่ดี คนไข้ได้รับบริการด้านสุขภาพครอบคลุมมากขึ้น เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง และการติดตามผลการรักษาที่ดี และมีประสิทธิภาพเพื่อการถึงการรับบริการที่ดี และมีคุณภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วยสุราที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี ขอขอบคุณ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงเครื่องมือวิจัยจนสมบูรณ์ รวมถึงเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานีทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Laramée P, Leonard S, Buchanan-Hughes A, Warnakula S, Daepfen JB, Rehm J. Risk of all-cause mortality in alcohol-dependent individuals: a systematic literature review and meta-analysis. *EBio Medicine* 2015; 2: 1394-404.
2. World Health Organization, World Health Organization. Management of Substance Abuse Unit. Global status report on alcohol and health, 2014. World Health Organization; 2014.
3. Rose ME, Grant JE. Alcohol-induced blackout: phenomenology, biological basis, and gender differences. *Journal of addiction medicine* 2010; 4: 61-73.

4. จะเด็จ ชาวสวีเดน. ลด ละ เลิกเหล้า = สร้างสุขให้ครอบครัวและชุมชน : ถอดประสบการณ์การทำงานชุมชนลด ละ เลิกเหล้า : ลดความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อนหญิง; 2553.
5. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Simon and Schuster; 2009 Nov 24.
6. Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, Lynde D, Osher FC, Clark RE, Rickards L. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. Psychiatr serv 2001; 52: 469-76.
7. Dixon KA, Storen D, Van Horn CE. A workplace divided: How Americans view discrimination and race on the job. Rutgers, The State University of New York, John J. Heldrich Center for Workplace Development. 2002.
8. Browne G, Courtney M. Schizophrenia housing and supportive relationships. International Journal of Mental Health Nursing. 2007; 16: 73-80.
9. Barry CL, McGinty EE, Pescosolido BA, Goldman HH. Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness. Psychiatr Serv 2014; 65: 1269-72.
10. สกฤต เขียวแหลม. การปรับพฤติกรรม การดื่มสุราในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี Journal of Phrapokkiao Nursing College 2018; 27: 160-8.
11. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. Am J Public Health. 1999; 89: 1328-33
12. Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Bunting K, Rye AK. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. Addict ResTheory 2008; 16: 149-65
13. พัชราวลัย กนกจรรยา, เพ็ญพัทธ์ อูทิต. ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพยาติดสุรา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2013; 27: 56-68.
14. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med 2010; 71: 2150-61.
15. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552
16. โศภินศิริ ยุทธวิสุทธิ, อรัญญา บุญธรรม, มงคลส่อง สว่างธรรม, กมลนิชา อนันต์, อ้นยพร บัว เหลือง, ศรีสกุล เขียวแหลม. การปรับพฤติกรรมการดื่มสุราในชุมชน. Journal of Phrapokkiao Nursing College 2018; 27: 160-8
17. ลัดดาวัลย์ พิบูลย์ศรี, สุนทร ศรีโกสโย. การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา. พยาบาลสาร 2558; 42: 132-40.
18. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, ดลนภา ไชยสมบัติ, สมศรี ทาทาน. ความรู้และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลต่อ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผู้ป่วยติดสุรา. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2017; 10:78-89
19. Keusch GT, Wilentz J, Kleinman A. Stigma and global health: developing a research agenda. The Lancet 2006; 367(9509): 525-7.
20. Keyes KM, Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Link B, Olfson M, Grant BF, Hasin D. Stigma and treatment for alcohol disorders in the United States. American Journal of Epidemiology. 2010; 172: 1364-72.
21. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. Alcohol and Alcoholism. 2010; 46(2): 105-12.
22. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. Br J Psychiatry 2000; 177: 4-7.
23. Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH, Slopen N, Medasani K, Phelan S. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. Psychiatr Serv 2005; 56: 544-50.
24. Corrigan PW. Target-specific stigma change: a strategy for impacting mental illness stigma. Psychiatr Rehabil J 2004; 28: 113-21.

