

การคัดกรอง บำบัด รักษาและฟื้นฟูผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา : ช่องว่างภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สุวรา แก้วนุย*

ทักษพล ธรรมรังสี*

โสภิต นาสีบ*

ประพิภกร เนรมิตพิภกรกุล*

บทคัดย่อ

แม้ว่าการให้บริการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้มีความเสี่ยงและมีปัญหาจากการดื่มสุราจะครอบคลุมอยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ในปัจจุบันประชากรกลุ่มเสี่ยงและผู้มีปัญหาจำนวนมากยังไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ทำให้กลุ่มประชากรเหล่านี้ยกระดับความเสี่ยงไปสู่ปัญหาที่รุนแรงขึ้นโดยไม่จำเป็น ข้อมูลวิชาการแสดงให้เห็นถึงความจำเป็น ความเหมาะสม ประโยชน์ และความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยให้สามารถดำเนินการให้บริการทั้งสี่ขั้นตอน อันได้แก่ ๑)การคัดกรองและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น ๒)การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย ๓)การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ และ ๔)การดูแลระยะยาวหลังการรักษา โดยข้อจำกัดสำคัญของระบบการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูในระดับมหภาคนี้ คือ การขาดนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพในระดับประเทศ ทั้งในการยกระดับความสำคัญ การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรและระบบ รวมถึงการสร้างแรงจูงใจและการบริหารจัดการระบบและทรัพยากร ข้อจำกัดสำคัญในระดับหน่วยงานประกอบด้วยความตระหนักและศักยภาพของบุคลากร การขาดระบบการประเมินและจัดการกับความเสี่ยง และการขาดการสนับสนุนเชิงนโยบายที่ชัดเจน เชื่อมโยงและครอบคลุม ในการพัฒนาระบบการคัดกรอง บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ดื่มสุรานั้น ควรเน้นที่การจัดการกับข้อจำกัดสำคัญของระบบปัจจุบัน โดยควรมีกระบวนการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาที่มีความครอบคลุมในทุกขั้นตอน มิใช่การเลือกพัฒนาแบบแยกส่วน

คำสำคัญ: สุรา, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Abstract

Screening, Treatment and Rehabilitation for Alcohol Problems: Gaps under the Universal Health Coverage

Suwara Kaewnuy*, Thaksaphon Thamarangsi*, Sopit Nasueb*, Prapag Neramitpitagkul*

*Center for Alcohol Studies, International Health Policy Program

Services to provide screening, treatment and rehabilitation of alcohol-related problems are covered under the Universal Health Coverage Scheme in Thailand. However, massive number of population with risks and patients are practically ignored, do not get what they should be serviced, from the current health care system and practices. Unintentionally but significantly, the shortage to provide proper care, escalates the magnitude and severity of alcohol problems. Technical evidence shows the need, appropriateness, benefit and practicability of the comprehensive services for alcohol related problems with in Thai health

*ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ



care system. The comprehensive service should cover four interconnected components; 1) alcohol screening and brief intervention, 2) Detoxification and treatment of physical co-morbidity, 3) Alcohol treatment and rehabilitation, and 4) Long term after care. Major limitations at macro scale is the lack of policy to strengthen health care system in addressing alcohol problems, including in raising significance, building up preparedness and capacity of the systems, providing incentive, and resource management. Critical constraints at institutional level include awareness and capacity of health workforces, the lack of risk assessment and management, the unavailability of clear and comprehensive policy. The framework to strengthen Thai health care system response to alcohol problems should tackle major system gaps in current systems, and strike balance of and cover all four components in parallel.

Key words: Alcohol, Universal Health Coverage, Thailand

บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อผลกระทบต่อสุขภาพในทุกมิติ ทั้งทางกาย จิต สังคมและปัญญา ผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงตัวผู้บริโภคเท่านั้น ครอบครัว บุคคลรอบข้าง ชุมชน สังคม และประเทศ ล้วนมีส่วนแบกรับภาระจากผลกระทบดังกล่าว^(๑) การดื่มสุร่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความเจ็บป่วยทุพพลภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงและป้องกันได้^(๒) องค์การอนามัยโลกรายงานว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับโรคและการบาดเจ็บกว่า ๖๐ ประเภท^(๑) และคร่าชีวิตประชากรโลกถึง ๒.๓ ล้านคนในปี ๒๕๔๗^(๓)

นอกจากมิติสุขภาพแล้ว การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ ที่ส่งผลถึงศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ การเติบโตทางเศรษฐกิจ และการพัฒนาของสังคมโดยรวม จากการศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยในปี ๒๕๔๙ พบว่า ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยมีมูลค่าสูงถึง ๑.๕๖ แสนล้านบาท หรือร้อยละ ๑.๙๙ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ซึ่งสูงกว่าผลประโยชน์ที่สังคมได้รับในรูปแบบของภาษี และประมาณการได้ว่าผู้ป่วยด้วยโรคหรือภาวะที่มีสาเหตุจากการดื่มสุร่าซึ่งมีมากกว่า ๓ ล้านคน มีมูลค่าสูงถึง ๕.๔๙๑ ล้านบาท ในจำนวนนี้เป็นต้นทุนจากการรักษาผู้มีภาวะติดสุร่าประมาณ ๔๓๐ ล้านบาท^(๔)

ในประเทศไทย การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญที่สุดลำดับที่สอง โดยก่อภาระโรคคิดเป็นร้อยละ ๘.๑ ของภาระโรคทั้งหมดในปี ๒๕๔๗^(๕) ซึ่งสูงกว่าภาระโรคจากแอลกอฮอล์เฉลี่ยนานาชาติอย่างชัดเจน และข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติวิทยาโรคจิตเวชในประชากรไทยปี ๒๕๕๑ ประมาณการว่าในประชากรไทยวัย ๑๕-๕๙ ปี จำนวนทั้งหมด ๔๓ ล้านคน มีผู้ที่เข้าข่ายมีความผิดปกติในพฤติกรรม การดื่มสุร่าที่มีความสำคัญทางการแพทย์ (Alcohol Use Disorder) มากถึง ๕ ล้านคน หรือร้อยละ ๑๑.๗^(๖) ถึงแม้ข้อมูลจากการสำรวจจะบ่งชี้ว่ามีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวนมาก แต่ข้อมูลของการบริการกลับพบว่า จำนวนผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยสารเสพติดรวมถึงแอลกอฮอล์จากทุกโรงพยาบาล หน่วยงาน ทบวง กรม มีเพียง ๑.๒ แสนคนในปี ๒๕๕๑ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้สูงที่ประชากรไทยมีปัญหการดื่มสุร่าในสัดส่วนที่อาจสูงกว่าร้อยละ ๙๘ ที่ไม่ได้เข้ารับการบริการ และมีเพียงร้อยละ ๑-๒ เท่านั้นที่มีโอกาสได้พบแพทย์ด้วยปัญหาจากการดื่มสุร่า ข้อจำกัดการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุร่าดังกล่าว เป็นความเสี่ยงที่ทำให้ปัญหาสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ลุกลามรุนแรงมากขึ้น และทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นและเป็นภาระสำหรับระบบบริการสุขภาพอีกมหาศาล^(๗)

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนข้อมูล องค์ความรู้ ข้อจำกัด และวิเคราะห์โอกาสในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการคัดกรอง บำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ดื่มสุร่าภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บทความ

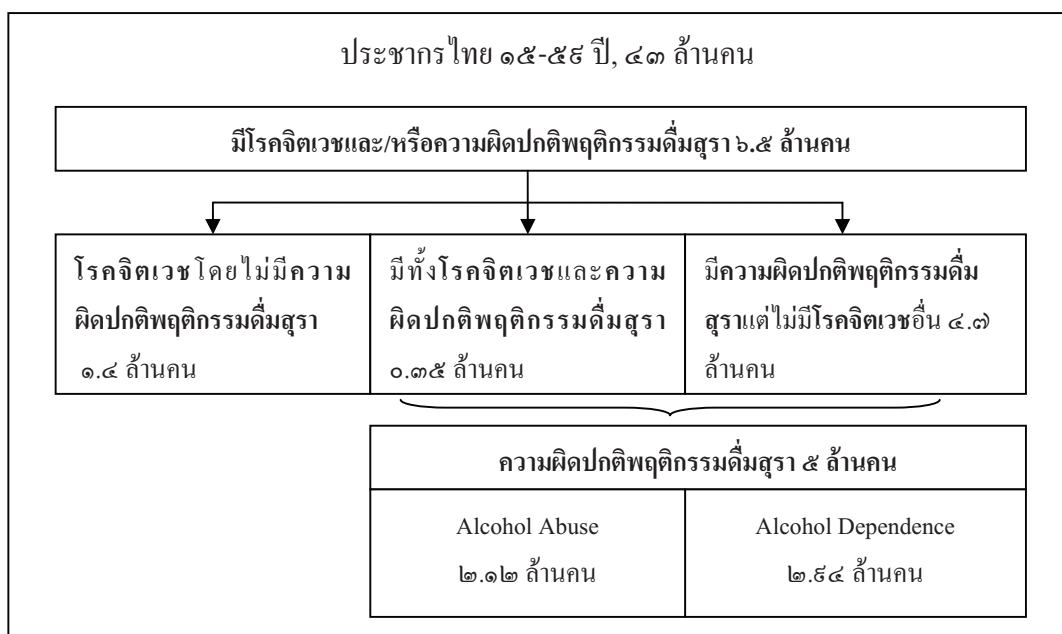
ประกอบไปด้วย ๕ ส่วนที่สำคัญ คือ ๑) ช่องว่างของผู้มี
ปัญหาการดื่มสุราในระบบบริการสุขภาพ ๒) ระบบการคัดกรอง
บำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ดื่มสุรา ๓) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับ
โอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบ ๔) ระบบบริหาร
จัดการและทรัพยากร และ ๕) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดย
หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผู้ผลักดันนโยบาย นักวิชาการ ผู้บริหาร
และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน จะได้นำข้อมูลนี้ไปใช้ประโยชน์
ในการดำเนินงานและผลักดันนโยบายต่อไป

ช่องว่างของผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบบริการสุขภาพ

จากการสำรวจในปี ๒๕๕๑ ประเมินการได้ว่ามีประชากร
ไทยวัย ๑๕-๕๙ ปี จำนวน ๕ ล้านคนเข้าข่ายมีความผิดปกติ
ในพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่มีความสำคัญทางการแพทย์ และ
ในประชากรกลุ่มนี้ประมาณ ๒ ล้านคนเข้าข่ายใช้เครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด (Alcohol Abuse) และ ๓ ล้านคน
เข้าข่ายมีภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence) ตามเกณฑ์
การวินิจฉัยโรค DSM-IV และมีประมาณ ๓.๕ แสนคนที่มี
ทั้งความผิดปกติในพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและโรคจิตเวช

(Mental Disorders) ร่วมด้วย^(๖) ดังแสดงในรูปที่ ๑ ซึ่งหาก
เทียบจากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๕๐
ที่รายงานว่ามี ความชุกของนักดื่มในประชากรวัย ๒๕-๕๙ ปี
ร้อยละ ๓๔.๔ และในกลุ่ม ๑๕-๒๔ ปี ร้อยละ ๒๑.๙^(๗) อาจจะ
ประมาณการอย่างหยาบได้ว่านักดื่มไทยในวัย ๑๕-๕๙ ปี
ประมาณร้อยละ ๓๐-๔๐ มีความผิดปกติในพฤติกรรมกรรมการดื่ม
สุรา

ปัญหาสุขภาพนี้ มิได้ปรากฏชัดเจนในข้อมูลของระบบ
บริการสุขภาพ เนื่องจากเหตุผลสำคัญ คือ ประเทศไทยยัง
ขาดระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพที่
พร้อมให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาเข้าถึงได้ โดยเมื่อ
เปรียบเทียบความชุกของผู้มีปัญหาล่วงหน้ากับจำนวนการใช้
บริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม
จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mental and behavior disorders
due to use of alcohol: F10) ของโรงพยาบาลในสังกัดของ
กระทรวงสาธารณสุข มีเพียง ๒.๘ ล้านราย ในปี ๒๕๕๒
หรือคิดเป็น ๔๙ ครั้ง ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร^(๘)



ที่มา: ระบาดวิทยาโรคจิตเวชของคนไทย: การศึกษาระดับชาติปี ๒๕๕๑. กรมสุขภาพจิต.

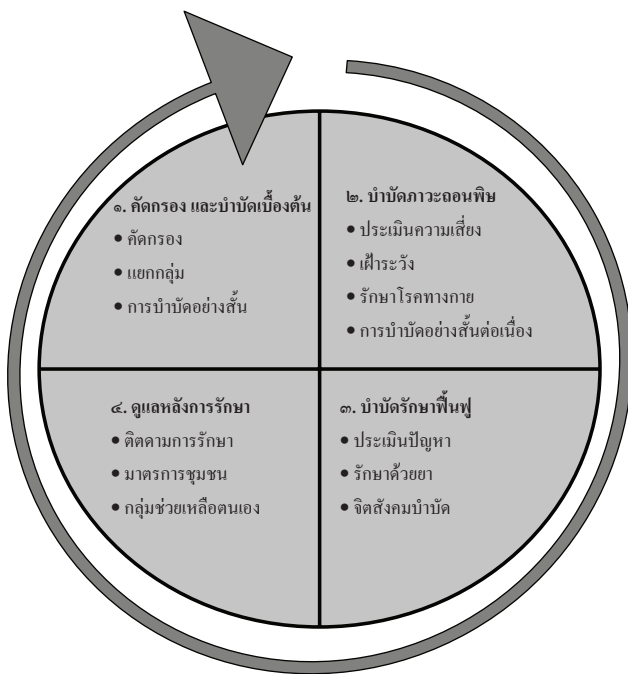
รูปที่ ๑ ประมาณการจำนวนและความชุกของผู้มีความผิดปกติพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders) ในประเทศไทยปี ๒๕๕๑



ระบบการคัดกรอง บำบัดรักษา และฟื้นฟู ผู้ดื่มสุรา

แนวทางการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรามีอยู่ด้วยกันหลายรูปแบบ โดยหลักการกว้างๆ นั้นระบบคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ดื่มสุราที่มีความครอบคลุม ควรประกอบด้วย สี่ขั้นตอน คือ ๑) การคัดกรองและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น ๒) การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย ๓) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ และ ๔) การดูแลระยะยาวหลังการรักษา ดังแสดงในรูปที่ ๒

ซึ่งจะเห็นว่าสี่ขั้นตอนนี้มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกัน จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาไปพร้อมกัน การเลือกพัฒนาเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งอย่างไม่ครอบคลุมทั้งสี่ขั้นตอน จะทำให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยไม่สามารรถได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิผลของการบริการทั้งในระดับบุคคลและเชิงระบบ โดยที่ในแต่ละขั้นตอนมีความแตกต่างกันในด้านกระบวนการ เป้าหมาย ผู้ดำเนินการและข้อจำกัดทั้งระดับพื้นที่และระดับมหภาค ดังแสดงในตารางที่ ๑^(๑๐)



รูปที่ ๒ สี่ขั้นตอนของกระบวนการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราที่มีความครอบคลุม

๑. การคัดกรองและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น (Alcohol screening and brief intervention)

หลักการ: ขั้นตอนนี้ประกอบด้วยสองส่วนย่อย คือ การคัดกรองเพื่อจำแนกประเภทของผู้ดื่มตามระดับความเสี่ยง และการบำบัดโดยให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น (Brief Intervention: BI) ตามระดับความเสี่ยง เพื่อให้ทราบความเสี่ยงและตระหนักถึงความสำคัญของการลดความเสี่ยงผ่านการควบคุมการดื่ม

การคัดกรองและให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้นมีเป้าหมายที่อาจจะครอบคลุมได้ตั้งแต่ประชากรทั่วไป ผู้ป่วยทั่วไป จนถึงผู้ป่วยที่มาด้วยอาการนำที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา โดยบุคลากรสุขภาพทุกระดับสามารถดำเนินการได้โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ เกณฑ์การคัดกรองที่นิยม คือ การใช้แบบประเมิน Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) ซึ่งเป็นชุดคำถามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้กับระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ^(๑๑) และได้รับการแปลและทดลองใช้ในประเทศไทยแล้ว ชุดคำถาม AUDIT ประกอบด้วยคำถามสั้นๆ จำนวนสิบข้อ ครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรมกรรมการดื่มและผลกระทบ และสามารถแบ่งแยกผู้ดื่มออกได้เป็นสี่กลุ่มตามระดับความเสี่ยงเพื่อจะได้รับการคำแนะนำปรึกษาเบื้องต้นที่มีความเข้มข้นแตกต่างกันไป กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำจะได้รับคำแนะนำและอาจสิ้นสุดการบริการ ณ จุดนี้ ในขณะที่กลุ่มที่เข้าข่ายติดสุราจะได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจและชักนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาต่อไป

สถานการณ์ปัจจุบัน: ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์และกระบวนการในการคัดกรองและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้นแก่กลุ่มผู้ดื่มสุราอย่างเป็นทางการในระดับประเทศ ทั้งที่การคัดกรองและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น เป็นโปรแกรมการจัดการกับกลุ่มผู้ดื่มสุราในรูปแบบอันตรายหรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาที่มีประสิทธิผลคุ้มค่า เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับกับการลงทุนเทียบกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ^(๑๒) และไม่จำเป็นต้องอาศัยเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีขั้นสูง อีกทั้งยังไม่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การให้คำปรึกษาโดยพยาบาลให้ประสิทธิผล

ตารางที่ ๑ กระบวนการคัดกรอง บำบัดรักษา พื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มสุรา กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดำเนินการ และข้อจำกัดของระบบ

มาตรการ	ขั้นตอนหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่ควรดำเนินการ	ข้อจำกัดระดับพื้นที่	ข้อจำกัดเชิงมหภาค
๑. การคัดกรองและให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น	การคัดกรอง	- ประชากรทั่วไป - ผู้ป่วยทั่วไป - ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา	บุคลากรสุขภาพทุกระดับ	- ขาดนโยบายระดับหน่วยงาน - ความตระหนัก - ศักยภาพของบุคลากร - ขาดการบูรณาการเข้าทำงานประจำ - ภาระงาน	- ขาดการวางแผนจัดการเชิงระบบ - ขาดการวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรและนโยบาย
	การให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น	ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาจากการดื่ม			
๒. การบำบัดรักษาขาดสุราและรักษาโรคร่วมทางกาย	การประเมินการคิดสุรา	ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหา	- บุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (ในกรณีไม่รุนแรง) - ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ (ในกรณีที่รุนแรง)	- ขาดความตระหนักและการรักษาเฉพาะโรคทางกายโดยไม่ได้วินิจฉัยอาการขาดสุราเป็นการเฉพาะ - ขาดศักยภาพในการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยง - ขาดการบูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพบริการ - ขาดนโยบายระดับหน่วยงาน	- ขาดการวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร - ขาดนโยบายในการสนับสนุนการประเมินและรักษาอาการขาดสุราในสถานพยาบาลทุกระดับ
	การประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรา	ผู้ที่มีภาวะเข้าข่ายคิดสุรา			
	การเฝ้าระวังและรักษาอาการขาดสุรา	ผู้ที่มีความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรา			
	การประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย	ผู้ที่มีอาการขาดสุราร่วมกับโรคอื่น			
๓. มาตรการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดสุรา	การบำบัดรักษาทางจิตสังคม	ผู้ที่มีอาการติดสุราหลังพ้นระยะถอนพิษ	บุคลากรสุขภาพในระดับทุติยภูมิ-ตติยภูมิ และปฐมภูมิที่มีความพร้อม	- ความพร้อมด้านจำนวนและการกระจายของบุคลากร - ศักยภาพของบุคลากรในการให้การบำบัดรักษา - ภาระงานในการดูแลผู้ติดสุราโดยเฉพาะในรายที่อาการรุนแรง - ขาดการสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์	- ขาดการวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร - ความพร้อมและการจัดการระบบเวชภัณฑ์ - การวางแผนจัดการเชิงระบบและนโยบาย
	การรักษาด้วยยา	ผู้ที่มีอาการติดสุราที่มีอาการไม่รุนแรงนัก			
๔. การดูแลระยะยาวหลังการรักษา	การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย	ผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษา	บุคลากรสุขภาพทุกระดับ/ชุมชน	- ระดับความพร้อมของปัจจัยโครงสร้างในแต่ละพื้นที่ - กลไกการประสานงานและสนับสนุน	- ขาดนโยบายสนับสนุนการติดตามผู้ป่วย - กลไกการบริการจัดการด้านทรัพยากรและงบประมาณ
	การติดตาม เฝ้าระวัง				



ตารางที่ ๒ การวิเคราะห์ผู้มีบทบาทหรือมีศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้มีความเสี่ยงและปัญหาการดื่มสุรา ผ่านมิติของ จุดแข็ง โอกาสที่สำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญ	จุดแข็ง	โอกาสในการพัฒนา	ปัจจัยความสำเร็จ
รัฐ กระทรวงสาธารณสุข - กรมสุขภาพจิต - กรมการแพทย์	- มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และการบำบัดสารเสพติด - มีพันธกิจในการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาสุรา	- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราให้เหมาะกับทรัพยากรโครงสร้างพื้นฐาน - สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ เช่นการถ่ายทอดองค์ความรู้ ทักษะ - การพัฒนาองค์ความรู้ วิชาการ และงานวิจัย - การกระจายบุคลากร	- การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ - ร่วมคลี่คลายประเด็นวิชาการที่ควรมีข้อยุติทางวิชาการ
กระทรวงสาธารณสุข - กรมควบคุมโรค	- มีฐานะเป็นเลขานุการคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตาม พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑	- การผลักดันมาตรการในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยคณะกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	- การประสานงานและการสนับสนุนการดำเนินการกับหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ
กระทรวงสาธารณสุข - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา - องค์การเภสัชกรรม	- มีความรับผิดชอบด้านเวชภัณฑ์โดยตรง - มีศักยภาพในการติดต่อประสานงานกับบริษัทยา	- การทบทวนและพัฒนาหาช่องทางในการลดข้อจำกัดด้านเวชภัณฑ์ รวมถึงการบรรจุเพิ่มข้อบ่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามความเหมาะสม - การยกระดับควบคุม/ส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น - ให้องค์การเภสัชกรรมพิจารณาผลิต/นำเข้า/ขึ้นทะเบียน เวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา	- มีความชัดเจนเชิงนโยบาย
กระทรวงสาธารณสุข - หน่วยงานอื่นๆ รวมถึงสถานพยาบาล	- มีโครงสร้างองค์กรกระจาย มีโอกาสในการเข้าถึงโดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	- การบรรจุให้มีการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาและการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในระบบบริการปฐมภูมิ - การพัฒนารูปแบบการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่ออาการขาดสุราในระดับโรงพยาบาลเป็นแนวปฏิบัติพื้นฐาน - การพัฒนารูปแบบระบบบริการบำบัดรักษาผู้ติดสุราและการส่งต่อให้เหมาะสม - บรรจุให้ปัญหาการดื่มสุราเป็นตัวชี้วัดการติดตามความก้าวหน้าของระบบ - สนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนและภาคประชาสังคม	- ความจริงใจและต่อเนื่องของการดำเนินงานในทุกระดับ - ศักยภาพของบุคลากรทางสุขภาพ - ยกยัดความสามารถของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิเพื่อลดภาระของสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ - การมีระบบรายงานเพื่อติดตามประเมินผล
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	- มีบทบาทและศักยภาพในการกำหนดทิศทางของการพัฒนาระบบทั้งการส่งเสริม	- พิจารณาให้การคัดกรองความเสี่ยง เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะการคัดกรองในประชากร	- การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของระบบและบุคลากร รวมถึงการ

ตารางที่ ๒ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้มีความเสี่ยงและปัญหาการดื่มสุรา ผ่านมิติของ จุดแข็ง โอกาสที่สำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญ	จุดแข็ง	โอกาสในการพัฒนา	ปัจจัยความสำเร็จ
รัฐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	ป้องกันโรคและการบำบัดรักษา - สามารถกำกับติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบ	- พิจารณาให้การให้การบำบัดทางจิตสังคมที่มีรูปแบบชัดเจนเป็นกิจกรรมเพื่อการรักษาผู้ติดสุรา - พิจารณาหาแนวทางในการลดข้อจำกัดด้านเวชภัณฑ์ และบรรจุเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมและจำเป็นในชุดสิทธิประโยชน์เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับแพทย์ - พิจารณาการจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยติดสุรารายที่รุนแรงและใช้ทรัพยากรสูงเป็นการเฉพาะ	ฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพ อย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง - อาจจะต้องตั้งคณะทำงานขึ้นมาพัฒนาแผนปฏิบัติการเป็นการเฉพาะ โดยต้องมีความเชื่อมโยงกับหลายภาคส่วน
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)	- มีความชำนาญด้านการรณรงค์สาธารณะ การพัฒนาสื่อ	- สนับสนุนกระบวนการสร้างศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ - การสร้างความตระหนักในประชากร โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง	- การประสานงานกับนักวิชาการในการพัฒนาสื่อ
กระทรวงมหาดไทย, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- มีโครงสร้างพื้นฐาน กระจายทั่วประเทศ - พันธกิจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชากรในเขตรับผิดชอบโดยตรง	- บรรจุให้ปัญหาการดื่มสุราเป็นตัวชี้วัดการติดตามความก้าวหน้า - พิจารณาจัดสรรงบประมาณจากภาษีบำรุงท้องถิ่น เช่น ส่วนรายได้ที่ได้จากร้อยละ๑๐% ของภาษีสรรพสามิตสุรา ไปใช้ในการควบคุมปัญหาสุราในระดับพื้นที่ - สนับสนุนโครงการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และโครงการติดตาม - สนับสนุนการพัฒนารูปแบบการคัดกรองบำบัดรักษาโดยชุมชน (โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพ)	- ความจริงจังและต่อเนื่อง - การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - กลไกสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่
วิชาการ สถาบันผลิตบุคลากรสุขภาพ (เช่นมหาวิทยาลัย สถาบันพระบรมราชชนก)	- ความรับผิดชอบในการผลิตบุคลากรสุขภาพ - ลักษณะการกระจายซึ่งสามารถรองรับการฝึกอบรม	- บรรจุโปรแกรมการคัดกรองบำบัดรักษาและฟื้นฟูปัญหาการดื่มสุราในหลักสูตรการศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่อง - พิจารณาความเป็นไปได้ในการจัดรูปแบบและการเป็นกลไกการฝึกอบรมแก่บุคลากรสุขภาพ	- ความเป็นไปได้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง
องค์กรวิชาชีพ ราชวิทยาลัย	- ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเฉพาะประเด็น	- ร่วมพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนและการฝึกอบรม	- ร่วมคลี่คลายประเด็นวิชาการที่ควรมีข้อมูลทางวิชาการ
แผนงานการพัฒนา รูปแบบ การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.)	- มีความรับผิดชอบในการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการด้านการบำบัดรักษาโดยตรง	- พัฒนาแนวทาง รูปแบบของการคัดกรอง บำบัดรักษาฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มสุรา - พัฒนาหลักสูตร โปรแกรมการฝึกอบรมต่อเนื่องสำหรับบุคลากรสุขภาพ	- การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ตารางที่ ๒ การวิเคราะห์ผู้มีบทบาทหรือมีศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ที่มีความเสี่ยงและปัญหาการติ่มสุรา ผ่านมิติของ จุดแข็ง โอกาสที่สำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญ	จุดแข็ง	โอกาสในการพัฒนา	ปัจจัยความสำเร็จ
รัฐ	- มีประสบการณ์ในการประสานงานกับนักวิชาการ	- การสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพเพื่อสร้างความตระหนักถึงบทบาทในการจัดการปัญหาสุราอย่างครอบคลุม กว่าการตั้งรับในสถานบริการ - พัฒนาแนวทางในการติดตามประเมินผลระบบบริการ	
ภาคประชาสังคม และชุมชน	- ความสนใจ ประสบการณ์ทั้งในระดับบุคคลและองค์กร - การมีจิตสาธารณะ	- พัฒนาแนวทางการคัดกรอง การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุราเพื่อสนับสนุน/เสริมกับรูปแบบที่ดำเนินการโดยบุคลากรสุขภาพในระบบ - พัฒนาโปรแกรมการติดตามผู้ป่วยหลังการรักษา รวมถึงการเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	- การพัฒนาโปรแกรมโดยมีวิชาการเป็นรากฐาน - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคี ระหว่างพื้นที่

ไม่ต่างจากการให้คำปรึกษาโดยแพทย์^(๑๓) การศึกษาของสายรัตน์ นกน้อย และคณะ พบว่าการให้คำปรึกษาแบบสั้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ (สถานเอนามัย) มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการติ่มของผู้ป่วย^(๑๔) นอกจากนี้ข้อมูลด้านประสิทธิผลแล้วยังพบว่า ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย โดยเฉพาะในระบบบริการปฐมภูมิมิมีความเหมาะสมในการให้บริการคัดกรองและบำบัดรักษาเบื้องต้น^(๑๕)

ทั้งๆ ที่มีข้อมูลยืนยันถึงความจำเป็น ความคุ้มค่า และความเป็นไปได้ แต่ประเทศไทยก็ยังคงขาดกลไกการคัดกรองและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้นนี้ เท่ากับว่าประเทศไทยได้ปล่อยให้กลุ่มเสี่ยงจำนวนมากยกระดับความเสี่ยงไปสู่ปัญหาที่รุนแรงขึ้นโดยไม่จำเป็น

๒. มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา (Detoxification) และโรคคร่อมทางกาย

หลักการ: อาการขาดสุรา (Alcohol withdrawal symptom) เกิดขึ้นได้ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะติดสุรา โดยอาจเกิดหลังการไม่ได้ติ่มสุราตั้งแต่ ๖-๘ ชั่วโมงและมีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่หงุดหงิด คลื่นไส้ อาเจียน ไปจนถึงเกิดอาการชัก

เพื่อคลี่คลายประสาทรอลอน^(๑๖) ในผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุรามักจะพบปัญหาสุขภาพร่วมหรือแทรกซ้อนได้สูงมาก ซึ่งอาการร่วมที่เกิดขึ้นจะเพิ่มโอกาสรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตได้ โดยกลุ่มโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการติ่มสุราโดยตรง เช่น โรคกระเพาะอักเสบจากสุรา โรคตับแข็งจากสุรา โรคตับอ่อนอักเสบแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง เป็นต้น^(๑๗)

การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราประกอบด้วย ๔ ส่วน คือ การประเมินความเสี่ยงต่อการติดสุรา, การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุรา, การเฝ้าระวังและรักษาอาการขาดสุรา และการบำบัดรักษาภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย โดยส่วนใหญ่แล้วการบำบัดในขั้นตอนนี้จะอาศัยการประเมินและเฝ้าระวังเป็นสำคัญ โดยอาศัยเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยที่ไม่รุนแรง และสามารถให้บริการได้ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

สถานการณ์ปัจจุบัน: ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่มีปัญหาการติ่มสุราจำนวนมากที่เข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยอาการนำของโรคทางกาย โดยผู้ป่วยและแพทย์เองอาจจะไม่ได้ตระหนักว่า

อาการดังกล่าวเกี่ยวข้องกับภาวะติดสุรา ทำให้ขาดกระบวนการประเมินความเสี่ยงต่อการติดสุรา และความเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุรา จึงไม่ได้เตรียมการช่วยเหลือล่วงหน้า^(๑๐) จึงมักพบปรากฏการณ์ที่ผู้ป่วยแสดงอาการขาดสุราขึ้นภายหลัง โดยไม่มีระบบรองรับ

บุคลากรทางสุขภาพจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้เฝ้าระวังและให้การรักษาอาการขาดสุราอย่างถูกต้อง บางส่วนเป็นการรักษาตามอาการ บางส่วนขาดการเฝ้าระวังจนเกิดอาการขาดสุรารุนแรงจนเกิดอันตรายกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเกิดอาการอาละวาด คลุ้มคลั่ง ทำร้ายตัวเอง กระโดดตึก บางส่วนได้รับการส่งต่อโดยไม่จำเป็น ทั้งที่หากมีการประเมินความเสี่ยงต่อการติดสุรา ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุรา และเฝ้าระวังให้การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมด้วยยาพื้นฐานที่มีในทุกโรงพยาบาล (เช่น Diazepam) แล้ว จะสามารถป้องกันการสูญเสียด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ตามมาได้อย่างมหาศาล นอกจากนี้ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเมื่อพ้นระยะถอนพิษสุราแล้ว มีผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการส่งต่อเข้าสู่การบำบัดรักษาอาการขาดสุราอย่างที่ควรจะเป็น ทำให้ปัญหาการติดสุราและเกิดอาการขาดสุรากลับเป็นซ้ำแล้วซ้ำอีก^(๑๖,๑๗)

นอกจากนี้ระบบบริการในปัจจุบันยังขาดความพร้อมในการให้บริการกลุ่มผู้ติดสุราที่ไม่ได้มีอาการนำมามีอาการทางกาย เช่น ผู้ที่ต้องการเลิกสุรา หรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่ถูกส่งต่อมาจากระบบคัดกรอง บุคลากรสุขภาพมักไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าว และอาจส่งต่อหน้าที่การดูแลอาการขาดสุราไปที่สถานพยาบาลเฉพาะทางโดยไม่จำเป็น ทั้งที่สถานบริการในทุกระดับควรมีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในรายที่อาการไม่รุนแรง

๓. มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (Alcohol Treatment and Rehabilitation)

หลักการ: การบำบัดรักษาในขั้นตอนนี้ดำเนินการหลังจากผู้ป่วยพ้นระยะขาดสุรา การบำบัดรักษามีหลากหลายรูปแบบและอาศัยกลไก กระบวนการต่างกัน เช่น การบำบัดรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) ในรูปแบบของการ

บำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy/CBT) หรือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing; MI/Motivational Enhancement Therapy; MET) และการรักษาด้วยยา (Pharmacological Treatment) โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ติดสุราสามารถหยุดดื่ม หรือควบคุมการดื่มสุราของตนได้ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งรูปแบบของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยระยะเวลาในการบำบัดรักษาขั้นตอนนี้มีความแตกต่างกัน ในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนนั้นมักต้องใช้เวลานานในการรักษา

สถานการณ์ปัจจุบัน: มีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลบำบัดทางจิตใจและฟื้นฟูในการควบคุมการดื่มสุราและปัญหาที่ตามมาในผู้ติดสุราได้ รวมถึงการศึกษาในประเทศไทยเช่นข้อมูลที่ยืนยันให้เห็นถึงประสิทธิผลของ MI ในผู้ป่วยติดสุราต่อการลดปริมาณการดื่ม^(๑๙) หรือประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ติดสุราแบบผสมผสาน MI, CBT และปรัชญาพุทธศาสนา (Buddhism-Motivational Interviewing-Cognitive Behavioral Therapy) ในการลดปริมาณการดื่มลงอย่างมีนัยสำคัญ^(๒๐) ในสถานการณ์จริงของระบบบริการสาธารณสุขไทยพบว่า มีสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านนี้้อยมาก และการให้การบำบัดทางจิตใจที่มีรูปแบบชัดเจน เช่น CBT หรือ MI นั้น มีจัดบริการเฉพาะในโรงพยาบาลเฉพาะทางหรือในคลินิกจิตเวชหรือสารเสพติด ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนที่สนใจบางแห่งเท่านั้น^(๑๐)

นอกจากนี้ยังมีปัญหาประเด็นเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการให้การรักษาดูแล ในปัจจุบันพบว่า การรักษามีปัญหาการดื่มสุราเมื่อยาให้เลือกใช้อย่างจำกัด ทำให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราไทยขาดโอกาสในการเข้าถึงยาที่สามารถควบคุมการดื่มและลดอาการอยากดื่มได้ เวชภัณฑ์ที่มีในปัจจุบันมีเพียงยา Disulfiram เท่านั้นและก็มีประสิทธิผลต่ำและมีผลข้างเคียงอันตราย มีการนำไปใช้ในทางที่ผิด (เช่น การให้ยาตนเอง หรือให้แก่คนที่ตนต้องการให้เลิกดื่มโดยไม่ปรึกษาบุคลากรสุขภาพ) อีกทั้งสถานพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มี Disulfiram ใช้ ในขณะที่ยา



Acamprosate ที่มีหลักฐานว่าเป็นยาที่มีประสิทธิผลคุ้มค่า^(๒๑) และใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ แต่ยังไม่มีการนำเข้ามาใช้ในประเทศไทย ซึ่งอาจจะเป็นจากเหตุผลทางธุรกิจของผู้ประกอบการเอกชน เหตุผลข้างต้นทำให้แพทย์บางส่วนต้องหาทางเลือกโดยหันมาใช้เซกซ์แทนที่ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อบำบัดรักษาผู้ติดสุราโดยตรงมาใช้ทดแทน เช่น ยา Topiramate ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีข้อบ่งใช้เป็นยากันชักหรือรักษาไมเกรน และยังมีราคาสูง^(๑๐)

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการบำบัดรักษาในรูปแบบทางเลือกมากขึ้น เช่น แนวทางกลุ่มบำบัดตนเอง (self help group) รวมถึงแนวทางการบำบัดนอกสถานพยาบาลโดยอาศัยบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อทางศาสนา มีข้อมูลยืนยันให้เห็นถึงประสิทธิผลของหลายแนวทางการบำบัดรักษาทางเลือก เช่น แนวทางของกลุ่มสุรานินาม (Alcohol Anonymous/ AA) แนวทางต่างๆ นี้จึงสามารถนำมาเป็นทางเลือกและกลไกเสริมประสิทธิผลของการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล และการบำบัดรักษานอกสถานพยาบาลนั้น อาจต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน และควรได้รับการสนับสนุนจากทั้งภาควิชาการและระบบบริการสุขภาพด้วย

โดยสรุปความพร้อมของสถานพยาบาลและศักยภาพของบุคลากรในระบบและความพร้อมด้านเวชภัณฑ์ ยังเป็นข้อจำกัดสำคัญของระบบการบำบัดรักษา โดยการบริการสำหรับผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องใช้ระยะเวลานาน และมีกิจกรรมเข้มข้นจึงอาจมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง

๔. มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา (After care)

หลักการ: มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา เป็นมาตรการที่ต้องการให้ผู้ที่เคยประสบปัญหาจากการดื่มและหยุดดื่มได้ สามารถกลับเข้าสู่สังคมและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่กลับมามีปัญหาอีก ซึ่งแนวทางในการดำเนินการขั้นตอนนี้มีหลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับพื้นที่และบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน โดยหลายพื้นที่ตัวอย่างแสดงให้เห็นว่าบุคลากรสุขภาพสามารถมีบทบาทในการติดตามผู้ป่วย ทั้งเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจ และศักยภาพใน

การควบคุมการบริโภคของตนและบุคคลในครอบครัว ในขณะที่ชุมชนจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลขั้นตอนนี้ โดยเฉพาะในบทบาทการเฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรม รวมถึงปัจจัยทางสังคมรอบตัวผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา ดังนั้นการประสานงานและความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชนและระบบบริการสุขภาพจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จในการดูแลขั้นตอนนี้

สถานการณ์ปัจจุบัน: แม้ว่าจะมีหลายพื้นที่ตัวอย่างนำร่องที่ยืนยันได้ถึงความเป็นไปได้และความสำเร็จ แต่ในปัจจุบันนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวหลังการรักษา รวมถึงระบบติดตามของบุคลากรสุขภาพยังไม่มีชัดเจน ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาไม่สามารถควบคุมการบริโภคของตนได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในหลายชุมชนอาจจะมีทุนทางสังคมและความพร้อมในการรองรับระบบดังกล่าว เพียงแต่การดำเนินงานในปัจจุบันยังต้องขึ้นอยู่กับความตระหนักของปัญหาของพื้นที่ โดยบุคลากรสุขภาพสามารถแสดงบทบาทในการสนับสนุนและประสานงานให้เกิดกิจกรรมโดยชุมชน

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบ

การพัฒนาระบบการคัดกรอง บำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา ต้องอาศัยการบริหารจัดการเชิงระบบที่ได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับพื้นที่และระดับมหภาค ความร่วมมือในการดำเนินงานของหน่วยงาน รวมถึงระหว่างหน่วยงานสถานบริการ และหน่วยงานระดับพื้นที่รวมถึงชุมชนเอง เพื่อบูรณาการการบริการจากทุกฝ่ายเข้าด้วยกัน และควรมีการดำเนินงานบนพื้นฐานทางวิชาการ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรและระบบในการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตารางที่ ๒ แสดงถึงผลการระดมสมองผู้เชี่ยวชาญเพื่อวิเคราะห์จุดแข็งและโอกาสที่สำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบผ่านบทบาทของผู้เกี่ยวข้องและผู้ที่มีศักยภาพ^(๑๐)

ระบบการบริหารจัดการและทรัพยากร

การบำบัดรักษาผู้มีอาการติดเชื้อได้ดำเนินการมาต่อเนื่องตามความรับผิดชอบหลักของกระทรวงสาธารณสุข แต่ในปัจจุบันยังไม่มีระบบการบำบัดรักษาผู้มีภาวะติดเชื้อและระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นทางการในระดับประเทศ และยังไม่ได้ถูกผนวกเข้าไปในการบริการระดับปฐมภูมิ และระบบประกันสุขภาพเป็นการเฉพาะ โดยข้อจำกัดสำคัญของระบบการบำบัดรักษา ประกอบด้วย การเข้าถึงระบบของผู้มีปัญหา และมีความเสี่ยง มาตรการของระบบการคัดกรองและการบำบัดรักษา ทรัพยากรในระบบ และศักยภาพในการติดตามประเมินผล ส่วนการบำบัดรักษาโดยบุคลากรที่มีใบอนุญาตสุขภาพ ยังไม่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในประเทศไทย

แม้ว่าภายใต้ระบบปัจจุบัน การให้บริการ คัดกรองบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้มีปัญหาจากการติดเชื้อ จะสอดคล้องกับภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข และครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการมีกรรณการจำกัดระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวช ประเภทผู้ป่วยใน ในปี ๒๕๕๓ จากเดิมที่กำหนดไว้ไม่เกิน ๑๕ วัน^(๒๒)

การประชุมปรึกษาหารือผู้เชี่ยวชาญสามารถสังเคราะห์ข้อจำกัดสำคัญใน ๕ ประเด็นของระบบบริหารจัดการเชิงนโยบายและทรัพยากร ดังนี้

๑. การขาดความชัดเจนด้านนโยบาย

แม้ว่าจะมีข้อมูลวิชาการแสดงถึงขนาดของภาระโรคจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่หน่วยงานสำคัญในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยทั้งกระทรวงสาธารณสุขและสสช. ก็ยังไม่มีการกำหนดแนวทางการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระบบบริการสุขภาพ และยังไม่มีความเป็นรูปธรรมของการบูรณาการการจัดการปัญหาสุราเข้าสู่กลไกการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๒. ระบบการพัฒนาศักยภาพและแรงจูงใจของบุคลากรสุขภาพ

เช่นเดียวกับการบริการสุขภาพอื่นๆ ศักยภาพของ

บุคลากรเป็นหัวใจของการบริการแก่ผู้มีปัญหาสุรา ในปัจจุบันเนื้อหาวิชาการเกี่ยวกับการจัดการปัญหาสุรายังไม่ได้ถูกบรรจุเข้าไปในหลักสูตรของการผลิตบุคลากรสุขภาพ โดยอาจมีเพียงบางสายวิชาชีพเฉพาะเท่านั้นที่มีการเรียนการสอนในประเด็นนี้อย่างชัดเจน และยังไม่พบว่ามีโครงการพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากรในระบบหลังจบการศึกษา โดยอาจจะมีเพียงการอบรมในระดับเล็กๆ เป็นครั้งคราวเท่านั้น นอกจากนี้ระบบปัจจุบันยังขาดการพัฒนาบุคลากรให้มีความสนใจในการให้บริการแก่ผู้มีปัญหาสุรา

๓. ระบบการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

ในปัจจุบัน บทบาทของระบบบริการสุขภาพต่อการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในประเด็นปัญหาสุรายังไม่ชัดเจนนัก โดยมีเพียงสถานพยาบาลไม่กี่แห่งเท่านั้นที่ดำเนินการเชิงรุก ซึ่งเกือบทั้งหมดอาศัยความสนใจส่วนตัวของบุคลากร ประเด็นพฤติกรรมกรรมการดื่มและปัญหาที่ยังไม่ได้ถูกบรรจุเข้าไปในกิจกรรมระบบการคัดกรองโรคและข้อมูลชุมชน (ดังเช่นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) นอกจากนี้หน่วยงานที่มีศักยภาพในการสนับสนุนด้านวิชาการส่งเสริมสุขภาพในประเด็นสุราอย่างเช่นกรมสุขภาพจิตก็ยังมีบทบาทไม่ชัดเจนนัก

๔. การบริหารทรัพยากรในการบำบัดรักษา

ในแนวทางการปฏิบัติปัจจุบัน บุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์มักไม่ให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยปัญหาจากการติดเชื้อ ส่วนหนึ่งอาจมาจากคะแนนสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group/ DRG) ของปัญหาแอลกอฮอล์มีค่าค่อนข้างต่ำ นอกจากนั้น ระบบของคะแนนตามการวินิจฉัยยังไม่ค่อยจูงใจให้บุคลากรจัดกิจกรรมการบริการอย่างเข้มข้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะการบริการสำหรับผู้ที่มีอาการรุนแรงที่ต้องการทรัพยากรสูงและใช้เวลานาน นอกจากนั้นในทางปฏิบัติมักมีความสับสนและเกิดความไม่มั่นใจว่าการให้บริการแก่ผู้มีปัญหาสุราจัดอยู่ในประเด็นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดซึ่งอยู่นอกชุดสิทธิประโยชน์หรือไม่



๕. ระบบการติดตามประเมินผล

มีข้อเสนอให้มีการบรรจุผลงานด้านการจัดการปัญหาสุราเป็นตัวชี้วัดสำคัญของระบบบริการสุขภาพทั้งในระดับสถานพยาบาลและพื้นที่ รวมถึงเป็นประเด็นในการตรวจราชการซึ่งแนวทางดังกล่าวน่าจะเป็นเงื่อนไขในการยกระดับการบริการอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากในปัจจุบันยังขาดกลไกทั้งการติดตามและการประเมินผลสมรรถภาพของระบบบริการในประเด็นปัญหาสุรา

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการพัฒนาระบบการคัดกรอง บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับกลุ่มเสี่ยง/ผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น ควรมีการบูรณาการดำเนินงานเพื่อจัดการกับปัญหาที่มีความครอบคลุมในทุกกลุ่มมาตรการ มิใช่การคัดเลือกและการบรรจุมาตรการใดมาตรการหนึ่งเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะที่เป็นแนวทางเชิงรุกในการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้แก่การพัฒนาระบบการคัดกรอง บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรามีดังนี้

๑. เสนอให้การบริการสำหรับผู้ที่ดื่มสุราเป็นโปรแกรมเฉพาะ (vertical program) ของ สปสช. โดยทำงานร่วมกับองค์กรที่ดำเนินการอยู่แล้ว เช่น กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ แผนงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (มรส.) และสถานพยาบาลทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เป็นต้น
๒. การดำเนินงานในโปรแกรมที่จัดขึ้น ควรเน้นการลดช่องว่างของระบบการคัดกรอง บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ดื่มสุรา เช่น
 - มีการพิจารณาให้การคัดกรองความเสี่ยงและการติดตามผู้ป่วย เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะการคัดกรองในประชากรทั่วไป
 - มีการพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะบุคลากรที่จะปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการปฐมภูมิ และจัดการอบรมอย่างต่อเนื่องสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่

โดยบรรจุโปรแกรมการคัดกรอง บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพในหลักสูตรการศึกษาและการฝึกอบรมต่อเนื่อง

- พิจารณาหาแนวทางในการลดข้อจำกัดด้านเวชภัณฑ์ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมสุขภาพจิต สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และองค์การเภสัชกรรม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณ พญ. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ ที่เอื้อเฟื้อข้อมูลผลการดำเนินงานของแผนงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (มรส.) และ นพ. ภูษิต ประคองสาย สำหรับคำแนะนำในการจัดทำบทความ

เอกสารอ้างอิง

๑. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva, World Health Organization; ๒๐๑๐.
๒. Global assessment of public-health problems caused by harmful use of alcohol, and Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, World Health Organization; ๒๐๐๕.
๓. World Health Organization. The World Health Report ๒๐๐๒: Reducing risks, promoting healthy life; ๒๐๐๒
๔. มนทรัตม์ ฉารวจเจริญทรัพย์ และคณะ. การศึกษาด้านทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินผลเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; ๒๕๕๑.
๕. คณะทำงานศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง, รายงานผลการศึกษา เรื่องภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. ๒๕๔๗. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี; ๒๕๕๐
๖. วชิระ เพ็งจันทร์ และคณะ. ระบาดวิทยาโรคจิตเวชของคนไทย: การศึกษาระดับชาติปี ๒๕๕๑. กรมสุขภาพจิต. (ระหว่างตีพิมพ์)
๗. บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, วรวรรณ จูฑา, ธรณินทร์ กองสุข, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติ ๒๕๕๑. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ๒๕๕๔.
๘. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๐. กรุงเทพมหานคร; ๒๕๕๑.
๙. ข้อมูล จำนวนการบริการผู้ป่วยนอก ในกลุ่ม ภาวะแปรปรวนทางจิต และพฤติกรรม จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mental and behavior disorders due to use of alcohol :F๑๐) ของโรงพยาบาลในสังกัดของ

- กระทรวงสาธารณสุข จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๒.
๑๐. รายงานการประชุมการประชุมผู้เชี่ยวชาญ เรื่อง มาตรการคัดกรองรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ดื่มสุรา. วันศุกร์ที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๕๑ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
 ๑๑. Babor TF, Higgins-Biddke JC, Saunder JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test: guideline for use in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
 ๑๒. Wutzke SE, Shiell A, Gomel MK, Conigrave KM. Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Soc Sci Med* 2001;52:863-70.
 ๑๓. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Dauser D, Bursleson JA, Zarkin GA, Bray J. Brief interventions for at-risk drinking: patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. *Alcohol* 2006;41:624-31.
 ๑๔. สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, งาม รังสินธุ์, อุษา ดันดีแพทยางกูร. ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษากับผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก; ๒๕๔๗.
 ๑๕. สายรัตน์ นกน้อย. การบำบัดแบบสั้นในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ; ๒๕๕๒.
 ๑๖. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. การป้องกันรักษาภาวะถอนพิษสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดสุราผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.); ๒๕๕๒.
 ๑๗. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ, สุนทรี ศรีโกไสย (บรรณาธิการ). แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต; ๒๕๔๕.
 ๑๘. Ntais C PE, Kyzas P, Ioannidis JPA. Benzodiazepines for alcohol withdrawal (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* ๒๐๐๘;๑:๑๖๔.
 ๑๙. อรัญญา แพทย์, ลลิตา ศรีธรรมชาติ, มณฑิรา เมธา, บังอร สุปรีดา, มานิต ศรีสุรภานนท์, ธีรรัตน์ บริพัทธกุล. การให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจในการรักษาผู้ติดสุรา. การประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ ปี ๒๕๔๕ “ฉลองศิริราชสมบัติครบ ๕๐ ปี นวัตกรรมบำบัดรักษาเสพติดเพื่อชีวิตที่ดีทุกทิศทั่วไทย”; วันที่ ๑๕-๒๐ กรกฎาคม ๒๕๔๕; ณ อิมแพค คอนเวนชันเซนเตอร์ ฮอลล์ ๕ เมืองทองธานี. จังหวัดนนทบุรี; ๒๕๔๕.
 ๒๐. ครุณี ภูขาว. BUMI-CBT กับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดื่มสุรา นำเสนอในงานประชุมวิชาการสุราระดับชาติครั้งที่ ๑ ของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ระหว่างวันที่ ๑๓-๑๕ กรกฎาคม ๒๕๔๘ ณ โรงแรมปรีณิพพาเลซ กรุงเทพมหานคร; ๒๕๔๘.
 ๒๑. มานิต ศรีสุรภานนท์. การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา. แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ(พรส.); ๒๕๕๒.
 ๒๒. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๔ เล่มที่๑: การบริหารบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; ๒๕๕๓.