

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบบูรณาการ โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา Effectiveness of the Integration Treatment Program for People with Alcohol Abuse in Chiangmuan Hospital, Phayao Province.

สมภพ เมืองชื่น พ.บ.,
จิราภา เจริญสุข พย.บ.,
สุพรรณษา วงศ์แพทย์ พย.บ.,
โรงพยาบาลเชียงใหม่
จังหวัดพะเยา

Sompob Muangchun M.D.,
Jirapa Charoensuk B.N.S.,
Supansa Wongpat B.N.S.,
Chiangmuan Hospital,
Phayao

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบบูรณาการในอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยนำ FRAMES structure และ i-map health มาเป็นต้นแบบในการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับแนวคิดการบริการแบบไร้รอยต่อ (lean and seamless) บูรณาการด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในคลินิกบำบัดสุราของโรงพยาบาลเชียงใหม่ คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ส่วนกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ เจ้าหน้าที่พยาบาลและสาธารณสุขในโรงพยาบาลเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดำเนินการศึกษารวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 3 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2557 – 31 ธันวาคม 2559

ผลการศึกษา : โรงพยาบาลเชียงใหม่ ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ภายใต้การสร้างร่วมมือกับบุคลากรและภาคีเครือข่าย มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นโยบายสาธารณะเพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม มีการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกจุดบริการ จากการประเมินประสิทธิผลพบว่า ร้อยละ 93.14 เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.78 อายุระหว่าง 40 - 60 ปี ผู้มีปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ทุกคนได้รับการส่งต่อเข้ารับคำปรึกษาจากคลินิกบำบัดสุรา ด้วยวิธีการบำบัดแบบสั้นร่วมกับการเสริมสร้างสมรรถภาพแห่งตน และผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกรายสมัครใจขอลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงโดย

ไม่ใช้ยา ส่วนการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทั้งหมด 24 ราย พบว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินติดตามอาการขาดสุราในขณะที่การดูแลระยะยาวหลังการรักษาพบว่า กลุ่มที่เข้าบำบัดรักษาได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน จนสามารถเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ทุกราย

สรุป : ประสิทธิภาพรูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบบูรณาการโรงพยาบาล เชียงม่วน จังหวัดพะเยา ภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การระดมสรรพกำลังจากทุกภาคส่วนผ่านกลไกระดับชุมชน โดยใช้มิติทางวัฒนธรรมและสังคมเป็นฐานในการแก้ไขปัญหาพร้อมกับมาตรฐานการดูแล จะนำไปสู่ประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการแก้ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติได้อย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล ผู้ดื่มสุรา

วารสารแพทย์ เขต 4-5 2560; 36(2) : 89-100.

ABSTRACT

Objective : This study aims to develop and assess the integration alcohol treatment program in Chiangmuan Hospital, Phayao Province, for purpose of treatment model development as well.

Method : The quasi-experimental research designed by applying FRAMES structure, i-map health and lean and seamless services, which integrated by multi-disciplinary team to develop and assess the alcohol treatment program in Chiangmuan Hospital, Phayao Province. The samples were health officials and patients with caregivers who selected by purposive sampling and simple random sampling, respectively. This research was done in 3 years from 1 January 2014 to 31 December 2016.

Results: Chiangmuan Hospital developed the integrated alcohol treatment program including of clinical treatment system which was integrated in all clinics and participated by multi-disciplinary health officials and public policy promotion. The research results illustrated that patients with alcohol abuse were 93.14 % of male and 60.78 % of age between 40 - 60 yrs, while every patient was admitted of alcohol abuse clinic and received brief advice (BA) therapy with self-competency promotion. Patients who had high score risk of alcohol withdrawal were referred from the clinic to receive treatment by physicians. All of 24 patients were assessed and received follow up and home visit until clinical approved as well.

Conclusion : The participatory of all health network including health organization, local administration and community which manage with social and cultural dimension to solving alcoholic treatment problem will recommended for efficiency on alcoholic solving in all community and national level as well.

Keywords : treatment program alcohol abuse

Reg 4-5 Med J 2017;36(2) : 89-100

บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจกล่าวได้ว่าเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทยปัจจุบันซึ่งทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อมิติด้านสุขภาพ เช่น การเกิดภาวะโรค การเกิดอุบัติเหตุทางจราจร การบาดเจ็บในช่วงเทศกาลวันหยุดยาวและสุขภาพจิต เป็นต้น รวมทั้งมิติด้านสังคม ได้แก่ การเกิดอาชญากรรม ความรุนแรงในครอบครัว ตลอดจนต้นทุนทางสังคมและการสูญเสียผลิตภาพ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อวันในอัตราที่สูงประเทศหนึ่งของโลก¹ กล่าวคือประชาชนไทยที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป กว่าร้อยละ 31.54 ของประชากรวัยผู้ใหญ่บริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ และจากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2554 พบว่า ประชาชนไทยที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นนักดื่มในปัจจุบัน (current drinker) หรือผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 16,992,017 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ ประชากรจำนวน 32,189,553 คน คิดเป็นร้อยละ 59.7 ไม่ดื่มและไม่เคยดื่มเลยในชีวิต และประชากรอีกส่วนหนึ่ง จำนวน 4,714,885 คน คิดเป็นร้อยละ 8.7 เคยดื่มแต่ไม่ได้ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาอีกทั้งพบว่า ความชุกของนักดื่มมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยที่ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรผู้ใหญ่เพศชายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ในขณะที่ประชากรผู้ใหญ่เพศหญิงที่ดื่มมีประมาณร้อยละ 11 ซึ่งเปรียบเทียบอย่างหยาบได้ว่า ประชากรผู้ใหญ่เพศชายมีความชุกการดื่มสูงกว่าประชากรผู้ใหญ่เพศหญิงประมาณ 5 เท่า²

แม้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นสิ่งถูกกฎหมายในเกือบทุกประเทศทั่วโลก แต่ข้อมูลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพในเชิงลบมากกว่าเชิงบวกหลายสิบเท่า ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะโรค

และความบาดเจ็บเป็นอันดับต้นๆ เมื่อเทียบกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุหนึ่งของความเจ็บป่วยกว่า 60 โรค รวมถึงส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวม นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่ออีกด้วย โดยพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับต้นหลายโรคด้วยกัน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (traffic accidents) เบาหวาน (diabetes) การติดสุรา (alcohol dependence) โรคเอดส์ (HIV/AIDS) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) มะเร็งตับ (liver cancer) และโรคซึมเศร้า (depression)³ เป็นต้น และยังพบว่าโรคและการบาดเจ็บที่เป็นต้นเหตุสำคัญของความสูญเสียทางสุขภาพเกือบทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างชัดเจน ในภาพรวมของประเทศการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรไทยในเพศชายถึง 20,842 ราย หรือ ร้อยละ 8.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในปี 2552 และการดื่มสุราได้ทำให้ประชากรไทยตายก่อนวันอันควรนับรวมเป็น 408,839 ปีของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (YLL) คิดเป็นร้อยละ 10.9 ของการสูญเสียจำนวนปีจากการตายก่อนวัยอันควรทั้งหมด ซึ่งเป็นที่แน่นอนว่าเหยื่อจากปัญหาสุราจำนวนไม่น้อยที่ต้องอยู่กับความพิการโดยไม่ได้เสียชีวิตทันที การศึกษาภาวะโรคได้ประมาณการว่าการดื่มสุราได้ทำให้ประชากรไทยมีชีวิตอยู่กับความพิการสะสมถึง 504,016 ปี หรือคิดเป็นร้อยละ 24.4 ของปีแห่งการสูญเสียจากความพิการ (YLD) และยังก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ถึง 912,885 ปี หรือ ร้อยละ 15.7 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ แล้ว การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอันดับหนึ่ง เมื่อพิจารณาจากความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอันดับสาม เมื่อพิจารณาจากการเสียชีวิต และจำนวนปีการเสียชีวิตก่อนวัยอัน

ควร (YLL) ในหน่วยของ DALYs หรือการสูญเสียปีแห่งสุขภาพ ซึ่งหมายความว่า ปีที่คนจะมีชีวิตที่มีสุขภาพที่ดีได้สูญเสียไปแล้ว โดยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งก่อโรคในรูปแบบของปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตสูงสุด รองลงมาคือ บาดเจ็บ (ร้อยละ 23) และโรคตับแข็ง (ร้อยละ 9)⁴ โดยพบว่า ร้อยละ 73 และ 50 ของโรคตับแข็งในเพศชายและหญิง ตามลำดับ เป็นผลจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (attributable fraction) สำหรับในประเทศไทยจากข้อมูลการศึกษาของคณะทำงานภาระโรคพบว่า โรคตับแข็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากร 12,232 คน ในปี 2552 หรือเป็นอันดับที่ 9 และ 16 ในประชากรเพศชายและหญิงตามลำดับ⁵

นอกจากนี้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นตัวนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตโดยมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.5 เท่านั้นที่มีการเข้าถึงการบริการ แต่ก็สามารถก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้มีภาวะติดสุรา คิดเป็นมูลค่าถึง 430 ล้านบาทต่อปี หากมีจำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะติดสุรามากขึ้น ย่อมส่งผลให้ภาระของสังคมในแง่ต้นทุนการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย จากข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติโรคจิตเวชของคนไทยที่มีอายุระหว่าง 15 – 59 ปี ในปี 2551 ประเมินการได้ว่า คนไทยวัยดังกล่าว จำนวน 43 ล้านคน มีประชากรที่เข้าข่ายมีความผิดปกติในพฤติกรรม การดื่มสุรามากถึง 5 ล้านคน หรือร้อยละ 11.7 ในจำนวนนี้ มีผู้เข้าข่ายถูกวินิจฉัยได้ว่าใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทางที่ผิด (alcohol abuse) 2.12 ล้านคน และเข้าข่ายมีภาวะติดสุรา (alcohol dependence) 2.94 ล้านคน และมี 3.5 แสนคนที่มีปัญหาทั้งจากการดื่มสุราและปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล โรคจิตเภท และอื่นๆ อีกมาก การดื่มสุรานำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และทำร้ายตนเอง โดยภาระโรคที่มีสัดส่วนสูงที่สุดจากการดื่มสุรา คือ ปัญหาสุขภาพจิต

ซึ่งมีขนาดมากกว่าการบาดเจ็บและโรคตับแข็ง และภาระโรคด้านสุขภาพจิตยังชัดเจนในประชากรเพศชาย โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถเชื่อมโยงไปสู่การทำร้ายตนเอง ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าหากไม่มีการดื่มแอลกอฮอล์แล้ว การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จจะลดลง ระหว่างร้อยละ 16 ถึง 41 นอกจากนี้ การดื่มสุรายังทำให้เสียชีวิตถึง 916 ราย จากการฆ่าตัวตาย (suicide) ในปี 2552 หรือ คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งหมด 5,992 คน⁶

ในขณะที่ผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ยังมีผลต่อความรุนแรงในครอบครัว (domestic violence) โดยนอกจากจะส่งผลให้เกิดการลงไม้ลงมือ ทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังส่งผลให้เกิดการทำร้ายทางจิตใจ การไม่ใส่ใจดูแลและการล่วงละเมิดทางเพศ ระหว่างสมาชิกที่มีความสัมพันธ์ฉันทันทีในครอบครัวเดียวกัน การกระทำผิดที่นำไปสู่การประกอบอาชญากรรมได้ง่าย และในขณะเดียวกันการดื่มสุรายังทำให้ผู้ดื่มมีโอกาสตกเป็นเหยื่ออาชญากรรม⁷ โดยประมาณได้ว่าการดื่มสุราทำให้เกิดการเสียชีวิตจากการทำร้ายผู้อื่น (homicide) ถึง 1,242 ราย ในปี 2552 หรือ คิดเป็นร้อยละ 23.6 จากการถูกทำร้ายโดยรวม 5,252 ราย ทั้งนี้ผู้ก่ออาชญากรรมจำนวนมากครั้งหนึ่งมีการดื่มสุราก่อนการกระทำผิด และยังพบว่า ผู้ประกอบอาชญากรรมเกี่ยวกับความผิดต่อชีวิตและร่างกายมักมีพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นประจำสม่ำเสมอมากกว่าการดื่มสุรานานๆ ครั้ง หรือไม่ดื่มเลย⁸ และที่สำคัญเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ โดยพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดต้นทุนทางตรงในด้านค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สำหรับโรคที่มีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงต้นทุนทางอ้อม พบว่าก่อให้เกิดต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพ จากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยพบว่ามีต้นทุนที่เกิดจากการเสีย

ชีวิตที่มีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นทำให้
ผลิตภาพของครอบครัวและสังคมลดลง รวมทั้งต้นทุน
จากการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานและการขาด
ประสิทธิภาพการทำงานอันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์อีกด้วย⁹

ศูนย์วิจัยปัญหาสุราได้รายงานสถานการณ์
ปัญหาการดื่มสุราในประเทศไทย ในปี 2554 พบว่า
จังหวัดพะเยา มีความชุกของนักดื่มสูงสุดของประเทศ
ในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่และในระดับอำเภอพบว่า
อำเภอเชียงม่วนถือเป็นอันดับ 1 ที่มีความชุกของการ
ดื่มสุราในกลุ่มวัยรุ่นและวัยแรงงาน จากสถานการณ์
ปัญหาดังกล่าวถือว่าอำเภอเชียงม่วนมีผลกระทบจาก
ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอัตราที่สูงและมี
แนวโน้มเพิ่มมากขึ้น¹⁰ โดยจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล
ในระบบโปรแกรม Hos XP ที่เกี่ยวข้องกับสุรา ในปี
2555 - 2557 พบว่ามีผู้ดื่มสุราที่เข้ารับบริการทั้งหมด
ร้อยละ 17.9 ผู้มีปัญหาดื่มสุรา ร้อยละ 3.4 ผู้ป่วยโรคจิต
จากสุรา จำนวน 17, 15 และ 20 ราย ผู้ป่วยในที่มีภาวะ
ถอนพิษสุรา จำนวน 46, 30 และ 18 ราย ผู้มีปัญหา
การดื่มสุราเข้ารับการรักษาในคลินิกบำบัดสุรา จำนวน
17, 18 และ 10 ราย ตามลำดับ

การวิเคราะห์ระบบบริการดูแลผู้มีปัญหา
ดื่มสุราพบว่า ระบบการคัดกรองผู้ดื่มสุรา ยังไม่ครอบคลุม
ทุกหน่วยงาน แบบคัดกรองยังไม่ได้มาตรฐาน มีระบบ
ส่งต่อแต่ไม่มีระบบติดตาม และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์
ยังไม่มีมีการบำบัดแบบสั้น การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษ
สุรา การดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราไม่เป็นมาตรฐาน
เดียวกัน รูปแบบคลินิกบำบัดสุราไม่ชัดเจนผู้ป่วยไม่มา
ตามนัด ไม่มีมาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา
และบุคลากรขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้มีปัญหาดื่ม
สุรา มีทัศนคติ “ดูแลคนไข้ให้เข้าถึงยาก มีน้อยราย
ที่จะเลิก” “ไม่รู้วิธีเข้าหาผู้ป่วย ไม่กล้าแนะนำ” “มีความ
เสี่ยงสูงในการดูแล” “การดูแลยาก ใช้ทรัพยากรมาก”
ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงประสงค์พัฒนาและ

ประเมินรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยาขึ้น เพื่อ
ให้เกิดการดูแลรักษาและแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพรูปแบบ
การดูแลผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ
บูรณาการโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-
experimental research) โดยนำเอารูปแบบการ
พัฒนาระบบบริการตาม FRAMES structure¹¹ และ
i-map health¹² ที่มุ่งเน้น 5 องค์ประกอบ ได้แก่
1) การประเมินภาวะติดสุราและโรคร่วมทางจิตเวช
2) การพยาบาลผู้ติดสุราระยะฟื้นฟูสภาพ 3) การบำบัด
รักษาด้วยจิตสังคมบำบัด 4) การบำบัดรักษาด้วยยา
และ 5) สุขภาพจิตผู้ดูแลและการให้คำปรึกษาคอครัว
มาเป็นต้นแบบในการพัฒนารูปแบบการรักษาผู้บริโภค
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบบูรณาการร่วมกับแนวคิดการ
จัดระบบบริการด้วยกระบวนการไร้รอยต่อ (lean and
seamless)¹³ ด้วยทีมสหสาขาที่ชัดเจน ประกอบด้วย
การพัฒนามาตรฐานการคัดกรอง การบำบัดรักษาภาวะ
ถอนพิษสุราและการฟื้นฟูสภาพ การดูแลระยะยาวหลัง
การรักษาด้วยรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน
(coaching program)¹⁴ ภายใต้การพัฒนาศักยภาพ
บุคลากรให้มีสมรรถนะที่มีมาตรฐานเหมาะสม ร่วมกับ
การดำเนินงานภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
และประเมินประสิทธิผลรูปแบบดังกล่าวเพื่อนำไปสู่
การพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง แบ่งการศึกษา
วิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนารูป
แบบการดูแลผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
โรงพยาบาลเชียงใหม่ ระยะที่ 2 การนำรูปแบบการดูแล

ผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเชียงใหม่ ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบในการดำเนินการจัดบริการและผลลัพธ์ทางคลินิก ดำเนินการศึกษาวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2557 – 31 ธันวาคม 2559

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย แพทย์ เจ้าหน้าที่พยาบาลและสาธารณสุขในโรงพยาบาลเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 คน 2) กลุ่มผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) จำนวน 30 คน สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกบำบัดสุรา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ผู้ป่วยทุกรายที่มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 3 แบบ ดังนี้

1. แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย จากเวชระเบียนทางการแพทย์ ประเมินผลลัพธ์การรักษา
2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดบริการของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สาขาวิชาชีพ ประสบการณ์ทำงาน ส่วนที่ 2 เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ในประเด็นความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นคำถามปลายเปิดแสดงความคิดเห็นที่มีต่อการบริการการจัดบริการและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการจัดบริการ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเพื่อหา ค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นไปหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน คือ แพทย์ผู้มีบทบาทการบำบัดรักษา

ผู้ติดยา จำนวน 2 คน หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาล เชียงม่วนจำนวน 1 คน ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ โดยใช้ เกณฑ์ความเห็นพ้องต้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2 ใน 3 ของแต่ละข้อคำถาม มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ทุกข้อคำถามมากกว่า 0.50 จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยการนำไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.83

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดบริการของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ คลินิกสุรา โรงพยาบาลเชียงใหม่ โดยเป็นข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบจำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามปลายเปิดแสดงความคิดเห็นที่มีต่อการบริการ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดำเนินการ เช่นเดียวกับแบบประเมินสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทุกข้อคำถามมากกว่า 0.50 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการ พิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. จัดทำแบบเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ที่ผ่านการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่น
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้โดยผู้วิจัยแนะนำตัวและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนแก่ผู้เกี่ยวข้องและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง

4. ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูล
ในแบบสอบถามที่ได้รับแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทาง
สถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา
(descriptive statistics) โดยใช้ร้อยละ (percentage)
ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(standard deviation) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจและ
วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมบริการต่อ
ภาพรวมความพึงพอใจ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น
เท่ากับ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการการศึกษาวิจัย ได้ผ่านการพิจารณา
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ
โรงพยาบาลเชียงใหม่ ลำดับที่ 1/2558 แล้ว โดยที่
ขั้นตอนของการจัดเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมีการชี้แจงกลุ่ม
ตัวอย่างทุกครั้ง ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผลกระทบ
ที่จะเกิดขึ้น ความสำคัญในการจัดเก็บข้อมูลและขั้นตอน
ของการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบ
รับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการศึกษา
วิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้โดยมีต้อง
แจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับทั้งสิ้น
ผู้วิจัยจัดเก็บเฉพาะข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างอนุญาตเท่านั้น
ผลของการตอบแบบสอบถามจะนำมาวิเคราะห์จัดทำ
เป็นบทความทางด้านวิชาการ เพื่อประโยชน์ต่อการ
ศึกษาค้นคว้าวิจัยเท่านั้น ผลการศึกษาจะไม่มีการเปิดเผย
ชื่อและนามสกุลผู้ให้ข้อมูลแต่ประการใด

ผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบการบรีโกลเครื่อง
ดื่มแอลกอฮอล์แบบบูรณาการ โรงพยาบาลเชียงใหม่
ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบการ
บรีโกลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และประเมินประสิทธิผล

รูปแบบดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแล
อย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดวิสัยทัศน์เป็น “โรงพยาบาล
ชุมชนคุณภาพต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบการดื่มสุรา”
และมีการขับเคลื่อนสื่อสารวิสัยทัศน์ภายใต้การสร้างความ
ร่วมมือกับบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม โดยจัดทำบันทึก
ความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่นและชุมชน
อำเภอเชียงใหม่ ประกาศนโยบาย “วาระคนเชียงใหม่
ชวนกันลด ละ เลิกสุรา” และมีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์
นโยบายสาธารณะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อความมั่นคง
ด้านสุขภาพในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม มีกลยุทธ์ในการ
ขับเคลื่อนด้านสังคมโดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. พัฒนาให้ครอบคลุมการคัดกรองตาม
มาตรฐานการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา การบำบัด
รักษาฟื้นฟูสภาพ และมาตรการดูแลระยะยาวหลังการ
รักษา
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการเพิ่มองค์
ความรู้ ทักษะ ให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหอบการดื่มสุราได้อย่าง
เหมาะสม
3. ใช้กรอบแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาใน
การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
4. ประกาศใช้นโยบาย 3 ต้อง 6 ไม่โดยส่งเสริม
ให้มีการดำเนินการอย่างเคร่งครัดภายใต้การควบคุม
กำกับ ประเมินผลที่เป็นรูปธรรม
5. ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเหล้าเปียร์ใน
พื้นที่ โดยเริ่มจากลดเหล้าในงานศพ
6. ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเหล้าเปียร์ใน
งานกีฬาสาธารณะปลอดเหล้าเปียร์ในฐานะหน่วยงาน
ที่ใกล้ชิดกับปัญหาผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
มากที่สุดและมีการขยายไปยังกีฬาขององค์การปกครอง
ส่วนท้องถิ่นและส่วนราชการ องค์กรอื่นๆ
7. ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเหล้าเปียร์ใน
งานบุญประเพณีปลอดเหล้าเปียร์ เช่น งานทานสลาก
พัตร งานบุญในวัด งานบุญปลอดเหล้า
8. ขับเคลื่อนมาตรการทางกฎหมายด้วย
กฎหมาย พ.ร.บ. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับจังหวัด

9. ขับเคลื่อนองค์กรงดเหล้าในภาคประชาชน โดยนำประเด็นนโยบายสาธารณะ เข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด อำเภอ ชุมชน โดยมีตัวแทนจากภาคประชาสังคม/สื่อ/ภาครัฐ/ภาควิชาการส่วนกลาง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะระดับจังหวัด เพื่อผลักดันสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานวิชาการที่เหมาะสม ภายใต้บริบทการมองและแก้ไขปัญหาเชิงบวกในทุกพื้นที่ มีกระบวนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง โดยมีการสำรวจทุนทางสังคม ภาคีเครือข่ายทั้งนอกและในระบบสาธารณสุข มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่าย เช่น พระสงฆ์ ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น อสม. เยาวชน แม่บ้าน ผู้สูงอายุ สื่อมวลชน หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการเฝ้าระวังในชุมชน ภายใต้การสนับสนุนชุมชน/อสม./องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/สถานบริการสาธารณสุข ในการสร้างกระบวนการทางสังคม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้ประชาชน ตามบริบทของพื้นที่เพื่อให้ชุมชนตระหนัก และมีการค้นข้อมูลสู่ชุมชน (อปท.) เพื่อให้หน่วยงานท้องถิ่นทราบ/ตระหนักถึงปัญหา/สร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน และร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับจังหวัด โดยการจัดเวทีสาธารณะประชาชน/ภาครัฐ/สื่อ/แกนนำ/ภาคการศึกษา โดยแต่ละพื้นที่คัดเลือกพื้นที่ที่มีอัตราการตายสูงจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกันหาทางแก้ไขปัญห และผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะของพื้นที่ต่อไป

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบบูรณาการด้วยกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนด้านสังคม มีผลลัพธ์เป็นรูปธรรมดังนี้

1. จัดเวทีประชาคมในโรงพยาบาลเชียงม่วน จำนวน 5 รุ่น โดยมีการชี้แจงวิสัยทัศน์ ค้นข้อมูลการดื่มสุราและผลกระทบ การหาพันธมิตรร่วมในการขับเคลื่อน และประกาศเป็นนโยบายโรงพยาบาล จัดทำบันทึกความร่วมมือ “วาระคนโรงพยาบาลเชียงม่วน ขวนกันลด ละ เลิกสุรา”

2. จัดตั้งคณะทีมงาน เพื่อทบทวนกระบวนการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ศึกษาวิเคราะห์ปัญหา และหาโอกาสพัฒนา จัดทำแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราแบบครบวงจร

3. กำหนดการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา และการบำบัดแบบสั้น เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดแบบสั้น ด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา AUDIT: (Alcohol use Disorders Identification Test) และการให้บริการการบำบัดแบบสั้น Brief Advice (BA) กำหนดให้หน่วยบริการทุกจุดคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการดื่มสุรา และการส่งต่อผู้ป่วยเข้าคลินิกบำบัดสุรา

4. กำหนดมาตรการการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะถอนพิษสุรา รุนแรงและเพื่อรักษาภาวะถอนพิษสุราในหอผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาการติดสุรา และผู้ป่วยที่ติดสุราที่เข้ารับการรักษาด้วยความเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ เครื่องมือประเมินอาการถอนพิษสุรา ใช้ CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment Alcohol) และปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา

5. กำหนดมาตรฐานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ ละ ลด หรือเลิกดื่ม และป้องกันการกลับมาดื่ม มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานคลินิกบำบัดสุราที่เป็นมาตรฐานและจัดระบบการส่งต่อผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา

6. กำหนดมาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา ซึ่งต้องมีการส่งต่อข้อมูลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่เข้ารับการบำบัดต่อคณะทำงานขับเคลื่อนวาระคนเชียงม่วนฯ ทุกเดือน และแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องทุกเดือน

7. มีการดำเนินการประชาคมและตั้งกฎตำบล ในการลดปัญหาสุรา ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน

การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแล ผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ บูรณาการ โรงพยาบาลเชียงใหม่

การประเมินประสิทธิผล รูปแบบการให้บริการในคลินิกและการส่งต่อที่ชัดเจนตาม CPG และ guideline พบว่า หน่วยบริการทุกจุดในโรงพยาบาลเชียงใหม่ มีการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามมาตรฐานที่กำหนด พบผู้ที่มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 25,192 ราย (ร้อยละ 93.14) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.78 อายุระหว่าง 40 - 60 ปี ผู้มีปัญหาได้รับการส่งต่อเข้ารับคำปรึกษาจากคลินิกบำบัดสุรา ให้การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน จำนวนทั้งหมด 24 ราย เป็นผู้ป่วยสมัครใจบำบัดจากชุมชน 2 คน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเกิดภาวะถอนพิษสุราทุกราย ได้รับการประเมินติดตามอาการขาดสุราและให้การรักษาตามมาตรฐาน (ตารางที่ 1)

ส่วนการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทั้งหมดพบว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินติดตามอาการขาดสุรา และให้การรักษาตามมาตรฐาน มีการติดตามนัดตามแนวทางอย่างต่อเนื่องทุกราย ในขณะที่การดูแลระยะยาวหลังการรักษาพบว่า กลุ่มที่เข้ารับการบำบัดรักษา ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านทุกราย จนสามารถเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ทุกคน และมีระบบการรายงานผู้เข้าบำบัดรักษาต่อนายอำเภอเชียงใหม่ทุกเดือน บทเรียนสำคัญที่พบจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ภาควิชาอายุรศาสตร์และชุมชนนโยบายสาธารณะ เป็นปัจจัยภายนอกที่กระตุ้นให้เกิดกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาล ให้เป็นไปตามมาตรฐาน อีกทั้งผู้นำชุมชนที่มีวิสัยทัศน์ มีความเห็นร่วมและมีความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของชุมชน ซึ่งนำไปสู่การสร้างความร่วมมือ การกำหนดมาตรฐานการดูแลที่เหมาะสม ส่งผลให้การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้มีปัญหา

การดื่มสุราให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สำหรับความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบการดูแล พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 2 และ 3)

วิจารณ์

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมโลกในปัจจุบันส่งผลให้มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากสื่อและการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สะดวกขึ้น ประเทศไทยถือเป็นหนึ่งในประเทศที่มีปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณสูงประเทศหนึ่งของโลก จากการสำรวจพบว่า ชาวไทยเพศชายร้อยละ 78 และเพศหญิงร้อยละ 53 ยังมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพบว่าร้อยละ 4.76 ที่มีอายุเฉลี่ย 33.7 ปี บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณหนักเป็นปกติ ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹⁵ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งยังก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญในด้านเศรษฐกิจ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดต้นทุนทางตรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งต้นทุนค่ารักษา ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในขณะที่ต้นทุนทางอ้อมพบว่า ก่อให้เกิดต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตที่ทำให้ผลิตภาพของครอบครัวและสังคมลดลง รวมทั้งต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานและการขาดประสิทธิภาพการทำงานอันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁶

จากสภาพปัญหาดังกล่าว หลายองค์กรในประเทศได้รณรงค์ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขึ้น แต่การรณรงค์ดังกล่าว ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร รัฐบาลไทยจึงมีมาตรการในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยการขึ้นภาษีสุราของกรมสรรพากร แต่อัตราและแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเพิ่มขึ้น ในปัจจุบันกลับพบว่าอายุของผู้เริ่มดื่มสุรา มีแนวโน้มอายุน้อยลงเรื่อยๆ ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะดื่มเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้น และมีโอกาสที่จะดื่ม

มากกว่าสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ครอบครัวไทยเกิดปัญหา คือ บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มสุรา สังคมไทยที่มีค่านิยมผิดๆ เกี่ยวกับความเป็นชายชาติหรือความเป็นผู้ใหญ่จากการดื่มสุราในกลุ่มวัยรุ่น

การจัดทำยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพของชุมชน โดยกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในวาระลดละเลิกสุรา ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และใช้ความสัมพันธ์ในมิติเชิงสังคมและวัฒนธรรม มาเป็นฐานการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ถือเป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งที่จะนำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการสุขภาพของชุมชนได้อย่างยั่งยืน¹⁷ จากผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบบูรณาการของโรงพยาบาลเชียงใหม่ ภายใต้การมีส่วนร่วมขององค์กร

ภาคีเครือข่ายและการระดมสรรพกำลังจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ผ่านกลไกระดับชุมชนโดยใช้มิติทางวัฒนธรรม มาเป็นฐานในการแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ ร่วมกับมาตรฐานการดูแลในสถานพยาบาลนี้พบว่า ได้นำไปสู่ประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการแก้ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของพื้นที่อำเภอเชียงม่วน โดยผลการพัฒนารูปแบบดังกล่าวได้เกิดมาตรการทางชุมชนในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้มาตรฐานในการคัดกรองและบำบัดรักษาพบว่า ผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดสามารถเลิกดื่มสุราได้ร้อยละ 90 เกือบโดยสรุปนับได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพเป็นรูปธรรมภายใต้การใช้ทรัพยากรและภาคีเครือข่ายจากองค์กรในชุมชนนั่นเอง

ตารางที่ 1 จำนวนผู้มีปัญหาบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการส่งต่อเข้ารับคำปรึกษาจากคลินิกบำบัดสุรา

หน่วยงาน	จำนวน (คน)	เสี่ยงต่ำ	เสี่ยงสูง	ดื่มแบบอันตราย	ดื่มแบบติด
คลินิกพิเศษ	72	7	11	36	18
หอผู้ป่วยใน	28	4	3	12	9
ผู้ป่วยนอก	36	15	9	8	4
ห้องฉุกเฉิน	11	5	6	-	-

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมบริการต่อภาพรวมความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อรูปแบบบริการคลินิกบำบัดสุรา (n = 30 ราย)

กิจกรรมบริการ	ภาพรวมความพึงพอใจ (S.D.)	P-value
บริการทางการแพทย์	0.792	.001*
บริการทางการแพทย์	0.731	.001*
กิจกรรมบริการของงานสนับสนุน	0.678	.001*

*Significant at the 0.01 level

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมบริการต่อภาพรวมความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบบริการ คลินิกบำบัดสุรา (n = 60 ราย)

กิจกรรมบริการ	ภาพรวมความพึงพอใจ (S.D.)	P-value
บริการทางการแพทย์	0.842	.001*
บริการทางการแพทย์	0.875	.001*
กิจกรรมบริการของงานสนับสนุน	0.723	.001*

*Significant at the 0.01 level

สรุป

ประสิทธิภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบบูรณาการของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา ภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การระดมสรรพกำลังจากทุกภาคส่วนผ่านกลไกระดับชุมชน โดยใช้มิติด้านสังคมและวัฒนธรรมมาเป็นฐานในการแก้ไขปัญหา ร่วมกับการกำหนดมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วย จะนำไปสู่ประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการแก้ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติได้อย่างยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีอย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า โดยที่ได้รับโอกาสและการสนับสนุนจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา หน่วยงานและองค์กรภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของกระบวนการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Management of Substance Abuse Unit. Global status report on alcohol and health, 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.
- Thomas FB, et al. Alcohol No Ordinary Commodity: research and public policy. 2 ed. New York : Oxford University Press; 2010.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556, รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2556.
- World Health Organization. Evidence-based strategies and interventions to reduce alcohol related harm (Document A60/14). World Health Organization, Geneva; 2000.
- World Health Organization. Global Status Report: Alcohol Policy 2004. World Health Organization; 2004.
- World Health Organization.. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm; World Health Organization, Geneva; 2000.

8. สุมณฑิพย์ จิตสว่าง. ความสัมพันธ์ของการเสพติดสุรากับอาชญากรรม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
9. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2555.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.
11. Eileen K, Amy D'Donnell. Brief intervention: does it work?. In: Peter B, Paolo B, Albert BL, et al. editors. Alcohol: Science, Policy and Public Health. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 325-31.
12. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ: รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพฉบับทดลองนำร่อง 2553. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2553.
13. Fairbanks CB. Using Six Sigma and Lean methodologies to improve OR throughput. AORN J 2007;86(1):73-82.
14. World Health Organization. People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems. Geneva: the Institute; 2007.
15. Wakabayashi M, Meketin R, Banwell C, et al. Alcohol consumption patterns in Thailand and their relationship with non-communicable disease. BMC Public Health 2015;15:1297.
16. ทักษพล ธรรมรังสี. จดเกล้าเข้าพรรษาให้อะไรกับสังคมไทย: ถอดบทเรียนเจ็ดปีของการรณรงค์ พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุราสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2553.
17. Thamarangsi T. Thailand: alcohol today. Addiction. 2006;101(6):783-7.