

รายงานผลการศึกษา การเข้าถึงบริการดูแลผู้มีปัญหา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ธันวาคม 2564

ดร. รุ่งนภา คำพาง
นายदनัย ชินคำ
ภญ. พรธิดา หัดโนนตุ่น
นางสาวสุภิกา เชื้อจั่ว
นางสาวจิราธร สุตะวงศ์
นางสาวเนอรินีณณ์ ประทุมสุวรรณ



รายงานผลการศึกษา

การเข้าถึงบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ภายใต้โครงการพัฒนาข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

เลขที่สัญญา ๖๑-๐๐-๑๘๑๒

เสนอ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

จัดทำโดย

ดร.รุ่งนภา คำผาง

นายदनัย ชินคำ

ภญ.พรธิดา หัตถ์โนนตุ่น

นางสาวสุภาภา เชื้อจิว

นางสาวจิราธร สุตะวงศ์

นางสาวณิธิลลิตา ประทุมสุวรรณ

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ธันวาคม 2564

บทสรุปผู้บริหาร

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งหมายถึงความสามารถของผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการเข้ารับบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย และเพื่อประเมินปัจจัยที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าข้อจำกัดของการให้บริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบสุขภาพของไทยประกอบด้วยหลายประการ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ระบบอภิบาล

- 1) ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปี มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ รวมถึงกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 รวมถึงมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขร่วมดำเนินงาน อย่างไรก็ตามนโยบายบำบัดฟื้นฟูฯ ยังไม่เข้มข้นและชัดเจนเท่ากับนโยบายอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อสุขภาพ เช่น นโยบาย 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ที่มีการกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน หรือนโยบายบำบัดสารเสพติดที่มี service plan รองรับอย่างชัดเจน มีงบประมาณ และแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน หากพิจารณาที่ยุทธศาสตร์หลักของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าไม่ได้เน้นที่การแก้ไขปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง จึงไม่ได้มีตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขในประเด็นนี้ ซึ่งจะเกี่ยวข้องไปถึงการกำกับติดตามตัวชี้วัดในการตรวจราชการไปจนถึงงบประมาณที่ได้รับ ด้วยเหตุนี้พื้นที่ที่สามารถเลือกได้ว่าจะเน้นประเด็นการคัดกรองและบำบัดปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาด้านสุขภาพในองค์กรรวมจะพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเกิดอุบัติเหตุจราจร การใช้สารเสพติด รวมทั้งปัญหาสังคม เช่น การทะเลาะวิวาท การทำลายข้าวของ ความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น
- 2) ขาดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่ระบุถึงผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพของประชาชน ปัจจุบันตัวชี้วัดด้านการบำบัดสุราจะเน้นที่อัตราการรับบริการคัดกรอง บำบัดเบื้องต้น และการเข้ารับบริการด้วยปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (รหัส F10.0-F10.9) ตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดเชิงกระบวนการรักษาซึ่งเป็นเรื่องดีที่กระทรวงสาธารณสุขมีการกำกับติดตามโดยใช้ข้อมูลที่มีในฐานข้อมูลอยู่แล้ว ความท้าทายจึงอยู่ที่จะทำอย่างไรให้ระบบข้อมูลสุขภาพสามารถสะท้อน

ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ และผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ ซึ่งผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นหรือการลดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น่าจะเป็นเป้าหมายหลักของการคัดกรองและบำบัดสุรา ตัวอย่างตัวชี้วัด เช่น ระดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บำบัด การเกิดโรคตับแข็งในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเกิดโรคจิตเวชในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเกิดอุบัติเหตุในผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

- 3) กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก 3 หน่วยงาน ได้แก่ กองบริหารการสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ ที่หน้าที่ในการกำหนดนโยบาย พัฒนาศักยภาพและกำกับติดตามการดำเนินงานด้านการให้บริการคัดกรอง บำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ยังไม่พบแผนการบูรณาการการดำเนินงานหรือแผนการส่งต่อ รวมถึงไม่พบข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับหน่วยงานที่รับผิดชอบกำกับติดตามการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ 4) งบประมาณในการคัดกรองผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่จูงใจในการทำงาน โดยงบประมาณสำหรับการคัดกรองฯ อยู่ในงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ประเภทบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนงบประมาณในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ก็จัดสรรแบบเหมาจ่ายรายหัวเช่นเดียวกัน โดยในปีงบประมาณ 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเท่ากับ 3,600 บาท/ผู้มีสิทธิ โดยเป็นงบสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 452.60 บาท/ผู้มีสิทธิ (1) และการชดเชยค่าบริการสำหรับสิทธิประกันสังคมยังไม่จูงใจให้มีการจัดบริการ ทั้งนี้ที่ผ่านมามีข้อเสนอจากฝ่ายนโยบายและผู้เกี่ยวข้องให้มีการจัดสรรงบประมาณแยกโดยใช้งบประมาณส่วนหนึ่งจากภาษีสรรพัตเพื่อจัดตั้งเป็นกองทุนสำหรับบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีการศึกษาอย่างเป็นระบบในประเด็นนี้เพื่อขับเคลื่อนนโยบายต่อไป 5) การบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ไม่สามารถเบิกชดเชยได้จากสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เว้นแต่มารับบริการด้วยโรคทางกายหรือทางจิตที่เป็นผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจทำให้ข้าราชการที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียวไม่เข้าสู่ระบบบำบัดและดูแลเพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการด้วยตนเอง ผู้ประกันตนในสิทธิประกันสังคมมีประเด็นด้านการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลเช่นเดียวกัน เนื่องจากการติดสุราถูกตีความว่าเป็นสารเสพติด การขอเบิกค่าใช้จ่ายด้านนี้ผู้ให้บริการต้องมีคำอธิบายเพิ่มเติมให้แก่สำนักงานประกันสังคม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) ขับเคลื่อนและผลักดันให้การคัดกรองและบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บรรจุอยู่ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) เพื่อให้มีแผนการดำเนินงาน แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน ระบบส่งต่อ ระบบให้คำปรึกษาระหว่างสถานพยาบาล การกำกับติดตาม และงบประมาณที่ชัดเจนและเป็นระบบ และสอดคล้องกับ “แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติระยะที่ 2 พ.ศ. 2564-2570¹”
- 2) ผลักดันให้มีการติดตามตัวชี้วัดด้านการคัดกรองและบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และมีตัวชี้วัดด้านผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพในระบบฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ
- 3) สนับสนุนให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในการประสานเพื่อให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการคัดกรองและบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกำกับติดตามผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ
- 4) สร้างความตระหนักให้ผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิประกันสังคมรับรู้ว่ามีปัญหาด้านการดื่มแอลกอฮอล์สามารถขอรับบริการได้ในสถานพยาบาลที่ตนขึ้นทะเบียน
- 5) ขับเคลื่อนเชิงนโยบายเพื่อให้ข้าราชการและผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมุ่งเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ Alcohol use disorders และการแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันโรคอื่นๆ ซึ่งจะลดต้นทุนการรักษาโดยรวม และฟื้นฟูประสิทธิภาพการทำงาน

ประเด็นที่ 2 การจัดบริการในพื้นที่และความสามารถในการเข้าถึงบริการของประชาชน

- 1) นโยบายบำบัดสุรายังไม่เข้มข้นและชัดเจนเท่ากับนโยบายอื่นๆที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อสุขภาพ
- 2) ขาดการกำกับตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีตัวชี้วัดด้านการบำบัดสุราจะเน้นที่อัตราการรับบริการคัดกรอง บำบัดเบื้องต้น และการเข้ารับบริการด้วยปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (รหัส F10.0-F10.9) แต่ยังขาดหน่วยงานหลักในการกำกับติดตามหรือการนิเทศ
- 3) ความยั่งยืนของการให้บริการคัดกรองและบำบัดสุราขึ้นอยู่กับผู้บำบัดเป็นหลัก ผู้ให้ข้อมูลมองว่านโยบายการบำบัดสุรายังไม่ชัดเจนนัก โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการส่วนใหญ่จึงพิจารณาที่ศักยภาพของทีมนักวิชาการสุขภาพเป็นหลัก หากมีแพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรมจึงสามารถจัดตั้งคลินิกบำบัดสุราได้ ในหลายพื้นที่งานบำบัดสุราแฝงอยู่ในการบำบัดสารเสพติดหรือคลินิกจิตเวช ซึ่งบุคลากร

¹ แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติระยะที่ 2 พ.ศ. 2564-2570 อยู่ระหว่างการยกร่าง

ที่ดูและจะเป็นกลุ่มเดียวกัน ทำให้มีภาระงานค่อนข้างมากจนไม่สามารถให้การบำบัดทางจิตสังคมต่อผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

- 4) ข้อจำกัดด้านสถานที่บำบัดผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานที่บำบัดสุรามักอยู่ในคลินิกจิตเวชหรือหอผู้ป่วยในจิตเวช ไม่ได้มีสถานที่เฉพาะสำหรับบำบัดสุราโดยตรง ซึ่งทำให้ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความกังวลว่าจะโดนชุมชนมองว่าตนเองเป็นผู้ป่วยจิตเวช เป็นคนบ้า โดนเพื่อนบ้านล้อเลียนว่ามารับบริการด้านจิตเวช จึงทำให้ไม่อยากจะมารับบริการที่คลินิกบำบัดสุรา นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดด้านสถานบำบัดฟื้นฟูสภาพหลังจากได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดแล้วจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพก่อนกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ซึ่งส่งผลต่ออัตราการกลับมาดื่มซ้ำที่ค่อนข้างมาก
- 5) ขาดระบบงบประมาณสนับสนุนที่ชัดเจนโดยเฉพาะสำหรับการบำบัดโดยชุมชน หรือการบำบัดนอกสถานพยาบาลภาครัฐ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการบำบัดโดยแกนนำในชุมชนและผู้มีอิทธิพลทางความคิดเป็นหนึ่งในวิธีการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากสถานพยาบาลที่พื้นที่ดำเนินการ ซึ่งพื้นที่มองว่าเป็นวิธีการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำที่เห็นผลชัดเจน แต่ในปัจจุบันการสนับสนุนงบประมาณยังไม่ชัดเจน เป็นการของงบประมาณโครงการฯ เป็นรายครั้งจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- 6) ระบบการส่งต่อผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทาง เนื่องจากปัญหาการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพทางกายและทางจิต บ่อยครั้งที่ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีโรคร่วมทั้งทางกายและจิตซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลปัญหาเหล่านี้ร่วมกัน ระบบการส่งต่อที่มีความยุ่งยากในปัจจุบันจึงเป็นอุปสรรคหนึ่งที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการ
- 7) สังคมมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สร้างปัญหาให้กับสังคม ไม่มีความรับผิดชอบในตนเอง ไม่มีใครในสังคมต้องการ เป็นต้น รวมทั้งขาดความเชื่อมั่นว่าผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะสามารถเลิกดื่มได้
- 8) ผู้รับการบำบัดสุราที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการบำบัด บางคนรู้สึกอายที่ต้องมารับการบำบัดอย่างสม่ำเสมอหรือบางคนมองว่าการไปรับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชตนเองจะถูกมองว่าเป็นคนบ้า บางคนไม่คิดว่าตนเองต้องเข้ารับบริการหรือมองว่าหากยังไม่มีปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นชัดเจนจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะไม่มารับบริการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) ควรมีการกำกับติดตามการดำเนินงานในระดับชาติ ทั้งนี้สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดัดมัลลอโกฮอลล์ควรประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ติดตามการให้บริการสุขภาพที่สำคัญ เช่น การคัดกรอง การส่งต่อเพื่อรับการบำบัด และการรับบริการบำบัด รวมทั้งการกำกับติดตามมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ ในประเด็นการพัฒนาคุณภาพระบบการเชื่อมต่อของสถานพยาบาลในทุกกระดับ เพื่อลดรอยต่อภายในเครือข่ายและนอกเครือข่ายที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่อง
- 2) สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดัดมัลลอโกฮอลล์ประสานกรมการแพทย์เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และจัดทำระบบการให้คำปรึกษาทั้งทางไกลและระบบพี่เลี้ยงตามเครือข่ายบริการสุขภาพ
- 3) สถานพยาบาลจัดสถานที่ให้บริการที่เป็นมิตรต่อผู้เข้ารับบริการ โดยจัดทำคลินิกบำบัดผู้มีปัญหาการดัดมัลลอโกฮอลล์เฉพาะ
- 4) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สสส. หรือสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดัดมัลลอโกฮอลล์สนับสนุนภาคประชาสังคมอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการจัดทำระบบบำบัดผู้มีปัญหาการดัดมัลลอโกฮอลล์ โดยชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการดัดมัลลอโกฮอลล์ ลดการตีตราผู้มีปัญหาการดัดมัลลอโกฮอลล์ และให้ชุมชนมีส่วนร่วมดูแล รวมทั้งจัดทำมาตรการชุมชนเพื่อลดปัญหาดังกล่าว และสนับสนุนให้มีการขยายพื้นที่ดำเนินงาน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของปัญหาสูง

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร.....	ข
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ.....	ฎ
1. ที่มาและความสำคัญ.....	1
2. ทบทวนวรรณกรรม.....	3
2.1 นิยามเกี่ยวกับการดัดเครื่องดัดมัลลอโกฮอลล์.....	3
2.2 ผลกระทบจากการดัดเครื่องดัดมัลลอโกฮอลล์.....	4
2.3 บริการคัดกรอง บำบัด และฟื้นฟู ผู้มีปัญหาการดัดเครื่องดัดมัลลอโกฮอลล์ในประเทศไทย.....	5
3. ระเบียบวิธีวิจัย.....	12

3.1	คำถามงานวิจัย.....	12
3.2	กรอบแนวคิดการวิจัย	12
3.3	วัตถุประสงค์การวิจัย.....	14
3.4	ขอบเขตการศึกษา.....	15
3.5	รูปแบบการศึกษา.....	15
3.6	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	23
4.	ผลการศึกษาาระบบอภิบาลของการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	28
4.1	นโยบาย ยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดของการดำเนินงาน.....	28
4.2	กลไกการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	38
4.3	บทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับมาตรการการคัดกรองและบำบัดรักษา	44
4.4	การกำกับติดตามและประเมินผล.....	46
4.5	ระบบการบันทึกข้อมูลการให้บริการ.....	48
4.6	งบประมาณสำหรับชดเชยสถานพยาบาลที่ให้บริการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	49
4.7	สรุปผลการศึกษาที่สำคัญ.....	54
4.8	อภิปรายผลการศึกษา.....	55
4.9	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	57
5.	ผลการศึกษาปัจจัยสนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	58
5.1	นโยบายระดับจังหวัด	58
5.2	การให้บริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราและปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน	59
5.3	ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน	64
5.4	ประเด็นท้าทายการดำเนินงาน	65
5.5	ความสามารถในการรับบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราและปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ.....	66
5.6	ปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ.....	70
6.	ผลการศึกษาการเข้ารับบริการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	78
6.1	จำนวนการเข้ารับบริการและอัตราการเข้ารับบริการ	78

6.2	ประเภทของการเข้ารับบริการ	80
6.3	ลักษณะทั่วไปของผู้ที่เข้ารับบริการ	84
6.4	ประเภทของหน่วยบริการสุขภาพ	85
6.5	การเข้ารับบริการในแต่ละพื้นที่	87
6.6	การมีโรคร่วม	89
6.7	ต้นทุนของการรักษาพยาบาล	90
6.8	สรุปและอภิปรายผลการศึกษา	91
6.9	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	98
7.	ผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	99
7.1	บริบททั่วไปของพื้นที่ดำเนินการศึกษา	99
7.2	รายละเอียดและที่มาของต้นทุนวัสดุ (ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัสดุทางการแพทย์)	99
7.3	กิจกรรมสำหรับคำนวณต้นทุน	102
7.4	ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของโรงพยาบาล ก	103
7.5	ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของโรงพยาบาล ข.	106
7.6	ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของโรงพยาบาล ค.	109
7.7	ต้นทุนรวมทางตรงและทางอ้อมที่รวมค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน	112
8.	เอกสารอ้างอิง	117
ภาคผนวก		123
ภาคผนวก ก	ผลการวิเคราะห์การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก	123
ตาราง ก	จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่มี PDX อยู่ในกลุ่ม F10.0 ถึง 10.9	123
ตาราง ข	จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่มี PDX หรือ SDX อยู่ในกลุ่ม F10.0 ถึง 10.9	124
ตาราง ค	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกแยกตามเพศ	125
ตาราง ง	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกแยกตามกลุ่มอายุ	126
ภาคผนวก ข	ผลการวิเคราะห์การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน	127
ตาราง ง	จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในที่มี PDX อยู่ในกลุ่ม F10.0 ถึง 10.9	127

ตาราง จ จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในที่มี PDX หรือ SDX อยู่ในกลุ่ม F10.0 ถึง 10.9 128

ตาราง ฉ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในแยกตามเพศ..... 129

ตาราง ช จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในแยกตามกลุ่มอายุ 129

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 รหัสการวินิจฉัยโรคสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	16
ตารางที่ 2 สรุปประเด็น วิธีการเก็บข้อมูล และแหล่งข้อมูลของการศึกษา.....	18
ตารางที่ 3 ผู้ให้ข้อมูล.....	21
ตารางที่ 4 กลุ่มโรคร่วมที่นำมาวิเคราะห์.....	24
ตารางที่ 5 สรุปเหตุการณ์สำคัญของการบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มสุรา.....	28
ตารางที่ 6 เป้าหมายการดำเนินงานยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2554-2563	30
ตารางที่ 7 เป้าหมายและมาตรการ ภายใต้ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	32
ตารางที่ 8 สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์	35
ตารางที่ 9 หน้าที่และอำนาจคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง.....	39
ตารางที่ 10 เป้าหมายการดำเนินงานรายปีตามตัวชี้วัดการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากสุรา.....	48
ตารางที่ 11 การชดเชยค่าใช้จ่ายสำหรับสถานพยาบาลที่ให้บริการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	52
ตารางที่ 21 ต้นทุนวัสดุที่ใช้ในการศึกษา.....	58
ตารางที่ 12 จำนวนการเข้ารับบริการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	78
ตารางที่ 13 ร้อยละการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทของการเข้ารับบริการ ปีงบประมาณ 2558-2562.....	81
ตารางที่ 14 ร้อยละการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน จำแนกตามประเภทของการเข้ารับบริการ ปีงบประมาณ 2558-2562.....	82
ตารางที่ 15 ร้อยละการเข้ารับบริการ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (%)	84
ตารางที่ 16 ร้อยละการเข้ารับบริการ แยกตามภูมิภาคของหน่วยบริการ (%).....	87
ตารางที่ 17 ร้อยละของการมีโรคร่วม (%).....	89
ตารางที่ 18 ร้อยละการเข้ารับบริการ แยกตามค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล (%).....	90
ตารางที่ 19 เปรียบเทียบลักษณะผู้ที่เข้ารับบริการและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	93
ตารางที่ 20 จำนวนประชากรเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพ	99
ตารางที่ 22 ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของโรงพยาบาล ก. (หน่วย:บาท).....	103
ตารางที่ 23 ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของโรงพยาบาล ข. (หน่วย:บาท).....	106
ตารางที่ 24 ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของโรงพยาบาล ค. (หน่วย:บาท).....	109

ตารางที่ 25 ต้นทุนรวมทั้งหมดต่อหน่วยกิจกรรม (หน่วย:บาท)	112
---	-----

สารบัญรูปภาพ

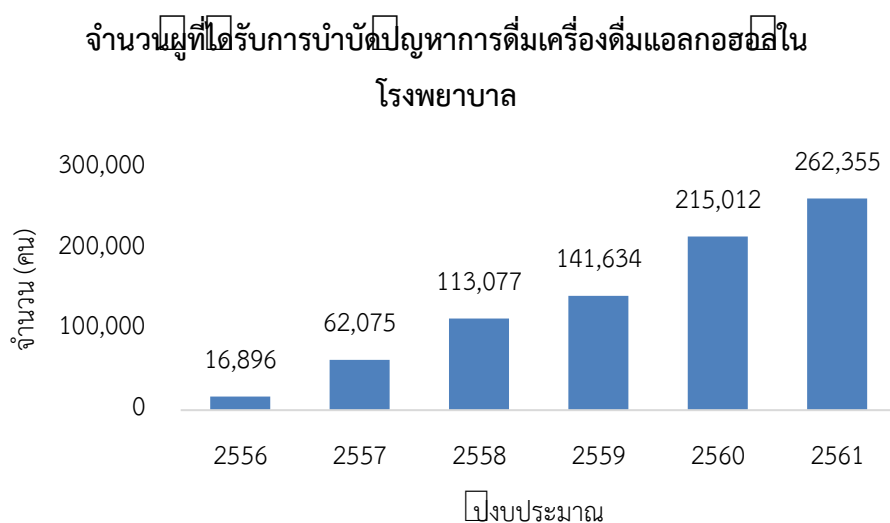
รูปที่ 1 จำนวนผู้ที่เข้ารับการบำบัดปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่โรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวง สาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556 – 2561	2
รูปที่ 2 กรอบแนวคิดของ Levesque และคณะ (24)	12
รูปที่ 3 ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	32
รูปที่ 4 ร้อยละของการคัดกรองและบำบัดผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปีงบประมาณ 2561-2563 (34)	37
รูปที่ 4 คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการด้านแอลกอฮอล์	39
รูปที่ 6 อัตราการเข้ารับบริการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	79
รูปที่ 7 ร้อยละการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทของของหน่วยบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2558-2562	86
รูปที่ 8 ร้อยละการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทของของหน่วยบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2558-2562	87
รูปที่ 9 ร้อยละการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกแยกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2558-2562.....	88
รูปที่ 10 ร้อยละการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในแยกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2558-2562.....	89
รูปที่ 11 เปรียบเทียบอัตราการเข้ารับบริการ ปีงบประมาณ 2558-2562.....	92
รูปที่ 12 ลักษณะพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย	93
รูปที่ 13 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	97

1. ที่มาและความสำคัญ

การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556 เรื่องความชุกของโรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิต โดยกรมสุขภาพจิต พบว่า ความชุก 12 เดือนของความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorder) เท่ากับร้อยละ 5.3 คิดเป็นประชากร 2.7 ล้านคน ในจำนวนนี้ ร้อยละ 3.5 เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติ (alcohol abuse) และร้อยละ 1.8 เกิดจากการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) โดยพบพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดในภาคเหนือ (ร้อยละ 10) และต่ำที่สุดในภาคใต้ (ร้อยละ 3.1) (2) และในการสำรวจพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึง 17.7 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 32 โดยอายุในการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ 19 ปี และ 25 ปี ในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ (3) แม้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีขนาดปัญหามากแต่ การรับบริการเพื่อแก้ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลับมีน้อย ดังผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556 ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เข้ารับบริการเพื่อแก้ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 12 เดือนที่ผ่านมา เพียงร้อยละ 7 เท่านั้น ในจำนวนนี้เข้ารับบริการกับบุคลากรในระบบสุขภาพร้อยละ 2 และเข้ารับบริการกับผู้เชี่ยวชาญนอกระบบสุขภาพ ได้แก่ ผู้นำศาสนา พระบาทหลวง หมอแผนโบราณ และผู้ให้การบำบัดทางเลือกอื่น ๆ เช่น การบำบัดด้วยโภชนาการ สมุนไพร เป็นต้น ร้อยละ 5.5 (2)

ข้อมูลสถิติผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center; HDC) ในมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม ซึ่งรับผิดชอบโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (4) พบว่า ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลด้านการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (รหัส 1B600-1B612) ซึ่งมีการคัดกรองในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปซึ่งเริ่มบันทึกข้อมูลในปีงบประมาณ 2561 เป็นปีแรก สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือแบบคัดกรอง ASSIST ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า มีผู้ได้รับการคัดกรองจำนวน 2,257,486 คนในปีงบประมาณ 2561 โดยพบผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 308,227 คน คิดเป็นร้อยละ 13.65 และในปีงบประมาณ 2562 มีผู้ได้รับการคัดกรองจำนวน 10,335,359 ราย พบผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 1,269,839 คิดเป็นร้อยละ 12.29 และ 2) ข้อมูลด้านการบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (รหัสโรค F10.0 - F10.9) โดยพบจำนวนผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เข้ารับ

การบำบัดในโรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 จนถึงปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2561 มีผู้ได้รับการบำบัดจำนวน 262,355 คน (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 จำนวนผู้ที่เข้ารับการบำบัดปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่โรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556 – 2561

ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าข้อมูลประเทศไทยประสบปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอย่างมาก ถึงแม้จะมีบริการคัดกรอง บำบัดและฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานบริการสุขภาพ แต่การเข้าถึงบริการเหล่านี้ยังมีข้อจำกัด จากการศึกษาของ กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล และคณะ พบปัญหาและอุปสรรคของการเข้าไม่ถึงบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งอาจเกิดจากทัศนคติของผู้ที่ดื่มที่เห็นว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ก่อให้เกิดปัญหาและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติและจำเป็นสำหรับการเข้าสังคม ขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่ม อีกทั้งเห็นว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดประโยชน์มากกว่าโทษ เช่น ทำให้ตนมีอำนาจมากขึ้นหรือเกิดความเท่าเทียมกับระหว่างเพศหญิงและเพศชาย นอกจากนี้ในฝั่งผู้ให้บริการยังพบปัญหาขาดความร่วมมือในการสนับสนุนบริการจากผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องรวมถึงผู้ป่วยและญาติ ขาดความรู้และทักษะการให้บริการและจำนวนไม่เพียงพอสำหรับให้บริการ อีกทั้งรูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่สามารถทำได้จริงในเชิงปฏิบัติ (5) (6) (7) ถึงแม้ว่าการศึกษาของกุลนรี หาญพัฒนชัยกุล และคณะ จะแสดงให้เห็นถึงทัศนคติของผู้ป่วยและอุปสรรคของการให้บริการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากมุมมองของผู้ให้บริการและผู้เชี่ยวชาญ แต่ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สามารถตอบโจทย์ด้านการเข้าถึงบริการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยได้ทั้งหมดเนื่องจากขาดการพิจารณาถึงปัจจัยอื่นที่อาจ

ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ เช่น ความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วย ความสามารถในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย และทัศนคติของผู้ให้บริการ นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2561 คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติดแอลกอฮอล์ได้จัดทำแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการติดยาเสพติดแอลกอฮอล์เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการให้บริการ ซึ่งไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงการคัดกรองปัญหาการติดยาเสพติดแอลกอฮอล์ การให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น และการดูแลเชิงรุกในชุมชน ผลการศึกษาดังกล่าวจึงยังไม่สามารถสะท้อนการเข้าถึงบริการในปัจจุบันได้ ดังนั้น การศึกษานี้จะประเมินการเข้าถึงบริการดูแลผู้มีปัญหาการติดยาเสพติดแอลกอฮอล์ในประเทศไทยหลังการมีแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการติดยาเสพติดแอลกอฮอล์ รวมทั้งศึกษาปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการทั้งจากผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับพัฒนามาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการในอนาคต

2. ทบทวนวรรณกรรม

2.1 นิยามเกี่ยวกับการติดยาเสพติดแอลกอฮอล์

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้กำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการติดยาเสพติดแอลกอฮอล์ไว้ในหนังสือรหัสโรคและปัญหาสุขภาพ หรือ International Classification of Diseases and Related Health Problem, 10th Revision (ICD-10) ว่าเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยกำหนดรหัสโรคเป็น “F10” อีกทั้ง WHO ได้กำหนดรหัสหลักที่ 4 สำหรับการแบ่งกลุ่มย่อยตามอาการที่ปรากฏเพื่อให้สามารถจำแนกโรคและอาการให้ละเอียดมากขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 7 กลุ่ม ดังนี้ 1) เป็นพิษเฉียบพลัน (รหัสหลักที่สี่คือ .0) เช่น การเมาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉียบพลันในผู้ติดยาเสพติดแอลกอฮอล์ 2) การเสพยาอย่างอันตราย (.1) เป็นการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ทำลายสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ติดยาเสพติดแอลกอฮอล์หนักจนเกิดภาวะซีมเศร้า 3) กลุ่มอาการติดยา (.2) ซึ่งมีผลทางพฤติกรรม ปริชาณ และทางร่างกายที่เกิดหลังจากการเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซ้ำ ๆ มีความต้องการเสพยาอย่างรุนแรงและเพิ่มขนาดเรื่อย ๆ และเมื่อหยุดเสพยาจะมีอาการทางกาย เช่น โรคพิษเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง โรคกระหายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรุนแรง 4) ภาวะถอนยา (.3) คือกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเมื่อลดหรือหยุดเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททันทีหรือหลังใช้มานาน 5) ภาวะถอนยาที่มีภาวะแพ้ (.4) คือภาวะถอนพิษตามรหัสย่อย .3 ซึ่งมีภาวะแพ้อารมณ์ด้วย เช่น ภาวะแพ้อารมณ์ที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 6) กลุ่มอาการหลงลืม (.6) ซึ่งจะมีการเสียความทรงจำระยะสั้นและระยะยาว เช่น โรคหลงลืมที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มอาการหรือโรคจิตคอร์ซาคอฟที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 7) โรคจิตที่เหลือและเกิดภายหลัง (.7)

หมายถึงเครื่องตี้มแอลกอฮอล์หรือสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปรีชาน อารมณ์ บุคลิก หรือพฤติกรรม หลังจากหยุดใช้ยามานาน เช่น ภาวะสมองเสื่อมจากเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ อาการทาง สมองเรื้อรังจากเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ 8) ความผิดปกติอื่นทางด้านจิตและพฤติกรรม (.8) และ 9) ความผิดปกติ ทางด้านจิตและพฤติกรรมที่ไม่ระบุรายละเอียด (.9) (8, 9)

2.2 ผลกระทบจากการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์

จากข้อมูลการจำแนกโรคหรือรหัสโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พบว่า ผลกระทบที่เกิดจากการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์นอกจากจะส่งผลทางด้านร่างกาย เช่น ทำให้เกิดพยาธิ สภาพ ภาวะสมองเสื่อมแล้วนั้นยังสามารถส่งผลทางด้านจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมอีกด้วย (8, 9) ซึ่ง ผลกระทบจากการตี้มจะเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนของปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคเข้าไป กล่าวคือ ผลกระทบ ทางด้านร่างกายเกิดในผู้ที่ตี้มเป็นประจำมากกว่าผู้ที่ตี้มเป็นครั้งคราวและเกิดน้อยที่สุดในผู้ที่หยุดตี้มเครื่องตี้ม แอลกอฮอล์ ซึ่งผลกระทบด้านร่างกายมีได้หลายประเภท เช่น เพิ่มความเสี่ยงในการแท้ง (spontaneous abortion) 1.8 เท่า มะเร็งหลอดอาหาร (esophagus cancer) 2.4 เท่า และตับแข็ง (liver cirrhosis) 9.5 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ (10) อีกทั้งการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของ อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ โดยข้อมูลของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรที่เกี่ยวข้องกับการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ช่วงเทศกาลสงกรานต์ในปี พ.ศ. 2558 – 2560 มีจำนวน 25,569 คน เฉลี่ยปีละ 8,523 คน ก่อให้เกิดมูลค่าความสูญเสีย 3,450 ล้านบาท เฉลี่ยปีละ 1,150 ล้านบาท (11)

ในทำนองเดียวกัน เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมอีกด้วย โดยผู้ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์จะมีสติสัมปชัญญะและการควบคุมตัวเองแย่งลง เกิดอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย นิสัย และจิตสำนึกที่ตี้มเปลี่ยนไป รวมทั้งทำให้สมาธิในการเรียนหรือการทำงานลดลง (10) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบ ต่อสังคมโดยเฉพาะครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มแรกที่มีได้รับผลกระทบจากการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ของสมาชิก ในครอบครัว จากการศึกษาของ Kongsakon R และคณะ ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกใน ครอบครัวตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์มีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวเป็น 3.84 เท่าเมื่อเทียบกับครอบครัว ที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ (12) การวิเคราะห์ข้อมูลคดีอาญา พบว่า การตี้มเครื่องตี้ม แอลกอฮอล์มีส่วนเกี่ยวข้องกับคดีอาชญากรรมหลายประเภทฐานความผิด เช่น ความผิดทำให้เสียทรัพย์ (ร้อยละ 59) ความผิดต่อร่างกาย (ร้อยละ 21) และความผิดฐานข่มขืนกระทำชำเรา (ร้อยละ 11) (10) นอกจากนี้ยัง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ กล่าวคือ ก่อให้เกิดต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ต้นทุนเกี่ยวกับการบังคับใช้ กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความ ต้นทุนทรัพย์สินที่เสียหายจากอุบัติเหตุ ต้นทุนจากการเสียชีวิตก่อนวัยควร และ ต้นทุนจากการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน จากการศึกษาของ มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ ในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีมูลค่าสูงถึง 156,105 ล้านบาทหรือประมาณร้อยละ 2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross

Domestic Product; GDP) (13) นอกจากนี้รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่า การเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยนับรวมเป็น 434,248 ปีหรือประมาณร้อยละ 3 ของภาระโรคทั้งหมด โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรไทยที่มีอายุ 15-29 ปีซึ่งเกิดการสูญเสียสุขภาวะสูงถึงร้อยละ 12 ในเพศชายและร้อยละ 14 ในเพศหญิง (14)

2.3 บริการคัดกรอง บำบัด และฟื้นฟู ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

2.3.1 การจัดบริการคัดกรองปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจุบันประเทศไทยมีเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ 2 ชนิดหลัก ได้แก่ แบบประเมินปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Identification Test; AUDIT) และแบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และสารเสพติด (the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; ASSIST) ทั้ง 2 เครื่องมือพัฒนาโดย WHO และมอบลิขสิทธิ์การแปลภาษาและรับผิดชอบให้แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ผรส.) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) แบบประเมินปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Identification Test; AUDIT) เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบง่าย พัฒนามาสำหรับบุคลากรสุขภาพในสถานพยาบาลสุขภาพทุกระดับ และผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถใช้คู่มือนี้ประเมินตนเองหรือใช้โดยบุคลากรนอกระบบสุขภาพ (หากได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม) ซึ่งแบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไปและมีเวลาจำกัดในการประเมินประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ซึ่งสามารถช่วยระบุปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่มาพบแพทย์ อีกทั้งยังสามารถนำผลการประเมินมาพิจารณารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มแบบมีความเสี่ยง (hazardous use) หรือดื่มแบบอันตราย (harmful use) ในรายบุคคลเพื่อให้ลดหรือหยุดดื่ม รวมถึงหลีกเลี่ยงผลเสียที่ตามมาจากการดื่ม (15)

2) แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และสารเสพติด (the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; ASSIST) เป็นเครื่องมือคัดกรองแบบสั้นที่ได้รับการพัฒนาเพื่อตอบสนองต่อปัญหาการใช้สารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แบบคัดกรองนี้ได้ออกแบบมาเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิโดยให้บุคลากรสุขภาพเป็นผู้สอบถามผู้มารับบริการแล้วบันทึกผล การพัฒนาแบบคัดกรอง ASSIST เริ่มจากความสำเร็จของโครงการ AUDIT ในการส่งเสริมการคัดกรองปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบำบัดแบบสั้น และมีประสิทธิภาพในการลดปัญหาที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ ทำให้เกิดแรงกระตุ้นในการขยายการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นให้

ครอบคลุมปัญหาการใช้สารเสพติดอื่น ๆ โดยแบบคัดกรอง ASSIST สามารถคัดกรองผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กัญชา โคเคน สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ยาหล่อมประสาทหรือยานอนหลับ สารหลอนประสาท สารระเหย สารกลุ่มฝิ่น และสารเสพติดอื่น ๆ ซึ่งแบบคัดกรองนี้ ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม โดยแบบคัดกรอง ASSIST สามารถนำมาใช้แยกต่างหาก หรือใช้ร่วมกับแบบสอบถามอื่นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการสอบถามประวัติสุขภาพทั่วไป แบบสอบถามวิถีชีวิต การประเมินความเสี่ยงหรือเป็นส่วนหนึ่งในประวัติความเจ็บป่วยรวมถึงใช้เป็นส่วนหนึ่งในการให้คำปรึกษาตามปกติ (16, 17) นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ออกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 ให้มีการคัดกรองปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในทุกครั้งที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาล และประชาชนกลุ่มอายุ 15 – 59 ปี ปีละ 1 ครั้ง โดยใช้แบบคัดกรอง ASSIST 7 คำถาม พร้อมกับให้คำแนะนำ (brief advice) และให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief intervention) (กรณีผู้ที่มีอายุ 30 – 59 ปี ตรวจคัดกรองเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น) สำหรับผู้ที่มีผลการคัดกรองอยู่ในความเสี่ยงระดับเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยและพิจารณาการรักษาด้วยยาต่อไป ซึ่งสามารถเข้ารับบริการดังกล่าวได้ที่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (18)

2.3.2 การบำบัดและฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1) การบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (brief intervention in alcohol abuse) เป็นการให้ข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เห็นถึงผลเสียของการดื่ม โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมหลายวิธีการ ตั้งแต่การให้คำแนะนำ (advice) จนถึงการให้คำปรึกษา (counseling) อีกทั้งเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจหรือการสะท้อนข้อมูลของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดปริมาณการดื่ม ใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 10 – 15 นาที โดยกลุ่มที่ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำจะได้รับการแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการดื่ม กลุ่มที่ดื่มแบบความเสี่ยงปานกลางจะได้รับการปรึกษาแบบสั้นเพื่อสร้างแรงจูงใจและความพร้อมในการหยุดดื่ม และป้องกันการดื่มแบบความเสี่ยงสูง สำหรับกลุ่มที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่มีความเสี่ยงสูงหรือเป็นอันตราย (hazardous or harmful drinkers/problem drinkers) แต่ยังไม่ถึงขั้นติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) จะได้รับการปรึกษาแบบสั้น และส่งต่อเพื่อรับการประเมินและการบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญโดยมีขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่ การถามหรือการคัดกรอง การประเมินปัญหา การให้คำแนะนำช่วยเหลือ และการติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (19)

2) การบำบัดด้วยยา (drug treatment) จะขึ้นอยู่กับพิจารณาของแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยกลุ่มเป้าหมายในการใช้ยาได้แก่ ผู้ที่กำลังติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่หยุดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ 2 – 3 เดือนแต่เริ่มมีปัญหาใหม่ เช่น อยากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือดื่มเป็นครั้งคราว และผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางจิตสังคม ในกลุ่มผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หนักหากลดหรือหยุดดื่มทันทีอาจทำให้เกิดผู้อาการขาดสุราที่อาจรุนแรงได้ สำหรับการดูแลผู้มีอาการถอนพิษสุราสามารถทำได้ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยให้ยาแบบ symptom trigger therapy หรือ fix schedule regimen ยาที่ใช้ ได้แก่ Chlordiazepoxide Diazepam หรือ Lorazepam

สำหรับยาที่ได้รับการรับรองโดยองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาในการใช้บำบัดผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยยารับประทาน 3 ชนิด 4 ขนาด คือ ยา disulfiram (DES) ยา naltrexone (NTX) ยา acamprosate (ACP) และยาฉีดออกฤทธิ์ยาว คือ ยา extended-release injectable naltrexone (ERIN) โดยมีผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของยาเหล่านี้ในการลดการดื่มโดยสิ้นเชิงหรือหยุดดื่มลดการดื่มหนัก และสามารถเพิ่มโอกาสยาวนานที่จะหยุดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังมียาที่ใช้ในการรักษาโรคอื่นที่มีหลักฐานว่าสามารถรักษาการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ เช่น ยา topiramate (TPR) ซึ่งเป็นยากันชัก เป็นต้น สำหรับบริบทประเทศไทยมียาที่ใช้ในการบำบัดผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ 2 ชนิดเท่านั้นได้แก่ ยา DSF และ TPR (20)

3) การฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผรส. ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยคุณธรรมระดับศีล 5 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อบำบัดฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) เปลี่ยนความคิด เปลี่ยนชีวิต โดยให้ผู้เข้ารับการบำบัดแสดงพฤติกรรมที่มีสัมพันธ์ที่ีระหว่างกัน และบอกจุดดี จุดอ่อนของตนเองได้ 2) การสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นการให้ผู้รับการบำบัดทำความรู้จักกัน มีความเข้าใจและจริงใจต่อกันระหว่างผู้เข้ารับการฟื้นฟู และครอบครัว 3) การสร้างคุณค่าของสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 4) หลุมพรางชีวิต โดยการอธิบายผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัว และสังคม ตลอดจนอธิบายเกี่ยวกับศีล 5 และมรรคผลของศีล 5 และ 5) รับขวัญคนดี เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถนำหลักศีล 5 มาวางแผนการดำเนินชีวิตได้และนำไปสู่การเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจ ชื่นชมเพื่อเสริมกำลังใจในการเข้ารับการฟื้นฟู สำหรับผู้ให้การบำบัด คือ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลจิตเวช พยาบาลยาเสพติด โดยจะต้องมีประสบการณ์ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบกลุ่มบำบัด และผ่านการอบรมโปรแกรมหาดังกล่าว (21)

นอกจากนี้ยังมีการดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (โปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ) หรือ PACT model เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสุขภาพในการบำบัดเชิงรุกในชุมชน เพื่อให้ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับความเสี่ยงสูงในชุมชน ลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดการกลับมาดื่มซ้ำและการกลับมารักษาซ้ำ โดยเน้นการดำเนินงาน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การบำบัดดูแล ประกอบด้วย การจัดการกับภาวะวิกฤต การดูแลเรื่องยา การให้คำปรึกษา และการดำเนินกิจวัตรประจำวัน 2) การฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ และ 3) การสนับสนุนระดับประจักษ์ ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการทำงาน การเข้าถึงบริการ การดูแลที่อยู่อาศัย การจัดการด้านการเงิน ซึ่งการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพบว่า ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดปริมาณการดื่มร้อยละ 90 – 96.7 และสามารถเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 10 – 30 อีกทั้งยังพบว่าผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมีการกลับมารักษาซ้ำลดลง (22)

4) การดูแลและบำบัดทางเลือก

สำหรับการให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดำเนินงานโดยหน่วยงานระบบสุขภาพเป็นการให้บริการอีกรูปแบบหนึ่งที่ทำให้บริการแก่ผู้มีปัญหาฯ ที่ไม่สามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้หรือเข้ารับบริการแล้วไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้สำเร็จ ตัวอย่างการให้บริการบำบัดฟื้นฟูนอกโรงพยาบาล (23)

1) ศูนย์ปรึกษาปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (1413 : Alcohol Help line) เป็นการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และญาติผ่านช่องทางที่ไม่เผชิญหน้า คือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อัตโนมัติ 1413 ตลอด 24 ชั่วโมง โดยบุคลากรทางจิตเวช มีการเชื่อมต่อกับเครือข่ายต่างๆ เพื่อช่วยลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการประสานความร่วมมือการส่งต่อผู้ที่ต้องการเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าสู่สถานบำบัดใกล้บ้าน และที่สำคัญมีการโทรกลับเพื่อติดตามป้องกันการกลับไปติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำและการติดตามให้กำลังใจ ระยะเวลา 1 ปี จำนวนทั้งหมด 5 ครั้ง หลังจากให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 ครบ 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 ครบ 1 เดือน ครั้งที่ 3 ครบ 3 เดือน ครั้งที่ 4 ครบ 6 เดือน และครั้งที่ 5 ครบ 12 เดือน

2) รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แนวพุทธที่ดำเนินงานโดยพระสงฆ์ซึ่งใช้วิธีการให้ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดื่มหรืออบยาสมุนไพรร่วมกับการปฏิบัติธรรมการรักษาสัจจะและมีการเทศนา สั่งสอน อบรมร่วมกับการปฏิบัติธรรมเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดจนการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่วัดจัดให้ สำหรับวัดที่มีกระบวนการบำบัดแบบใช้สมุนไพรในการถอนพิษเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับบำบัดในแนวพุทธ ได้แก่ สำนักปฏิบัติธรรมถ้ำทอง

อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ วัดยองแยง ตำบลหนองระเวียง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา วัดแม่สาร ป่าขาม อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน สำหรับวัดที่เน้นหลักการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน ได้แก่ วัดพระธาตุศรีจอมทอง และวัดที่เน้นกิจกรรมบำบัด ได้แก่ วัดห้วยริน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ วัดพระบาทล่องอ้อ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ วัดสระปทุมसरาราม (วัดหนองบัว) อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

3) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบการดูแลช่วยเหลือกันเองและกลุ่มผู้ติดเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์นิรนาม เป็นทางเลือกสำหรับผู้ติดเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ที่มีเป้าหมายในการหยุดตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์รวมตัวโดยความสมัครใจ เกิดการพัฒนาศักยภาพโดยการสนับสนุนให้เกิดการพบกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ในพื้นที่ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดยโสธรเป็นหลักในการเชื่อมประสานเครือข่ายกลุ่มสมาชิก และกรุงเทพมหานครมีโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าโดยกองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่มีการดำเนินกิจกรรมและเป็นศูนย์ประสานงานในการพัฒนาองค์ความรู้กลุ่มผู้ติดเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์นิรนามในสถานพยาบาล โดยสนับสนุนให้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มสมาชิกเครือข่ายผู้ติดเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์นิรนามจากเครือข่ายในประเทศไทยและเครือข่ายต่างประเทศ และได้พัฒนาคู่มือการส่งเสริมให้พัฒนาตนไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve steps facilitation; TSF) เพื่อให้ทีมบุคลากรสามารถเข้าไปมีบทบาทส่งเสริมการพัฒนาตามขั้นตอนของสมาชิกกลุ่ม

4) การเสริมศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลผู้มีปัญหาการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์โดยชุมชน เป็นการบำบัดโดยสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนเพื่อสนับสนุนการลดการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่ชุมชนมีส่วนร่วมคิดเพื่อแก้ไขปัญหามีกิจกรรมรณรงค์ให้มีการลดการตี๋มอย่างต่อเนื่อง ร่วมกำหนดมาตรการควบคุมที่ชัดเจนในชุมชนส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาการเสพติดเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ลดการตี๋มอย่างต่อเนื่อง

2.3.3 การศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ตี๋มและการให้บริการดูแลผู้มีปัญหาการตี๋มเครื่องตี๋ม

แอลกอฮอล์ประเทศไทย

กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล และคณะ (5) ศึกษาการให้บริการดูแลผู้มีปัญหาการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ประเทศไทยครั้งแรกในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งประกอบด้วย 4 การศึกษาย่อย ได้แก่ 1) การศึกษาข้อดี-ข้อเสียของการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ในมุมมองของประชากรชายในประเทศไทยเพื่อหาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจเลิกตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ (6) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยชายอายุ 20 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์และเข้ารับการดูแลบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2556 จำนวน 13 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยชายคิดว่าการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติและมีความจำเป็นสำหรับสังคมการทำงานหรืองานเลี้ยงฉลองต่าง ๆ อีกทั้งการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์

ช่วยลดความเจ็บปวด ลดความเครียด และเพิ่มประสิทธิผลในการทำงาน ส่วนข้อเสียของการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์คือการตกเป็นเป้าสายตาจากคนรอบข้าง การสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง และการเผชิญแรงกดดันจากคนรอบข้างที่ต้องการให้ตนเข้ารับการบำบัดรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดรักษาเพียงเพราะต้องการหายจากอาการถอนพิษเท่านั้น ไม่ได้ต้องการเลิกตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ 2) การศึกษาประสบการณ์ของประชากรหญิงที่มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหญิงอายุ 20 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์และเข้ารับการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหญิงมีความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบต่อการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ กล่าวคือ ผู้ป่วยคิดว่าการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ทำให้รู้สึกว่าตนเหนือกว่าผู้อื่นและมีอำนาจมากขึ้นเนื่องจากได้ปฏิบัติตัวเท่าเทียมกับเพศชาย แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็รู้สึกว่าย่ำแย่กว่าผู้อื่นเนื่องจากการติดเครื่องตีแอลกอฮอล์ทำให้ไม่ได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวหรือสังคม 3) การศึกษาประสบการณ์การให้บริการดูแลผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของบุคลากรทางสุขภาพ (7) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางสุขภาพที่ให้บริการดูแลผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์จำนวน 32 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 ผลการศึกษาพบว่า อุปสรรคสำคัญของการให้บริการดูแลผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์มี 2 เรื่อง คือ 1) ขาดความร่วมมือในการสนับสนุนบริการทั้งจากผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานในสาขาวิชาต่างๆ รวมถึงผู้ป่วยและญาติ และ 2) โปรแกรมการดูแลผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ไม่สามารถทำได้จริงในเชิงปฏิบัติ กล่าวคือ บุคลากรทางการแพทย์เห็นว่าโปรแกรมการดูแลผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์มีหลายขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วย การรักษาภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะในการให้บริการ มีภาระงานมาก รวมทั้งขาดทรัพยากรสนับสนุนการให้บริการ และ 3) การศึกษาอุปสรรคของการดูแลบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์และข้อเสนอแนะจากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ (7) ด้วยวิธี Delphi กล่าวคือ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 32 คน จะแสดงความคิดเห็นผ่านการตอบแบบสอบถามอย่างเป็นอิสระต่อกันจำนวน 3 รอบก่อนจะนำมาสรุปเป็นมติร่วมกัน ผลการศึกษาพบว่า อุปสรรคสำคัญของการดูแลบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจให้เลิกตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ 2) ผู้ป่วยเชื่อว่าสามารถควบคุมการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ของตนเองได้ 3) ผู้ให้บริการขาดความรู้และทักษะในการให้บริการ 4) จำนวนบุคลากรทางสุขภาพไม่เพียงพอ และ 5) การมีส่วนร่วม (engagement) กับผู้ให้บริการมีน้อย นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญมีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการดูแลบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ใน 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเพิ่มความเสมอภาค (equity) ในการรักษา ทั้งด้านการมีอยู่ของหน่วยบริการ (availability) การเข้าถึง

(accessibility) การยอมรับ (acceptability) และคุณภาพการให้บริการ (treatment quality) และ 2) การสนับสนุนนโยบายเพื่อลดผลกระทบเชิงลบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น รณรงค์เมาไม่ขับ

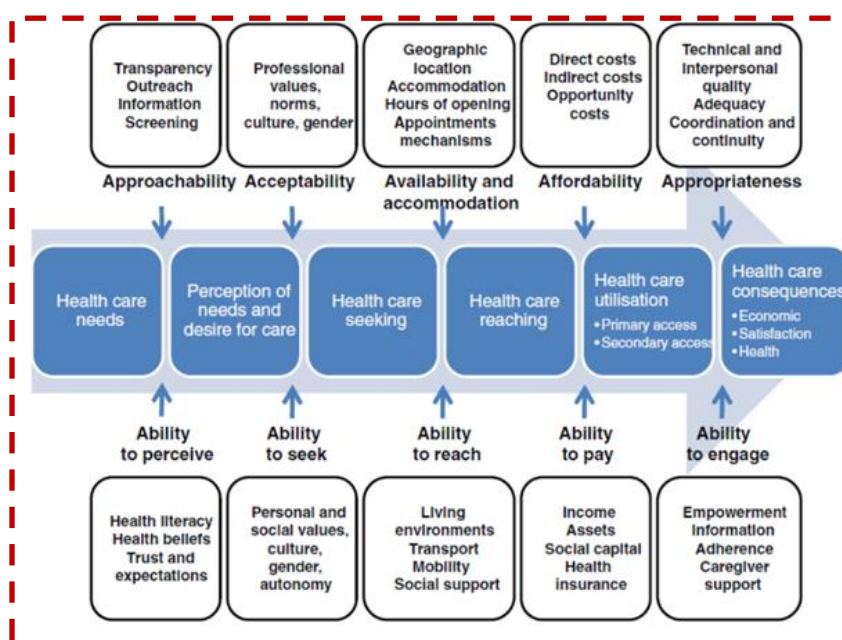
3. ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 คำถามงานวิจัย

1. การเข้าถึงบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเป็นอย่างไร ซึ่งการเข้าถึงในที่นี้ หมายถึง ความสามารถของผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการเข้ารับบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

2. ปัจจัยที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คืออะไร

3.2 กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปที่ 2 กรอบแนวคิดของ Levesque และคณะ (24)

การศึกษานี้ประยุกต์กรอบแนวคิดของ Levesque และคณะ (24) ซึ่งทบทวนวรรณกรรมและบทความตีพิมพ์เกี่ยวกับกรอบแนวคิดเพื่อศึกษาประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้นิพนธ์พบว่าคำจำกัดความของการเข้าถึงมีหลากหลาย ทั้งที่มองว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าไปรับบริการ (ability to access) โอกาสในการใช้บริการ (opportunity to consume health services) ความสอดคล้องระหว่างความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและทรัพยากรที่มีในระบบสุขภาพ หรือบางการศึกษาให้คำจำกัดความว่าการเข้าถึงคือการที่กลุ่มเป้าหมายใช้บริการสุขภาพ (utilization) แม้จะไม่มีคำจำกัดความที่ตรงกัน แต่การศึกษาล้วนใหญ่อธิบายว่าการเข้าถึงบริการเป็นผลมาจากปัจจัยทั้งทางฝั่งผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งสามารถวิเคราะห์การเข้าถึงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้หลายมิติ เช่น การเข้าถึงในเชิงกายภาพ ตำแหน่งที่ตั้ง เวลาเปิด-ปิดของ

หน่วยบริการสุขภาพ ความสามารถในการเดินทางไปรับบริการ การเข้าถึงในเชิงการเงินและความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ค่าเดินทางของผู้รับบริการ การมีอยู่ของบริการ คุณภาพบริการ รวมทั้งการยอมรับ ทักษะคิดและมุมมองเกี่ยวกับบริการของทั้งผู้ให้และรับบริการ เป็นต้น ซึ่งประเด็นเหล่านี้ได้ถูกนำมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพดังรูปที่ 2 โดยผู้นิพนธ์เสนอว่า การเข้าถึงบริการเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงบริการในชั้นต่าง ๆ โดยเมื่อนำกรอบแนวคิดมานำมาปรับใช้กับการประเมินการเข้าถึงบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ดังนี้ 1) เมื่อมีความจำเป็นทางสุขภาพหรือความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลรักษา (Health care needs) หากฝ่ายผู้ให้บริการมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบริการคัดกรอง บำบัดและดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (**Approachability**) เพื่อสร้างการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางแก้ไข ปัญหา รวมทั้งการจัดกิจกรรมเพื่อค้นหากลุ่มเป้าหมายในชุมชน (outreach activities) และฝ่ายผู้มีปัญหาและญาติมีความสามารถในการรับรู้ที่ตนเอง/ญาติควรได้รับการดูแล (**Ability to perceive**) ได้แก่ การประเมินสุขภาพของตนเอง การมีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ health literacy: คือสามารถเข้าถึง เข้าใจ ปรับใช้ข้อมูลสุขภาพ ความเชื่อและความคาดหวังเกี่ยวกับบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้ผู้มีปัญหา เข้าสู่ขั้นตอนที่ 2) คือ การรับรู้ถึงความจำเป็นทางสุขภาพและความปรารถนาที่จะได้รับการรักษา (Perception of needs and desire for care) เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนนี้จะพิจารณาปัจจัยทางฝ่ายผู้ให้บริการ คือ ทักษะคิดของผู้ให้บริการต่อการบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (**Acceptability**) และฝ่ายผู้มีปัญหา คือ ความสามารถในการค้นหาและตัดสินใจเลือกสถานที่บำบัด ความรู้เกี่ยวกับทางเลือกของการบำบัด สิทธิการรักษา (**Ability to seek**) หากมีปัจจัยเหล่านี้เพียงพอจะทำให้ผู้มีปัญหา สามารถเข้าสู่ขั้นตอนที่ 3) คือ การแสวงหาการดูแลสุขภาพ (Health care seeking) ซึ่งพิจารณาปัจจัยฝ่ายผู้ให้บริการ คือ การมีอยู่ของบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคัดกรองด้วยเครื่องมือ ASSIST/AUDIT และการให้คำแนะนำอย่างสั้น (brief intervention; BI) การบำบัดและการถอนพิษแอลกอฮอล์ การดูแลฟื้นฟูโดยชุมชน และการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงรูปแบบการให้บริการ เวลา เปิด-ปิด ความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ (health system readiness) ความพร้อมทางด้านทรัพยากร เช่น ทรัพยากรบุคคล ยาและเวชภัณฑ์ สถานที่บำบัด จำนวนเตียง โครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญอื่น ๆ เป็นต้น รวมทั้งการบำบัดทางเลือกที่เกี่ยวข้อง (**Availability and accommodation**) ปัจจัยฝ่ายผู้มีปัญหา เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหว เช่น เป็นผู้ป่วยติดเตียง เป็นผู้พิการหรือไม่ การเดินทางจากที่พักถึงหน่วยบริการสุขภาพ สิทธิในการลางานเพื่อเข้ารับบริการ การสนับสนุนให้เข้ารับบริการจากครอบครัว (**Ability to reach**) หากเกิดปัจจัยเหล่านี้

เพียงพอทั้งสองฝ่าย จะทำให้ผู้มีปัญหาเข้าสู่ขั้นตอนที่ 4) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Health care reaching) ในขั้นตอนนี้จะพิจารณาปัจจัยในฝ่ายผู้ให้บริการ ได้แก่ ปัจจัยด้านต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการงบประมาณที่ได้รับสนับสนุน (การเบิกจ่ายค่าบริการจากระบบประกันสุขภาพหรือการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการ) ความพอเพียงของงบประมาณ (Affordability) ในฝ่ายผู้มีปัญหาก็จะพิจารณาปัจจัยความสามารถในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าสูญเสียโอกาสจากการขาดรายได้ของตนเองและญาติ (Ability to pay) ซึ่งหากมีปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการจัดบริการและเข้าถึงบริการจะทำให้ผู้มีปัญหาได้เข้าสู่ขั้นตอนที่ 5) การใช้บริการสุขภาพ (Health care utilization) เมื่อถึงขั้นนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในฝ่ายผู้ให้บริการจะพิจารณาคุณภาพบริการ ความพอเพียงของบริการและความต่อเนื่องของการให้บริการ (Appropriateness) ในฝ่ายผู้รับบริการจะพิจารณาความสามารถในการมีส่วนร่วมและมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจก่อนการได้รับการรักษาและในระหว่างกระบวนการรักษา (Ability to engage) หากปัจจัยเหล่านี้มีเพียงพอจะทำให้ผู้รับบริการคงอยู่ในการรักษา อันจะส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ (Health care consequences) เช่น สามารถเลิกหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

3.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1) เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งหมายถึงความสามารถของผู้มีปัญหการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการเข้ารับบริการดูแลผู้มีปัญหการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย
- 2) เพื่อประเมินปัจจัยที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการดูแลผู้มีปัญหการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการดูแลผู้มีปัญหการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของหน่วยบริการสุขภาพในประเด็น การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบริการสุขภาพเพื่อสร้างการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัญหา ทักษะคติของผู้ให้บริการต่อการบำบัดผู้มีปัญหการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีอยู่ของบริการดูแลผู้มีปัญหการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คุณภาพ ความพอเพียงและความต่อเนื่องของบริการสุขภาพ
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการรับบริการดูแลผู้มีปัญหการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มีปัญหการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และญาติ ในประเด็น ความสามารถในการรับรู้ตัวตนเอง/ญาติควรได้รับการดูแล ทักษะคติต่อการบำบัด ความสามารถในการค้นหาและตัดสินใจเลือกสถานที่บำบัด ความสามารถในการไปถึงสถานบริการสุขภาพ ความสามารถในการจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง ความสามารถในการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจก่อนการได้รับการรักษาและในระหว่างกระบวนการรักษา

- 3) เพื่อศึกษาบริบทแวดล้อม เช่น นโยบายระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด การให้ความสำคัญของผู้บริหาร การมีอยู่และคุณภาพของบริการที่เป็นทางเลือก โครงการวิจัยและการทำงานของหน่วยงานไม่แสวงหาผลกำไรในพื้นที่ รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการรับบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในมุมมองของสังคม เช่น บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 4) เพื่อศึกษาอัตราการรับบริการ (utilization) คัดกรองและบำบัดฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน
- 5) เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนและภาระงานของการให้บริการคัดกรองและบำบัดฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้าน affordability ของฝ่ายผู้ให้บริการ

3.4 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้จะเน้นศึกษาการเข้าถึงบริการคัดกรอง บำบัดและดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จัดบริการในระบบสุขภาพโดยหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐเป็นหลัก ซึ่งครอบคลุมการคัดกรองและให้คำแนะนำปรึกษา รวมทั้งการบำบัดแบบสั้น การบำบัดรักษาฟื้นฟู ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และการดูแลเชิงรุกในชุมชน ส่วนการเข้าถึงบริการทางเลือกจะเป็นคำถามเพิ่มเติมสำหรับผู้ให้บริการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้รับบริการ

3.5 รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative methods) และการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative methods) โดยยึดประเด็นการศึกษาตามกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยแบ่ง การศึกษาออกเป็น 4 ส่วน (ตารางที่ 2) ได้แก่

ส่วนที่ 1 การทบทวนรายงานและเอกสารในประเด็นตามกรอบแนวคิดการวิจัย รายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึง ในบริบทประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 – 2562 และเอกสารของหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการคัดกรอง บำบัดและฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการทบทวนเอกสารจากหน่วยบริการสุขภาพ นอกจากนี้ทีมวิจัยจะทบทวนการมีอยู่ของบริการในหน่วยบริการในประเทศไทยจากเอกสารแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสารเสพติด และการใช้บริการสุขภาพ จากรายงานของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center)

ส่วนที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการอภิปรายกลุ่ม โดยนำผลการทบทวนวรรณกรรมและการทบทวนเอกสารมาวิเคราะห์ตามกรอบการศึกษาเพื่อศึกษาว่าประเด็นใดที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม จากนั้นจะนำประเด็นดังกล่าวมาพัฒนาเป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มเพื่อให้

ได้ข้อมูล ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะครอบคลุมในทุกประเด็นการศึกษา รวมทั้งทำความเข้าใจบริบทแวดล้อม เช่น นโยบายระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด การให้ความสำคัญของผู้บริหาร การมีอยู่และคุณภาพของบริการที่เป็นบริการทางเลือก โครงการวิจัยและการทำงานของหน่วยงานไม่แสวงหาผลกำไรในพื้นที่ โดยการศึกษานี้จะเก็บข้อมูลในผู้กำหนดนโยบายระดับพื้นที่ ผู้ให้บริการ ผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ ญาติ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรในพื้นที่ โดยมีเกณฑ์คัดเลือกพื้นที่ ดังนี้ 1) มีจำนวนผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์มาก และมีอัตราการรับบริการคัดกรองและบำบัดสูง จำนวน 2 พื้นที่ 2) มีจำนวนผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์มาก และมีอัตราการรับบริการคัดกรองและบำบัดต่ำ จำนวน 1 พื้นที่ ทั้งนี้ข้อมูลพื้นที่ได้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ ในส่วนของผู้ให้บริการคัดเลือกโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในพื้นที่ ให้ครอบคลุม ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis) เพื่อศึกษาการรับบริการสุขภาพ และช่องว่างของการรับบริการจากฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558-2562 ฐานข้อมูลดังกล่าวรวบรวมข้อมูลด้านการให้บริการด้านต่าง ๆ จากหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นคู่สัญญา กับ สปสช. ที่มีการลงบันทึกในแฟ้มผู้ป่วยและส่งรายงานมายังระบบเท่านั้น จึงยังขาดข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชนบางแห่ง ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วยข้อมูลของผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ นอกเหนือจากระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (168 โรงพยาบาล) โครงการวิจัยนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดและดูแลผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ที่เข้ารับบริการและมีรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (principle diagnosis; PDX) หรือรหัสการวินิจฉัยโรครอง (secondary diagnosis; SDX) เป็น ICD10 รหัส F10.0 – F10.9 (รายละเอียดดังตารางที่ 1) นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วย โดยพิจารณาจากรหัสที่เกี่ยวข้องกับโรคทางกายและโรคทางจิตเวชที่เป็นโรคร่วมกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงข้อมูลการรับบริการจำแนกตาม เขตสุขภาพ ประเภทหน่วยบริการสุขภาพ และข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ สิทธิการรักษายาบาล อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ยังไม่มีข้อมูลการรับบริการของโรงพยาบาลเอกชนที่มักเป็นหน่วยบริการหลักของสิทธิประกันสังคม ขาดข้อมูลบริการคัดกรองให้คำแนะนำ ให้การปรึกษาแบบสั้น และการส่งต่อเพื่อรับการประเมินและการบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญ

ตารางที่ 1 รหัสการวินิจฉัยโรคสำหรับผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์

ลำดับ	รหัสการวินิจฉัย	คำอธิบายภาษาอังกฤษ	คำอธิบายภาษาไทย
	F10	Mental and behavioural disorders due to use of alcohol	ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยา
1	F10.0	acute intoxication	เป็นพิษเฉียบพลัน
2	F10.1	harmful use	การเสพยาอย่างอันตราย
3	F10.2	dependence syndrome	กลุ่มอาการติดยา
4	F10.3	withdrawal state	ภาวะถอนยา
5	F10.4	withdrawal state with delirium	ภาวะถอนยาที่มีภาวะเพ้อ
6	F10.5	psychotic disorder	กลุ่มอาการผิดปกติแบบโรคจิต
7	F10.6	amnesic syndrome	กลุ่มอาการหลงลืม
8	F10.7	residual and late-onset psychotic disorder	โรคจิตที่เหลือและเกิดภายหลัง
9	F10.8	other mental and behavioural disorders	ความผิดปกติอื่นทางจิตและพฤติกรรม
10	F10.9	unspecified mental and behavioural disorders	ความผิดปกติอื่นทางจิตและพฤติกรรมที่ไม่ระบุรายละเอียด

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย (unit cost analysis) เพื่อศึกษาภาระงานและต้นทุนที่เกิดจากการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยตามแนวคิดการประเมินต้นทุนที่อิงตามการปฏิบัติงานจริง (Empirical costing approach) ในมุมมองของผู้ให้บริการโดยใช้วิธีคำนวณต้นทุนแบบมาตรฐาน ทั้งนี้ กรอบต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ ประกอบด้วย ค่าแรง (เงินเดือน และค่าตอบแทนอื่นๆ) ค่าวัสดุ (ค่าวัคซีน ยา และอื่นๆ) และ ค่าการใช้ทรัพย์สินถาวรหรือค่าลงทุน (ครุภัณฑ์ ยานพาหนะ อาคาร สิ่งก่อสร้าง) การศึกษานี้จะรวมทั้งต้นทุนทางตรงที่ใช้โดยหน่วยที่ให้บริการ และต้นทุนทางอ้อมที่จัดสรรมาจากหน่วยที่ให้การสนับสนุน โดยกิจกรรมบริการที่สนใจประกอบด้วย บริการคัดกรอง ให้คำแนะนำ ให้การรักษาแบบสั้น ส่งต่อเพื่อรับการประเมินและการบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญ การดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การวิเคราะห์ต้นทุนประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การออกแบบและวางแผนการวิเคราะห์ การวิเคราะห์ห้วงการเพื่อจัดศูนย์ต้นทุน การคำนวณต้นทุนทางตรง การคำนวณต้นทุนทางอ้อม การคำนวณต้นทุนรวม การคำนวณต้นทุนต่อหน่วย โดยจะมีการเก็บข้อมูลย้อนหลังของปี 2561 โดยเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลรัฐราษฎร์ 1 แห่ง โรงพยาบาลจิตเวช 1 แห่ง โดยเกณฑ์ในการ

เลือกพื้นที่ คือ เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากและมีการให้บริการคัดกรอง ให้คำปรึกษาอย่างสั้น ส่งต่อ บำบัดและฟื้นฟูตามศักยภาพของโรงพยาบาลอย่างครบถ้วน ข้อมูลที่จะดำเนินการเก็บประกอบด้วย ต้นทุนรวม (full cost) ของแต่ละศูนย์ต้นทุน ปริมาณผลงานของแต่ละกิจกรรม จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ปริมาณการใช้ทรัพยากรของแต่ละกิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย รายละเอียดการดำเนินงานและงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน

ตารางที่ 2 สรุปประเด็น วิธีการเก็บข้อมูล และแหล่งข้อมูลของการศึกษา

ประเด็นศึกษา	วิธีเก็บข้อมูล	แหล่งข้อมูล
นโยบายเกี่ยวกับการคัดกรอง บำบัดรักษาในพื้นที่	ทบทวนเอกสาร และ สัมภาษณ์เชิงลึก	รายงานวิจัยโครงการศึกษาความพร้อมและ ความต้องการของระบบบริการในการ ขับเคลื่อนตามแนวปฏิบัติการคัดกรองและ บำบัดฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่ เช่น ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
การมีอยู่และคุณภาพของ บริการทางเลือก	ทบทวนเอกสาร และ สัมภาษณ์เชิงลึก	รายงานวิจัยของแผนงานการพัฒนาระบบการ ดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) รายงานและ เอกสารที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการทางเลือก ผู้รับบริการทางเลือกและญาติ ผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่
โครงการวิจัยและการทำงาน ของหน่วยงานไม่แสวงหาผล กำไรในพื้นที่	ทบทวนเอกสาร และ สนทนากลุ่ม	รายงานวิจัย รายงานและเอกสารของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนหน่วยงานไม่แสวงหาผลกำไรในพื้นที่
มุมมองของสังคมต่อปัญหา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการบำบัด	ทบทวนเอกสาร และ สนทนากลุ่ม	รายงานวิจัยโครงการศึกษาความพร้อมและ ความต้องการของระบบบริการในการ ขับเคลื่อนตามแนวปฏิบัติการคัดกรองและ บำบัดฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ อสม. ผู้นำชุมชน
Approachability การประชาสัมพันธ์หรือให้ ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการดื่ม	ทบทวนเอกสาร และ สัมภาษณ์เชิงลึก	รายงานวิจัย รายงานและเอกสารของหน่วยงาน ที่รับผิดชอบด้านการคัดกรอง บำบัดและฟื้นฟู สภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้

ประเด็นศึกษา	วิธีเก็บข้อมูล	แหล่งข้อมูล
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความจำเป็นที่จะต้องได้รับบริการ		ให้บริการ ผู้รับบริการและญาติ อสม. และผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่
Acceptability ทัศนคติของผู้ให้บริการต่อการบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ทบทวนเอกสาร และสัมภาษณ์เชิงลึก	รายงานวิจัยโครงการศึกษาความพร้อมและความต้องการของระบบบริการในการขับเคลื่อนตามแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รายงานและเอกสารของหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการคัดกรอง บำบัดและฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและญาติ
Availability and accommodation การมีอยู่ของบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม	รายงานวิจัยโครงการศึกษาความพร้อมและความต้องการของระบบบริการในการขับเคลื่อนตามแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รายงานและเอกสารของหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการคัดกรอง บำบัดและฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่ ผู้ให้บริการ
Affordability ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ งบประมาณที่ได้รับสนับสนุน ความพอเพียงของงบประมาณ	สัมภาษณ์ด้วยแบบเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย	ผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่ ผู้ให้บริการ
Appropriateness คุณภาพบริการ ความพอเพียงของบริการและความต่อเนื่องของการให้บริการ	ทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม	รายงานวิจัยโครงการศึกษาความพร้อมและความต้องการของระบบบริการในการขับเคลื่อนตามแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รายงานและเอกสารของหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการคัดกรอง บำบัดและฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเด็นศึกษา	วิธีเก็บข้อมูล	แหล่งข้อมูล
		ผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและญาติ
Ability to perceive ความสามารถในการรับรู้ ตนเองควรได้รับการดูแล	ทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก และ สนทนากลุ่ม	รายงานวิจัยโครงการศึกษาความพร้อมและ ความต้องการของระบบบริการในการ ขับเคลื่อนตามแนวปฏิบัติการคัดกรองและ บำบัดฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ รายงานและเอกสารของหน่วยงาน ที่รับผิดชอบด้านการคัดกรอง บำบัดและฟื้นฟู สภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้รับบริการและญาติ (คนที่เคยรับบริการ) ผู้มี ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ยังไม่เคย รับบริการและญาติ
Ability to seek ได้แก่ ความสามารถในการ ตัดสินใจค้นหาสถานที่บำบัด, ความรู้เกี่ยวกับทางเลือกของ การบำบัด และสิทธิการ รักษา	ทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก	รายงานวิจัย รายงานและเอกสารของหน่วยงาน ที่รับผิดชอบด้านการคัดกรอง บำบัดและฟื้นฟู สภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้รับบริการและญาติ (คนที่เคยรับบริการ) ผู้มี ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ยังไม่เคย รับบริการและญาติ
Ability to reach ได้แก่ ความสามารถในการ เคลื่อนไหว เช่น เป็นผู้ป่วย ติดเตียง เป็นผู้พิการหรือไม่ การเดินทางจากที่พักถึง หน่วยบริการสุขภาพ สิทธิ ในการลางานเพื่อเข้ารับ บริการฯ การสนับสนุนให้เข้า รับบริการจากครอบครัว	ทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก	รายงานวิจัย รายงานและเอกสารของหน่วยงาน ที่รับผิดชอบด้านการคัดกรอง บำบัดและฟื้นฟู สภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้รับบริการและญาติ (คนที่เคยรับบริการ) ผู้มี ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ยังไม่เคย รับบริการและญาติ
Ability to pay ได้แก่ ความสามารถในการ จ่ายค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับ การคัดกรองและบำบัด	ทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก	รายงานวิจัย รายงานและเอกสารของหน่วยงาน ที่รับผิดชอบด้านการคัดกรอง บำบัดและฟื้นฟู สภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเด็นศึกษา	วิธีเก็บข้อมูล	แหล่งข้อมูล
		ผู้รับบริการและญาติ (คนที่เคยรับบริการ) ผู้มี ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ยังไม่เคย รับบริการและญาติ
Ability to engage ได้แก่ ความสามารถในการมี ส่วนร่วมและมีส่วนเกี่ยวข้องกับ กระบวนการตัดสินใจ ก่อนการได้รับการรักษาและ ในระหว่างกระบวนการรักษา	ทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก	รายงานวิจัย รายงานและเอกสารของหน่วยงาน ที่รับผิดชอบด้านการคัดกรอง บำบัดและฟื้นฟู สภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้รับบริการและญาติ (คนที่เคยรับบริการ)

ผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมโครงการวิจัย คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายในพื้นที่ ผู้ให้บริการที่
เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน อสม. ผู้รับบริการ และญาติที่ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา ซึ่งได้ลงชื่อในใบยินยอม
เข้าร่วมโครงการวิจัย สรุปผู้ให้ข้อมูลแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)	เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ
ผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่ (สัมภาษณ์เชิงลึก)	7	• สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ • เป็นผู้รับผิดชอบงานใน สสจ. • เป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับคดีมาแล้ว
ผู้ให้บริการทางเลือก (สัมภาษณ์เชิงลึก)	1	• สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ • เป็นผู้รับผิดชอบหรือเป็นผู้ให้บริการทางเลือก
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (สนทนากลุ่ม)	4	• สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
ผู้นำชุมชน (สนทนากลุ่ม)	2	• สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการคัด กรอง ดูแลและบำบัดผู้มีปัญหา	42	• สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ • มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการ

ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)	เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ
การตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ (สัมภาษณ์ด้วยแบบเก็บข้อมูล และสัมภาษณ์เชิงลึก)		
เจ้าหน้าที่ฝ่ายบัญชีการเงินและ เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารทรัพยากร มนุษย์ของหน่วยบริการสุขภาพ (สัมภาษณ์ด้วยแบบเก็บข้อมูล)	8	● สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ● ปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ระบุ ในปี 2561
ผู้รับบริการ (สัมภาษณ์เชิงลึก)	10	● สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ● เป็นผู้ที่มีปัญหาการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์อยู่ในระดับการตีพิมพ์แบบความเสี่ยงสูง เช่น มีผลการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ (ASSIST) ตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป ● เคยได้รับการคัดกรอง การปรึกษาแบบสั้น ส่งต่อเพื่อรับการประเมินและการบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญ การดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ และ/หรือการดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ภายในปี 2562
ญาติของผู้รับบริการ (สัมภาษณ์เชิงลึก)	6	● สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ● เป็นผู้ดูแลผู้ที่มีปัญหาการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ มาไม่น้อยกว่า 3 เดือน ● เคยพาญาติ/คนในครอบครัวไปรับบริการคัดกรอง การปรึกษาแบบสั้น และ/หรือส่งต่อเพื่อรับการประเมินและการบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ภายในปี 2562
เยาวชนที่มีปัญหาการตีพิมพ์ เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์แต่ไม่เคย รับบริการ (สัมภาษณ์เชิงลึก)	1	● เยาวชนในระบบของกระทรวงศึกษาที่ได้รับการประเมินว่ามีการตีพิมพ์แบบมีความเสี่ยงสูง

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและทบทวนเอกสารนำไปวิเคราะห์โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามกรอบการศึกษา จากนั้นนำผลการทบทวนเบื้องต้นพัฒนาแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกนำไปถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) และวิเคราะห์โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูล e-claim นำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาด้วยขั้นตอนดังนี้

1) การวิเคราะห์จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการ ผู้วิจัยวิเคราะห์จำนวนครั้ง (visit) ของการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามรหัสการวินิจฉัยโรคและจำแนกเป็นรายปีงบประมาณ ทั้งนี้การวิเคราะห์จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ผู้ป่วยที่มี PDX อยู่ในกลุ่ม F10.0 ถึง F10.9 และผู้ป่วยที่มี PDX หรือ SDX อยู่ในกลุ่ม F10.0 ถึง 10.9

2) การวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ผู้วิจัยวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มี PDX หรือ SDX อยู่ในกลุ่ม F10.0 ถึง 10.9 โดยจำแนกเป็นรายปีงบประมาณ

3) การวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแยกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้วิจัยวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มี PDX หรือ SDX อยู่ในกลุ่ม F10.0 ถึง 10.9 โดยจำแนกเป็นรายปีงบประมาณและวิเคราะห์แยกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ และสิทธิการรักษา

4) การวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแยกตามข้อมูลของหน่วยบริการสุขภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มี PDX หรือ SDX อยู่ในกลุ่ม F10.0 ถึง 10.9 โดยจำแนกเป็นรายปีงบประมาณและวิเคราะห์แยกตามข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ ประเภทของหน่วยบริการสุขภาพ และเขตสุขภาพ

5) การวิเคราะห์อัตราการมีโรคร่วม ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ร้อยละของผู้ป่วยเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีรหัสการวินิจฉัยโรคอื่น ๆ ร่วมกับปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคไต โรคตับ โรคจิตเภท โรคจิตเวชอื่น ๆ และอุบัติเหตุ ซึ่งมีรายละเอียดดัง

ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 กลุ่มโรคร่วมที่นำมาวิเคราะห์

ลำดับ	กลุ่มโรค	รหัสการวินิจฉัย	คำอธิบายภาษาอังกฤษ	คำอธิบายภาษาไทย
1	โรคไต	N17	Acute renal failure	ไตวายเฉียบพลัน
		N18	Chronic renal failure	ไตวายเรื้อรัง
		N19	Unspecified renal failure	ไตวายที่ไม่ระบุรายละเอียด
2	โรคตับ	K70	Alcoholic liver disease	โรคตับจากแอลกอฮอล์
		K71	Toxic liver disease	โรคตับจากสารพิษ
		K72	Hepatic failure, not elsewhere classified	ตับวาย มีได้จำแนกไว้ที่ใด
		K73	Chronic hepatitis, not elsewhere classified	ตับอักเสบเรื้อรัง มีได้จำแนกไว้ที่ใด
		K74	Fibrosis and cirrhosis of liver	ตับมีพังผืดและตับแข็ง
3	โรคจิตเภท	F20	Schizophrenia	โรคจิตเภท
		F21	Schizotypal disorder	พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท
		F22	Persistent delusional disorders	โรคหลงผิดที่คงอยู่นาน
		F23	Acute and transient psychotic disorders	โรคจิตชนิดเฉียบพลันและชั่วคราว
		F24	Induced delusional disorder	โรคหลงผิดที่เกิดจากมีผู้ชักนำ
		F25	Schizoaffective disorders	ความผิดปกติแบบโรคจิตเภทกึ่งอารมณ์แปรปรวน
4	โรคจิตเวชอื่น ๆ	F30	Manic episode	ภาวะเมเนีย
		F31	Bipolar affective disorder	โรคอารมณ์สองขั้ว
		F32	Depressive episodes	ภาวะซึมเศร้า
		F33	Recurrent depressive disorder	โรคซึมเศร้าซ้ำ
		F34	Persistent mood [affective] disorders	ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดที่คงอยู่นาน
		F38	Other mood [affective] disorders	ความผิดปกติทางอารมณ์แบบอื่น

ลำดับ	กลุ่มโรค	รหัสการวินิจฉัย	คำอธิบายภาษาอังกฤษ	คำอธิบายภาษาไทย
		F39	Unspecified mood [affective] disorder	ความผิดปกติทางอารมณ์ที่ไม่ระบุรายละเอียด
		F49	Phobic anxiety disorders	โรควิตกกังวลที่มีอาการกลัว
		F41	Other anxiety disorders	โรควิตกกังวลแบบอื่น
		F42	Obsessive-compulsive disorder	โรคย้ำคิดย้ำทำ
5	อุบัติเหตุ	V0	Pedestrian injured in collision	คนเดินเท้าบาดเจ็บเพราะชน
		V1	Pedal cyclist injured	ผู้ใช้รถจักรยานบาดเจ็บ
		V2	Motorcycle rider injured	ผู้ใช้รถจักรยานยนต์บาดเจ็บ
		V3	Occupant of three-wheeled motor vehicle injured	ผู้ใช้นานยนต์สามล้อบาดเจ็บ
		V4	Car occupant injured	ผู้โดยสารรถยนต์บาดเจ็บ
		V5	Occupant of pick-up truck or van injured	ผู้โดยสารบรรทุกเล็กหรือรถตู้บาดเจ็บ
		V6	Occupant of heavy transport vehicle injured	ผู้โดยสารบรรทุกหนักบาดเจ็บ
		V7	Bus occupant injured	ผู้โดยสารโดยสารบาดเจ็บ
		V8	Animal-rider or occupant of animal-drawn vehicle injured in transport accident	ผู้ขี่สัตว์หรือผู้ใช้พาหนะเทียมสัตว์บาดเจ็บในอุบัติเหตุการขนส่ง
		V9	Accident to watercraft	อุบัติเหตุยานพาหนะทางน้ำ

ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งการคำนวณต้นทุนรวมของหน่วยที่ให้บริการออกเป็น 2 ส่วน

1) โรงพยาบาล จัดแบ่งศูนย์ต้นทุนตามงานที่รับผิดชอบ เช่น ศูนย์ต้นทุนที่ทำหน้าที่คัดกรองและให้คำแนะนำ ศูนย์ต้นทุนที่ให้การบำบัดอย่างสิ้น ศูนย์ต้นทุนที่ให้รักษาภาวะถอนพิษเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยนอก ศูนย์ต้นทุนที่ให้รักษาภาวะถอนพิษเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยใน ศูนย์ต้นทุนที่ให้การบำบัดทางจิตสังคม และให้การช่วยเหลือและฟื้นฟูทางสังคม ศูนย์ต้นทุนที่ให้การดูแลเชิงรุกในชุมชน เป็นต้น แล้วดำเนินการคำนวณต้นทุนทางตรงและทางอ้อมจนได้ต้นทุนรวมของศูนย์ต้นทุนหลัก เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้การศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลในศูนย์ต้นทุนชั่วคราวที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งนี้ ต้นทุนรวมของหน่วย

สนับสนุนจะคำนวณโดยการนำค่าเฉลี่ยของสัดส่วนระหว่างต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมจากการศึกษาของอาหาร รื้อไพบูลย์และคณะซึ่งจัดสรรต้นทุนทางอ้อมด้วยวิธีจัดสรรพร้อมกัน (Simultaneous equation method) มาปรับใช้ (25)

การคำนวณต้นทุนจะอ้างอิงตามการวิเคราะห์ต้นทุนการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (25) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

- 1) ดำเนินการคำนวณที่ละศูนย์ต้นทุน โดยการรวมเวลาที่บุคลากรทุกคนใช้ไปในการปฏิบัติงานในแต่ละครั้งของกิจกรรม ในหน่วย คน - นาที แล้วคูณด้วยปริมาณผลลัพธ์ที่ให้บริการของแต่ละกิจกรรมที่ให้บริการทั้งปี
- 2) รวมเวลาการปฏิบัติงานของทุกกิจกรรมในข้อ 1
- 3) คำนวณค่าแรงต่อหน้าที่ โดยการหารค่าแรงทางตรงรวมของศูนย์ต้นทุนที่ได้จากขั้นตอนการคำนวณต้นทุนรวมของหน่วยที่ให้บริการ ด้วยเวลารวมของการปฏิบัติงานทั้งหมด
- 4) คำนวณค่าแรงทางตรงต่อหน่วยของแต่ละกิจกรรม ด้วยการคูณเวลาที่ใช้ต่อครั้งด้วยค่าแรงต่อหน้าที่

$$\text{ค่าแรงต่อกิจกรรม} = (\text{ค่าแรงรวม} / \text{เวลาทำงานรวม}) \times \text{เวลาทำงานต่อกิจกรรม}$$
- 5) จัดทำตารางราคาต่อหน่วยของค่าวัสดุที่ใช้ โดยดึงรายการวัสดุที่ใช้ ออกมาเป็นตารางรายการวัสดุ
- 6) คำนวณค่าวัสดุที่ใช้ต่อครั้งของกิจกรรม ด้วยการคูณราคาต่อหน่วยด้วยปริมาณที่ใช้
- 7) คำนวณต้นทุนทางตรงรวมต่อหน่วยของแต่ละกิจกรรมด้วยการรวมค่าแรงและค่าวัสดุ
- 8) คำนวณต้นทุนทางตรงรวมทั้งหมดของทุกกิจกรรม โดยการคูณต้นทุนทางตรงรายกิจกรรมด้วยปริมาณผลงาน แล้วรวมของทุกกิจกรรมเข้าด้วยกัน
- 9) คำนวณต้นทุนทางอ้อม แต่ละศูนย์ต้นทุนมีการคำนวณต้นทุนทางอ้อม แยกเป็นค่าแรงทางอ้อม ค่าวัสดุทางอ้อม ค่าลงทุนทางอ้อม โดยที่เอาค่าลงทุนรวมที่ไม่ได้คำนวณเป็นต้นทุนทางอ้อม มารวมไว้เป็นต้นทุนทางอ้อม
- 10) คำนวณต้นทุนทางอ้อมต่อหน่วยของแต่ละกิจกรรม จำแนกเป็น ค่าแรงทางอ้อม ค่าวัสดุทางอ้อม ค่าลงทุนทางอ้อม ด้วยการจัดสรรโดยตรง (direct allocation) โดยใช้มูลค่าต้นทุนทางตรงเป็นเกณฑ์การจัดสรร

$$\text{ค่าแรงทางอ้อมต่อกิจกรรม} = \left(\frac{\text{ต้นทุนค่าแรงทางอ้อมรวม}}{\text{ต้นทุนทางตรงรวมทั้งหมด}} \right) \times \text{ต้นทุนทางตรงรวมต่อกิจกรรม}$$

- 11) คำนวณต้นทุนรวมของแต่ละกิจกรรม หรือต้นทุนต่อหน่วย ด้วยการบวกต้นทุนทางตรงต่อหน่วยกิจกรรม กับต้นทุนอ้อมต่อหน่วยกิจกรรม

ในการนำเสนอผลจะนำเสนอต้นทุนของระดับสถานพยาบาลแยกเป็นโรงพยาบาลและ รพ.สต. องค์ประกอบต้นทุนต่อหน่วยที่คำนวณประกอบด้วย 3 ลักษณะได้แก่ 1) ต้นทุนที่รวมเฉพาะค่าแรง และค่าวัสดุทางตรง 2) ต้นทุนที่รวมค่าแรง และค่าวัสดุ ทั้งทางตรงและทางอ้อม 3) ต้นทุนที่รวมค่าแรง ค่าวัสดุ และค่า

ลงทุน ทั้งทางตรงและทางอ้อม ต้นทุนดังกล่าวข้างต้นจะนำมาคำนวณในรูปแบบ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าพาหนะการเดินทางไปปฏิบัติงานนอกสถานบริการคำนวณจากระยะทางและจำนวนครั้งของการออกไปปฏิบัติงาน และอัตราค่าพาหนะที่กำหนดโดยกรมบัญชีกลางได้เป็นค่าใช้จ่ายต่อปี

3.7 ข้อพิจารณาทางจริยธรรมในการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้ให้ข้อมูลด้วยการให้สัมภาษณ์ สัมภาษณ์เชิงลึก และอภิปรายกลุ่มไม่มีผลใด ๆ ต่อสิทธิและสวัสดิการของผู้ให้ข้อมูล อาจมีข้อคำถามบางข้อที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สบายใจหรือไม่สะดวกใจที่จะตอบ ทั้งนี้ ก่อนให้ข้อมูลผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยจนผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและลงนามยินยอมความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะยินยอมและปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ มีสิทธิซักถามในกรณีที่ไม่เข้าใจ และมีสิทธิไม่ตอบคำถามใดก็ได้ นอกจากนี้ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น หรือเปิดเผยแก่องค์กรผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยหรือหน่วยงานดูแลการวิจัยที่เข้ามาตรวจสอบหรือประมวลผลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปโดยวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น ข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสเข้า และการนำเสนอข้อมูลเป็นไปในภาพรวม ไม่ระบุถึงตัวตนของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้เอกสารที่ได้จากการเก็บข้อมูลจะถูกทำลายภายในระยะเวลา 5 ปี ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัย

4. ผลการศึกษาระบบอภิบาลของการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4.1 นโยบาย ยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดของการดำเนินงาน

4.1.1. การดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาเป็นระยะเวลานาน โดยในปี พ.ศ. 2551 มีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เพื่อกำหนดมาตรการต่างๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มสุรา การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายใต้ พรบ. ฉบับนี้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ โดยมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย แผนงาน มาตรการด้านภาษี มาตรการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพฯ รวมถึงการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการย่อยขึ้น เพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เช่น คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด เป็นต้น (26)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2554-2563 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการควบคุมขนาดและความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย (27) และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปีต่อมา (พ.ศ. 2554) ซึ่งทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิด การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ จากนั้นมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการเพิ่มขึ้นอีกหลายคณะ ดังสรุปในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สรุปเหตุการณ์สำคัญของการบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

ปี พ.ศ.	เหตุการณ์ที่สำคัญ
2551	มีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยมีเนื้อหาที่สำคัญ ดังนี้ • กำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ • กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ • กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กรุงเทพมหานคร • กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด • กำหนดให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2553	มีแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2554-2563

ปี พ.ศ.	เหตุการณ์ที่สำคัญ
2554	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2556	- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาด้านวิชาการในการควบคุมป้องกันและลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2557	- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการร่างและแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย หรืออนุบัญญัติตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการด้านรณรงค์และการสร้างภาคี
2558	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
2561	- มีแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - มีคำสั่งใหม่แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 - มีคำสั่งใหม่แต่งตั้งคณะกรรมการร่างและแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย หรืออนุบัญญัติตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 - ยกเลิกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาด้านวิชาการในการควบคุมป้องกันและลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และแต่งตั้งคณะกรรมการด้านวิชาการในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - มีคำสั่งใหม่แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - มีคำสั่งใหม่แต่งตั้งคณะกรรมการด้านรณรงค์และการสร้างภาคี

4.1.2. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2554-2563

ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2554-2563² มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการควบคุมขนาดและความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย และมีการกำหนด

² คณะรัฐมนตรีเห็นชอบให้ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2554-2563 เป็นแผน 10 ปี เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2553

วัตถุประสงค์เฉพาะ เป้าหมายการดำเนินงาน และแผนยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (27) ดังนี้

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) สนับสนุนการดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะคณะกรรมการนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการพัฒนามาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์ สร้างความเข้มแข็งในการนำนโยบายไปปฏิบัติ และศักยภาพในการติดตามประเมินผลนโยบายแอลกอฮอล์
- 2) สนับสนุนบทบาทและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ในการป้องกันและควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 3) เป็นเครื่องมือในการกำหนดเป้าหมายระยะยาวของสังคมไทยในการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เป้าหมายเชิงกลไก

- 1) ควบคุมและลดปริมาณการบริโภคของสังคม
- 2) ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และควบคุมความชุกของผู้บริโภค
- 3) ลดความเสี่ยงของการบริโภค ทั้งในมิติของปริมาณการบริโภค, รูปแบบของการบริโภค และพฤติกรรมหลังการบริโภค
- 4) จำกัด และลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค

มีการกำหนดเป้าหมายหลักไว้ 2 ระยะ ได้แก่ เป้าหมายที่ 5 ปี (พ.ศ. 2558) และ 10 ปี (พ.ศ. 2563) โดยประเมินจากปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อประชากร, ความชุกของผู้บริโภคในประชากร และในเยาวชน และสัดส่วนของผู้บริโภคประจำ (มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง/เดือน) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เป้าหมายการดำเนินงานยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2554-2563

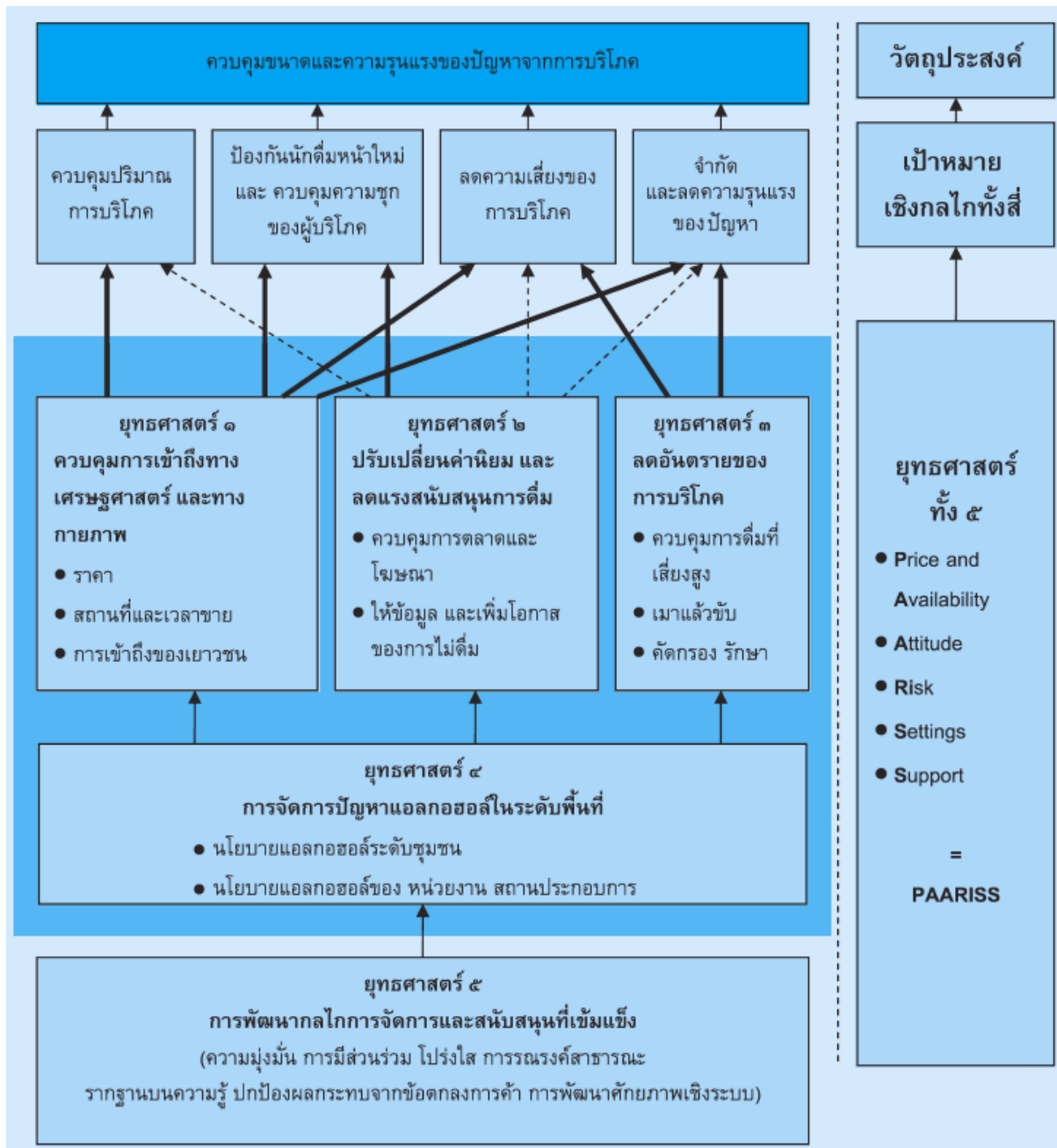
เป้าหมาย	หน่วย	พ.ศ. 2550	5 ปี (พ.ศ. 2558)		10 ปี (พ.ศ. 2563)	
			เป้าหมาย	เปลี่ยนแปลง	เป้าหมาย	เปลี่ยนแปลง
ปริมาณการบริโภคต่อประชากรผู้ใหญ่	ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี	7.71	7.71	คงที่	7.32	-5%

เป้าหมาย	หน่วย	พ.ศ. 2550	5 ปี (พ.ศ. 2558)		10 ปี (พ.ศ. 2563)	
			เป้าหมาย	เปลี่ยนแปลง	เป้าหมาย	เปลี่ยนแปลง
ความชุกของผู้บริโภคในประชากรผู้ใหญ่	ร้อยละ	30.0%	28.5%	-5%	27.0%	-10%
ความชุกของผู้บริโภคในประชากร 15-19 ปี	ร้อยละ	12.7%	12.7%	คงที่	12.07%	-5%
สัดส่วนของผู้บริโภคประจำ*ต่อผู้บริโภคทั้งหมด	ร้อยละ	40.67%	40.67%	คงที่	38.63%	-5%

หมายเหตุ : * หมายถึงผู้ที่บริโภคโดยเฉลี่ยอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์

ภายใต้ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2554-2563 ได้มียุทธศาสตร์ย่อยในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5 ยุทธศาสตร์ (รูปที่ 3) ซึ่งมีเป้าประสงค์ต่างกันแต่มุ่งเน้นไปที่การบรรลุเป้าหมายเชิงกลไกทั้งสิ้นและสนับสนุนกันและกัน ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่หนึ่ง	การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ (price and availability)
ยุทธศาสตร์ที่สอง	การปรับเปลี่ยนค่านิยมและแรงสนับสนุนในการดื่ม (attitude)
ยุทธศาสตร์ที่สาม	การลดอันตรายจากการบริโภค (risk reduction)
ยุทธศาสตร์ที่สี่	การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ (alcohol policy at every settings)
ยุทธศาสตร์ที่ห้า	การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง (support)



รูปที่ 3 ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในแต่ละยุทธศาสตร์ย่อยทั้ง 5 ประกอบด้วยมาตรการย่อยหลากหลาย ซึ่งมาตรการสามารถตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งเป้าหมายเชิงกลไก โดยแผนยุทธศาสตร์นี้แบ่งระดับความสำคัญของมาตรการตามประสิทธิภาพและความคุ้มค่าได้ดัง

ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เป้าหมายและมาตรการ ภายใต้ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เป้าหมายเชิงกลไก	มาตรการหลัก	มาตรการรอง	มาตรการสนับสนุน
1) ควบคุมปริมาณการบริโภคของสังคม	- ภาษีและราคา - ควบคุมการเข้าถึง	- ควบคุมการโฆษณา - มาตรการระดับชุมชน - การปราบปรามเครื่องดื่มนอกระบบภาษี	การรณรงค์สาธารณะ
2) ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และควบคุมความชุกของผู้บริโภค	- ควบคุมการโฆษณา - ภาษีและราคา - ควบคุมการเข้าถึง	- การให้ความรู้ - การดัดแปลงบริบทและเงื่อนไขการดื่ม	- การรู้เท่าทัน กลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมสุรา - การรณรงค์สาธารณะ
3) ลดความเสี่ยงของการบริโภค	- ควบคุมพฤติกรรมซ้ำขณะมีเมเมา - การดัดแปลงบริบทและเงื่อนไขการดื่ม - ภาษีและราคา - ควบคุมการเข้าถึง	- มาตรการระดับชุมชน - ความร่วมมือของผู้ประกอบการ	- การปรับทัศนคติของสังคมต่อความมีเมเมาและผลกระทบ - การรณรงค์สาธารณะ
4) จำกัดและลดความรุนแรงของปัญหา	- การคัดกรองและบำบัดรักษา - ภาษีและราคา - ควบคุมการเข้าถึง	- ระบบบริการสุขภาพ - มาตรการระดับชุมชน	การรณรงค์สาธารณะ

4.1.3. มาตรการด้านการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มาตรการการคัดกรองและบำบัดรักษาเป็นมาตรการในยุทธศาสตร์ที่สาม (ภายใต้ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) เรื่องการลดอันตรายจากการบริโภค โดยเป็นมาตรการหลักของเป้าหมายเชิงกลไกในการจำกัดและลดความรุนแรงของปัญหา (27)

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์ของการคัดกรองและบำบัดรักษา

การคัดกรองผู้มีความเสี่ยงและการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดเป็นมาตรการที่จำเป็นทางจริยธรรม แม้ว่าจะมีความคุ้มค่าต่ำในระดับมหภาค โดยการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงอย่างย่อ (brief intervention) จัดเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าสูงสุด และสามารถจัด

ให้มีในระบบบริการปฐมภูมิและกระทำโดยบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ ซึ่งข้อมูลวิชาการพบว่ามีประสิทธิภาพไม่ต่างกัน ส่วนการบำบัดรักษาโดยไม่ได้สมัครใจ เช่น การบังคับบำบัดรักษาผู้ที่ฝ่าฝืนกฎระเบียบต่าง ๆ มีประสิทธิภาพต่อการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ดำเนินการมาต่อเนื่องตามความรับผิดชอบหลักของกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันการตรวจคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บรรจุให้เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศเรื่องประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ฉบับที่ 10 พ.ศ.2559 ให้กลุ่มผู้ใหญ่ (อายุ 25-59 ปี) (เพียงกลุ่มเดียว) สามารถเข้ารับบริการของการสุบหุรี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดด้วยเครื่องมือ ASSIST พร้อมให้บริการคำแนะนำอย่างสั้น ที่ความถี่ 1 ครั้งต่อปี (28)

ตัวชี้วัดพื้นฐานด้านการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

- 1) จำนวนสถานบริการที่มีบริการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 2) จำนวนผู้มารับบริการคลินิกคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตัวชี้วัดพื้นฐาน: จำนวนสถานบริการที่มีบริการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจุบันมีสถานพยาบาลที่มีบริการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยแบ่งตามเขตบริการสุขภาพทั้งหมด 13 เขต ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในระบบ Health Data Center (HDC) ประจำปีงบประมาณ 2563 โดยสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการได้ประกอบด้วย

- หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข (ในสังกัด กทม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- คลินิกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับ³ โดยเฉพาะคลินิกที่มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ คลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไป แผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุ คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกฝากครรภ์ คลินิกอายุรกรรม คลินิกจิตเวช และ/หรือ ยาเสพติด และคลินิกเฉพาะทางอื่นๆ

³โรงพยาบาลทุกระดับ หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล/สถาบันฯ เฉพาะทาง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาล/สถานพยาบาลอื่นๆ นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลในสังกัด กทม. กลาโหม มหาวิทยาลัย และเอกชน เป็นต้น

- หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทุกระดับ³ โดยเฉพาะหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ หอผู้ป่วยทั่วไป หอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยจิตเวช

ข้อมูลจากกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานสถานบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2564 มีสถานพยาบาลทุกระดับ (ไม่รวมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล) จำนวน 901 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 775 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 92 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 34 แห่ง (29) นอกจากนี้ หน่วยบริการ (สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช) ในสังกัดกรมสุขภาพจิต และสถาบันบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตรวมถึงผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจุบัน หน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีทั้งหมด 19 แห่ง และสังกัดกรมการแพทย์ มีทั้งหมด 7 แห่ง กระจายอยู่ทั่วประเทศ (30, 31) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์

ลำดับ	จังหวัด	สังกัดกรม		ชื่อหน่วยบริการ
		สุขภาพจิต	การแพทย์	
1	กรุงเทพมหานคร	✓		สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
2		✓		สถาบันราชานุกูล
3		✓		สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
4		✓		สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
5	สมุทรปราการ	✓		โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
6	นนทบุรี	✓		โรงพยาบาลศรีธัญญา
7	เชียงใหม่	✓		โรงพยาบาลสวนปรุง
8			✓	โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
9	นครสวรรค์	✓		โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
10	อุบลราชธานี	✓		โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
11	ขอนแก่น	✓		โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
12	นครราชสีมา	✓		โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
13	นครพนม	✓		โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
14	เลย	✓		โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
15	สระแก้ว	✓		โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
16	สุราษฎร์ธานี	✓		โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ลำดับ	จังหวัด	สังกัดกรม		ชื่อหน่วยบริการ
		สุขภาพจิต	การแพทย์	
17	สงขลา	✓		โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
18			✓	โรงพยาบาลัญญารักษ์สงขลา
19	เชียงใหม่	✓		สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
20			✓	โรงพยาบาลัญญารักษ์เชียงใหม่
21	ขอนแก่น	✓		สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
22			✓	โรงพยาบาลัญญารักษ์ขอนแก่น
23	สุราษฎร์ธานี	✓		สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
24	ปัตตานี		✓	โรงพยาบาลัญญารักษ์ปัตตานี
25	แม่ฮ่องสอน		✓	โรงพยาบาลัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
26	อุดรธานี			โรงพยาบาลัญญารักษ์อุดรธานี
27	ปทุมธานี		✓	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

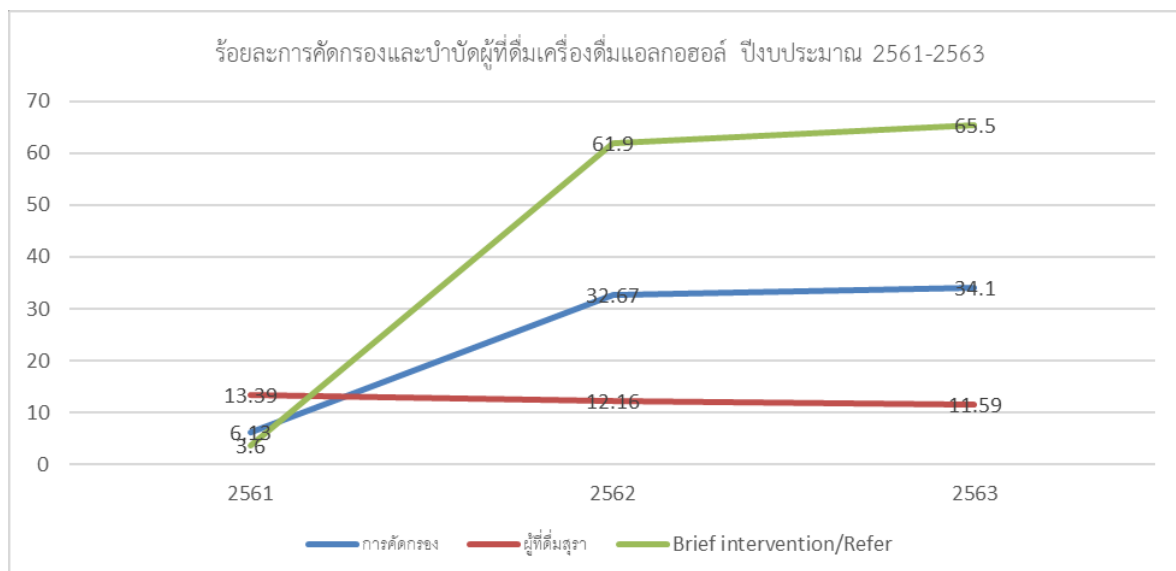
ตัวชี้วัดพื้นฐาน: จำนวนผู้มารับบริการคลินิกคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากฐานข้อมูลของ Health Data Center (HDC) ได้บันทึกข้อมูลการให้บริการการตรวจคัดกรองและการบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยกลุ่มเป้าหมายประชากร ประกอบด้วย

1. ผู้มารับบริการทุกคนที่อายุ 15 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

โดยแบ่งเป็นผู้ที่เข้ารับการคัดกรองและผู้เข้ารับการบำบัดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานบริการ ปี 2563 (ข้อมูล ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2563) (32) ทั้ง 13 เขตสุขภาพ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งสิ้น 12,609,605 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.1 จากจำนวนประชากรทั้งหมดที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งในจำนวนนี้พบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 1,461,111 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.59 โดยแบ่งออกเป็นความเสี่ยงต่ำไปจนถึงความเสี่ยงสูง และมีผู้เข้ารับการบำบัดปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งสิ้น 252,528 ราย หากคำนวณผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ที่เข้าถึงบริการ

บำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีเพียงร้อยละ 17.28 เท่านั้น ซึ่งร้อยละ 80 ยังคงไม่เข้าสู่ระบบบริการบำบัดฯ โดยร้อยละของการคัดกรองและบำบัดผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปีงบประมาณ 2561-2563 จะพบว่าแนวโน้มสถานการณ์การให้บริการคัดกรองและการบำบัด เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การให้บริการคัดกรองผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในช่วงแรกทำการคัดกรองได้เพียงร้อยละ 6.13 เท่านั้น และในปีต่อมาสามารถเพิ่มร้อยละการคัดกรองเป็น 32.67 และ 34.10 ตามลำดับ ซึ่งตามเป้าหมายตัวชี้วัดการบริหารจัดการคัดกรองปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบำบัดแบบสั้น (Brief intervention) สำหรับผู้ที่มารับบริการสุขภาพอยู่ที่ร้อยละ 60 และการเข้าถึงบริการ ตามเป้าหมายตัวชี้วัดผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อประชากรที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่โดยประมาณ อีกทั้งยังพบว่าร้อยละของการเข้ารับการบำบัดแบบสั้นและการส่งต่อ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 เป็น 61.9 และ 65.5 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 ตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนด (รูปที่ 4) และจากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ.2560 (33) พบว่าความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทย เท่ากับร้อยละ 28.6 ซึ่งหมายความว่าเกือบ 3 ใน 10 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี เท่ากับร้อยละ 13.6 ซึ่งหมายความว่า 1 ใน 7 ของวัยรุ่นไทยเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ก่อนอายุตามที่กฎหมายกำหนด โดยแบ่งสัดส่วนออกเป็นนักดื่มประจำ, นักดื่มหนัก และนักดื่มที่ดื่มแล้วขับยานพาหนะ



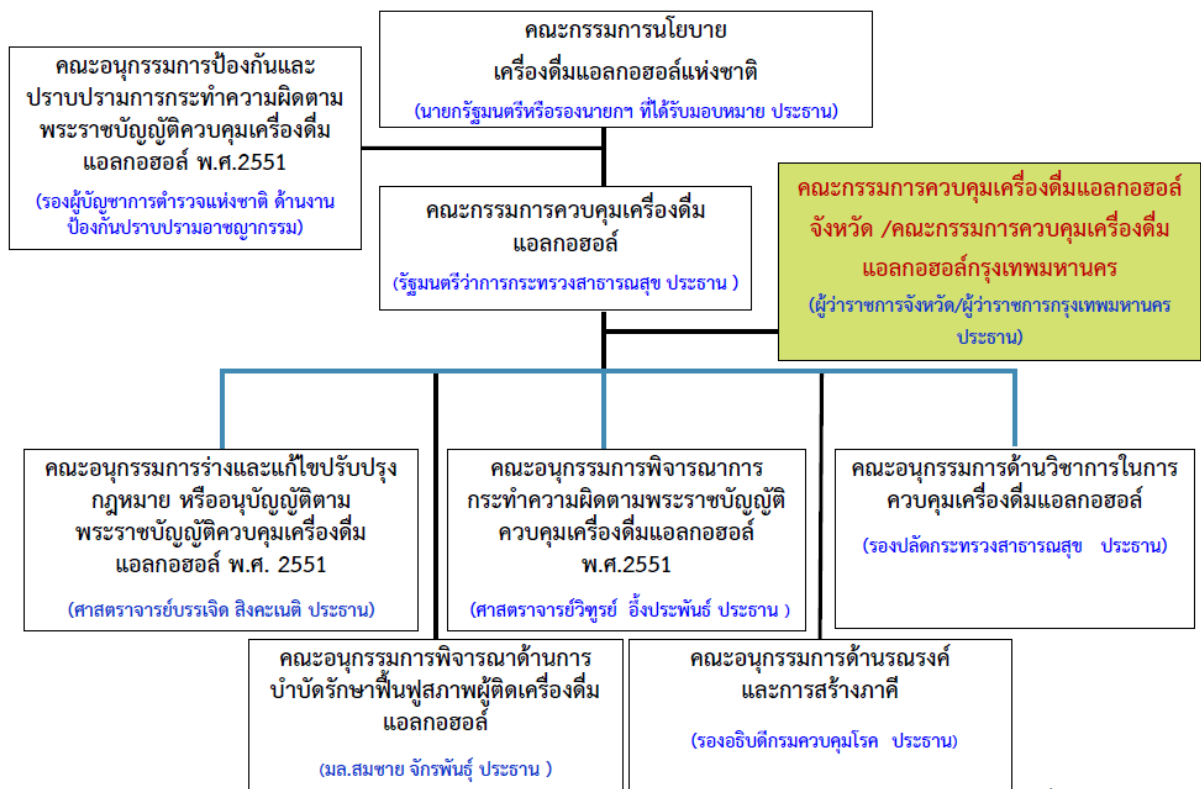
ที่มา: ข้อมูลจากกลุ่มรายงานมาตรฐานการคัดกรองและบำบัดผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากคลังข้อมูลสุขภาพ
รูปที่ 4 ร้อยละของการคัดกรองและบำบัดผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปีงบประมาณ 2561-2563 (34)

นอกจากนี้ ยังมีตัวชี้วัดเพิ่มเติมคือสัดส่วนผู้ที่เข้าสู่ระบบคัดกรองและบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น ผู้ที่มีคะแนน AUDIT มากกว่า 7 คะแนน) สำหรับแนวทางการดำเนินงานประกอบด้วย 1) พัฒนาระบบการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหารวมถึงแนวทางการบำบัดรักษา ในระบบบริการสุขภาพและระบบประกันสุขภาพ โดยเน้นที่ระบบบริการปฐมภูมิ และระบบส่งต่อไปยังการบริการระดับอื่น ๆ 2) ขยายจำนวนจุดบริการการคัดกรองและบำบัดรักษาที่มีมาตรฐานและประสิทธิภาพ 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคประชาสังคมในการพัฒนาระบบการคัดกรองและบำบัดรักษา 4) บรรจุเทคนิคการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าในหลักสูตรของบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะบุคลากรที่จะปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการปฐมภูมิ และจัดการอบรมเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ และ 5) พัฒนาระบบและกลไกในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่เคยประสบปัญหาจากการบริโภคที่ผ่านการบำบัดรักษา เพื่อป้องกันการกลับสู่ความเสี่ยงและปัญหา

ในปี พ.ศ. 2561 คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้จัดทำแนวปฏิบัติการตรวจคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางเชิงรุกในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ชุดย่อย ได้แก่ 1) การคัดกรองปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการให้คำแนะนำ ปรีกษาเบื้องต้น (การบำบัดแบบสั้น) 2) การดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (โปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ) และ 4) การดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งแนวปฏิบัติฉบับนี้ ได้มีการกำหนดรายละเอียดของการทำงานในแต่ละชุด เช่น ขั้นตอนการดำเนินงาน วัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือที่ใช้ รวมถึงมีการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ เป็นต้น (35)

4.2 กลไกการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดำเนินงานด้านแอลกอฮอล์อาศัยกลไกการทำงานของคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ ต่างๆ โดยในปี พ.ศ. 2561 มีคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการส่วนกลาง 8 คณะ รวมถึงคณะกรรมการในระดับจังหวัดทุกจังหวัด (รูปที่ 5) (36) โดยมีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของแต่ละคณะไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่เป็นระบบดังตารางที่ 9



ข้อมูล ณ วันที่ 18 พฤศจิกายน 2561

รูปที่ 5 คณะกรรมการ/คณะกรรมการด้านแอลกอฮอล์

ตารางที่ 9 หน้าที่และอำนาจคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

คณะกรรมการ	หน้าที่และอำนาจ
1) คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ (26)	1) กำหนดนโยบาย แผนงาน และการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวกับมาตรการด้านภาษี รวมทั้งมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี 2) ติดตามประเมินผลและตรวจสอบการดำเนินงานตาม 1) 3) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย
2) คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (26)	1) เสนอนโยบาย แผนงาน และการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวกับมาตรการด้านภาษี รวมทั้งมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการบำบัดรักษา

คณะกรรมการ	หน้าที่และอำนาจ
	และฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อ คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ 2) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับบรรจุภัณฑ์ ฉลาก พร้อมทั้งข้อความคำเตือนสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิต หรือนำเข้า 3) เสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีในการกำหนดเวลาขาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานที่ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วิธีหรือลักษณะการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ต้องห้ามสถานที่หรือบริเวณห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสิ่งอื่นใดที่ใช้เป็นการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5) เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการหรือรัฐมนตรีในการออกประกาศหรือระเบียบเพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้แล้วแต่กรณี 6) ให้คำปรึกษาแนะนำ และประสานงานแก่หน่วยงานของรัฐและเอกชนเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการเสนอมาตรการในการป้องกันผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 7) จัดให้มีหรือส่งเสริมและสนับสนุนการเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการให้แก่เยาวชนและประชาชนโดยทั่วไปให้เข้าใจถึงโทษและพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 8) เชิญข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้างของหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดมาให้ข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็น หรือให้จัดส่งเอกสารหรือข้อมูล เพื่อประกอบการพิจารณาดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ 9) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัตินี้ หรือตามมติคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ

คณะกรรมการ	หน้าที่และอำนาจ
3) คณะกรรมการควบคุมเครื่องต็มแอลกอฮอล์กรุงเทพมหานคร/จังหวัด (26)	1) เสนอความเห็นเกี่ยวกับมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมเครื่องต็มแอลกอฮอล์และการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องต็มแอลกอฮอล์ต่อคณะกรรมการควบคุม 2) ให้คำปรึกษาแนะนำ และประสานงานแก่งานหน่วยงานของรัฐและเอกชนเกี่ยวกับการควบคุมการผลิต การนำเข้า การขาย การโฆษณา และการบริโภคเครื่องต็มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการเสนอมาตรการในการป้องกันผลกระทบจากการบริโภคเครื่องต็มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องต็มแอลกอฮอล์ 3) กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันมิให้เด็กและเยาวชนไปเกี่ยวข้องกับเครื่องต็มแอลกอฮอล์ 4) กำหนดแนวทางปฏิบัติให้สอดคล้องกับนโยบายของคณะกรรมการในการลดและเลิกการบริโภคเครื่องต็มแอลกอฮอล์ 5) ติดตาม ประเมินผลและตรวจสอบการดำเนินงานเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายเพื่อลดและเลิกการบริโภคเครื่องต็มแอลกอฮอล์ แล้วรายงานผลต่อคณะกรรมการควบคุม 6) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมมอบหมาย
4) คณะอนุกรรมการป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องต็มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (2)	1) ตรวจสอบข้อเท็จจริงและข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิด และชี้แจงให้ ผู้ร้องเรียนหรือผู้ขอหารือถึงประเด็นปัญหาตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องต็มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 2) ให้คำชี้แจง เสนอแนะ ต่อคณะกรรมการนโยบายเครื่องต็มแอลกอฮอล์แห่งชาติเกี่ยวกับปัญหาข้อเท็จจริงและข้อกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องต็มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 3) ตรวจสอบ กวดขัน การฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องต็มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 4) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องต็มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 5) ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

คณะกรรมการ	หน้าที่และอำนาจ
5) คณะอนุกรรมการร่างและแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย หรืออนุบัญญัติตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (21)	1) ศึกษารวบรวมข้อมูลกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 2) จัดทำร่างและปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย หรืออนุบัญญัติตามมาตราต่าง ๆ ที่ได้บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 3) นำเสนอร่างกฎหมาย หรืออนุบัญญัติต่อคณะกรรมการควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ รวมถึงทำการแก้ไข ตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของร่างกฎกระทรวง ประกาศ และระเบียบตามที่คณะกรรมการควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์เสนอแนะ 4) ให้คำปรึกษา แนะนำ แก่คณะกรรมการควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ และสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์เกี่ยวกับปัญหาข้อเท็จจริงและปัญหาข้อกฎหมายต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 5) ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์มอบหมาย
6) คณะอนุกรรมการพิจารณาการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (30)	1) ตรวจสอบข้อเท็จจริงและข้อกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 2) ตรวจสอบข้อหาหรือเกี่ยวกับการดำเนินการตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 3) ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหาข้อเท็จจริงและข้อกฎหมายต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ต่อคณะกรรมการควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ 4) งานอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการนโยบายเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์แห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์มอบหมาย
7) คณะอนุกรรมการด้านวิชาการในการควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ (3)	1) ส่งเสริม สนับสนุนพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ ในการป้องกันและควบคุมผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์

คณะกรรมการ	หน้าที่และอำนาจ
	2) ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ การติดตามและประเมินผล การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนเสนอมาตรการ และแนวทางในการป้องกันและควบคุมผลกระทบจากการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ 3) ประสานและดำเนินการร่วมกับคณะกรรมการคณะ ต่าง ๆ ตามความเหมาะสม 4) ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มอบหมาย
8) คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการ บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (4)	1) กำหนดนโยบาย แผนการดำเนินงาน แนวทาง หลักเกณฑ์ และวิธีการ ตลอดจนการเสนอมาตรการในการ บำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) ส่งเสริม สนับสนุนการเผยแพร่ความรู้ด้านการ บำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่องค์กร ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานพยาบาลต่าง ๆ 3) จัดทำร่างหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ให้ผู้ติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือญาติ คณะบุคคลหรือองค์กรทั้งภาครัฐ และเอกชนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในการขอรับการสนับสนุนเพื่อการ บำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จาก สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเสนอ ต่อคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4) พิจารณาดำเนินการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ ตามแผนงาน และมาตรการต่าง ๆ ในการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟู สภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้องและเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ 5) ประสานและดำเนินการร่วมกับคณะกรรมการคณะ ต่าง ๆ ตามความเหมาะสม 6) ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์มอบหมาย

คณะกรรมการ	หน้าที่และอำนาจ
9) คณะอนุกรรมการด้านรณรงค์และการสร้างภาคี (5)	กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ด้านการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ สื่อสารสาธารณะและการสร้างภาคีเครือข่ายในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กำหนดรูปแบบ เป้าหมาย และวิธีการดำเนินงานในการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ สื่อสารสาธารณะ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลด ละ เลิก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน ประสาน ร่วมมือ รณรงค์ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกช่องทาง รวมทั้งการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ประสาน ร่วมมือ รณรงค์ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกช่องทาง รวมทั้งการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ประสานและดำเนินการร่วมกับ คณะอนุกรรมการคณะต่าง ๆ ตามความเหมาะสม ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มอบหมาย

4.3 บทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับมาตรการการคัดกรองและบำบัดรักษา

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	การคัดกรอง	มาตรการบำบัดรักษา
1) คณะกรรมการนโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติ	- พัฒนากฎระเบียบ นโยบาย มาตรการ - เฝ้าระวัง ตรวจสอบติดตามการดำเนินการ	
2) กระทรวงสาธารณสุข	- พัฒนากฎระเบียบ นโยบาย มาตรการ - นำนโยบายไปปฏิบัติ/ บังคับใช้กฎหมาย - เฝ้าระวัง ตรวจสอบติดตามการดำเนินการ	
- กรมควบคุมโรค	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สนับสนุนมาตรการคัดกรองและบำบัดรักษา เช่น สํารวจสถานพยาบาลของรัฐ, สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาล ผลักดันให้มีแนวปฏิบัติและการนำไปใช้ ผลักดันให้มาตรการคัดกรองและบำบัดรักษาเข้าสู่ Service Plan ของกระทรวงฯ และผลักดันให้มีการกำกับติดตามโดยเขตสุขภาพ	
- กรมการแพทย์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี	

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	การคัดกรอง	มาตรการบำบัดรักษา
	- กำหนดและพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพฯ - พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาล โดยถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ - ประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด (รวมสุราและบุหรื) สถานพยาบาลในสังกัด - ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพฯ ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน	
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กองบริหารการสาธารณสุข - พัฒนานโยบายและกำหนดมาตรฐานเครือข่ายบริการและสถานพยาบาลในระบบสุขภาพ - ส่งเสริมและประสานความร่วมมือด้านการจัดการบริการสุขภาพกับหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการบริการหรือหน่วยบริการสุขภาพของชุมชน ท้องถิ่น และเอกชน - กำกับ ติดตาม ประเมินผล และสนับสนุนการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ สถานพยาบาลในสังกัด - ให้บริการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพฯ	
- กรมสุขภาพจิต	หน่วยงานภายในกรม - ขับเคลื่อนการดำเนินงานคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพฯ และเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหน่วยบริการสุขภาพสังกัดกรมสุขภาพจิต สถานพยาบาลในสังกัด - ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพฯ	
- กรมอนามัย	สำนักส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพแรงงานในสถานประกอบการให้ลดละเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ส่งเสริมการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และสมุนไพรที่ใช้ในการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพฯ	
3) กระทรวงศึกษาธิการ	สนับสนุน	ไม่เกี่ยวข้อง
4) กระทรวงแรงงาน	- พัฒนากฎระเบียบ นโยบาย มาตรการ - นำนโยบายไปปฏิบัติ/ บังคับใช้กฎหมาย	ไม่เกี่ยวข้อง

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	การคัดกรอง	มาตรการบำบัดรักษา
5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- พัฒนากระบวนการ นโยบาย มาตรการ - นำนโยบายไปปฏิบัติ/ บังคับใช้กฎหมาย - สนับสนุน	สนับสนุน
6) ราชการส่วนภูมิภาค	- พัฒนากระบวนการ นโยบาย มาตรการ - นำนโยบายไปปฏิบัติ/ บังคับใช้กฎหมาย - สนับสนุน	สนับสนุน
7) ผู้นำชุมชน-ศาสนา	- พัฒนากระบวนการ นโยบาย มาตรการ - นำนโยบายไปปฏิบัติ/ บังคับใช้กฎหมาย - สนับสนุน	- นำนโยบายไปปฏิบัติ/ บังคับใช้กฎหมาย - สนับสนุน
8) ภาคประชาสังคม	นำนโยบายไปปฏิบัติ/ บังคับใช้กฎหมาย	- นำนโยบายไปปฏิบัติ/ บังคับใช้กฎหมาย - สนับสนุน
9) สื่อมวลชน	สนับสนุน	
10) สถานประกอบการ สถานที่ทำงาน	เฝ้าระวัง ตรวจสอบติดตามการดำเนินการ	ไม่เกี่ยวข้อง
11) บุคลากรสุขภาพ	- พัฒนากระบวนการ นโยบาย มาตรการ - นำนโยบายไปปฏิบัติ/ บังคับใช้กฎหมาย	
12) วิชาการ	เฝ้าระวัง ตรวจสอบติดตามการดำเนินการ	

4.4 การกำกับติดตามและประเมินผล

จากการทบทวนเอกสารไม่พบตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการคัดกรองบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 รวมถึงไม่ระบุชัดเจนว่าการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ภายใต้การรับผิดชอบของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ไດ โดยในปี พ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งแต่งตั้ง

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด โดยมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดกรอบและแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติด จัดทำข้อเสนอนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อเสนอต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการบริหารนโยบายระบบบริการสุขภาพ รวมถึงติดตามควบคุม กำกับ การดำเนินการแก้ไขปัญหา เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนด (18) อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2564 มีการผลักดันการดำเนินงานด้านแอลกอฮอล์ให้เป็นส่วนหนึ่งของ service plan สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด ซึ่งอยู่ระหว่างการยกร่างแผนการดำเนินงานและคาดว่าจะเริ่มดำเนินงานในปี พ.ศ. 2565

แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2564-2570 (ฉบับร่าง) ได้กำหนดเป้าหมายแผนปฏิบัติการ (output) เพื่อลดขนาดและความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีตัวชี้วัดหลัก 5 ข้อ ได้แก่

- 1) ปริมาณการบริโภคต่อประชากรผู้ใหญ่ ลดลงจาก 6.0 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 5.3 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2570
- 2) ความชุกของผู้บริโภคในประชากรผู้ใหญ่ ลดลงจากร้อยละ 26.2 ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 23.1 ในปี พ.ศ. 2570
- 3) ความชุกของผู้บริโภคในประชากรอายุ 15 – 19 ปี ลดลงจากร้อยละ 13.3 ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 11.7 ในปี พ.ศ. 2570
- 4) ความชุกของผู้บริโภคหนักในประชากรผู้ใหญ่ ลดลงจากร้อยละ 10.1 ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 8.8 ในปี พ.ศ. 2570
- 5) จำนวนการป่วย บาดเจ็บและตาย ด้วยสาเหตุจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดลงจาก 456 รายในปี พ.ศ. 2565 เป็น 353 ราย ในปี พ.ศ. 2570

กำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ทั้งหมด 5 กลยุทธ์ ประกอบด้วย 1) ควบคุมและจำกัดการเข้าถึง 2) ควบคุมพฤติกรรม การขับขีหลังการดื่ม 3) **คัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากสุรา** 4) ควบคุมการโฆษณา ส่งเสริมการขายและการให้ทุนอุปถัมภ์ 5) ขึ้นราคาผ่านระบบภาษี 6) สร้างค่านิยมเพื่อลดการดื่ม และ 7)

ระบบสนับสนุนและบริหารจัดการที่ดี โดยกลยุทธ์ที่ **3 คัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากสุรา** ได้ระบุเป้าหมายเพื่อให้ผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานที่เหมาะสม โดยกำหนดตัวชี้วัดหลัก 2 ตัวชี้วัด และเป้าหมายรายปี ดังตารางที่ 10 รวมถึงจัดทำโครงการ

พัฒนาการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อพัฒนาหลักเกณฑ์และระบบติดตามผลการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพ พัฒนาการบริการบำบัดรักษา พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ ตลอดจนระบบสนับสนุน เช่น ข้อมูลสารสนเทศ บริการนอกระบบสุขภาพ ระบบบริการร่วมกับโรคทางกายและทางจิตเวช เป็นต้น

ตารางที่ 10 เป้าหมายการดำเนินงานรายปีตามตัวชี้วัดการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากสุรา

ตัวชี้วัด	2565	2566	2567	2567	2569	2570
1. ร้อยละของผู้มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ อายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ข้อมูลพื้นฐานปี 2563 ร้อยละ 31.87)	45	50	55	60	65	70
2. ร้อยละของผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูงได้รับการบำบัดรักษา	10	15	20	25	30	40

เมื่อพิจารณาการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังไม่ใช่ประเด็นหลักในการตรวจราชการ อย่างไรก็ตาม พบการตรวจราชการเพื่อติดตามการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประจำปีงบประมาณ โดยผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ซึ่งรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการตามแนวทาง มาตรการกำกับ ควบคุม รวมทั้งการส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน ประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่จังหวัดในภาพรวม ปัญหาอุปสรรค และข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน (11, 12)

4.5 ระบบการบันทึกข้อมูลการให้บริการ

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการบันทึกข้อมูลการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (การคัดกรองและบำบัดผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ในระบบรายงานของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HEALTH DATA CENTER)⁴ ในแฟ้มการคัดกรองและการบำบัดสุรา (specialpp) เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับตอบสนอง service plan สาขาเสพติด โดยกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองคือผู้มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งข้อมูลจะแสดงในรูปจำนวน และร้อยละของการคัดกรอง ผลของการคัดกรอง (ความถี่ของการ

⁴https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=06b9ffbd9fa83f29fef3a7e7ba8119d6&id=217bf5d3be296fad9d708affeeaff6ed

ดื่ม ระดับความเสี่ยง) และข้อมูลการให้บริการ brief advice, brief counselling, และการส่งต่อเพื่อรับการ
รักษา refer

4.6 งบประมาณสำหรับเขตสุขภาพที่ให้บริการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มี ปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เมื่อพิจารณาสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรอง พบว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้
ประกาศเรื่องประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ฉบับที่ 10 พ.ศ.2559 กำหนดให้มีการคัดกรองปัญหา
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในทุกครั้งที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาล และ
ประชาชนกลุ่มอายุ 15-59 ปี ปีละ 1 ครั้ง โดยใช้แบบคัดกรอง ASSIST พร้อมกับให้คำแนะนำอย่างสั้น (brief
intervention) โดยสิทธิประโยชน์ดังกล่าวจะครอบคลุมประชากรไทยทุกคนภายใต้งบประมาณเหมาจ่ายราย
หัว (per capitation) สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับปีงบประมาณ 2562 สปสช. ได้รับ
จัดสรรงบประมาณจำนวน 318.93 บาทต่อคนไทยที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานพยาบาล ซึ่ง
งบประมาณดังกล่าวเป็นงบเหมาจ่ายรวมสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งหมด 4-20 บริการ
ขึ้นกับกลุ่มอายุ ผู้ที่มีผลการคัดกรองอยู่ในความเสี่ยงระดับเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์เพื่อรับ
การวินิจฉัยและพิจารณาการรักษาด้วยยาต่อไป ซึ่งสามารถเข้ารับบริการดังกล่าวได้ที่หน่วยบริการในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (18)

สำหรับสิทธิประโยชน์ด้านการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพฯ พบว่า ผู้ประกันตนในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้รับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตาม
หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเขตสุขภาพหน่วยบริการตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ใน
ปีงบประมาณ 2562 สปสช. จัดสรรงบเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปจำนวน 1,179.34 บาทต่อผู้มี
สิทธิ 1 ราย ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีรับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปทุก
รายการ ยกเว้น ที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดย สปสช.จ่ายให้กับหน่วยบริการประจำในระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำด้วยอัตราจ่ายต่อ
ประชากรที่คำนวณระดับจังหวัด นอกจากนี้ สปสช.จัดสรรงบเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในทั่วไปจำนวน
1,294.94 บาทต่อผู้มีสิทธิ 1 ราย เป็นค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ กรณีบริการผู้ป่วยในทุกรายการ ยกเว้นที่กำหนดให้จ่ายจากประเภทบริการอื่น โดย สปสช.
ประมวลผลจ่ายด้วยระบบ Diagnosis-Related Groups (DRGs) version 5 ตามผลงานการให้บริการที่หน่วย
บริการส่งมาแต่ละเดือน (37) ในขณะที่ผู้ประกันตนในสิทธิประกันสังคมจะได้รับบริการในกรณีเจ็บป่วยจาก
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามรหัสการวินิจฉัยโรค โดยขอรับบริการในสถานพยาบาลที่ประกันตน ซึ่ง

ครอบคลุมครอบคลุมการตรวจวินิจฉัยโรค การบำบัดทางการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ และค่าบริการอื่น ๆ ที่จำเป็น โดยสถานพยาบาลที่ให้บริการจะได้รับการชดเชยแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งในปีงบประมาณ 2563 สำนักงานประกันสังคมจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียน อัตรา 1,640 บาท/คน/ปี (38)

นอกจากนี้สำนักงานประกันสังคมยังจัดสรรค่าบริการทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาลคู่สัญญาเพิ่มเติม เช่น กรณีผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (AdjRW มากกว่าหรือเท่ากับ 2) อัตรา 746 บาท/คน/ปี กรณีผู้ป่วยนอก ที่สถานพยาบาลต้องมีการรักษาผู้ประกันตนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอัตรา 453 บาท/คน/ปี รวมจ่ายให้สถานพยาบาลคู่สัญญา อัตรา 2,839 บาท/คน/ปี รวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือเหมาจ่าย แยกกรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาโรค การรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง การบำบัดทดแทนไต ค่ายานอกบัญชีหลัก จ(2) ค่ายาต้านไวรัส ค่ายามะเร็งและรังสีรักษา กรณีปลูกถ่ายไขกระดูก กรณีเปลี่ยนกระจกตา กรณีปลูกถ่ายอวัยวะ กรณีทันตกรรม (อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ฟันเทียม) กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ค่าบริการฝากครรภ์ กรณีค่ารักษาพยาบาลสูงเกิน 1 ล้านบาท ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้พิการที่เป็นผู้ประกันตน (38) ทั้งนี้การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อเนื่องในสถานพยาบาลที่เป็นเครือข่ายของสถานพยาบาลคู่สัญญาต้องมีใบส่งตัวและสถานพยาบาลที่ส่งต่อต้องตามจ่ายค่าบริการ

ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถเข้ารับการรักษาโรคหรืออาการผิดปกติของร่างกายอันเกิดจากการติดแอลกอฮอล์ได้ โดยกรมบัญชีกลางพิจารณาตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งระบุว่า “ค่ารักษายาบาลที่จะนำมาเบิกจ่ายจากทางราชการได้ต้องเป็นค่ารักษายาบาลอันเกิดจากการที่แพทย์ได้ดำเนินการบำบัดรักษาโรคหรืออาการผิดปกติของร่างกาย โดยใช้วิธีการที่แพทย์เห็นว่าจำเป็นและสมควรเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรืออาการผิดปกติดังกล่าว..” ดังนั้นหากผู้ป่วยที่ติดบุหรี่และ/หรือแอลกอฮอล์เป็นผู้มีสิทธิเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลเกิดการเจ็บป่วยจากการติดบุหรี่และ/หรือแอลกอฮอล์ และแพทย์ได้ดำเนินการบำบัดรักษาโรคหรืออาการผิดปกติของร่างกาย ค่ารักษายาบาลที่เกิดขึ้นย่อมนำมาเบิกจ่ายได้ตามหลักการที่กล่าวข้างต้น (39) โดยกรมบัญชีกลางชดเชยให้สถานพยาบาลสำหรับบริการแบบผู้ป่วยนอก ตามปริมาณบริการและราคาที่เรียกเก็บ (fee for service) ย้อนหลัง และบริการแบบผู้ป่วยในตามอัตราที่กำหนดในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม; DRG) อย่างไรก็ตาม กรณีที่ผู้ป่วยที่ติดบุหรี่และ/หรือแอลกอฮอล์เป็นผู้มีสิทธิเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลมิได้เกิดความเจ็บป่วยจากการติดบุหรี่หรือแอลกอฮอล์ เพียงแต่ต้องการเข้ารับบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพตามสถานบริการสุขภาพของรัฐเพื่อให้เลิกบุหรี่และ/หรือแอลกอฮอล์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการ

เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าว ย่อมมิใช่ค่ารักษาพยาบาลอันจะนำมาเบิกจ่ายจากทางราชการได้ (39) การชดเชยค่าใช้จ่ายสำหรับสถานพยาบาลที่ให้บริการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สรุปได้ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การชดเชยค่าใช้จ่ายสำหรับสถานพยาบาลที่ให้บริการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	สิทธิประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองและบำบัดอย่างสันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 ให้มีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในทุกครั้งที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาล และประชาชนกลุ่มอายุ 15-59 ปี ปีละ 1 ครั้ง โดยใช้แบบคัดกรอง ASSIST พร้อมกับให้คำแนะนำอย่างสั้น (brief intervention) โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณเป็นงบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ (per capitaion)		
สิทธิประโยชน์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ	จ่ายชดเชยในกรณีการบำบัดรักษาโรคหรืออาการผิดปกติของร่างกาย อันเกิดจากการติดแอลกอฮอล์ การรักษาแบบผู้ป่วยนอกชดเชยตามตามปริมาณบริการและราคาที่เรียกเก็บ (fee for service) ย้อนหลัง บริการแบบผู้ป่วยในตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)	จ่ายชดเชยเป็นงบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ (per capitaion) การส่งต่อเพื่อรักษาต่อเนื่องในหน่วยบริการสุขภาพเฉพาะทางต้องมีใบส่งตัว และสถานบริการสุขภาพที่ส่งต่อต้องตามจ่ายค่าบริการ	การรักษาแบบผู้ป่วยนอกชดเชยเป็นงบเหมาจ่ายต่อผู้มีสิทธิ และการรักษาแบบผู้ป่วยในตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)

ปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับระบบการคลังและการสนับสนุนงบประมาณ

1) งบประมาณขดเชยสำหรับการคัดกรองและการบำบัดผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยนอกของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคมไม่สนใจให้สถานพยาบาลมีการจัดบริการเนื่องจากจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายต่อจำนวนผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนในสถานพยาบาล ซึ่งเป็นงบประมาณที่ไม่ได้จัดสรรเฉพาะสำหรับการคัดกรองและการบำบัดผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียว แต่เป็นการถัวเฉลี่ยค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมด ข้อดีคือ การจัดสรรงบประมาณแบบนี้ช่วยให้กองทุนสุขภาพสามารถควบคุมต้นทุนค่าบริการสุขภาพได้ (cost containment) แต่ปัญหาอุปสรรค คือ บางกิจกรรมบริการอาจขาดความครอบคลุม หรือบางสถานพยาบาลอาจไม่มีการจัดบริการดังกล่าว ดังนั้นการกำกับติดตามคุณภาพบริการคัดกรองและบำบัดผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงมีความสำคัญมากแต่ปัจจุบันอาจจะดำเนินการไม่ได้ทั่วถึง นอกจากนี้อัตราเหมาจ่ายรายหัวของแต่ละกองทุนจ่ายให้สถานพยาบาลอาจไม่เพียงพอต่อการจัดบริการทั้งหมด ซึ่งการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเป็นการดูแลและติดตามแบบระยะยาวลักษณะเดียวกันกับโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน ฯลฯ จึงต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลมาก จากการศึกษาต้นทุนการรับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าต้นทุนรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ยังไม่รวมโรคร่วมทางกายเฉลี่ย 7,005 บาท/ราย/ปี และต้นทุนรักษาแบบผู้ป่วยในที่ยังไม่รวมโรคร่วมทางกายเฉลี่ย 70,794.21 บาท/ราย/ปี (40)

2) สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายกรณีผู้ดื่มแอลกอฮอล์ต้องการเข้ารับบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพตามสถานพยาบาลของรัฐเพื่อให้เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยที่การดื่มแอลกอฮอล์ยังไม่ก่อให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ หากตีความตามนี้จะพบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบ alcohol abuse กล่าวคือ เป็นผู้ที่ดื่มสุรามาก ดื่มต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีอาการการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) เมื่อไม่ได้ดื่มสุรา และยังไม่ปรากฏโรคทางกายหรือทางจิตที่มีสาเหตุจากการดื่มสุราชัดเจนจะไม่ได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ ซึ่งคนกลุ่มนี้ควรเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลและป้องกันไม่ให้ดื่มหนักจนเกิดปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนรุนแรง อันนำไปสู่การเจ็บป่วยถาวรหรือเสียชีวิต ซึ่งจะทำให้ค่ารักษายาบาลเพิ่มมากขึ้นและการบำบัดการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจมีประสิทธิภาพลดลง

3) ยังขาดการสนับสนุนงบประมาณสำหรับดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระยะยาวหลังรับการรักษาเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ เช่น การดูแลเชิงรุกในชุมชน นอกจากนี้ระบบสนับสนุนงบประมาณปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมการบำบัดรักษาทางเลือกนอกระบบสุขภาพ เช่น รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แนวพุทธที่ดำเนินงานโดยพระสงฆ์ในวัด รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบการดูแลช่วยเหลือกันเองและกลุ่มผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นิรนาม เป็นต้น บางพื้นที่จึงขอรับการสนับสนุนโดยการเขียนโครงการของงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากกองทุนสุขภาพตำบล หรืองบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งงบประมาณเหล่านี้ไม่มีความแน่นอนใน

ระยะยาวและไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้หากมีการบำบัดทางเลือกระบบสุขภาพควรมีระบบส่งต่อที่ดีจากสถานที่บำบัดถึงสถานพยาบาล ซึ่งปัจจุบันยังไม่มียงบประมาณสนับสนุนเช่นเดียวกัน

4) กองทุนสุขภาพทั้ง 3 กองทุนมีการออกแบบที่แตกต่างกัน อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ต่างกัน รวมทั้งมีรูปแบบการบริหารจัดการด้านการคลังต่างกัน ทำให้วิธีการจ่ายชดเชยให้สถานพยาบาลมีความแตกต่างกันด้วย ซึ่งส่งผลต่อสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ เช่น ผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถใช้บริการจากสถานพยาบาลที่เลือกหรือลงทะเบียนไว้ล่วงหน้าเท่านั้น หากมีอาการซับซ้อนเกินกว่าศักยภาพของสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้จึงจะได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาในสถานพยาบาลแม่ข่าย และสถานพยาบาลที่ส่งต่อต้องตามจ่ายค่าบริการ ขณะที่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถเลือกใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง การบริหารจัดการที่แตกต่างกันอาจทำให้บางสิทธิการรักษาสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีกว่า (41)

5) ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจไม่ทราบว่าตนเองจำเป็นต้องได้รับการบำบัดหรือสามารถใช้สิทธิการรักษาขอรับการบำบัดและฟื้นฟูได้

4.7 สรุปผลการศึกษาที่สำคัญ

จากผลการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้ศึกษาสามารถสรุปผลการศึกษาที่สำคัญ ได้ดังนี้

- 1) ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรามาเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปี มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ รวมถึงกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 รวมถึงมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขร่วมดำเนินงาน
- 2) กระทรวงสาธารณสุขไม่มีตัวชี้วัดของที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการคัดกรอง บำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ไม่มีรายงานการตรวจราชการและการกำกับติดตามระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม พบตัวชี้วัดในการดำเนินงานระดับกรมหรือในแผนการดำเนินงานต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดสำหรับการวัดผลลัพธ์ของการจัดกิจกรรม
- 3) กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก 3 หน่วยงาน ได้แก่ กองบริหารการสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ ที่หน้าที่ในการกำหนดนโยบาย พัฒนาศักยภาพและกำกับติดตามการดำเนินงานด้านการให้บริการคัดกรอง บำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ยังไม่พบแผนการบูรณาการการดำเนินงานหรือแผนการส่งต่อ รวมถึงไม่พบข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับหน่วยงานที่รับผิดชอบกำกับติดตามการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ
- 4) งบประมาณในการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่จูงใจในการทำงาน โดยงบประมาณสำหรับการคัดกรองฯ อยู่ในงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ประเภทบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งงบประมาณเหมาจ่ายรวมทั้งการรักษาพยาบาล (ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน) การสร้างเสริม

สุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เป็นต้น โดยในปีงบประมาณ 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเท่ากับ 3,600 บาท/ผู้มีสิทธิ โดยเป็นงบสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 452.60 บาท/ผู้มีสิทธิ (1) และการชดเชยค่าบริการสำหรับสิทธิประกันสังคมยังไม่จูงใจให้มีการจัดบริการ

- 5) การบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ยังไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและ/หรือทางจิตไม่สามารถเบิกชดเชยได้จากสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในสิทธิสวัสดิการนี้ที่เป็นผู้ติดยังแบบความเสี่ยงปานกลางหรือสูงแต่ยังไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและ/หรือสุขภาพจิตต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการด้วยตนเอง ซึ่งอาจทำให้การบำบัดประสบผลสำเร็จน้อยลง

4.8 อภิปรายผลการศึกษา

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติทุกฉบับ ถือเป็นการกำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานที่สำคัญเพื่อแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ระดับชาติ มีความครอบคลุมตั้งแต่มาตรการด้านภาษี การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ตลอดจนการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ภายใต้พระราชบัญญัติฯ และแผนยุทธศาสตร์นี้ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานขึ้นเพื่อทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผน เป็นรูปธรรมชัดเจน และมีประสิทธิภาพ รวมถึงมีหน่วยงานต่างๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในการควบคุมและแก้ไขปัญหา เช่น กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมถึงองค์กรส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม เป็นต้น จึงแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยให้ความสำคัญอย่างมากในการแก้ปัญหาแอลกอฮอล์ แต่ยังไม่ระบุดูชัดเจนว่าหน่วยงานใดที่ทำหน้าที่รับผิดชอบหลัก อีกทั้ง เมื่อพิจารณาแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) พบว่าปัจจุบันยังไม่มี service plan ที่เฉพาะในด้านแอลกอฮอล์ จึงอาจส่งผลให้ปัญหาการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนทั้ง งบประมาณ บุคลากร รวมถึงการสนับสนุนและการให้ความสำคัญของผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน

เมื่อพิจารณาการดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหาเรื่องบุหรี่ (42) ซึ่งถึงได้ว่าเป็นปัญหาที่มีความใกล้เคียงกับแอลกอฮอล์ในแง่การจัดให้เป็นสารเสพติดให้โทษ โดยพบว่า มีการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานที่สำคัญ ครอบคลุมตั้งแต่การตรวจคัดกรอง ความชุกของปัญหา การบำบัดรักษา และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน มีการกำหนดให้หน่วยบริการรายงานผลการให้บริการในระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอยู่

ในแฟ้ม special PP ขณะที่ตัวชี้วัดด้านบุหรี่ยูในกลุ่มรายงานมาตรฐานในการเฝ้าระวังเรื่องความชุกของผู้สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป (43)

องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดกรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (6 building blocks of a health system)⁵ โดยระบุประเด็น “ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (leadership/government)” ว่าเป็นประเด็นที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการวางยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงาน ตัวชี้วัดความสำเร็จสำหรับการกำกับติดตามและประเมินผล รวมถึงการกำหนดผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน (44) จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหามลพิษในประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยมีการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานและแนวทางการดำเนินงานไว้ชัดเจน ดังจะเห็นได้จากพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าหน่วยงานระดับชาติล้วนให้ความสำคัญกับปัญหานี้ อย่างไรก็ตามการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญส่งผลให้เกิดปัญหาในการเก็บและรายงานข้อมูลรวมถึงการเห็นความสำคัญของผู้ปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปัญหาเหล่านี้ส่งผลโดยตรงกับระบบติดตามและประเมินผล รวมถึงการวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุราในอนาคต นอกจากนี้ยังพบว่าการกำหนดผู้รับผิดชอบและผู้ที่เกี่ยวข้องไว้หลากหลายทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและอื่น ๆ แต่ยังไม่พบเอกสารที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงในการดำเนินงานร่วมกันหรือแม้กระทั่งการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่สำคัญ เช่น ผลการดำเนินงานต่างๆ ตลอดจนแผนการดำเนินงาน ข้อจำกัดนี้อาจส่งผลให้รายละเอียดการดำเนินงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันแม้จะยึดพระราชบัญญัติฯ และแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติฉบับเดียวกันก็ตาม

ข้อจำกัดของการศึกษาการ ศึกษาเป็นการทบทวนรายงานและเอกสารในประเด็นตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่มุ่งเน้นระบบอภีการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา โดยเอกสารที่ใช้ทบทวนเป็นของหน่วยงานระดับชาติเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมรายงานหรือเอกสารในระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด อีกทั้งข้อจำกัดที่สำคัญคือ ผู้ศึกษาไม่ได้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่มในผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบอภีการเพื่อทำความเข้าใจเพิ่มเติมจากข้อค้นพบของการทบทวนเอกสาร อย่างไรก็ตามผู้ศึกษาได้สอบถามเจ้าหน้าที่กรมควบคุมโรค และเจ้าหน้าที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอเอกสาร

⁵ ประกอบด้วย 1) การให้บริการสุขภาพ (health service delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (health information system) 4) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (access to essential medicines) 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (financing) และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (leadership/government)

เพิ่มเติมโดยเฉพาะเอกสารที่เป็นฉบับร่างซึ่งยังไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะ ดังนั้นข้อสรุปจากการศึกษานี้อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ จึงควรพิจารณาเพิ่มเติมเหล่านี้ในการศึกษาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

4.9 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาระบบอภิบาลของการบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาการติ่มสุราสำหรับประเทศไทย ดังนี้

- 1) ขับเคลื่อนและผลักดันให้การคัดกรองและบำบัดผู้มีปัญหาการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บรรจุอยู่ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) เพื่อให้มีแผนการดำเนินงาน แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน ระบบส่งต่อ ระบบให้คำปรึกษาระหว่างสถานพยาบาล การกำกับติดตาม และงบประมาณที่ชัดเจนและเป็นระบบ และสอดคล้องกับ “แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติระยะที่ 2 พ.ศ. 2564-2570”⁶
- 2) ผลักดันให้มีตัวชี้วัดด้านการคัดกรองและบำบัดผู้มีปัญหาการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
- 3) สนับสนุนให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในการประสานเพื่อให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการคัดกรองและบำบัดผู้มีปัญหาการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกำกับติดตามผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ
- 4) สร้างความตระหนักให้ผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิประกันสังคมรับรู้ว่าหากมีปัญหาด้านการติ่มแอลกอฮอล์สามารถขอรับบริการได้ในสถานพยาบาลที่ตนขึ้นทะเบียน และขับเคลื่อนให้การบำบัดการติ่มสุราสามารถเบิกจ่ายได้โดยไม่มีอุปสรรคด้านเอกสาร
- 5) ขับเคลื่อนเชิงนโยบายเพื่อให้ข้าราชการที่มีปัญหาการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่วินิจฉัยโรคทางกายและ/หรือทางจิต ซึ่งการบำบัดตั้งแต่มีปัญหาการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังไม่มากจะสามารถป้องกันโรคอื่น ๆ ที่เป็นผลกระทบจากการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะลดต้นทุนการรักษาโดยรวม และฟื้นฟูประสิทธิภาพการทำงานได้ดีขึ้น

⁶ แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติระยะที่ 2 พ.ศ. 2564-2570 อยู่ระหว่างการยกร่าง

5. ผลการศึกษาปัจจัยสนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

5.1 นโยบายระดับจังหวัด

การดำเนินงานเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดนั้น พื้นที่ได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีทีมบุคลากรสุขภาพที่ดำเนินการด้านการบังคับใช้กฎหมายและการรณรงค์เพื่อบังคับใช้กฎหมาย รวมทั้งมีบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบด้านการคัดกรองและบำบัด การดำเนินงานในระดับจังหวัดดำเนินการผ่านคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และภาคีที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการ ความเข้มข้นและแนวทางการดำเนินงานแตกต่างกันตามบริบท ทั้งนี้ ข้อมูลจากพื้นที่ศึกษา พบว่า การบำบัดและคัดกรองเป็นยุทธศาสตร์ที่พื้นที่ไม่ได้เน้นหนักมากเท่ากับการบังคับใช้กฎหมายและสร้างความตระหนักต่อพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยนโยบายด้านการจัดบริการสุขภาพจะเริ่มด้วยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเข้าสู่การบำบัด บำบัดผู้ที่มีการติดสุราเรื้อรัง รวมทั้งการฟื้นฟูผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายที่สำคัญในพื้นที่ ทั้งผู้นำความคิด (opinion leader) เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้นำศาสนา รวมทั้งบุคคลต้นแบบในชุมชน เป็นต้น

ยกตัวอย่าง จังหวัด ก. มีนโยบายหลักและตัวชี้วัดด้านสารเสพติดและอุบัติเหตุ แต่ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยังเป็นปัญหาที่มักเกิดร่วมกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จึงมีนโยบายบูรณาการงานสุราเข้ากับบุหรี่ยและสารเสพติด นอกจากนี้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อีกทั้งพื้นที่มีปัญหาอุบัติเหตุจราจรที่มีสาเหตุหลักมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงขับเคลื่อนงานด้านการป้องกันและบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปพร้อมกัน โดยบรรจุเป็นแผนงานเพื่อขับเคลื่อนภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลในพื้นที่แบ่งส่วนความรับผิดชอบในการกำกับดูแล รพ.สต. และ หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด ส่วนการบริหารจัดการในภาพรวมและการถ่ายทอดนโยบายดำเนินการผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งจัดทำแผนประจำปีในภาพรวมของทั้งอำเภอที่สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานของสาธารณสุขจังหวัด นอกจากนี้ภายในอำเภอมีการจัดตั้งเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care cluster) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ และมีการจัดแพทย์หมุนเวียนลงตรวจที่ รพ.สต. อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งรวมเรื่องปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย โดยพื้นที่จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ.สต.ให้สามารถคัดกรองและให้คำปรึกษาเบื้องต้นได้ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 ผู้ว่าราชการจังหวัดได้ดำเนินมาตรการห้าม

ขายสุราตามนโยบายของประเทศไทย ซึ่งมาตรการดังกล่าวทำให้พื้นที่ได้แสดงบทบาทการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาลชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากมีกรณีการเกิดปัญหาการถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) เพิ่มขึ้น

ในด้านการกำกับติดตาม ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์หลักของกระทรวงสาธารณสุขไม่มีตัวชี้วัดด้านสุรา มีเพียงตัวชี้วัดเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการบำบัดสารเสพติด แต่ประเด็นด้านการบำบัดสุราเป็นการกำกับติดตามการดำเนินงานที่เป็นบริการประจำ (routine service) ซึ่งโรงพยาบาลบันทึกข้อมูลผ่านระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) และมีการรายงานผลการให้บริการเป็นระยะต่อ สสจ. โดยสรุป นโยบายด้านการควบคุมและลดความเสี่ยงจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี 2563 ขึ้นกับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ หากปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่รุนแรงมากพื้นที่อาจจะไม่ได้ให้ความสำคัญมาก แต่หากพื้นที่มองว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของปัญหาโรคติดต่อไม่เรื้อรังหรือการเกิดอุบัติเหตุจราจร ก็จำเป็นต้องดำเนินงานด้านการบำบัดสุรา ส่วนงบประมาณที่พื้นที่ใช้ในการดำเนินงานประกอบด้วย 3 ส่วน คือ งบประมาณของโรงพยาบาลสำหรับจัดบริการสุขภาพ งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล สำหรับกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพและแกนนำในชุมชน และงบประมาณ คปสอ. สำหรับการกำกับติดตามและพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพ

5.2 การให้บริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราและปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) การมีอยู่ของบริการ

โรงพยาบาลมีบริการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยใช้เครื่องมือ ASSIST AUDIT หรือแนวคำถามที่อยู่ในระบบ HOS XP ผู้ให้บริการในพื้นที่ให้ข้อมูลว่าการคัดกรองสามารถดำเนินการได้ แต่จะไม่ได้บันทึกข้อมูลลงในระบบ 52 แฟ้ม ตามที่นโยบายของ สธ. กำหนด เนื่องจากนโยบายดังกล่าวระบุให้คัดกรองด้วย ASSIST เท่านั้น ในขณะที่ รพ. บางแห่งดำเนินการคัดกรองโดยเครื่องมืออื่นทำให้ไม่สามารถบันทึกหรือเชื่อมข้อมูลเข้ากับระบบข้อมูลคลังสุขภาพของ สธ. ได้ บางพื้นที่จัดทำโครงการนำร่องเพื่อคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน โดยบูรณาการร่วมกับการคัดกรองการสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด ปัญหาทางจิตเวช และการคัดกรองโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถดำเนินการได้จริงปีละ 3-4 ชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ. หากคัดกรองแล้วเจอผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีอาการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พยาบาลส่งต่อบุคคลนั้นมายังคลินิกบำบัดสุรา ใน รพ. หากพบผู้มีความเสี่ยงปานกลางใช้กระบวนการบำบัดโดยชุมชน โดยเน้นที่การคืนข้อมูลให้ชุมชนและให้ชุมชนออกแบบแนวทางควบคุมปัญหาเอง เช่น กำหนดเวลาขาย ขอความร่วมมือไม่ให้ร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ผู้มีอาการมึนเมาหรือติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ได้จัดอบรมจิตอาสาในชุมชนเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา

ผู้ป่วย และให้ความรู้เรื่องพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกลไกการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งเชิญตำรวจมาให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย

การบำบัดที่โรงพยาบาลดำเนินการในคลินิกบำบัดสุราซึ่งส่วนใหญ่เป็นสถานที่เดียวกันกับการบำบัดโรคทางจิตเวชอื่นๆ ความเข้มข้นในการดำเนินงานขึ้นอยู่กับ 1) นโยบายของ สสจ. เช่น บางพื้นที่จัดทำเป็น service plan ของพื้นที่โดยเน้นที่แนวทางการบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการส่งต่อผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปยังหน่วยบริการสุขภาพเฉพาะทาง 2) การให้ความสำคัญของผู้บริหารโรงพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 3) การมีผู้รับผิดชอบหลัก (แพทย์) ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในด้านบุคลากรในคลินิกบำบัดสุราจะขึ้นกับบริบทของโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป บางแห่งดูแลโดยแพทย์ที่จบเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว หรือบางแห่งเป็นจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนมีแพทย์ทั่วไปที่ผ่านการอบรมการบำบัดสุรา (GP) โดยแพทย์มีบทบาทหลักในการวินิจฉัย ประเมินอาการถอนพิษสุรา จ่ายยา เช่น ให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines เพื่อถอนพิษสุรา ประเมินโรคจิตเวชร่วมโดยเฉพาะผู้ที่มีการติดกลับมาดื่มซ้ำบ่อยๆ รักษาโรคจิตเวชร่วม รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ทีมผู้ให้บำบัด ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการดูแลและบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และยาเสพติด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ให้บริการภายในคลินิกบำบัดสุรา รับผิดชอบการซักประวัติ ประเมินพฤติกรรม การดื่ม ประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่ม (Readiness to change) ประเมินความเข้มแข็งหรือจุดแข็งในชีวิตและแหล่งสนับสนุนในสังคม การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy; CBT) รวมทั้งการให้คำปรึกษารอบครอบครัว (Family counseling) ในส่วนของการเยี่ยมบ้านและดูแลเชิงรุกในชุมชนผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ศึกษาให้ข้อมูลว่ายังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุมเนื่องจากการเยี่ยมบ้านต้องมีทีมสหวิชาชีพไปด้วยและต้องใช้เวลาต่อผู้ป่วย 1 รายมาก จึงต้องจัดลำดับความสำคัญว่าจะเยี่ยมผู้ป่วยคนใดก่อน ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า จะเลือกเยี่ยมบ้านในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการหนัก เช่น เป็นผู้ป่วยติดเตียง มีแผลกดทับ เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการติดตามเรื่องการใช้จ่าย เป็นต้น ในกรณีของผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักจะเป็นรายที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งทางกายและจิต และปัญหากับบุคคลในครอบครัว บางพื้นที่ดำเนินการเยี่ยมบ้านโดยโปรแกรม ThaiCOC (ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน) ซึ่งเป็นระบบการเยี่ยมบ้านที่ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อการเยี่ยมผู้ป่วยสุราโดยเฉพาะแต่สามารถใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคอื่นได้ด้วย

2) การรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการระบุว่าชุมชนมองว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติในชุมชน ทั้งหญิงและชาย สามารถดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ และมองว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฝังรากอยู่ในวัฒนธรรมและประเพณีของคนในชุมชน ในบริบทชุมชนเมืองประชาชนก็มองว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติ เนื่องจากอยู่ในการประกอบอาชีพ เช่น พนักงานนั่งตริค์ พนักงานเสริฟ เป็นต้น

“ก็จะพบได้ในปกติทั้งผู้หญิงผู้ชายก็จะดื่มกัน เขาก็จะดื่มกันปกตินะ สังสรรค์กันต่าง ๆ ฉะนั้น โดยวัฒนธรรมเขาแล้ว เขาก็ต้องดื่ม บวกกับพวกงานวัฒนธรรมประเพณีต่าง ๆ เขาก็จะมีการใช้เหล้ามาประกอบด้วย”
เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

“ในชุมชนที่เห็นหลักๆ ก็คือเน้นสุราที่มาร่วมกับวัฒนธรรมประจำปีต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นวิธีการเช่นไหว้ตายายอะไรประมาณนี้ ก็คือทำให้เหล้าเข้ามามีส่วน อันนี้ทั้งเพศชายเพศหญิงเลยนะไม่เกี่ยวกับเพศและไม่เกี่ยวกับวัย” ผู้ให้บริการ

นอกจากนี้ในกลุ่มเยาวชนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักมาคู่กับการสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติด

“แล้วก็เจอว่าเด็กทั้งกินเหล้าทั้งสูบบุหรี่ แล้วก็ดื่มกันใหม่เข้ามากินเหล้าสูบบุหรี่ แล้วเหยี่ยวว่าเด็กในค่ายของพี่ส่วนใหญ่แล้วเด็กต่ำกว่า 18 ปี เขาไม่เอาเข้าค่าย เขาต้องให้บำบัดที่โรงเรียน 18 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่จะมีทั้งเหล้าและยาเสพติดประเภทอื่นร่วมด้วย บางคนก็จะให้สัมภาษณ์ว่าจะใช้ยาเสพติดต้องกินเหล้าก่อน ต้องปาร์ตี้ก่อนบางคนก็มากับการปาร์ตี้” ผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการจึงเน้นการดำเนินงานที่การส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเยาวชน ผ่านโครงการ TO BE NUMBER ONE

ผู้ให้บริการให้ข้อมูลว่าปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่สำคัญแต่แก้ไขได้ยากเนื่องจากประชาชนมองว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติ การเข้ารับการบำบัดตั้งแต่มีปัญหาการดื่มไม่รุนแรงเป็นไปได้ยาก แม้ปัจจุบันจะเริ่มมีการคัดกรอง แต่ผู้ที่เข้ารับการบำบัดมักเป็นผู้ที่มีปัญหาซับซ้อนรุนแรงหรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดปัญหาต่อตัวเองและสังคมอย่างมาก ทั้งในด้านสุขภาพ เช่น เกิดภาวะถอนพิษสุรา ติดสุรารุนแรง มีโรคทางกายและทางจิตร่วมด้วย เป็นต้น ด้านสังคม เช่น เกิดปัญหาทะเลาะวิวาท เป็นต้น ผู้รับบริการบางส่วนจะถูกส่งมาจากแผนกผู้ป่วยในที่คัดกรองแล้วเจอว่ามีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย นอกจากนี้ปัญหาหลักของการไม่เข้ารับการบริการน่าจะเกิดจากทัศนคติของผู้รับบริการที่ไม่ตระหนักว่าตนเองควรได้รับการบำบัด

“โดยปกติแล้วคนที่ปัญหาเรื่องสุราเนี่ยะ ก็จะเป็นคนที่ไม่ค่อยมีฐานะทางครอบครัวที่ดีเท่าไร ฉะนั้นมันก็จะเป็นไปได้น้อยมากที่เขาจะต้องเดินเข้ามาในโรงพยาบาล แล้วบอกว่าผมจะบำบัดสุรา ส่วนใหญ่ที่เข้าไปหรือเจอ ก็คือว่ามีอาการค่อนข้างจะรุนแรงถึงขั้นว่า alcoholism แล้วชาวบ้านทนไม่ไหวแล้ว ก็เกิดพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบแก่สังคมในภาพรวมและครอบครัวของเขาเอง เกิดความรุนแรงในครอบครัว หรือว่าไม่มีใครเอาละทิ้งไว้เป็นคนร่อนเร่เพนจรจนปัญหามันบูมมาขนาดนี้ ถึงได้เข้ารับการบำบัดแก้ไขปัญหา” ผู้ให้บริการ

“แต่คิดว่าปัญหาหลักๆตรงนี้ก็คือทำยังไงให้กลุ่มคนอย่างนี้เกิดปรับ mindset ของตัวเองเพื่อที่จะเห็นความสำคัญของการบำบัดรักษาตนเองหรือไม่มันก็ต้องให้เกิดกระแสที่เกิดว่ามีบุคคลต้นแบบขึ้นในชุมชนซักคนนึงละ เป็นตัวอย่างว่าเนี่ยจากที่เขาติดแล้วก็ผลเสียก็เป็นแบบนี้” ผู้ให้บริการ

นอกจากนี้ผู้ให้บริการยังมองว่าผู้ที่ผ่านการบำบัดสุรามักจะกลับไปดื่มซ้ำในชุมชน ซึ่งญาติหรือผู้คนในชุมชนไม่เข้าใจ และมองว่าเป็นความล้มเหลวของผู้บำบัดหรือการบำบัด ดังนั้น ผู้คนในชุมชนต้องทำความเข้าใจถึงกลไกและความสำเร็จของการบำบัด รวมทั้งให้ออกาสผู้ที่บำบัดหากคนเหล่านี้กลับไปดื่มซ้ำ

“ประชาชนว่าบางครั้งวิธีการบำบัดสุรา คนที่ดื่มสามารถจะกลับไปดื่มอีกเมื่อไหร่ก็ได้ ฉะนั้น คือความสำคัญคือทำยังไงให้ชุมชนเห็นความสำคัญของมัน แล้วก็ให้ออกาสแล้วก็เข้าใจ” เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่าในบริบทที่ผู้รับบริการไม่ตระหนักว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาเป้าหมายของการจัดบริการจึงควรเป็นการจัดบริการในเชิงลดอันตรายของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Harm reduction) เพื่อทำให้ผู้ดื่มหนักลดการดื่มหนักลง ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบต่อตนเองและสังคม แต่ไม่ใช่การตั้งเป้าหมายที่การเลิกดื่มเลยเพราะเป็นไปได้ยาก

นอกจากนี้การบริการบำบัดสุราไม่ได้มีมติเฉพาะการให้บริการทางกายและใจเท่านั้น ผู้บำบัดยังต้องพิจารณาถึงบริบทและสิ่งแวดล้อมของผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยที่ผู้ให้บริการมองว่ามีผลต่อการเข้ารับบริการ คือ การยอมรับของครอบครัวว่าผู้มีปัญหาจำเป็นต้องได้รับการบำบัด ครอบครัวมีการให้กำลังใจ ชุมชนยอมรับ เข้าใจ ไม่กลั่นแกล้งหรือตีตราผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งประเด็นเหล่านี้จะต้องมีการออกแบบบริการให้สามารถตอบสนองได้ ฉะนั้นความสำเร็จของการบำบัดสุราจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว ตัวอย่างหนึ่งในวิธีการที่พื้นที่ใช้ คือ การบำบัดทางด้านจิตและวิญญาณโดยผู้นำศาสนา การดึงแกนนำชุมชนและประชาชนทั่วไปเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล ซึ่งพื้นที่มองว่าเป็นปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถเลิกหรือลดการดื่มได้อย่างต่อเนื่อง

“การบริการต้อง take ทั้งหมดทั้งครอบครัวและเรื่องสภาพจิตใจ การไม่บูลลี่ การไม่ตีตรา เรื่องอะไรต่าง ๆ พวกนี้ต้องทำไปพร้อมกัน ฉะนั้นการบำบัดในวัดเลยมีผลในต่อสภาพจิตใจ... ผู้นำทางศาสนามีผลกับจิตใจ สาธารณสุขมีผลต่อการบำบัดด้านร่างกาย” ผู้ให้บริการ

3) การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบริการสุขภาพ

หน่วยบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยงานหลักที่จัดบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งให้ข้อมูลด้านบริการสุขภาพต่อประชาชนในพื้นที่ผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพจึงเป็นรูปแบบของการตั้งรับเป็นหลัก โดยจะให้ข้อมูลเมื่อพบเจอผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รุนแรง และเห็นว่าจำเป็นต้องมีการส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลในเครือข่าย นอกจากนี้ บางพื้นที่มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับคลินิกดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่อแผ่นพับ และสื่อบุคคลแกนนำในชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระสงฆ์ แกนนำผู้เลิกดื่มสุรา เป็นต้น ซึ่งเป็นรูปแบบการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชน ไม่ได้มุ่งเป้าที่ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และญาติเพียงอย่างเดียวแต่มุ่งให้ประชาชนในชุมชนทราบว่ามีการบริการสุขภาพอยู่และหากจำเป็นสามารถติดต่อสอบถามได้ รวมทั้งมีการจัดระบบส่งต่อเพื่อไปรับการบำบัด ทั้งนี้ พื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้เช่นนี้ต้องมีแกนนำในชุมชนที่เข้มแข็งและทำงานอย่างใกล้ชิดกับชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่

4) ทักษะจิตของผู้บำบัดต่อผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

ผู้ให้บริการมีทัศนคติต่อผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันขึ้นกับประสบการณ์ในการบำบัดสุรา ผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งระบุว่าในระยะแรกของการทำงานตนเองมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มารับการบำบัดแล้วกลับมาปรึกษาซ้ำบ่อยๆ ที่เป็นเช่นนี้เพราะตนเองมีภาระงานมากและมีแรงกดดันเหนื่อย เครียด เมื่อผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มารับบริการมักอาละวาดและด่าทอบุคลากรทางสุขภาพทำให้อารมณ์เสียมากขึ้น อีกทั้งตนเองมองว่าปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องพฤติกรรมที่ป้องกันได้

“ช่วงที่พี่ทำงานใหม่ๆ อยู่ห้องฉุกเฉิน เราจบใหม่เนาะ จบใหม่ปุ๊บเรามาเจอเราจะไม่ค่อยเข้าใจเราจะรู้สึกว่าเขาอีกแล้ว แล้วเปอร์เซ็นต์ที่ดุกก็คือเพราะว่างานมันหนักโอเวอร์โหลด แล้วทัศนคติเรามันจะลบๆ หน่อยตรงที่ว่ามันเป็นเหตุที่ป้องกันได้แต่คุณไม่ป้องกัน ทำให้เกิดขึ้นอะไรแบบนี้ก็จะโดนแบบยาวเลยนะอันนี้พูดถึงว่าเจ้าหน้าที่เพิ่งปฏิบัติงานใหม่ๆ แล้วทัศนคติก็ไม่ค่อยดีกับกลุ่มนี้แล้วมันเหนื่อยด้วยนะหนู เวลาที่เราดูมอเตอร์ไซด์ accident เคสที่ว่าเมาแล้วก็เด้งนอนอย่างนี้ก็ต้องมัดแล้วปากเขาก็จะดำเป็นการกระตุ้นเราอีก

คือถ้านักภาพการทำงานออกก็จะรู้ว่าเราเหนื่อยมากตรงที่เราที่ต้องดูแลเขาทั้งๆ ที่เราก็คือได้รับความกดดันด้วยอยู่ตลอด” ผู้ให้บริการ

เมื่อบุคลากรทางสุขภาพได้รับการอบรมเพื่อดูแลผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์และได้ทำงานในพื้นที่มากขึ้นเป็นการเพิ่มความเข้าใจว่าเพราะอะไรแต่ละบุคคลจึงตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ บางครั้งการตีก็เป็นการระบายความเครียด และบริบท สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนุนเสริมให้เกิดการตีมากขึ้นหรือตีอย่างต่อเนื่อง แม้จะได้รับการบำบัดแล้วแต่การกลับไปตีซ้ำจะเกิดขึ้นได้หากสภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย ในการทำงานผู้ให้บริการจึงปรับทัศนคติและความคาดหวังของตนเอง โดยไม่ได้หวังว่าผู้ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ทุกรายจะเลิกตีได้ แต่เปลี่ยนมุมมองว่าสามารถทำให้ผู้ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์เลิกตีได้ตั้ง 1 คน เป็นความภาคภูมิใจที่ทำให้ผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์สามารถทำงานและรับผิดชอบครอบครัวได้ ซึ่งทำให้ตนเองไม่รู้สึกล้มเหลวกับการบำบัดและมีกำลังใจให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

5.3 ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน

- 1) การสนับสนุนนโยบายโดยผู้บริหารระดับจังหวัด ทั้งผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์ สสจ. และการให้ความสำคัญกับปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในระดับอำเภอ รวมทั้งการบูรณาการการดูแลปัญหาสุราเข้ากับยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ขับเคลื่อนการดำเนินงานเข้ากับนโยบายในพื้นที่ เช่น ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล การดำเนินการในลักษณะนี้จะทำให้ประเด็นการดูแลผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ไม่ถูกละเลยจากระบบบริการที่ผู้ให้บริการมีภาระงานค่อนข้างมาก
- 2) มีทีมผู้รับผิดชอบหลักในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นทีมที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดและฟื้นฟูจากกรมสุขภาพจิตหรือกรมการแพทย์
- 3) ความเข้มแข็งของแกนนำในชุมชน ทั้ง ผู้นำทางศาสนา กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. ช่วยให้ชุมชนมีมาตรการและรูปแบบการดูแลผู้ที่ผ่านการบำบัด และป้องกันบุคคลเหล่านี้ให้กลับไปตีซ้ำได้

“เราต้องสะท้อนข้อมูลให้พื้นที่เห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญา และการดึงคนที่มีส่วนร่วม ดึงผู้นำ ทั้งที่เป็นผู้นำทางธรรมชาติ และผู้นำที่เป็นผู้นำท้องถิ่นตามบทบาทหน้าที่เข้าให้มาเห็นความสำคัญของการทำงาน แล้วงานมันก็จะชั้ไปด้วย” เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

“พี่ไปสร้างแรงจูงใจไม่ได้ไปสร้างแรงจูงใจเฉพาะคนป่วยและต้องสร้างแรงจูงใจให้ญาติด้วยและสร้างแรงจูงใจให้กับผู้นำชุมชนด้วยเพราะว่าความสำเร็จในเรื่องของการดำเนินงานในเรื่องสุราในชุมชนจริงๆ แล้วเกิดจากชุมชนเป็นส่วนใหญ่” ผู้ให้บริการ

- 4) ชุมชนที่มีประสบการณ์ดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถดำเนินงานได้อย่างเป็นแบบแผน มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน มีระบบการเชื่อมโยงผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าสู่ระบบสาธารณสุข และประชาชนในพื้นที่รับรู้ตระหนักถึงปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งทำให้ประชาชนยินดีให้ความร่วมมือกับมาตรการต่างๆที่กำหนดโดยชุมชน ชุมชนเหล่านี้เคยได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานโดยสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าและสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- 5) ระบบการส่งต่อผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทาง เนื่องจากปัญหาการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพทางกายและทางจิต บ่อยครั้งที่ผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีโรคร่วมทั้งทางกายและจิตซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลปัญหาเหล่านี้ร่วมกัน ระบบการส่งต่อที่มีความยุ่งยากในปัจจุบันจึงเป็นอุปสรรคหนึ่งที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการ

5.4 ประเด็นท้าทายการดำเนินงาน

- 1) นโยบายบำบัดสุรายังไม่เข้มข้นและชัดเจนเท่ากับนโยบายอื่นๆที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อสุขภาพ เช่น นโยบาย 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ที่มีการกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน หรือนโยบายบำบัดสารเสพติดที่มี service plan รองรับอย่างชัดเจน มีงบประมาณ และแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน หากพิจารณาที่ยุทธศาสตร์หลักของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าไม่ได้เน้นที่การแก้ไขปัญหามึนเมาโดยตรง จึงไม่ได้มีตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขในประเด็นนี้
- 2) ขาดการกำกับตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีตัวชี้วัดด้านการบำบัดสุราจะเน้นที่อัตราการรับบริการคัดกรอง บำบัดเบื้องต้น และการเข้ารับบริการด้วยปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (รหัส F10.0-F10.9) แต่ยังขาดหน่วยงานหลักในการกำกับติดตามหรือการนิเทศ
- 3) ความยั่งยืนของการให้บริการคัดกรองและบำบัดสุราขึ้นอยู่กับผู้บำบัดเป็นหลัก ผู้ให้ข้อมูลมองว่านโยบายการบำบัดสุรายังไม่ชัดเจนนัก โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการส่วนใหญ่จึงพิจารณาที่ศักยภาพของทีมนักบำบัดสุราเป็นหลัก หากมีแพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรมจึงสามารถจัดตั้งคลินิกบำบัดสุราได้ ในหลายพื้นที่งานบำบัดสุราแฝงอยู่ในการบำบัดสารเสพติดหรือคลินิกจิตเวช ซึ่งบุคลากรที่ดูแลจะเป็นกลุ่มเดียวกัน ทำให้มีภาระงานค่อนข้างมากจนไม่สามารถให้การบำบัดทางจิตสังคมต่อผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ หากมีการโยกย้ายหรือเปลี่ยนแปลงบุคลากรสุขภาพในคลินิกบำบัดสุราจะทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อการจัดบริการ

“ที่นี้คลินิกบำบัดสุรา ยาเสพติดมันยังไม่เกิด เพราะว่ามันยังไม่มีคนรับ มันเป็นการระหนก ฉะนั้น มันเลยฉีกออกไปที่ตำบลหรือชุมชน ชุมชนคือทางออก ถ้าให้พี่คิดนะ พี่จะยังไม่สามารถเอาเรื่องของการบำบัดสุราลงที่พื้นที่ได้ มันจะได้แค่การให้คำปรึกษาในเบื้องต้น แต่ถ้าเราจะขยับ เราต้อง ขยับลงชุมชนเลย มันถึงจะเห็นความสำเร็จในความคิดเห็นส่วนตัว เพราะว่าภารกิจงานมันเยอะ คนมันน้อย” ผู้ให้บริการ

- 4) ข้อจำกัดด้านสถานที่บำบัดผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าสถานที่บำบัดสุรามักอยู่ในคลินิกจิตเวชหรือหอผู้ป่วยในจิตเวช ไม่ได้มีสถานที่เฉพาะสำหรับบำบัดสุราโดยตรง ซึ่งทำให้ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความกังวลว่าจะโดนชุมชนมองว่าตนเองเป็นผู้ป่วยจิตเวช เป็นคนบ้า โดนเพื่อนบ้านล้อเลียนว่ามารับบริการด้านจิตเวช จึงทำให้ไม่อยากมารับบริการที่คลินิกบำบัดสุรา นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดด้านสถานบำบัดฟื้นฟูสภาพหลังจากได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดแล้ว จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพก่อนกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ซึ่งส่งผลต่ออัตราการกลับมาดื่มซ้ำที่ค่อนข้างมาก
- 5) ขาดระบบงบประมาณสนับสนุนที่ชัดเจนโดยเฉพาะสำหรับการบำบัดโดยชุมชน หรือการบำบัดนอกสถานพยาบาลภาครัฐ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการบำบัดโดยแกนนำในชุมชนและผู้มีอิทธิพลทางความคิดเป็นหนึ่งในวิธีการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากสถานพยาบาลที่พื้นที่ดำเนินการ ซึ่งพื้นที่มองว่าเป็นวิธีการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำที่เห็นผลชัดเจน แต่ในปัจจุบันการสนับสนุนงบประมาณยังไม่ชัดเจน เป็นการของบประมาณโครงการฯ เป็นรายครั้งจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- 6) ระบบการส่งต่อผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทาง เนื่องจากปัญหาการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพทางกายและทางจิต บ่อยครั้งที่ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีโรคร่วมทั้งทางกายและจิตซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลปัญหาเหล่านี้ร่วมกัน ระบบการส่งต่อที่มีความยุ่งยากในปัจจุบันจึงเป็นอุปสรรคหนึ่งที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการ

5.5 ความสามารถในการให้บริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราและปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

1) ทักษะคติของชุมชนต่อผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

ผู้ให้บริการให้ข้อมูลว่าชุมชนมีมุมมองเชิงลบต่อผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สร้างปัญหาให้กับสังคม ไม่มีความรับผิดชอบในตนเองหรือหน้าที่การงาน ผู้ให้บริการไม่ต้องการบำบัด เป็นต้น รวมทั้งขาดความเชื่อมั่นว่าผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะสามารถเลิกดื่มได้

“ในชุมชนส่วนใหญ่มองว่าคนนี้จะเลิกไม่ได้แล้วก็มีความรู้สึกว่าสมมติเนาะ มีหนึ่งคนที่ติดสุรา เค้าจะมองเลยว่าคนนี้จะเป็นคนไม่ดี และมองว่าเป็นคนที่เหลวไหล ญาติไม่เอา ทุกคนไม่มีใครอยากได้” ผู้ให้บริการ

“เคสนี้ทุกคนไม่เอาและแม้กระทั่งтик [ใน รพ.] ก็ไม่เอา โทรมมาบอกพี่ว่าถ้าไม่ตีกี่ไม่ต้องเอาเข้ามาหรอกเพราะว่ามันก็เสียชื่อเสียงเนาะ อย่างนี้ก็คือรับราชการตัวเองไม่รู้ตัวตัวเองต้องทำอะไร ไม่มีใครเอาเลยเคสนี้ แล้วคนไข้ก็ไม่รักษาด้วย ตัวญาติก็บอกไม่มา ไปไม่ได้หรอก เพราะคนไข้ไม่ไป ทุกคนในชุมชนมองว่าเคสนี้เลิกไม่ได้ เจ้านายบอกจะไม่เอาไว้ละเพราะว่าไม่ยอมไปทำงานและคนไข้ก็ติด ติดมากๆเลย คือเข้าต้องไปกินเหล้าให้ไปทำงานก็ไม่ไปโทรไปถามตำรวจด้วยกัน เค้าบอกว่าคือครั้งนี้ครั้งสุดท้ายแล้ว ถ้าไม่ไปทำงานอาทิตย์หน้าก็คือให้ออกจากราชการ” ผู้ให้บริการ

“ออกจากหมู่บ้านของแม่ไป ไปกินบ้านเพื่อนก็ทำอย่างนั้นแหละ และที่เค้าก็โทรมาหาแม่ แม่กับพ่อก็ตามไปเอามากแล้วเขาทำร้าย เขาคิดจะทำร้ายตั้งหลายครั้งแล้วมีคนช่วยไว้” ญาติผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

“สิ่งแวดล้อมคนข้างๆเค้าก็ไม่อยากให้กิน ถ้ากินแบบธรรมดาเค้าก็ไม่ว่าหรอก นี่ดื่มหนัก ก็ราคาญทุกคนคนกินเหล้าหน้าเปื้อน” ญาติผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากนี้ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่การบำบัด เนื่องจากช่วงที่ต้องมารับการบำบัดต้องมีญาติดูแลและเมื่อเข้าสู่ระยะฟื้นฟูญาติจะต้องช่วยเหลือและให้การสนับสนุนเพื่อให้สามารถเลิกได้ ผู้ให้บริการได้เล่ากรณีตัวอย่างของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รุนแรง เตะน้องชายแล้วตนเองล้มจนได้รับบาดเจ็บหนัก แต่ไม่มีผู้ใดนำส่งโรงพยาบาล เมื่อเจ้าหน้าที่ทราบจึงเรียกรถฉุกเฉินมารับ พบว่าผู้ป่วยเป็นอัมพฤกษ์ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชนเจ้าหน้าที่จึงต้องแก้ปัญหาด้วยการลงพื้นที่เพื่อพูดคุยกับญาติและผู้นำชุมชน ให้ข้อมูลว่าหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลจะกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องดูแลไปตลอดชีวิต หากได้รับการดูแลอาจจะกลับมาเดินได้ หลังจากนั้นจึงขอให้ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านช่วยเป็นที่ปรึกษาให้กับญาติและส่งพยาบาลใน รพ.สต. มาดูแลทุกสัปดาห์ จนผู้ป่วยกลับมาเดิน ทำงาน และเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

2) ความสามารถในการรับรู้ว่าคุณหรือญาติควรได้รับการดูแล

ผู้ให้ข้อมูลเข้ารับบริการด้วยสาเหตุที่แตกต่างกัน ผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์และญาติจะตระหนักถึงปัญหาแล้วเข้ารับบริการสุขภาพเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพอย่างรุนแรง หรือปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อตนเองและสังคมอย่างชัดเจน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ผ่านการรับบริการบำบัดมาหลายครั้ง แต่ยังไม่สามารถเลิกได้ถาวร มีการกลับไปตีซ้ำเป็นระยะ จนเมื่อมีปัญหาสุขภาพจึงกลับมารับบริการอีกครั้ง กรณีตัวอย่าง กรณีของผู้มีปัญหาการตี ก. เข้าสู่การบำบัดเพราะมีอาการทางจิตเวชร่วม ก่อนจะเข้าสู่การบำบัดติดเหล้าจนไม่สามารถเลิกได้ ต้องขอเงินคนในชุมชนตี เมื่อตีหนักก็อาละวาดในชุมชน จนชุมชนมองว่าเป็นบุคคลอันตราย ในที่สุดถูกตำรวจส่งโรงพยาบาล เมื่อออกจากโรงพยาบาลก็ไม่สามารถเลิกตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ได้ ญาติไม่สามารถห้ามพฤติกรรมการตีนี้ได้ เมื่อตีแล้วมีการอาละวาด ผู้นำชุมชนจึงส่งโรงพยาบาลอีกรอบ เป็นวงจรไปเรื่อยๆ หรือ ผู้มีปัญหาการตี ข. มารับบริการเนื่องจากอาการถอนพิษสุรา รับการบำบัดจนดีขึ้นและกลับสู่ชุมชนก็กลับไปตีซ้ำ และมีปัญหาสุขภาพจึงกลับมารับการบำบัดอีกครั้ง ปัจจุบันมีอาการประสาทหลอน หูแว่ว และตับอักเสบ ทีมผู้ให้บริการต้องให้เหตุผลว่าขณะนี้ปัญหาสุขภาพหากไม่หยุดตีถาวรอาจทำให้ป่วยเป็นตับแข็งได้ ผู้ตีจึงตั้งใจเลิก

“แบบว่าเดินไปตามหมู่บ้านไปขอตั้งค์เค้าได้ครั้งละ 5 บาท 10 บาทก็ไปเรื่อยๆ ไปซื้อเหล้า เลยคิดว่าน่าจะติดเหล้า” ญาติผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์

“ก็อาการแบบว่าโกรธ ไม่ได้อาละวาดทำท่าเฉยๆ ไปหาชาวบ้าน ชาวบ้านก็กลัว เค้าก็ไปร้องเรียนผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่ก็พามาส่งโรงพยาบาล” ญาติผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์

“มีปัญหาที่ว่าชาวบ้านเค้าบอกเราว่าไม่พาลูกพาหลานไปหาหมอ เค้า [ชุมชน] ก็มองว่ามันเป็นอย่างนี้แบบว่าเค้าไม่ไว้ใจ กลัวมันพืดพืดขึ้นมาเค้าก็กลัว คนในบ้านเค้าก็บอกว่าต้องหาทางไปส่งหมอเค้าก็บอก ผมก็ไม่รู้ว่าจะเวลามันเป็นอะไรขึ้นมาไปทำแล้วเค้าแล้วจะรับผิดชอบหรือเปล่า ผู้ใหญ่บ้านเค้าก็มาบอกให้พามาหาหมอ” ญาติผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์

“คือว่าแกเป็นบ่อยมาก เล็กก็เลิกไม่ได้ พอเลิกได้ประมาณ 1-2 เดือน แกก็มาทานใหม่อีก ทานบ่อยๆเข้าแกก็ติด ติดแล้วแกก็ชัก ไม่มีเรี่ยว ไม่มีแรง ต้องพามาโรงพยาบาล พามาเสร็จก็เป็นอย่างนี้ไปหลายเที่ยว” ญาติผู้มีปัญหาการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์

3) ทศนคติของผู้ป่วยและญาติต่อการบำบัด

ผู้รับการบำบัดสุราที่มีทศนคติที่แตกต่างกันต่อการมารับการบำบัด บางคนรู้สึกอายนที่ต้องมารับการบำบัดอย่างสม่ำเสมอเพราะจะถูกชุมชนมองว่าเป็นผู้มีปัญหาทางพฤติกรรม เป็นคนขี้เมา ไม่สามารถแก้ปัญหา

ได้ด้วยตนเอง และไม่มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม หรือบางคนมองว่าการไปรับบริการในโรงพยาบาล จิตเวชตนเองจะถูกมองว่าเป็นคนบ้า หรือบางคนไม่คิดว่าตนเองต้องเข้ารับบริการหรือมองว่าหากยังไม่มีปัญหา สุขภาพที่เกิดขึ้นชัดเจนจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะไม่มารับบริการ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึก ว่าตนเองเป็นภาระให้กับครอบครัว การไปรับการบำบัดต้องมีสมาชิกในครอบครัวไปด้วยทุกครั้ง จึงเกรงใจ ครอบครัว

“รู้สึกอายที่ต้องมาบำบัด” ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

“คนไม่มารักษาเพราะเค้าไม่ได้ป่วยเหมือนผม ผมว่าคนที่ดื่มเหล้าถ้าไม่มีอะไรเกิดขึ้น เค้ากินได้ปกติเค้าก็จะไม่มารักษา ก็ยังกินเรื่อย ๆ” ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

“ผมเคยชักชวนเพื่อนเข้ามาและเค้าบอกว่า เค้ายังกินได้อยู่ไม่เป็นอะไร เค้าก็เที่ยวกันทุกคืน” ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

“ตอนนั้น รพ. จะส่งเราไปที่สวนปรุง เราก็คิด เราไม่ใช่คนบ้าหนิ จะไปทำไม” ญาติผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

“แม่ให้ผมมาบำบัด ผมก็เกรงใจแม่ เกรงใจพี่ๆ ที่พามาโรงพยาบาล” ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4) ความสามารถในการค้นหาและตัดสินใจเลือกสถานที่บำบัด

ญาติของผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รับรู้ว่าคุณภาพบริการสุขภาพที่เข้ารับบริการคือที่ใด ส่วนมากจะไปพบหน่วยบริการใกล้บ้านก่อน หากมีอาการหนักจึงได้รับการส่งตัวไปรับบริการในหน่วยบริการ ในเครือข่าย ในมุมมองของญาติและผู้ป่วย การรับบริการใกล้บ้านมีความสะดวกและสามารถไปรับบริการได้อย่างต่อเนื่อง

“ตอนแรกคุณหมอให้ไป [รพ. เฉพาะทาง ตั้งอยู่จังหวัดอื่น] แม้ก็คิดว่ากลับมาลูกเราจะหายจะดีขึ้น แต่กลับมาเหมือนเดิม ที่หลังแม่จะไม่ไปแล้ว อยู่โรงพยาบาลเรานี้ก็ดีแล้ว คุณหมอนี่ก็ดูแลดีมาที่ไรเป็นหนักคุณหมอก็รับไว้ทุกที่” ญาติผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

5) ความสามารถในการเดินทางไปถึงสถานบริการสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลที่รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปใกล้บ้าน จะมีค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง ประมาณ 100 บาทต่อการพบแพทย์หนึ่งครั้ง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้เดินทางไปโรงพยาบาลพร้อมญาติโดย

เดินทางด้วยรถมอเตอร์ไซค์หรือรถประจำทาง แต่หากต้องไปรับบริการข้ามจังหวัด เช่น ไปรับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลธัญญารักษ์มีค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางที่เพิ่มขึ้นมาก และการเดินทางข้ามจังหวัดด้วยรถประจำทางก็มีความลำบากเนื่องจากรถประจำทางมีเวลาในการเดินรถจำกัด บางครอบครัวต้องใช้บริการเช่ารถรายวันของคนในหมู่บ้านเพื่อนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล การเดินทางจึงเป็นหนึ่งในข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการได้อย่างต่อเนื่อง

“ครั้งแรกหมอจะส่งไปโคราช [รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชธานี] แต่พ่อเค้าไม่ให้ไป ตาไม่สะดวกจะไปส่งหรือไปดูแล” ญาติผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

6) ความสามารถในการจ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ในการรับการรักษา ฉะนั้นจึงไม่ได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง หากมีการส่งเข้าสถานบำบัดฟื้นฟูสุขภาพเฉพาะทางโดยไม่ผ่านกระบวนการส่งตัวจากต้นสังกัด ญาติต้องเสียค่ารักษาเองบางส่วน นอกจากนี้ผู้ป่วยและญาติต้องจ่ายค่าเดินทางซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างมากเพราะการบำบัดสุราต้องเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องจนผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถลด/เลิกดื่มได้ โดยเฉพาะหากไปรับบริการในต่างพื้นที่ที่ตนเองอาศัยอยู่ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจะมากขึ้นและเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการบำบัด

“มาหาหมอแต่ละที ก็หายืมพี่มึงน้องมา ค่ารถ ครอบครัวฐานะก็ไม่ค่อยดี ทารับจ้างทั่วไป” ญาติผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

“ผมก็บอกว่าผมไม่มีรถ ผมไปกลับมันหมดไปหลายตั้งค์ หมอนัดบ่อย ก็เลยขอว่ามารับยาใกล้บ้านได้ไหม” ญาติผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

“แม่ว่าไปตามที่คุณหมอบอกเดือนนึงส่งตัวไปแล้วก็ไปโรงพยาบาลเฉพาะทาง ไป 2 ครั้ง ครั้งละเดือน ถ้าจะอยู่ต่อก็ได้เค้าจะเอาเดือนละ 10,000 แต่แม่ไม่มีเงินถ้าคุณหมอเราส่งไป เค้าให้รักษาให้ฟรีเดือนนึงโดยที่ไม่ต้องเสียเงิน แต่ถ้าไปเองต้องเสียเดือนละ 10,000 แต่แม่ไม่มีเงิน ก็บอกคุณหมอ คุณหมอหนูขอรักษาที่นี้แหละยังงี้ก็เป็นตายอยู่ที่นี่” ญาติผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

5.6 ปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

ปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด ได้แก่ 1. ความตระหนักว่าตนเองควรได้รับการบำบัด ซึ่งการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยจะตระหนักว่าตนเองควรได้รับการบำบัดเมื่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อ

ที่ชัดเจนต่อตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรือส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมอย่างชัดเจน 2. การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ารับการบำบัด โดยครอบครัวต้องยอมรับว่าผู้ป่วยมีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสถานพยาบาลจะช่วยแก้ปัญหานี้ได้ และให้โอกาสผู้ป่วยในการรับการบำบัด โดยการพาผู้ป่วยไปสถานพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องมีญาติหรือผู้ดูแลติดตามไปด้วย 3. การสนับสนุนจากชุมชน การที่ชุมชนมีทัศนคติและความเข้าใจต่อผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีระบบการบำบัดโดยพระสงฆ์ แกนนำชุมชนทำให้มุมมองของชุมชนต่อผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดีขึ้น

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการเข้ารับการบำบัด ได้แก่ 1. การตีตราทั้งจากผู้ให้การบำบัดและชุมชน ว่าผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เป็นผู้ที่สร้างปัญหาให้กับสังคม เป็นผู้มีปัญหาด้านพฤติกรรมและจริยธรรม ไม่มีความรับผิดชอบในตนเองหรือหน้าที่การงาน รวมทั้งขาดความเชื่อมั่นว่าผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะสามารถเลิกดื่มได้ การตีตราดังกล่าวนอกจากจะส่งผลเสียต่อผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลต่อครอบครัวของผู้ป่วย ทำให้เกิดความอับอายหรือรู้สึกเป็นที่รังเกียจของสังคม ซึ่งเป็นอุปสรรคหนึ่งที่ทำให้ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่กล้ายอมรับว่าตนเองมีปัญหา 2. ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังไม่พร้อมเข้ารับการบำบัด เนื่องจากขาดความตระหนักว่าการบำบัดเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ดื่มยังอยู่ในสถานะที่มีความสุขกับการดื่ม และเชื่อว่าตนเองสามารถเลิกดื่มได้เองหากมีความตั้งใจ 3. ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน 4. ปัจจัยทางด้านการเดินทางและค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางเพื่อรับการบำบัด

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยสนับสนุนให้มีการบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดขึ้นทั้งจากฝั่งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ปัจจัยสนับสนุนในด้านผู้ให้บริการได้แก่ 1) การสนับสนุนนโยบายโดยผู้บริหารระดับจังหวัดและการมีแผนดำเนินการด้านการคัดกรองและบำบัดอย่างชัดเจน ส่วนนี้เป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานในจังหวัดประสบผลสำเร็จ ซึ่งเชื่อมโยงกับการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงาน ถึงแม้การคัดกรองและการบำบัดเป็นประเด็นที่อยู่ในแผนของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดแต่ความเข้มข้นของการดำเนินงานจะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของพื้นที่เป็นหลัก 2) การมีทีมผู้รับผิดชอบหลัก เช่น แพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลและบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งทีมดังกล่าวควรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดและดูแลเป็นระยะ โดยใน (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติระยะที่ 2 พ.ศ. 2564 – 2570 (45) ได้มีการวางแผนเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการและระบบการให้คำปรึกษาแบบพี่เลี้ยง ซึ่งรับผิดชอบหลัก

โดย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ 3) ความเข้มแข็งของแกนนำในชุมชน โดยชุมชนที่มีประสบการณ์ดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะสามารถดำเนินงานได้อย่างเป็นแบบแผน มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน และมีระบบการเชื่อมโยงผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าสู่ระบบสาธารณสุข การเกิดขึ้นของแกนนำชุมชนในหลายพื้นที่ทั่วประเทศไทย ได้รับการสนับสนุนโดยสำนักงานเครือข่าย องค์กรงดเหล้า (สคล.) ภายใต้การสนับสนุนของ สสส. ซึ่ง สคล. ได้กำหนดเกณฑ์ชุมชนต้นแบบลดละเลิกเหล้า ซึ่งประกอบด้วยชุมชนที่มีการจัดการองค์กรชุมชน ชุมชนมีกระบวนการชุมชนคนสู้เหล้า ชุมชนที่มีการขยายผลการรณรงค์ ชุมชนที่มีการถอดบทเรียน ชุมชนที่มีการ ขยายผลไปพื้นที่รอบข้างและเป็นตัวอย่างที่ดีมีกิจกรรมการรณรงค์ลดละเลิกเหล้า ชุมชนที่มีการจัด สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการงดเหล้าของผู้ดื่มในชุมชน ชุมชนที่มีการยกระดับเป็นชุมชนแหล่งเรียนรู้ เป็นแบบอย่างที่ดีกับชุมชนอื่น รวมถึงชุมชนที่ได้รับรางวัลเกี่ยวกับการดำเนินงานชุมชนคนสู้เหล้า (26) สมตระกูล ราศิริ และคณะ ปี 2563 ได้ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของชุมชนต้นแบบ พบว่า เกิดจากการความร่วมมือของแกนนำหลัก เช่น ผู้ใหญ่บ้าน พระสงฆ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. และประสานงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าระดับจังหวัด การมีอุปกรณ์และงบประมาณสำหรับดำเนินการอย่างเพียงพอ รวมทั้งการสื่อสารเกี่ยวกับกติกาชุมชนและการนำประเด็นเรื่องแอลกอฮอล์มาเป็นประเด็นพูดคุยในชุมชนอย่างเป็นประจำ (46) ในด้านปัญหาอุปสรรคของการให้บริการ ได้แก่ 1) นโยบายบำบัดสุรายังไม่เข้มข้นและชัดเจนเท่ากับนโยบายอื่นๆที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อสุขภาพ รวมถึงการขาดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขในประเด็นนี้ ซึ่งจะเกี่ยวข้องไปถึงการกำกับติดตามตัวชี้วัดในการตรวจราชการไปจนถึงงบประมาณที่ได้รับ สอดคล้องกับการประเมินแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ (2554 – 2563) โดยวรานิษฐ์ ลำไย และคณะ ปี 2564 พบปัญหาความขาดแคลนด้านงบประมาณสำหรับดำเนินงาน โดยผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 61 ระบุว่างบประมาณการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เพียงพอ 2) ขาดการกำกับตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง 3) ข้อจำกัดด้านสถานที่บำบัดผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งปัจจุบันอยู่ร่วมกับคลินิกจิตเวชและคลินิกบำบัดสารเสพติด ทำให้ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าการเข้ารับการรักษาไม่เป็นความลับ หากชุมชนรู้ลึกลับจะถูกตีตรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับบริการในแผนกที่ผู้ป่วยมักได้รับการตีตรามากกว่า เช่น ผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยยาเสพติด ทำให้ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ต้องการถูกเหมารวมว่าตนเองเป็นผู้ป่วยเหล่านี้ การมีคลินิกเฉพาะสำหรับการบำบัดปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงอาจช่วยให้ปัญหาเหล่านี้ลดลง 4) ขาดระบบงบประมาณสนับสนุนที่ชัดเจนโดยเฉพาะสำหรับการบำบัดโดยชุมชน หรือการบำบัดนอกสถานพยาบาลภาครัฐ โดยปัจจุบันการสนับสนุนงบประมาณยังไม่ชัดเจน เป็นการของงบประมาณโครงการฯ เป็นรายครั้งจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 5) ระบบการส่งต่อผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปยังโรงพยาบาล

เฉพาะทางทั้งทางกายและทางจิตยังมีข้อจำกัด ระบบการส่งต่อในปัจจุบันจะต้องอาศัยการขอใบส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัดเป็นรายครั้ง หากผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายอย่างก็ต้องมารับการรักษาโรคร่วมทางกาย ณ โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคทางกาย และรักษาโรคทางจิตเวช ณ โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช

ปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด ได้แก่ 1. ความตระหนักว่าตนเองควรได้รับการบำบัด ซึ่งการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยจะตระหนักว่าตนเองควรได้รับการบำบัดเมื่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อที่ชัดเจนต่อตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรือส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมอย่างชัดเจน ข้อค้นพบดังกล่าวเป็นไปตามทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง stage of change (47) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความพร้อมในการบำบัดที่แตกต่างกัน โดยระยะ Pre-contemplation ผู้ป่วยยังไม่พร้อมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และอาจจะยังไม่เห็นว่าพฤติกรรมที่ทำอยู่เป็นปัญหา ผู้ป่วยมักจะมองไม่เห็นผลเสียระยะยาวที่จะเกิดขึ้นแต่ยังมีความสุขกับช่วงเวลาที่ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออกฤทธิ์ รวมทั้งคิดและรู้สึกว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ อดยากหยุดเมื่อไหร่ก็ได้ ซึ่งส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดอย่างนั้นเนื่องจากการมีประสบการณ์ที่จำกัด การสังเกตจากผู้นรอบข้าง หรือรับรู้ข้อมูลหรือข้อสรุปที่ผิด (21) ในการบำบัดผู้ให้บริการจึงมักเริ่มต้นด้วยประเมินแรงจูงใจประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หนึ่งในการบำบัดที่ได้ผลดี คือ การสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจูงใจ (motivational interviewing) ซึ่งมีการดำเนินการอยู่แล้วในระบบบริการในปัจจุบัน 2. การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ารับการบำบัด 3. การสนับสนุนจากชุมชน การที่ชุมชนมีทัศนคติและความเข้าใจต่อผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีระบบการบำบัดโดยพระสงฆ์ แกนนำชุมชนทำให้มุมมองของชุมชนต่อผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบำบัดดีขึ้น พื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้สำเร็จมักเป็นพื้นที่ที่ได้รับการสนับสนุนทั้งด้านองค์ความรู้ เครื่องมือ การพัฒนาศักยภาพแกนนำ จากสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในต่างประเทศหลายประเด็นทั้งปัญหาอุปสรรคด้านโครงสร้าง ปัญหาอุปสรรคในด้านความตระหนักและทัศนคติระดับบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม รวมถึงอุปสรรคด้านการติดตามจากสังคม โดยสามารถสรุปได้ดังนี้ Luis A. และคณะ (48) ศึกษามุมมองของกลุ่มชายฮิสแปนิก เกี่ยวกับพฤติกรรมในการบำบัดการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยเชิงโครงสร้าง สังคม วัฒนธรรม และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการริเริ่มและการมีส่วนร่วมในการรักษาอย่างต่อเนื่องในประชากรกลุ่มนี้ พบว่า (ก) ปัจจัยเชิงโครงสร้างส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษา กล่าว คือ พวกเขาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ รวมถึงการถูกปฏิเสธการรักษาเนื่องจากไม่มีหลักประกันสุขภาพและไม่สามารถเข้ารับการรักษา

นอกเวลาได้เนื่องจากต้องทำงานเป็นหลัก พวกเขาเชื่อว่าการรักษาที่มีประสิทธิภาพมีไว้สำหรับผู้ที่สามารถจ่ายได้เท่านั้น (ข) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เนื่องจากชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจ และมีการตีตราผู้ที่เข้ารักษาอาการติดยา (ค) ปัจจัยส่วนบุคคลคือขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาภาวะติดยา

Pinedo และคณะ (49) ได้ศึกษาการทำความเข้าใจต่ออุปสรรคของการรักษาผู้เสพสารเสพติดในสถานบริการเฉพาะทางในชาวละตินอเมริกา พบว่า ชาวละตินอเมริกาส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงการรักษาในสถานพยาบาลเฉพาะทาง เนื่องจากอุปสรรคจากปัจจัยทางวัฒนธรรม กล่าวคือการรักษาไม่เป็นที่ยอมรับในวัฒนธรรมของพวกเขา ทำให้เขาตัดสินใจที่จะไม่ค้นหาการรักษาปัญหาการใช้แอลกอฮอล์หรือยาเสพติด นอกจากนี้ยังมีประเด็นการรับรู้ประสิทธิภาพการรักษา กล่าวคือ เขาคิดว่าการรับรักษาปัญหาสารเสพติดและแอลกอฮอล์จะไม่ได้ผล เพราะผู้ให้บริการไม่เคยประสบปัญหาแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดเป็นการส่วนตัว ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้มีปัญหา มักไม่ได้รับการเนื่องจากมองว่าคนที่รับการรักษาเป็นบุคคลที่มีความล้มเหลวและกลัวว่าตนจะถูกมองในแง่ลบ รวมทั้งการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว

Wieczorek และคณะ (50) ได้ศึกษาอุปสรรคในการเข้าถึงการบำบัดอาการติดยาของผู้ป่วยนอก ระหว่างชุมชนเมืองและชนบท เพื่อศึกษาอุปสรรคและความท้าทายในการเข้าถึงคลินิกบำบัดสุรา พบว่า อุปสรรคที่พบในชุมชนเมืองคือการรักษาผู้ป่วยนอกและการนัดหมายเป็นรายบุคคลต้องรอเป็นเวลานาน ส่วนอุปสรรคในชุมชนชนบท พบว่าคลินิกที่ให้การบำบัดภาวะติดยาที่ไม่เปิดเผยชื่อผู้รักษามีน้อยเกินไป เวลาและค่าใช้จ่าย ตลอดจนไม่มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ

Browne และคณะ (51) ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและสนับสนุนการให้บริการบำบัดผู้ติดยาเสพติดในชุมชนชนบททางตอนใต้ของสหรัฐอเมริกา โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ให้บริการในสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติดในชุมชน จากการศึกษาพบประเด็นหลักที่เป็นอุปสรรคในการให้บริการบำบัดฯ ได้แก่ 1) ความพร้อมในการให้บริการ กล่าวคือ การเข้าถึงเทคโนโลยีปัจจุบันสำหรับการให้บริการ เช่น ภาพหรือสื่อวีดิทัศน์ที่ใช้ประกอบการบำบัดฯ ค่อนข้างล้าสมัย การเข้าถึงเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงและการเข้าถึงเว็บไซต์สำหรับฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ 2) ต้นทุนการให้บริการบำบัดฯ ที่สูง 3) การตีตราผู้เข้ารับการบำบัดฯ เนื่องจากผู้คนส่วนใหญ่อยู่รวมกันเป็นชุมชน การเข้ารับบริการบำบัดฯ จึงกลายเป็นเรื่องที่ไม่เป็นความลับ ทำให้บุคคลกลัวที่จะเปิดเผยข้อมูลการเข้ารับการรักษา

Gilbert และคณะ (52) ศึกษาถึงความแตกต่างทางเพศในการเข้ารับบริการและเหตุผลของการไม่เข้ารับบริการบำบัดผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจทางระบาดวิทยา แห่งชาติเกี่ยวกับแอลกอฮอล์และเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องจากชาวแอฟริกันอเมริกันและฮิสแปนิก ผิวขาว วัยผู้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่าผู้หญิงมีโอกาสน้อยกว่าผู้ชายในการเข้าถึงบริการบำบัดผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ การให้บริการเฉพาะทาง และการเข้าถึงโดยหลัก 12 ขั้นตอน (12-step groups) แต่ในด้านการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือในผู้ที่ยังไม่เคยได้รับการบำบัดใดๆ ไม่พบความแตกต่างระหว่างชายและหญิง ซึ่งยังค่อนข้างต่ำ

Zemore และคณะ (53) ทำการศึกษาเกี่ยวกับมิติเรื่อง เพศ วัฒนธรรม และอุปสรรคอื่นๆในการเข้ารับบริการบำบัดผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มชาวละติน โดยทำการสำรวจการบริโภคแอลกอฮอล์ระดับชาติของสหรัฐอเมริกา 3 ช่วง (U.S. National Alcohol Surveys) สำรวจการรับบริการบำบัดแอลกอฮอล์ตลอดช่วงชีวิต และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการบำบัดรักษา จากการศึกษาพบว่าการเข้ารับบริการบำบัดของชาวละตินโดยรวมค่อนข้างต่ำ แต่เมื่อเทียบในมิติทางเพศกลับพบว่าการเข้ารับบริการบำบัดในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุของการเข้ารับบริการบำบัดที่ต่ำในหญิงละติน โดยผู้หญิงที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ควรเข้ารับการบำบัดจะถูกชุมชนตีตรามองว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่ควรเกิดขึ้นในเพศหญิง ส่วนอุปสรรคอื่นๆได้แก่ อายุที่มากขึ้นจะเข้าถึงบริการน้อยลง, ระดับการศึกษาต่ำจะเข้าถึงบริการน้อยกว่าระดับการศึกษาสูง ผู้ที่มีแรงกดดันทางสังคมมากจะเข้าถึงบริการได้น้อยกว่าผู้ที่แรงกดดันทางสังคมน้อยกว่า การบังคับใช้กฎหมายที่เข้มข้นเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้มีปัญหาไม่ยอมเข้ารับบริการ เช่น กฎหมายเมาแล้วขับ นอกจากนี้ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้รับบริการบำบัดมักขาดการติดตามหรือไม่สามารถรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ มีความแตกต่างระหว่างเชื้อชาติโดยพบว่าชาวละตินมีอุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าคนผิวขาวและหากมีประกันสุขภาพภาครัฐก็จะได้รับการรักษาในสถานพยาบาลมากกว่าถึงสองเท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพ

Pinedo และคณะ (54) ได้สำรวจอุปสรรคของโปรแกรมการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดในผู้หญิงของความแตกต่างทางเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ พบว่า อุปสรรคด้านทัศนคติเป็นอุปสรรคสำคัญของชาวละตินอเมริกัน โดยชาวละตินอเมริกันเป็นกลุ่มเดียวที่อุปสรรคทางวัฒนธรรมส่งผลต่อการรับการรักษา เช่น ชาวละตินอเมริกันเชื่อว่าผู้ให้บริการการรักษาขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภูมิหลังทางวัฒนธรรมของพวกเขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของแอลกอฮอล์ ชาวละตินอเมริกันบางคนอธิบายว่าการดื่มเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมของพวกเขา อีกทั้งการรักษายังทำให้เกิดความอับอาย รวมถึงขาดการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอุปสรรคหลัก พวกเขารายงานว่าตนเองไม่มีความจำเป็นต้องรับการรักษาและการรักษานั้นอาจจะไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งชาวละตินอเมริกามีความกลัวว่าจะถูกรังเกียจหรือถูกตัดสินว่ามีปัญหาการใช้สารเสพติด รวมถึงกลัวที่จะถูกตีตราจากสังคม

Dabrowska และคณะ (55) ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างอุปสรรคในการเข้าถึงการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการติดการพนันกับอุปสรรคในการเข้าถึงการบำบัดรักษาในผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด โดยใช้แบบสอบถามในการศึกษา ผลการศึกษาพบว่าอุปสรรคในการเข้าถึงการบำบัดรักษาของทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ระบุว่าอุปสรรคส่วนบุคคลเป็นอุปสรรคหลักของการเข้าถึงบริการบำบัดฯ ได้แก่ การต่อต้านภายในตนเอง เช่น การขาดแรงจูงใจในการเริ่มรักษา เนื่องจากโดยส่วนใหญ่ผู้ที่มีปัญหามักจะไม่ตัดสินใจเข้ารับการบำบัดด้วยตนเอง แต่จำต้องตัดสินใจภายใต้แรงกดดันจากครอบครัวหรือคู่สมรสของพวกเขา และความกลัวต่อการรักษา เช่น ความกลัวในการพูดถึงปัญหาของตนเองในกลุ่มบำบัดฯ ที่มีแต่ผู้คนแปลกหน้า กลัวการถูกตีตราว่าเป็นผู้ติดการพนันหรือติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมไปถึงกลัวการถูกเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและปัญหาของตน นอกจากนี้มีอุปสรรคเชิงโครงสร้างในการเข้าถึงการบำบัดรักษา ได้แก่ 1) การจัดระบบการบำบัดรักษา เช่น การบำบัดเฉพาะทางสำหรับกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการติดการพนันยังมีบริการอยู่น้อยมาก ทำให้ปัจจุบันการบำบัดส่วนใหญ่เป็นการรวมเอาผู้ที่มีปัญหาการเสพติดหลายประเภทมาบำบัดรวมกันอยู่ ซึ่งในความเป็นจริงกลุ่มคนเหล่านี้มีความแตกต่างกัน 2) ทักษะของผู้ให้บริการบำบัดฯ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้-รับบำบัดและโปรแกรมการรักษา เช่น รูปแบบการรักษา อาทิ กลุ่มบำบัด จำนวนคนที่เข้าร่วมการบำบัดอาจมีขนาดใหญ่เกินไปซึ่งเป็นอุปสรรคให้ผู้ให้การบำบัดรักษาได้ไม่ทั่วถึง และเวลาไม่พอสำหรับผู้รับการบำบัดทุกคน รวมไปถึงการบำบัดส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบคลินิกบริการกลางวัน โดยในกลุ่มคนที่ยังต้องทำงาน จะไม่สามารถใช้วันลาป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดได้ จึงเป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการบำบัดฯ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการกำกับติดตามการดำเนินงานในระดับชาติ ทั้งนี้สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ติดตามการให้บริการสุขภาพที่สำคัญ เช่น การคัดกรอง การส่งต่อเพื่อรับบริการบำบัด และการรับบริการบำบัด รวมทั้งการกำกับติดตามมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ ในประเด็นการพัฒนาคุณภาพระบบการเชื่อมต่อของสถานพยาบาลในทุกระดับ เพื่อลดรอยต่อภายในเครือข่ายและนอกเครือข่ายที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่อง
2. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประสานกรมการแพทย์เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และจัดทำระบบการให้คำปรึกษาทั้งทางไกลและระบบพี่เลี้ยงตามเครือข่ายบริการสุขภาพ
3. สถานพยาบาลจัดสถานที่ให้บริการที่เป็นมิตรต่อผู้เข้ารับบริการ โดยจัดทำคลินิกบำบัดผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉพาะ

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สสส. หรือสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สนับสนุนภาคประชาสังคมอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการจัดทำระบบบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดการตีตราผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้ชุมชนมีส่วนร่วมดูแล รวมทั้งจัดทำมาตรการชุมชนเพื่อลดปัญหาดังกล่าว และสนับสนุนให้มีการขยายพื้นที่ดำเนินงาน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของปัญหาสูง

6. ผลการศึกษาการเข้ารับบริการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามแผนการวิเคราะห์ที่ระบุในหัวข้อError! Reference source not found. โดยรายละเอียดเพิ่มเติมของผลการวิเคราะห์แสดงในเอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563. กทม.2562.
2. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อึ้งณรงค์กรชัย, et al. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติของประเทศไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. นนทบุรี: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2559.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมและการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ2557.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานมาตรฐาน (HDC) [cited 23 พ.ค. 2562. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
5. Hanpatchaiyakul K. Barriers to alcohol addiction treatment in women and men experiencing alcohol addiction in a Thai context: Exploring lived experiences and healthcare providers' perspectives: Mälardalen University; 2016.
6. Hanpatchaiyakul K, Eriksson H, Kijssompon J, Östlund G. Thai men's experiences of alcohol addiction and treatment. Global health action. 2014;7(1):23712.
7. Hanpatchaiyakul K, Eriksson H, Kijssompon J, Östlund G. Healthcare providers' experiences of working with alcohol addiction treatment in Thailand. Contemporary nurse. 2016;52(1):59-73.
8. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย. นนทบุรี2552.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย. นนทบุรี2559.
10. ทานตะวัน สุรเดชาสกุล. เอกสารทบทวนองค์ความรู้เรื่อง แอลกอฮอล์กับความรุนแรง. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา; 2556.
11. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลผู้บาดเจ็บ และเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ ช่วงเทศกาลสงกรานต์ 2561. 2561.

12. Kongsakon R, Pocham N. Alcohol abuse and domestic violence in Thailand: matching case-control study. J Psychiatr Assoc Thai. 2007;52(3):269-305.
13. มนทร์มณี ถาวรเจริญทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกตุแก้ว, ชนิตา เลิศพิทักษ์พงศ์, จอมขวัญ โยธาสุมุท, กรรณิการัฐ ฐิติบุญสุวรรณ, et al. การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย 2551.
14. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี 2560.
15. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
16. Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V, Monteiro M. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010.
17. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. "ASSIST" เครื่องมือคัดกรองการเสพติดที่ใช้ง่ายและคุ้มค่า. 2557.
18. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559. 2559.
19. สายรัตน์ นกน้อย. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การบำบัดแบบสั้นในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ; 2552.
20. มานิต ศรีสุภานนท์. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ; 2552.
21. อุเต็น ก. การเสริมแรงจิตใจ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บทบาทหน้าที่วิทยากรกระบวนการ ทักษะ และเทคนิคสำหรับวิทยากรกระบวนการ [Available from: https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/190805156500000367.pdf].
22. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แนวทางปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา. นนทบุรี 2561.
23. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. กึ่งทศวรรษแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา. กรุงเทพฯ 2557.
24. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International journal for equity in health. 2013;12:18.
25. อาทร รั้วไพบูลย์. การวิเคราะห์ต้นทุนในการพัฒนาระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

26. เครือข่ายองค์กรงดเหล้า. คู่มือชุมชนคนสู้เหล้า เพื่อการรณรงค์งดเหล้าครบพรรษา. 2563.
27. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ชิส เต็มส์ จำกัด; 2553.
28. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 [Available from: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/service_plan.pdf].
29. กองบริหารการสาธารณสุข. ทำเนียบสถานบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2564 2019 [Available from: <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/57/0>].
30. กรมการแพทย์. โครงสร้างกรมการแพทย์ 2019 [Available from: https://www.dms.go.th/AboutUs/About_Structure].
31. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. หน่วยบริการ (สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช) ในสังกัดกรมสุขภาพจิต 2016 [Available from: <https://www.galya.go.th/web/dmhhospital.html>].
32. รายงานจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดบุหรื/ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในสถานบริการ [Internet]. สำนักงาน รัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์. 2563 [cited 5 สิงหาคม 2564]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/alcoholic.php&cat_id=9d8c311d6336373d40437c4423508cad&id=36203bcbf14f1be8f1906497ae8f5c0a5.
33. สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
34. การคัดกรองและการบำบัดผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (specialpp) [Internet]. สำนักงานรัฐบาล อิเล็กทรอนิกส์. 2563 [cited 13 สิงหาคม 2564]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
35. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แนวปฏิบัติการ ตรวจคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2561.
36. นิพนธ์ ชินานนท์เวช. บทบาทภาครัฐในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. เอกสารประกอบการประชุม วิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่ 10 วันที่ 22 พฤศจิกายน 2561 ณ เซ็นจูรี พาร์ค ประตูน้้า.
37. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2562,. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2561.
38. Hfocus. บอร์ดประกันสังคม เพิ่มอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ปี 63 เป็น 3,959 บาท/คน/ปี,. 2563.

39. กรมบัญชีกลาง. การใช้สิทธิเบิกจ่ายค่าบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ติดบุหรี่และ/หรือแอลกอฮอล์. In: กระทรวงการคลัง, editor. กรุงเทพมหานคร2549.
40. วัลลดา พุ่มไพศาลชัย, ชิดชนก เรือนก้อน. ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดสุราจากระดับโรงพยาบาลสู่ภาพรวมระดับประเทศ. Journal of Mental Health of Thailand. 2563;28(2):150-60.
41. กิตติพงศ์ สนธิสัมพันธ์. การพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร; 2560.
42. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ 2560 [Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b01eae257e44aa9d5bade97baf/files/la_wbtc/001_1btc.PDF.
43. รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำร้องการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ 2562 [Available from: <http://hdc-mkho.moph.go.th/download/DOC/conference1/18.%20%E0%B8%9A%E0%B8%B8%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B9%88.pdf>.
44. World Health Organization. MONITORING THE BUILDING BLOCKS OF HEALTH SYSTEMS: A HANDBOOK OF INDICATORS AND THEIR MEASUREMENT STRATEGIES. Geneva, Switzerland: the WHO Document Production Services; 2010.
45. นิพนธ์ ชินานนท์เวช. (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติระยะที่ 2 พ.ศ. 2564 – 2570 2563 [Available from: <http://cas.or.th/cas/wp-content/uploads/2020/12/251163-%E0%B8%99%E0%B8%9E.%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%9E%E0%B8%99%E0%B8%98%E0%B9%8C-%E0%B8%8A%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B9%8C%E0%B9%80%E0%B8%A7%E0%B8%8A.pdf>.
46. สมตระกูล ราศิริ, พงษ์ภักดิ์ กาคำผุย, เจริญพงศ์ พรหมศรี, สายสิญจน์ อุไทย, วาริญา ม่วงเกลี้ยง. ปัจจัยความสำเร็จของชุมชนต้นแบบในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Success factors of the prototype community for control alcoholic drinking). 2563.
47. ทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change Theory) 2016 [Available from: <http://sheacademy.in.th/?p=566>.
48. Luis A, David O, John, Eyal, Scott. Exploring Structural, Sociocultural, and Individual Barriers to Alcohol Abuse Treatment Among Hispanic Men. American Journal of Men's Health. 2018;12(6):1948-57.
49. Pinedo M, Zembre S, Rogers S. Understanding barriers to specialty substance abuse treatment among Latinos. J Subst Abuse Treat. 2018;94:1-8.

50. Wieczorek L. Barriers in the access to alcohol treatment in outpatient clinics in urban and rural community. *Psychiatr Pol.* 2017;51(1):125-38.
51. Browne T, Priester MA, Clone S, Iachini A, DeHart D, Hock R. Barriers and Facilitators to Substance Use Treatment in the Rural South: A Qualitative Study. *J Rural Health.* 2016;32(1):92-101.
52. Gilbert PA, Pro G, Zemore SE, Mulia N, Brown G. Gender Differences in Use of Alcohol Treatment Services and Reasons for Nonuse in a National Sample. *Alcohol Clin Exp Res.* 2019;43(4):722-31.
53. Zemore SE, Mulia N, Yu Y, Borges G, Greenfield TK. Gender, acculturation, and other barriers to alcohol treatment utilization among Latinos in three National Alcohol Surveys. *J Subst Abuse Treat.* 2009;36(4):446-56.
54. Pinedo M, Zemore S, Beltran-Giron J, Gilbert P, Castro Y. Women's Barriers to Specialty Substance Abuse Treatment: A Qualitative Exploration of Racial/Ethnic Differences. *J Immigr Minor Health.* 2020;22(4):653-60.
55. Dabrowska K, Moskalewicz J, Wieczorek L. Barriers in Access to the Treatment for People with Gambling Disorders. Are They Different from Those Experienced by People with Alcohol and/or Drug Dependence? *J Gambl Stud.* 2017;33(2):487-503.
56. จำนวนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามอายุ เพศ และจังหวัด พ.ศ. 2562 [Internet]. [cited 8 มีนาคม 2564]. Available from:
<http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>.
57. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ 2562. กรุงเทพฯ; 2563.
58. เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. สถานภาพการบริโภคสุรา. กรุงเทพฯ; 2550.
59. ปิทธิพรศ ศิลปกิจ, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก; 2552.
60. บุญศิริ จันศิริมงคล. แนวทางการบำบัดผู้ป่วยติดสุราสำหรับสหวิชาชีพสาธารณสุข 2558. Available from:
<https://med.mahidol.ac.th/psych/sites/default/files/public/pdf/Conference/58/Management%20of%20alcohol%20use%20disorder.pdf>.
61. วีระพล จันทรศิริยั้ง. แอลกอฮอล์. [cited 3 มีนาคม 2564]. Available from:
<http://www.clm.up.ac.th/pdf/article/Alcohol%20WA.pdf>.

62. สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย, ดาริกา ไสงาม. รายงานสถานการณ์ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
 63. สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ปัญหาและความผิดปกติ จากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
 64. ฐิติพร สุกแก้ว, อรทัย วลีวงศ์. "แอลกอฮอล์กับโรคตับ" สถานการณ์การป่วยตายด้วยโรคตับแข็งและมะเร็งตับจากการดื่มแอลกอฮอล์ในเอเชียแปซิฟิก สงขลา [cited 8 มีนาคม 2564]. Available from: <http://cas.or.th/cas/?p=7400>.
 65. ธเนศ ชิตาพนารักษ์, ชีระ พิรัชวิสุทธิ์, สุริยา กิริตชนานนท์, editors. ภาวะตับอักเสบชนิดรุนแรงจากแอลกอฮอล์: อาการ วิธีวินิจฉัย และแนวทางการรักษา. งานประชุมวิชาการประจำปี (ครั้งที่ 9) ของสถาบันโรคระบบทางเดินอาหารและตับ NKC 2559; ภูเก็ต.
 66. มูลนิธิไทยโรดส์, ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย. รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย 2559-2560. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย,
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
67. IS Online สถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน [Internet]. [cited 8 มีนาคม 2564]. Available from: https://dip.ddc.moph.go.th/new/is_acc.
 68. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ; 2563.
 69. สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, อภินิฐา พูนชัย, ศุภวรรณ เพิ่มผลสุข, พัทธรา ถีฬหพงศ์. โครงการวิเคราะห์ต้นทุนการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2562. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2562.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก สำหรับการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก และภาคผนวก ข สำหรับการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

6.1 จำนวนการเข้ารับบริการและอัตราการเข้ารับบริการ

ผลการวิเคราะห์การเข้ารับบริการของผู้ติดเครื่องดัดมัลลอคอสส์จากหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ (ตารางที่ 12) พบว่า ผู้ติดเครื่องดัดมัลลอคอสส์เข้ารับบริการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอกมีจำนวนคงที่ในระหว่างปีงบประมาณ 2558-2562 ซึ่งเท่ากับ 21,977 ครั้งในปีงบประมาณ 2562 โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่เข้ารับบริการเพื่อบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพจากการติดเครื่องดัดมัลลอคอสส์เป็นโรคหลัก⁷ จำนวน 12,882 ครั้ง

ในทางตรงกันข้าม ผู้ติดเครื่องดัดมัลลอคอสส์เข้ารับบริการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยในระหว่างปีงบประมาณ 2558-2562 มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้นจาก 84,603 ครั้งในปีงบประมาณ 2558 เป็น 103,757 ในปีงบประมาณ 2562 หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 18 โดยปีงบประมาณ 2562 มีผู้เข้ารับบริการเพื่อบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพจากการติดเครื่องดัดมัลลอคอสส์เป็นโรคหลัก⁵ จำนวน 45,429 ครั้ง

ตารางที่ 12 จำนวนการเข้ารับบริการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพจากการติดเครื่องดัดมัลลอคอสส์

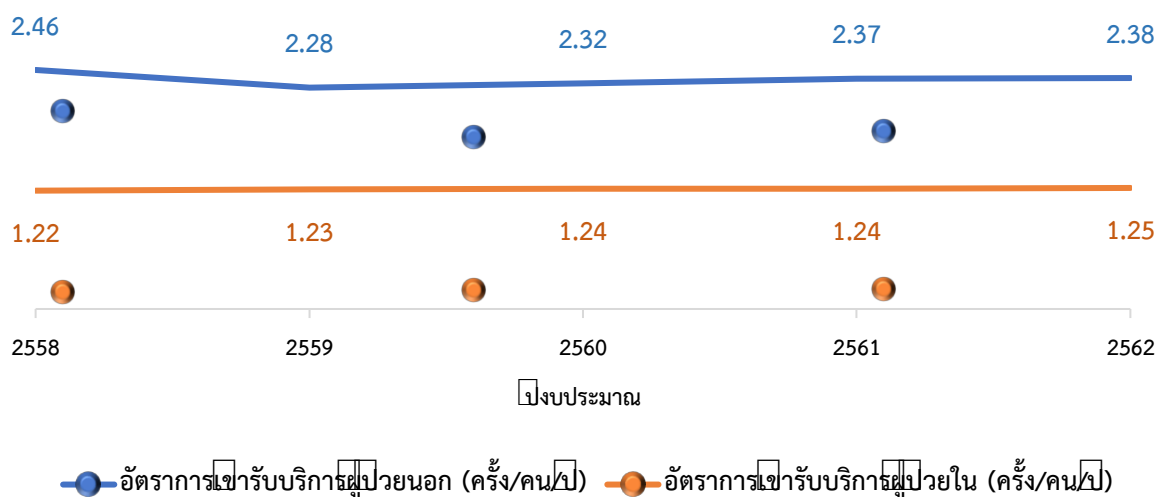
ประเภทการเข้ารับบริการ	ปีงบประมาณ				
	2558	2559	2560	2561	2562
ผู้ป่วยนอก					
การเข้ารับบริการของผู้ที่มีรหัสวินิจฉัยโรคอยู่ในกลุ่ม F10.0-F10.9 (ครั้ง)	22,339	20,551	21,719	22,898	21,977
การเข้ารับบริการของผู้ที่มีรหัสวินิจฉัยโรคหลักอยู่ในกลุ่ม F10.0-F10.9 (ครั้ง)	15,703	13,076	13,030	13,480	12,882
การเข้ารับบริการของผู้ที่มีรหัสวินิจฉัยโรคอยู่ในกลุ่ม F10.0-F10.9 (คน)	9,067	9,007	9,345	9,647	9,239
การเข้ารับบริการของผู้ที่มีรหัสวินิจฉัยโรคหลักอยู่ในกลุ่ม F10.0-F10.9 (คน)	6,260	5,616	5,502	5,734	5,572
ผู้ป่วยใน					

⁷ หมายถึง ผู้ที่มีรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (Primary diagnosis) อยู่ในกลุ่ม F10.0-F10.9

ประเภทการเข้ารับบริการ	ปีงบประมาณ				
	2558	2559	2560	2561	2562
การเข้ารับบริการของผู้ที่มีรหัสวินิจฉัยโรคอยู่ในกลุ่ม F10.0-F10.9 (ครั้ง)	84,603	91,300	92,465	93,616	103,757
การเข้ารับบริการของผู้ที่มีรหัสวินิจฉัยโรคหลักอยู่ในกลุ่ม F10.0-F10.9 (ครั้ง)	38,870	41,149	42,749	42,701	45,429
การเข้ารับบริการของผู้ที่มีรหัสวินิจฉัยโรคอยู่ในกลุ่ม F10.0-F10.9 (ครั้ง)	69,354	74,178	74,717	75,470	83,156
การเข้ารับบริการของผู้ที่มีรหัสวินิจฉัยโรคหลักอยู่ในกลุ่ม F10.0-F10.9 (ครั้ง)	30,180	31,713	32,814	32,641	34,597

อัตราการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกลดลงเล็กน้อยจาก 2.46 ครั้งต่อคนต่อปีในปีงบประมาณ 2558 เป็น 2.38 ครั้งต่อคนต่อปีในปีงบประมาณ 2562 ในขณะที่การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 1.22 ครั้งต่อคนต่อปีในปีงบประมาณ 2558 เป็น 1.25 ครั้งต่อคนในปีงบประมาณ 2562 (รูปที่ 6)

รูปที่ 6 อัตราการเข้ารับบริการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



หมายเหตุ: อัตราการเข้ารับบริการ =
$$\frac{\text{ผลรวมจำนวนครั้งการเข้ารับบริการในรอบปีที่รายงาน}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในรอบปีที่รายงาน}}$$

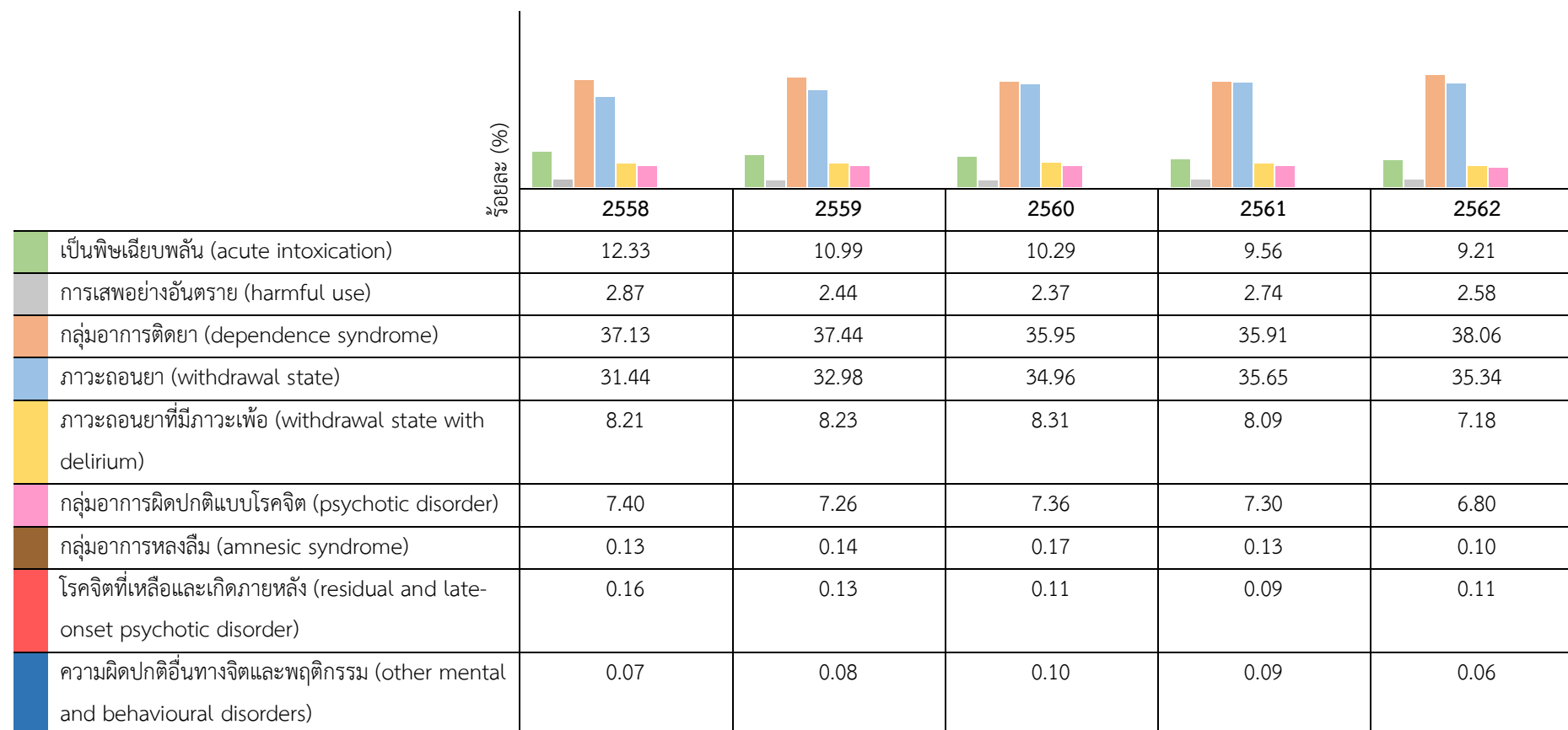
6.2 ประเภทของการเข้ารับบริการ

ผลการวิเคราะห์การเข้ารับบริการของผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ แยกตามประเภทของการเข้ารับบริการ พบว่า การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกมีสัดส่วนค่อนข้างคงที่ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากกลุ่มอาการติดยา (dependence syndrome) รองลงมาคือกลุ่มอาการผิดปกติแบบโรคจิต (psychotic disorder) และการเสพยาอย่างอันตราย (harmful use) ตามลำดับ (ตารางที่ 13) เช่นเดียวกันกับการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในที่มีสัดส่วนประเภทการเข้ารับบริการค่อนข้างคงที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในเนื่องจากกลุ่มอาการติดยา (dependence syndrome) และภาวะถอนยา (withdrawal state) ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน รองลงมาคือการเป็นพิษเฉียบพลัน (acute intoxication) ภาวะถอนยาที่มีภาวะเพ้อ (withdrawal state with delirium) และกลุ่มอาการผิดปกติแบบโรคจิต (psychotic disorder) ตามลำดับ (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 13 ร้อยละการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทของการเข้ารับบริการ ปีงบประมาณ 2558-2562



ตารางที่ 14 ร้อยละการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน จำแนกตามประเภทของการเข้ารับบริการ ปีงบประมาณ 2558-2562



ความผิดปกติอื่นทางจิตและพฤติกรรมที่ไม่ระบุ รายละเอียด (unspecified mental and behavioural disorders)	0.25	0.31	0.37	0.45	0.57
---	------	------	------	------	------

6.3 ลักษณะทั่วไปของผู้ที่เข้ารับบริการ

ผลการวิเคราะห์การเข้ารับบริการของผู้ติดเครื่องดีมีแอลกอฮอล์จากหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศ (ตารางที่ 15) พบว่า การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกัน และมีแนวโน้มคงที่ในระหว่างปีงบประมาณ 2558-2562 กล่าวคือ ผู้ที่เข้ารับบริการประมาณร้อยละ 90 เป็นเพศชาย และมีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มอายุที่เข้ารับบริการสูงที่สุดคือ 25-44 ปี และ 45-59 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่เมื่อพิจารณาที่สิทธิการรักษาพยาบาล จะเห็นได้ว่า การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ รองลงมาคือ สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตามลำดับ ในขณะที่การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในเกือบทั้งหมด (มากกว่าร้อยละ 95) เป็นผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตามอาจเกิดขึ้นจากข้อจำกัดด้านการเข้าถึงฐานข้อมูล

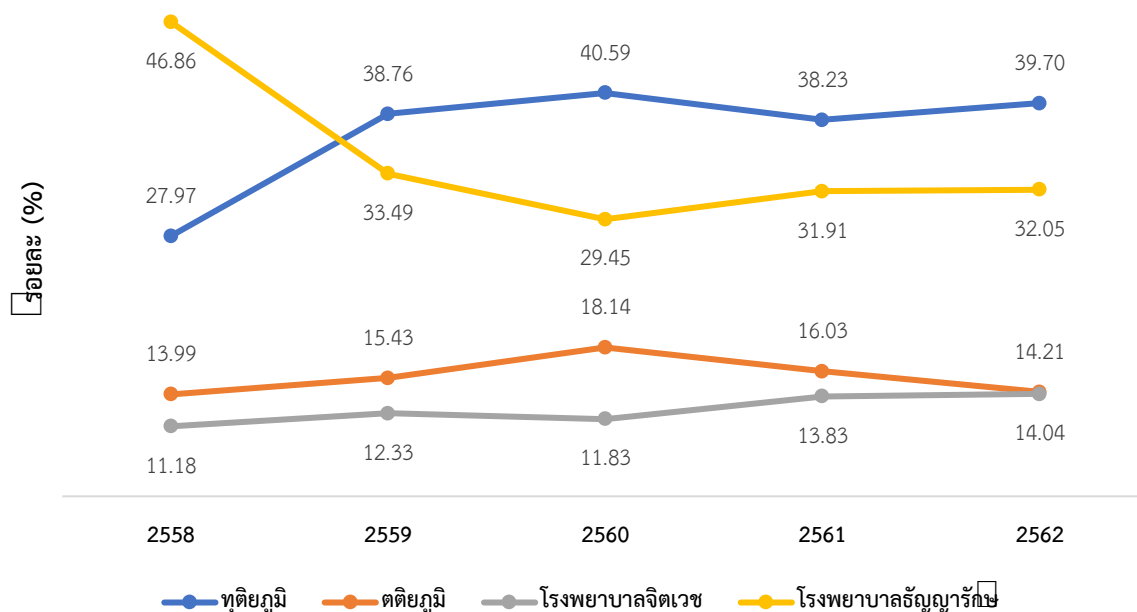
ตารางที่ 15 ร้อยละการเข้ารับบริการ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (%)

ลักษณะของผู้ที่เข้ารับบริการ	ปีงบประมาณ				
	2558	2559	2560	2561	2562
ผู้ป่วยนอก					
จำแนกตามเพศ					
ชาย	90.61	91.45	90.63	90.95	89.66
หญิง	9.39	8.55	9.37	9.05	10.34
จำแนกตามกลุ่มอายุ					
น้อยกว่า 15 ปี	0.21	0.24	0.24	0.23	0.21
15-19 ปี	1.47	1.44	1.14	1.38	1.52
20-24 ปี	3.36	3.41	3.03	3.30	3.24
25-44 ปี	39.83	37.67	36.61	35.67	36.26
45-59 ปี	38.52	38.38	38.45	38.02	36.69
60 ปีขึ้นไป	16.61	18.85	20.54	21.41	22.09
จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล					
ประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)	56.04	56.56	52.64	54.05	54.65
สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	35.39	33.40	35.74	34.94	32.91
ประกันสังคม	0.00	0.01	0.03	0.01	0.01
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	8.56	9.98	11.36	10.68	12.14
อื่น ๆ	0.01	0.06	0.22	0.32	0.28
ผู้ป่วยใน					
จำแนกตามเพศ					

ลักษณะของผู้ที่เข้ารับบริการ	ปีงบประมาณ				
	2558	2559	2560	2561	2562
ชาย	88.80	88.75	88.57	88.77	88.31
หญิง	11.20	11.25	11.43	11.23	11.69
จำแนกตามกลุ่มอายุ					
น้อยกว่า 15 ปี	0.14	0.16	0.15	0.19	0.19
15-19 ปี	1.17	1.07	0.94	0.85	0.96
20-24 ปี	2.52	2.24	2.29	2.23	2.11
25-44 ปี	43.03	42.03	41.34	40.36	38.86
45-59 ปี	38.55	39.08	39.61	40.26	40.51
60 ปีขึ้นไป	14.58	15.42	15.67	16.11	17.37
จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล					
ประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)	95.34	95.77	95.70	95.70	95.89
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	3.30	2.83	2.92	2.88	2.68
ประกันสังคม	0.30	0.39	0.37	0.40	0.44
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	1.06	1.01	0.92	0.93	0.93
อื่น ๆ	0.00	0.02	0.08	0.08	0.06

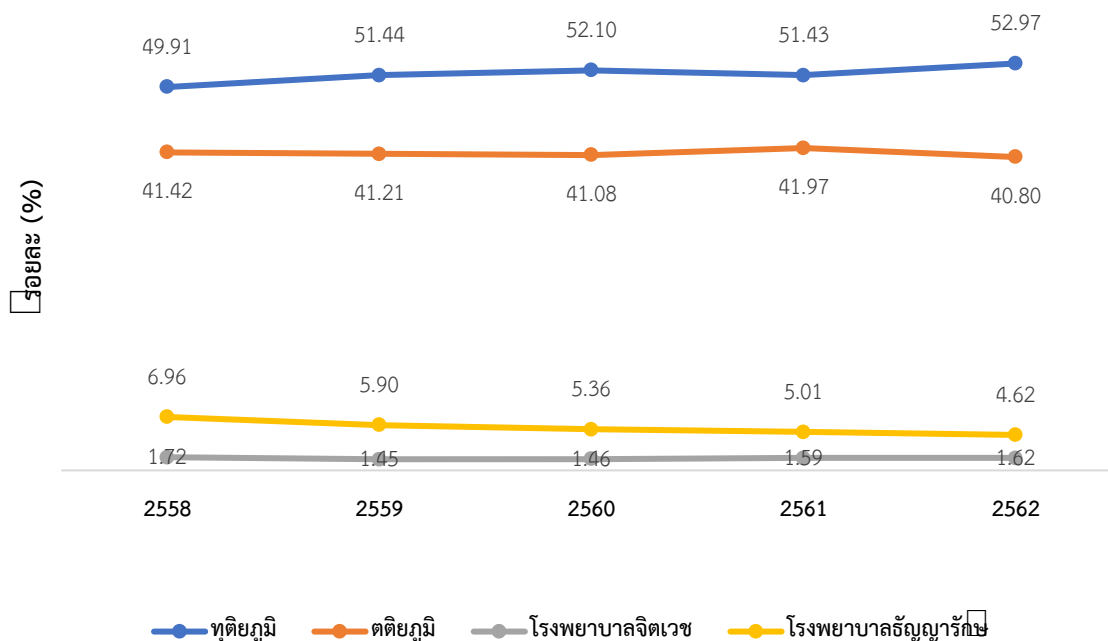
6.4 ประเภทของหน่วยบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์การเข้ารับบริการของผู้ติดเครื่องตีแมลงกอลทั่วประเทศแยกตามประเภทของหน่วยบริการ พบว่า การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2558 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลอภัยภูธร คิดเป็นจำนวนสูงถึงร้อยละ 46.86 ก่อนจะมีสัดส่วนลดลงเป็นร้อยละ 33.49 ในปีงบประมาณ 2559 และมีสัดส่วนค่อนข้างคงที่ระหว่างปีงบประมาณ 2559-2562 ในขณะที่ การเข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในปีงบประมาณ 2559 โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.97 ในปีงบประมาณ 2558 เป็นร้อยละ 38.76 ในปีงบประมาณ 2559 และมีสัดส่วนสูงอย่างต่อเนื่องในช่วงปีงบประมาณ 2559-2562 (รูปที่ 7)



รูปที่ 7 ร้อยละการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทของของหน่วยบริการสุขภาพ
ปีงบประมาณ 2558-2562

ในกรณีของการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและหน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ โดยสัดส่วนของการเข้ารับบริการค่อนข้างคงที่ระหว่างปีงบประมาณ 2558-2562 สำหรับการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลธัญญารักษ์มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องโดยลดลงจากร้อยละ 6.96 ในปีงบประมาณ 2558 เป็นร้อยละ 4.62 ในปีงบประมาณ 2562 ส่วนการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชมีสัดส่วนที่น้อยเมื่อเทียบกับหน่วยบริการสุขภาพประเภทอื่นและมีแนวโน้มคงที่ โดยคิดเป็นร้อยละ 1.62 ในปีงบประมาณ 2562 (รูปที่ 8)



รูปที่ 8 ร้อยละการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทของของหน่วยบริการสุขภาพ
ปีงบประมาณ 2558-2562

6.5 การเข้ารับบริการในแต่ละพื้นที่

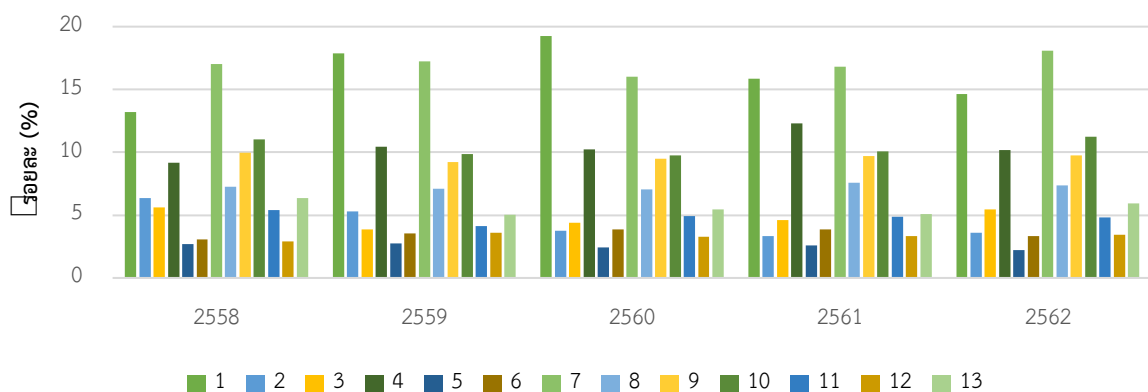
ผลการวิเคราะห์การเข้ารับบริการของผู้ติดเครื่องตีแมลงออลทั่วประเทศแยกตามภูมิภาคของหน่วยบริการ พบว่า สัดส่วนการเข้ารับบริการในแต่ละภูมิภาคมีแนวโน้มคงที่ระหว่างปีงบประมาณ 2558-2562 โดยสัดส่วนการเข้ารับบริการคล้ายคลึงกันทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน กล่าวคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้เข้ารับบริการมากที่สุด รองลงมาคือภาคเหนือและภาคกลาง ในขณะที่ภาคใต้มีผู้เข้ารับบริการน้อยที่สุดทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 ร้อยละการเข้ารับบริการ แยกตามภูมิภาคของหน่วยบริการ (%)

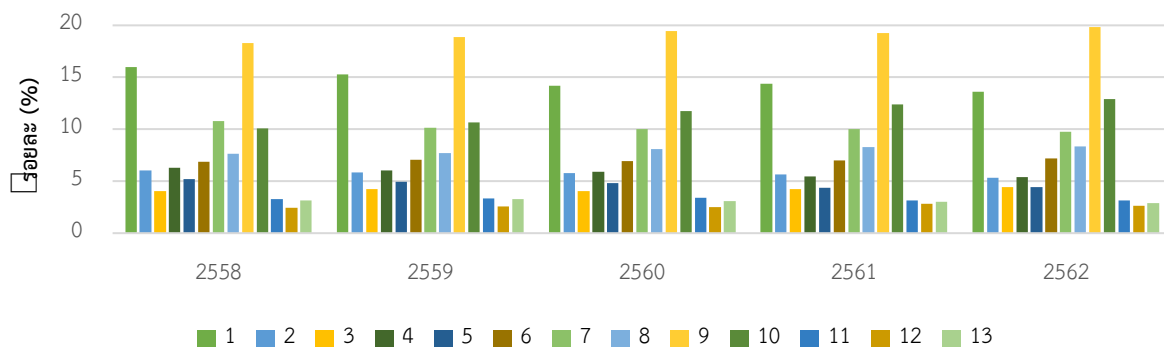
ภูมิภาคของหน่วยบริการ	ปีงบประมาณ				
	2558	2559	2560	2561	2562
ผู้ป่วยนอก					
กรุงเทพมหานคร	6.34	5.05	5.45	5.06	5.92
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	15.11	16.98	16.78	18.95	15.90

ภูมิภาคของหน่วยบริการ	ปีงบประมาณ				
	2558	2559	2560	2561	2562
ภาคเหนือ	25.02	26.88	27.17	23.62	23.49
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	45.25	43.37	42.35	44.15	46.45
ภาคใต้	8.28	7.73	8.24	8.21	8.24
ผู้ป่วยใน					
กรุงเทพมหานคร	3.17	3.31	3.12	3.00	2.91
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	18.69	18.46	18.02	17.18	17.41
ภาคเหนือ	25.72	24.93	23.67	23.90	23.06
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	46.71	47.40	49.26	49.95	50.84
ภาคใต้	5.71	5.90	5.93	5.97	5.78

เมื่อวิเคราะห์การเข้ารับบริการของผู้ติดเครื่องดื่มนแอลกอฮอล์ลงไปในระดับเขตสุขภาพ พบว่า สัดส่วนการเข้ารับบริการในแต่ละเขตสุขภาพค่อนข้างคงที่เช่นกันในระหว่างปีงบประมาณ 2558-2562 และมีสัดส่วนใกล้เคียงกันในการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกมากที่สุด 5 อันดับ คือ เขตสุขภาพที่ 1 4 7 9 และ 10 (รูปที่ 9) ในขณะที่ เขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในมากที่สุด 5 อันดับ คือ เขตสุขภาพที่ 1 7 8 9 และ 10 (รูปที่ 10)



รูปที่ 9 ร้อยละการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกแยกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2558-2562



รูปที่ 10 ร้อยละการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในแยกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2558-2562

6.6 การมีโรคร่วม

ผลการวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยที่มีรหัสการวินิจฉัยร่วมใน 5 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคไต โรคตับ โรคจิตเภท โรคจิตเวชอื่น ๆ และอุบัติเหตุ (ตารางที่ 17) พบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคร่วมที่พบบากที่สุดในผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในขณะที่ โรคตับเป็นโรคร่วมที่พบบากที่สุดในผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน

ตารางที่ 17 ร้อยละของการมีโรคร่วม (%)

กลุ่มโรคร่วม	รหัส ICD-10* ที่ใช้ในการวิเคราะห์	ปีงบประมาณ				
		2558	2559	2560	2561	2562
ผู้ป่วยนอก						
โรคไต	N17 - N19	0.82	1.39	2.03	2.10	2.30
โรคตับ	K70 - K74	2.38	2.14	2.69	2.95	3.49
โรคจิตเภท	F20 - F25	8.88	8.63	8.14	10.68	11.12
โรคจิตเวชอื่น ๆ	F30- F34, F38 - F42	6.72	5.55	5.58	7.37	8.11
อุบัติเหตุ	V0-V9	0.04	0.04	0.06	0.06	0.09
ผู้ป่วยใน						
โรคไต	N17 - N19	6.28	6.80	6.28	6.63	7.43
โรคตับ	K70 - K74	20.80	20.28	20.63	20.51	20.91
โรคจิตเภท	F20 - F25	3.80	3.51	3.60	3.77	3.70
โรคจิตเวชอื่น ๆ	F30- F34, F38 - F42	2.41	2.43	2.32	2.43	2.47
อุบัติเหตุ	V0-V9	1.70	1.70	1.71	1.84	1.75

หมายเหตุ: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10-revision (ICD-10) คือ บัญชีการจำแนกโรคและปัญหาสุขภาพเพื่อข้อมูลทางสถิติระหว่างประเทศฉบับทบทวนครั้งที่ 10

6.7 ต้นทุนของการรักษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการสุขภาพได้รับชดเชยจากกองทุนหลักประกันสุขภาพอันเนื่องมาจากการบำบัดรักษาดูแลสุขภาพของผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วประเทศ (ตารางที่ 18) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ต่ำกว่า 500 บาทต่อครั้ง ในขณะที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาแบบผู้ป่วยใน อยู่ระหว่าง 1,000-4,999 บาทต่อครั้ง และเมื่อคำนวณเป็นค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลต่อผู้ป่วย 1 คน พบว่า การรักษาแบบผู้ป่วยนอกมีต้นทุนการรักษาพยาบาลเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 651-726 บาทต่อคนต่อปี ส่วนการรักษาแบบผู้ป่วยในมีต้นทุนการรักษาพยาบาลเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 7,375-10,498 บาทต่อคนต่อปี

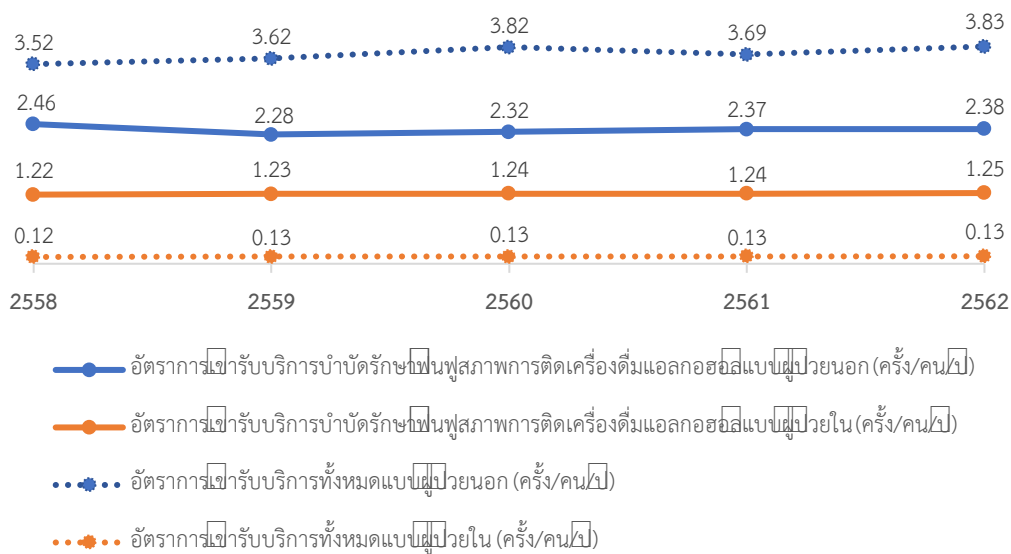
ตารางที่ 18 ร้อยละการเข้ารับบริการ แยกตามค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล (%)

	ปีงบประมาณ				
	2558	2559	2560	2561	2562
ผู้ป่วยนอก					
ต่ำกว่า 500 บาท	62.16	61.68	59.19	57.60	56.90
500-999 บาท	21.95	22.46	24.34	25.78	25.43
1,000-4,999 บาท	13.60	13.65	14.68	15.21	16.16
5,000 บาทขึ้นไป	2.29	2.21	1.79	1.42	1.51
ผู้ป่วยใน					
ต่ำกว่า 500 บาท	0.05	0.04	0.02	0.04	0.04
500-999 บาท	0.14	0.05	0.03	0.01	0.02
1,000-4,999 บาท	66.27	67.38	50.78	51.66	64.93
5,000 บาทขึ้นไป	33.55	32.53	49.17	48.30	35.02

6.8 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

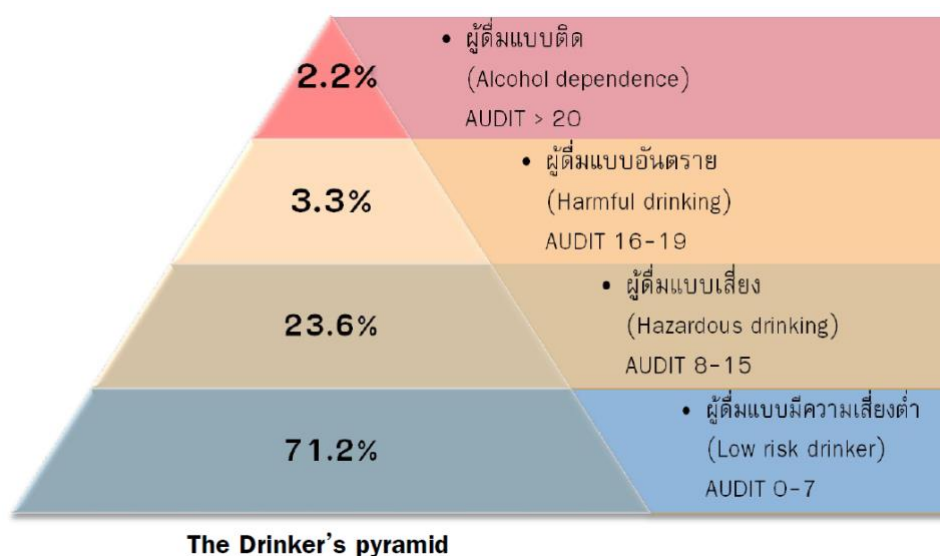
ข้อมูลการเข้ารับบริการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากฐานข้อมูล e-Claim ระหว่างปีงบประมาณ 2558-2562 แสดงให้เห็นว่า การเข้ารับบริการของผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน การเข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2562 มีจำนวน 9,239 คนสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและ 83,156 คนสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) ทั่วประเทศซึ่งมีความชุกเท่ากับร้อยละ 1.8 ของประชากรไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (2, 56) หรือเท่ากับ 51.59 ล้านคนเมื่อนำมาคำนวณกับจำนวนประชากรกลางปี 2562 การเข้ารับบริการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพในหน่วยบริการสุขภาพคิดเป็นเพียงร้อยละ 10 จากจำนวนผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การรายงานผลการเข้ารับบริการของผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันเป็นการรายงานตามความสมัครใจและไม่ได้มีผลต่อการดำเนินการตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขหรือการได้รับเงินสนับสนุนสำหรับการจัดบริการจากกองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งอาจทำให้การรายงานจำนวนผู้เข้ารับบริการดูแลบำบัดฟื้นฟูสภาพการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าความเป็นจริงได้ (under-report)

อัตราการเข้ารับบริการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหน่วยบริการสุขภาพมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ อัตราการเข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2562 ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับ 2.38 ครั้งต่อคนต่อปีแบบผู้ป่วยนอก และ 1.25 ครั้งต่อคนต่อปีแบบผู้ป่วยใน ซึ่งถือเป็นอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับการเข้ารับบริการสุขภาพทั้งหมดของประเทศ โดยเฉพาะการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในที่จะเห็นได้ว่า การติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับบริการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ 1.25 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งสูงกว่าการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในของประชากรทั่วไปที่มีอัตราเพียง 0.13 ครั้งต่อคนต่อปีเท่านั้น (57) (รูปที่ 11)



รูปที่ 11 เปรียบเทียบอัตราการเข้ารับบริการ ปีงบประมาณ 2558-2562

ประเภทของการเข้ารับบริการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีสัดส่วนคงที่ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสูงที่สุดทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคือกลุ่มอาการติดยา โดยคิดเป็นร้อยละ 60 ของการรักษาแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมดและร้อยละ 38 ของการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งหมด อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลลักษณะพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยจากผลการสำรวจครัวเรือนระดับชาติในปี พ.ศ. 2550 (รูปที่ 12) จะเห็นได้ว่า กลุ่มอาการติดยาซึ่งเข้ารับบริการมากที่สุดนั้นเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ที่ดื่มทั้งหมด (ร้อยละ 2.2) ยังมีผู้ดื่มอีกร้อยละ 3.3 ที่จัดอยู่ในกลุ่มการเสพยาอย่างอันตราย (58) ซึ่งเป็นการดื่มจนเกิดผลเสียตามมาต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต หรือผลเสียทางสังคมและควรได้รับการบำบัดรักษา (59) แต่ผู้ป่วยในกลุ่มการเสพยาอย่างอันตรายมีจำนวนการเข้ารับการรักษาที่น้อย คิดเป็นเพียงร้อยละ 12 จากการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมด



รูปที่ 12 ลักษณะพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย

ที่มา: บุญศิริ จันศิริมงคล. แนวทางการบำบัดผู้ป่วยติดสุราสำหรับสหวิชาชีพสาธารณสุข (2558) (60)

ผลการวิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่เข้ารับบริการ พบว่า ผู้ที่เข้ารับบริการทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายในกลุ่มวัยทำงาน (มีอายุระหว่าง 25-59 ปี) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มนักดื่มประจำจากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2560 (ตารางที่ 19) ในขณะที่ กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนการดื่มประจำที่ไม่สูงมากนัก (ร้อยละ 12) แต่กลับมีสัดส่วนการเข้ารับบริการอยู่ในเกณฑ์สูง ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สะสมมาเป็นระยะเวลานานจนเกิดผลเสียต่อสุขภาพและต้องเข้ารับบริการดูแลบำบัดการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงสูงอายุ เช่น ตับแข็ง แผลกระเพาะอาหาร มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น (61)

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบลักษณะผู้ที่เข้ารับบริการและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ลักษณะ	นักดื่มประจำ (ร้อยละ)	การเข้ารับบริการ ผู้ป่วยนอก (ร้อยละ)	การเข้ารับบริการ ผู้ป่วยใน (ร้อยละ)
จำแนกตามเพศ			
ชาย	91.53	89.66	88.31
หญิง	8.47	10.34	11.69
จำแนกตามกลุ่มอายุ			

ลักษณะ	นักดื่มประจำ (ร้อยละ)	การเข้ารับบริการ ผู้ป่วยนอก (ร้อยละ)	การเข้ารับบริการ ผู้ป่วยใน (ร้อยละ)
น้อยกว่า 15 ปี	N/A	0.21	0.19
15-19 ปี	2.18	1.52	0.96
20-24 ปี	7.62	3.24	2.11
25-44 ปี	46.20	36.26	38.86
45-59 ปี	31.96	36.69	40.51
60 ปีขึ้นไป	12.04	22.09	17.37

หมายเหตุ: N/A หมายถึง ไม่มีข้อมูล, การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นข้อมูลการเข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2562

แหล่งข้อมูล: รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560

เมื่อพิจารณาสิทธิการรักษาพยาบาลที่ใช้เพื่อเข้ารับบริการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96) ใช้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้ป่วยอีกร้อยละ 3 ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ส่วนการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยร้อยละ 55 ใช้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ รองลงมาคือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 33) และสิทธิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 12) ในขณะที่ มีผู้ป่วยจำนวนน้อยมากที่ใช้สิทธิประกันสังคมในการเข้ารับบริการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยในปีงบประมาณ 2562 มีผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมเพียง 1 คนสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยในและ 369 คนสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น 1) ข้อจำกัดของฐานข้อมูล e-Claim ที่ครอบคลุมเฉพาะหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นคู่สัญญากับ สปสช. เท่านั้น 2) การรายงานจำนวนผู้เข้ารับบริการที่เป็นไปตามความสมัครใจของหน่วยบริการซึ่งอาจมีการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง และ 3) การขอเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับบริการดูแลบำบัดฟื้นฟูสภาพการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกองทุนประกันสังคม เข้าข่ายการรักษาอาการติดสารเสพติดซึ่งผู้ให้บริการต้องมีคำอธิบายเพิ่มเติมให้แก่สำนักงานประกันสังคม เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ไม่สามารถเบิกชดเชยค่าใช้จ่ายของการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยตรง ยกเว้นการเข้ารับบริการด้วยโรคทางกายที่เป็นผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การรายงานจำนวนผู้ป่วยที่มีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการต่ำกว่าความเป็นจริงได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์สาเหตุหรือปัญหาของการรายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการดูแลบำบัดฟื้นฟูสภาพการติด

เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ที่จำเป็นต้องอาศัยงานวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้มีปัญหาการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์

โรงพยาบาลทุติยภูมิเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีจำนวนการเข้ารับบริการสูงที่สุดและมีแนวโน้มที่จะมีอัตราการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลทุติยภูมิเริ่มเป็นที่รู้จักและมีศักยภาพเพียงพอที่จะให้บริการดูแลผู้ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ในทำนองเดียวกัน โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ เช่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์ นอกจากจะมีบทบาทในการสนับสนุนทักษะความรู้ด้านวิชาการให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ยังมีบทบาทในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง โดยเฉพาะการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งมาจากการรับการส่งต่อมาจากหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้ารับบริการที่เพิ่มขึ้นย่อมนำไปสู่ความต้องการของการสนับสนุนในด้านต่างๆ มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการ หรือการสนับสนุนระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับปลายทาง

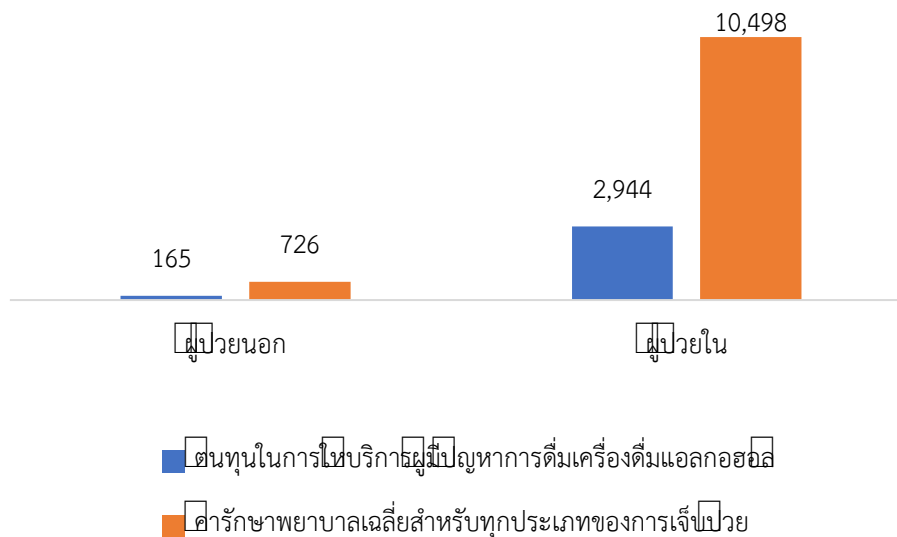
ภูมิภาคที่มีผู้เข้ารับบริการมากที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ โดยเขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการมากที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ 1 สำหรับภาคเหนือและเขตสุขภาพที่ 7 9 และ 10 สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของนักตี้มประจำที่จำนวนร้อยละ 48.20 อาศัยอยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (62)

การตี้มแอลกอฮอล์จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ทำให้ประชากรไทยสูญเสียสุขภาพและก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุดอันดับสองรองจากการสูบบุหรี่ (14) ซึ่งผลการวิเคราะห์โรคร่วมของผู้ที่เข้ารับบริการบำบัดดูแลฟื้นฟูสภาพการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในการศึกษานี้ พบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคร่วมที่ผู้ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมากที่สุดโดยคิดเป็นร้อยละ 11 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจระบาดวิทยาโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่รายงานว่าผู้ที่มีความผิดปกติจากการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ร้อยละ 7.1 มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วยอย่างน้อยอีกหนึ่งโรค ซึ่งโรคร่วมที่พบบ่อยที่สุดจากผลการสำรวจ ได้แก่ โรคอารมณ์แปรปรวน โรควิตกกังวล และโรคจิตเภท (63) อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษานี้ไม่สามารถบอกได้ว่าโรคร่วมของผู้ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์เกิดขึ้นในลักษณะใด กล่าวคือ โรคร่วมนั้นอาจเกิดขึ้นพร้อมกับการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์โดยมีการดำเนินโรคที่เป็นอิสระต่อกัน หรือโรคหนึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคที่สองตามมา เช่น การตี้มแอลกอฮอล์อย่างหนักเป็นประจำทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในสมองและเป็นสาเหตุให้เกิดโรคจิตเวชอื่น ๆ ตามมา หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชอาจเป็นสาเหตุของการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ก็ได้ (63)

ในทำนองเดียวกัน ผลการวิเคราะห์โรคร่วมของผู้ติดเชื้อติ่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน พบว่า โรคตับเป็นโรคร่วมที่พบมากที่สุดคิดเป็นประมาณร้อยละ 20 ของผู้ติดเชื้อติ่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคตับในปัจจุบันที่แสดงให้เห็นว่าการติ่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดภาวะโรคตับสูงสุดเป็นอันดับสองของภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก รองจากการติดเชื้อไวรัสตับชนิดบี (hepatitis B virus) เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตด้วยโรคตับแข็งสูงถึงร้อยละ 21 และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับสูงถึงร้อยละ 30 (64) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาพยาธิสรีรวิทยาและการดำเนินของโรคตับจะเห็นได้ว่าการติ่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคตับอย่างชัดเจน โดยการศึกษาวิจัยพบว่าแอลกอฮอล์สามารถทำอันตรายต่อเซลล์เยื่อผิวของกระเพาะอาหารและลำไส้ โดยทำให้เกิดช่องว่างระหว่างเซลล์เพิ่มขึ้นและเกิดการดูดซึม ethanol เข้าสู่กระแสเลือดส่งต่อไปยังตับ ส่งผลให้เกิดการสะสมไขมันในเนื้อตับ การอักเสบของเนื้อตับ และการสะสมเนื้อเยื่อพังผืดหรือแผลเป็นในตับ จนนำไปสู่ภาวะตับแข็ง ตับวาย หรือมะเร็งตับในที่สุด (65)

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ติดเชื้อติ่มแอลกอฮอล์ในการศึกษานี้ พบข้อมูลการเข้ารับการรักษาเนื่องจากอุบัติเหตุในปี 2562 ร้อยละ 0.1 ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน (1,816 ครั้ง) และร้อยละ 1.75 ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก (19 ครั้ง) ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนคดีอุบัติเหตุจราจรจากการเมาแล้วขับที่รายงานโดยสำนักงานตำรวจแห่งชาติคือประมาณ 1 พันคดีต่อปี (66) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้วิเคราะห์เพียงจำนวนการเข้ารับการรักษาเนื่องจากอุบัติเหตุของผู้ติดเชื้อติ่มแอลกอฮอล์เท่านั้น แต่ในสถานการณ์จริงนั้น การเกิดอุบัติเหตุไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อติ่มแอลกอฮอล์เท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วไปและสังคมในภาพรวม ดังจะเห็นได้จากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (injury surveillance) ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่า ในปี 2561 มีจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่เป็นผลมาจากการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึง 16,029 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 25.78 ของจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด (67)

การรักษาพยาบาลของผู้ติดเชื้อติ่มแอลกอฮอล์มีค่าใช้จ่ายในการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก 651-726 บาทต่อคนต่อปี และค่าใช้จ่ายในการให้บริการแบบผู้ป่วยใน 7,375-10,498 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยสำหรับทุกประเภทของการเจ็บป่วย พบว่า ค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ติดเชื้อติ่มแอลกอฮอล์คิดเป็นประมาณ 1 ใน 4 ของค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (68) (รูปที่ 13) ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเข้ารับบริการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถเบิกได้ตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้ารับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย



รูปที่ 13 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ดังนี้

- 1) ความครอบคลุมของฐานข้อมูลที่นำมาใช้วิเคราะห์ เนื่องจากฐานข้อมูล e-Claim เป็นฐานข้อมูลด้านการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นคู่สัญญา กับ สปสช. เพื่อใช้สำหรับลงบันทึกข้อมูลการรักษาประกอบการเบิกจ่ายเท่านั้น ทำให้ฐานข้อมูล e-Claim ไม่ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชนบางแห่งที่ไม่ได้ลงทะเบียนเป็นคู่สัญญา กับ สปสช. นอกจากนี้ ฐานข้อมูล e-Claim ไม่ครอบคลุมข้อมูลของหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้ระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (168 โรงพยาบาล)
- 2) ความครบถ้วนของข้อมูลที่นำมาใช้วิเคราะห์ เนื่องจากการศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลการเข้ารับบริการโดยพิจารณาจากรหัสการวินิจฉัยโรคเป็นสำคัญ ดังนั้น ข้อมูลการรักษาบางส่วนที่ผู้ให้บริการอาจไม่ได้ระบุรหัสการวินิจฉัยโรคในกลุ่ม F10.0-F10.9 ไว้จะไม่ถูกนำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้ เช่น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ไม่ได้มีการชั่งประวัติเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น
- 3) การศึกษานี้ขาดข้อมูลของการให้บริการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การให้คำแนะนำ การให้การปรึกษาแบบสั้น รวมถึงการส่งต่อเพื่อรับการประเมินและการบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวไม่ได้ถูกบันทึกไว้ในฐานข้อมูล e-Claim และผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ภายในระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา

6.9 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้

- 1) กระตุ้นให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีการเสพอย่างอันตราย (harmful use) เข้ารับบริการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพมากขึ้น โดยดำเนินการผ่านการเพิ่มการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และส่งต่อเพื่อรับการประเมินและการบำบัด
- 2) สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพโดยเฉพาะหน่วยบริการระดับทุติยภูมิซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีส่วนการให้บริการสูงที่สุดทั้งในแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- 3) สร้างความพร้อมด้านกำลังคนและศักยภาพในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการติดยา (dependence syndrome) มีการเสพอย่างอันตราย (harmful use) มีอาการผิดปกติแบบโรคจิต (psychotic disorder) และมีภาวะถอนยา (withdrawal state)

7. ผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

7.1 บริบททั่วไปของพื้นที่ดำเนินการศึกษา

หน่วยบริการสุขภาพในการวิเคราะห์ต้นทุนแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 โรงพยาบาล และ 2) โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 โรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดจำนวนประชากรเป้าหมายดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวนประชากรเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพ

ลำดับ	ชื่อหน่วยบริการสุขภาพ	จังหวัด	ประเภท	จำนวนครั้งของผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก (ครั้งต่อปี)	จำนวนครั้งของผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน (ครั้งต่อปี)
1	รพ. ก	เชียงราย	รพ.ชุมชน	942	70
2	รพ. ข	ร้อยเอ็ด	รพ.ชุมชน	234	73
3	รพ. ค	ราชบุรี	รพ.ทั่วไป	566	58

7.2 รายละเอียดและที่มาของต้นทุนวัสดุ (ค่ายา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัสดุทางการแพทย์)

ต้นทุนวัสดุที่ใช้ในการศึกษานี้แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทตามหมวดหมู่ของวัสดุ (Error! Reference source not found.) ได้แก่

- 1) ต้นทุนค่ายา เนื่องจากราคาที่จัดซื้อได้แตกต่างกันออกไปในแต่ละหน่วยบริการทางสุขภาพ ทีมวิจัยจึงใช้ยาราคาที่อ้างอิงจากประกาศกระทรวงสาธารณสุขบนเว็บไซต์ของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ค่ามัธยฐานของราคาชนิดเดียวกันในทุกๆ ชื่อการค้า ส่วนรายการและปริมาณยาที่ใช้ในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพได้จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง
- 2) ต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เนื่องจากต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการแตกต่างกันออกไปในแต่ละหน่วยบริการทางสุขภาพ ทีมวิจัยจึงใช้ต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่อ้างอิงจากรายการต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยมีการปรับค่าต้นทุนให้เป็นปี พ.ศ. 2561 ด้วยดัชนีราคาผู้บริโภค ส่วนรายการและปริมาณการตรวจทางห้องปฏิบัติการของแต่ละหน่วยบริการสุขภาพได้จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง

- 3) ต้นทุนค่าวัสดุทางการแพทย์อื่นๆ เนื่องจากราคายาที่จัดซื้อได้แตกต่างกันออกไปในแต่ละหน่วยบริการทางสุขภาพ ทีมวิจัยจึงใช้ยาราคาที่อ้างอิงจากประกาศกระทรวงสาธารณสุขบนเว็บไซต์ของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข ส่วนรายการและปริมาณวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้ในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพได้จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง

ตารางที่ 21 ต้นทุนวัสดุที่ใช้ในการศึกษา

หมวด	รายการวัสดุ	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)	ที่มา
ยา	diazepam (10 mg/ 2ml)	5.21	ศูนย์ข้อมูล ข่าวสารด้าน เวชภัณฑ์ กระทรวง สาธารณสุข
	diazepam (2 mg)	0.40	
	diazepam (5 mg)	0.50	
	lorazepam (0.5 mg)	0.22	
	lorazepam (1 mg)	0.35	
	NSS (100 ml)	16.05	
	NSS (1000 ml)	29.11	
	vitamin B1-6-12	0.51	
	vitamin B1 (10 mg)	0.42	
	vitamin B1 (100 mg/ml)	2.14	
	multivitamin tablet	0.21	
	folic acid (5 mg)	0.43	
	ferrous fumarate (200 mg)	0.15	
	50% glucose (10 ml)	1.59	
	D5N/2 (1,000 ml)	29.31	
	haloperidol (0.5 mg)	0.18	
	haloperidol (2 mg)	0.54	
	haloperidol (5 mg)	0.856	
	haloperidol (5 mg/ml)	9.73	
	Benzhexol (2 mg)	0.21	
	Benzhexol (5 mg)	0.34	
	DMPA (50 mg/3 ml) - ยา คุมกำเนิด	10.70	
	Amitriptyline (10 mg)	0.18	
	Amitriptyline (25 mg)	0.37	

หมวด	รายการวัสดุ	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)	ที่มา
	Chlorpromazine (100 mg)	0.52	
	Chlorpromazine (50 mg)	0.37	
	Clonazepam 0.5 mg	0.50	
	Clozapine (100 mg)	1.75	
	Clozapine (25 mg)	1.12	
	Nortriptyline (25 mg)	1.20	
	Perphenazine (4 mg)	0.43	
	Phenobarbital (60 mg)	0.19	
	Phenytoin (100 mg)	0.49	
	Phenytoin (250 mg/ 5ml)	250	
	Phenytoin (50 mg)	2.59	
	Risperidone 1 mg	2.40	
	Risperidone 2 mg	3.53	
	Sertaline 50 mg	0.22	
	Sodium valproate (200 mg)	2.20	
	Thioridazine (25 mg)	0.76	
	Trifluoperazine (5 mg)	0.34	
วัสดุทางการแพทย์ อื่นๆ	ถุงมือ	0.97	ศูนย์ข้อมูล ข่าวสารด้าน เวชภัณฑ์
	หน้ากากอนามัย	1.00	
	กระดาษ A4	0.20	
	แบบประเมิน ASSIST	3.30	
	แบบประเมิน AUDIT	3.30	
	แบบประเมิน (กระดาษ A4)	0.70	
	แผ่นพับให้ความรู้	3.30	
	กระดาษนำทาง (สีขาว ครึ่ง A4)	0.35	
	แบบประเมิน (A4 2 แผ่น)	1.40	
	ใบนัด	0.35	
	Injection plug	12.00	
	ผ้าอ้อม	15.125	
	ถุงยางอนามัย	0.91	
	Urine bag	15.00	

หมวด	รายการวัสดุ	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)	ที่มา
	แบบประเมิน กระดาษ A4 5 แผ่น	3.50	
	ชุดฉีดยา	3.00	

7.3 กิจกรรมสำหรับคำนวณต้นทุน

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใช้ในนำมาคำนวณต้นทุน ประกอบด้วย

- 1) การซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจร่างกายทั่วไป
- 2) การคัดกรองโดยใช้ ASSIST
- 3) การคัดกรองโดยใช้ AUDIT
- 4) การคัดกรองโดยใช้แบบสอบถามอื่นๆ (คำถามคัดกรองด้วย HOS XP)
- 5) การให้ความรู้/คำแนะนำ (brief advice)
- 6) การให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling)
- 7) การส่งต่อเพื่อรับการประเมินและบำบัดแบบเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญ
- 8) ประเมินปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่ม
- 9) ประเมินสถานการณ์เสี่ยงและทักษะ
- 10) ประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่ม (Readiness to change)
- 11) ประเมินความเข้มแข็งหรือจุดแข็งในชีวิตและแหล่งสนับสนุนในสังคม
- 12) ประเมินโรคจิตเวชร่วมโดยเฉพาะ ผู้ที่มีประวัติกลับดื่มซ้ำบ่อยๆ
- 13) การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย (กรณีมีปัญหาเท่านั้น)
- 14) ประเมินอาการถอนพิษสุรา ด้วยเครื่องมือ Clinical Institute
- 15) Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version; CIWA-Ar
- 16) ติดตามเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีอาการถอนพิษสุรา ผู้ป่วย IPD
- 17) ติดตามเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีอาการถอนพิษสุรา ผู้ป่วย OPD
- 18) ตัดสินใจให้การรักษา-รักษาแบบผู้ป่วยนอก
- 19) ตัดสินใจให้การรักษา-รักษาแบบผู้ป่วยใน
- 20) นัดมาติดตามอาการ
- 21) ติดตามอาการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
- 22) ให้ข้อมูลอาการถอนพิษสุรา การปฐมพยาบาลเบื้องต้น
- 23) การรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการขาดสุราที่รุนแรง

- 24) การให้สารน้ำ อาหาร วิตามินเสริม
- 25) การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม
- 26) การรักษาด้วยยาอื่นๆ
- 27) การรักษาโรคจิตเวชร่วม
- 28) ประเมิน ADR ในรอบถัดไปที่มารับยา
- 29) การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy; MI/MET)
- 30) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy; CBT)
- 31) การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family counseling)
- 32) การเยี่ยมบ้าน
- 33) ประเมิน ADR ในรอบถัดไปที่มารับยา ทั้งแบบ IPD และ OPD
- 34) ประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะถอนพิษสุรารุนแรง
- 35) ประเมินอาการถอนพิษสุรา ด้วยเครื่องมือ Alcohol Withdrawal Scale; AWS
- 36) การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve steps facilitation; TSF)
- 37) การบำบัด AA แบบกลุ่ม

7.4 ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของโรงพยาบาล ก

ตารางที่ 22 แสดงต้นทุนค่าวัสดุ ค่าแรง และค่าลงทุนจำแนกตามกิจกรรมการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาล ก. โดยต้นทุนส่วนใหญ่จะเป็นต้นทุนค่าแรงตามด้วยค่าวัสดุ

ตารางที่ 22 ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของโรงพยาบาล ก. (หน่วย:บาท)

บริการ	รหัสกิจกรรม	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (บาท)		
		ค่าวัสดุ	ค่าแรง	ค่าลงทุน
การซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจร่างกายทั่วไป	A1	37.27	5.54	0.79
การคัดกรองโดยใช้ ASSIST	A2	62.43	5.54	1.26
การคัดกรองโดยใช้ AUDIT	A3	62.43	11.08	1.36
การคัดกรองโดยใช้แบบสอบถามอื่นๆ (คำถามคัดกรองด้วย HOS XP)	A4	13.24	2.22	0.29
การให้ความรู้/คำแนะนำ (brief advice)	A5	10.98	41.77	0.14
การให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling)	A6	47.21	250.64	0.80

บริการ	รหัส กิจกรรม	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (บาท)		
		ค่าวัสดุ	ค่าแรง	ค่าลงทุน
การส่งต่อเพื่อรับการประเมินและบำบัดแบบ เข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญ	A7	3.84	41.77	0.12
ประเมินปัญหาพฤติกรรมการดื่ม	A8	107.28	7.29	1.77
ประเมินสถานการณ์เสี่ยงและทักษะ	A9	-	7.29	0.11
ประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม (Readiness to change)	A10	-	14.58	0.23
ประเมินความเข้มแข็งหรือจุดแข็งในชีวิตและ แหล่งสนับสนุนในสังคม	A11	-	7.29	0.11
ประเมินโรคจิตเวชร่วมโดยเฉพาะ ผู้ที่มีประวัติ กลับดื่มซ้ำบ่อยๆ	A12	-	14.58	0.23
การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของ ร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย (กรณีมี ปัญหาเท่านั้น)	A13	97.53	14.58	1.73
ประเมินอาการถอนพิษสุรา ด้วยเครื่องมือ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol- Revised Version; CIWA-Ar	A14	25.38	524.26	0.54
ติดตามเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มี อาการถอนพิษสุรา ผู้ป่วย IPD	A15	30.41	2,364.24	0.77
ติดตามเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มี อาการถอนพิษสุรา ผู้ป่วย OPD	A16	15.44	78.81	0.03
ตัดสินใจให้การรักษา-รักษาแบบผู้ป่วยนอก	A17	-	64.22	0.12
ตัดสินใจให้การรักษา-รักษาแบบผู้ป่วยใน	A18	-	64.22	0.12
นัดมาติดตามอาการ	A19	0.76	128.43	0.24
ติดตามอาการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด	A20	-	385.29	0.72
ให้ข้อมูลอาการถอนพิษสุรา การปฐมพยาบาล เบื้องต้น	A21	-	385.29	0.72
การรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการขาดสุราที่รุนแรง	A22	-	192.65	0.36
การถอนพิษสุราด้วยยา	A23	289.06	321.08	1.14

บริการ	รหัส กิจกรรม	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (บาท)		
		ค่าวัสดุ	ค่าแรง	ค่าลงทุน
diazepam (10 mg/ 2ml) diazepam (2 mg) diazepam (5 mg) lorazepam (0.5 mg) lorazepam (1 mg)				
การให้น้ำ อาหาร วิตามินเสริม NSS (100 ml) NSS (1000 ml) vitamin B1-6- 12 vitamin B1 (10 mg) vitamin B1 (100 mg/ml) multivitamin tablet folic acid (5 mg) ferrous fumarate (200 mg) 50% glucose (10 ml) D5N/2 (1,000 ml)	A24	432.45	385.29	1.53
การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม	A25	67.55	128.43	0.37
การรักษาด้วยยาอื่นๆ	A26	212.33	321.08	1.00
การรักษาโรคจิตเวชร่วม	A27	1,024.03	64.22	2.04
ประเมิน ADR ในรอบถัดไปที่มารับยา	A28	-	192.65	0.36
การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจ (Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy; MI/MET)	A29	23.89	195.67	0.54
การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy; CBT)	A30	23.89	195.67	0.54
การให้คำปรึกษารอบครัว (Family counseling)	A31	25.13	126.99	0.54
การเยี่ยมบ้าน	A32	-	-	-
ประเมิน ADR ในรอบถัดไปที่มารับยา -IPD	A33	-	-	-
ประเมิน ADR ในรอบถัดไปที่มารับยา -OPD	A34	-	-	-
ประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะถอนพิษสุรารุนแรง	A35	-	-	-

บริการ	รหัส กิจกรรม	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (บาท)		
		ค่าวัสดุ	ค่าแรง	ค่าลงทุน
ประเมินอาการถอนพิษสุรา ด้วยเครื่องมือ Alcohol Withdrawal Scale; AWS	A36	-	-	-
การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve steps facilitation; TSF)	A38	-	-	-
การบำบัด AA แบบกลุ่ม	A39	-	-	-

7.5 ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของโรงพยาบาล ข.

ตารางที่ 23 แสดงต้นทุนค่าวัสดุ ค่าแรง และค่าลงทุนจำแนกตามกิจกรรมการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาล ข. โดยต้นทุนส่วนใหญ่จะเป็นต้นทุนค่าแรง ตามด้วยค่าวัสดุ

ตารางที่ 23 ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของโรงพยาบาล ข. (หน่วย:บาท)

บริการ	รหัส กิจกรรม	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (บาท)		
		ค่าวัสดุ	ค่าแรง	ค่าลงทุน
การซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจร่างกายทั่วไป	A1	19.00	54.87	14.66
การคัดกรองโดยใช้ ASSIST	A2	-	-	-
การคัดกรองโดยใช้ AUDIT	A3	38.01	27.44	12.99
การคัดกรองโดยใช้แบบสอบถามอื่นๆ (คำถามคัดกรองด้วย HOS XP)	A4	-	-	-
การให้ความรู้/คำแนะนำ (brief advice)	A5	-	19.90	5.38
การให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling)	A6	81.37	66.33	39.93
การส่งต่อเพื่อรับการประเมินและบำบัดแบบเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญ	A7	-	33.17	8.97
ประเมินปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่ม	A8	-	7.03	3.55
ประเมินสถานการณ์เสี่ยงและทักษะ	A9	-	7.03	3.55

บริการ	รหัส กิจกรรม	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (บาท)		
		ค่าวัสดุ	ค่าแรง	ค่าลงทุน
ประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม (Readiness to change)	A10	-	7.03	3.55
ประเมินความเข้มแข็งหรือจุดแข็งในชีวิตและ แหล่งสนับสนุนในสังคม	A11	-	7.03	3.55
ประเมินโรคจิตเวชร่วมโดยเฉพาะ ผู้ที่มีประวัติ กลับดื่มซ้ำบ่อยๆ	A12	111.15	7.03	59.73
การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของ ร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย (กรณีมี ปัญหาเท่านั้น)	A13	-	21.09	10.66
ประเมินอาการถอนพิษสุรา ด้วยเครื่องมือ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol- Revised Version; CIWA-Ar	A14	20.72	29.74	12.29
ติดตามเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มี อาการถอนพิษสุรา ผู้ป่วย IPD	A15	-	19.90	5.38
ติดตามเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มี อาการถอนพิษสุรา ผู้ป่วย OPD	A16	20.72	59.48	19.53
ตัดสินใจให้การรักษา-รักษาแบบผู้ป่วยนอก	A17	-	153.17	5.33
ตัดสินใจให้การรักษา-รักษาแบบผู้ป่วยใน	A18	-	153.17	5.33
นัดมาติดตามอาการ	A19	2.18	382.92	13.41
ติดตามอาการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด	A20	2.18	765.84	26.74
ให้ข้อมูลอาการถอนพิษสุรา การปฐมพยาบาล เบื้องต้น	A21	-	765.84	26.67
การรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการขาดสุราที่รุนแรง	A22	412.75	765.84	41.04
การถอนพิษสุราด้วยยา diazepam (10 mg/ 2ml) diazepam (2 mg) diazepam (5 mg) lorazepam (0.5 mg)	A23	544.68	-	18.97

บริการ	รหัส กิจกรรม	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (บาท)		
		ค่าวัสดุ	ค่าแรง	ค่าลงทุน
lorazepam (1 mg)				
การให้น้ำ อาหาร วิตามินเสริม NSS (100 ml) NSS (1000 ml) vitamin B1-6- 12 vitamin B1 (10 mg) vitamin B1 (100 mg/ml) multivitamin tablet folic acid (5 mg) ferrous fumarate (200 mg) 50% glucose (10 ml) D5N/2 (1,000 ml)	A24	-	153.17	5.33
การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม	A25	303.18	-	10.56
การรักษาด้วยยาอื่นๆ	A26	1,088.18	-	37.89
การรักษาโรคจิตเวชร่วม	A27	-	765.84	26.67
ประเมิน ADR ในรอบถัดไปที่มารับยา	A28	-	-	-
การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจ (Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy; MI/MET)	A29	20.90	73.19	14.49
การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy; CBT)	A30	20.72	127.32	14.49
การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family counseling)	A31	64.00	135.81	14.49
การเยี่ยมบ้าน	A32	20.90	73.19	14.49
ประเมิน ADR ในรอบถัดไปที่มารับยา -IPD	A33	2.18	229.75	8.08
ประเมิน ADR ในรอบถัดไปที่มารับยา -OPD	A34	-	-	-
ประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะถอนพิษสุรารุนแรง	A35	-	-	-
ประเมินอาการถอนพิษสุรา ด้วยเครื่องมือ Alcohol Withdrawal Scale; AWS	A36	-	-	-

บริการ	รหัส กิจกรรม	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (บาท)		
		ค่าวัสดุ	ค่าแรง	ค่าลงทุน
การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve steps facilitation; TSF)	A38	-	-	-
การบำบัด AA แบบกลุ่ม	A39	-	-	-

7.6 ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของโรงพยาบาล ค.

ตารางที่ 24 แสดงต้นทุนค่าวัสดุ ค่าแรง และค่าลงทุนจำแนกตามกิจกรรมการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาล ค. โดยต้นทุนส่วนใหญ่จะเป็นต้นทุนค่าแรง ตามด้วยค่าวัสดุ

ตารางที่ 24 ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมของโรงพยาบาล ค. (หน่วย:บาท)

บริการ	รหัส กิจกรรม	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (บาท)		
		ค่าวัสดุ	ค่าแรง	ค่าลงทุน
การซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจร่างกายทั่วไป	A1	-	-	-
การคัดกรองโดยใช้ ASSIST	A2	-	-	-
การคัดกรองโดยใช้ AUDIT	A3	-	-	-
การคัดกรองโดยใช้แบบสอบถามอื่นๆ (คำถามคัดกรองด้วย HOS XP)	A4	-	-	-
การให้ความรู้/คำแนะนำ (brief advice)	A5	4.12	0.18	0.00
การให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling)	A6	0.25	1.61	0.00
การส่งต่อเพื่อรับการประเมินและบำบัดแบบเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญ	A7	-	-	-
ประเมินปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่ม	A8	0.33	169.12	0.14
ประเมินสถานการณ์เสี่ยงและทักษะ	A9	0.33	507.37	0.41
ประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่ม (Readiness to change)	A10	0.33	338.24	0.27
ประเมินความเข้มแข็งหรือจุดแข็งในชีวิตและแหล่งสนับสนุนในสังคม	A11	-	338.24	0.27

บริการ	รหัส กิจกรรม	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (บาท)		
		ค่าวัสดุ	ค่าแรง	ค่าลงทุน
ประเมินโรคจิตเวชร่วมโดยเฉพาะ ผู้ที่มีประวัติ กลับดื่มซ้ำบ่อยๆ	A12	0.33	169.12	0.14
การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของ ร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย (กรณีมี ปัญหาเท่านั้น)	A13	-	33.82	0.03
ประเมินอาการถอนพิษสุรา ด้วยเครื่องมือ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol- Revised Version; CIWA-Ar	A14	-	-	-
ติดตามเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มี อาการถอนพิษสุรา ผู้ป่วย IPD	A15	-	-	-
ติดตามเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มี อาการถอนพิษสุรา ผู้ป่วย OPD	A16	-	-	-
ตัดสินใจให้การรักษา-รักษาแบบผู้ป่วยนอก	A17	-	17.90	0.01
ตัดสินใจให้การรักษา-รักษาแบบผู้ป่วยใน	A18	-	17.90	0.01
นัดมาติดตามอาการ	A19	0.44	5.97	0.01
ติดตามอาการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด	A20	-	89.48	0.07
ให้ข้อมูลอาการถอนพิษสุรา การปฐมพยาบาล เบื้องต้น	A21	-	59.65	0.05
การรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการขาดสุราที่รุนแรง	A22	-	-	-
การถอนพิษสุราด้วยยา diazepam (10 mg/ 2ml) diazepam (2 mg) diazepam (5 mg) lorazepam (0.5 mg) lorazepam (1 mg)	A23	165.61	11.93	0.14
การให้สารน้ำ อาหาร วิตามินเสริม NSS (100 ml) NSS (1000 ml) vitamin B1-6- 12 vitamin B1 (10 mg) vitamin B1 (100 mg/ml) multivitamin tablet folic acid (5	A24	247.76	5.97	0.21

บริการ	รหัส กิจกรรม	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (บาท)		
		ค่าวัสดุ	ค่าแรง	ค่าลงทุน
mg) ferrous fumarate (200 mg) 50% glucose (10 ml) D5N/2 (1,000 ml)				
การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม	A25	-	59.65	0.05
การรักษาด้วยยาอื่นๆ	A26	7.95	-	0.01
การรักษาโรคจิตเวชร่วม	A27			
ประเมิน ADR ในรอบถัดไปที่มารับยา	A28	-	167.03	0.14
การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจ (Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy; MI/MET)	A29	4.12	1,376.71	2.50
การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy; CBT)	A30	-	-	-
การให้คำปรึกษารอบครัว (Family counseling)	A31	-	2,984.88	3.34
การเยี่ยมบ้าน	A32	-	-	-
ประเมิน ADR ในรอบถัดไปที่มารับยา -IPD	A33	-	-	-
ประเมิน ADR ในรอบถัดไปที่มารับยา -OPD	A34	-	-	-
ประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะถอนพิษสุรารุนแรง	A35	-	-	-
ประเมินอาการถอนพิษสุรา ด้วยเครื่องมือ Alcohol Withdrawal Scale; AWS	A36	-	-	-
การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve steps facilitation; TSF)	A38	-	8,260.24	14.93
การบำบัด AA แบบกลุ่ม	A39	4.12	367.12	0.67

7.7 ต้นทุนรวมทางตรงและทางอ้อมที่รวมค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน

ตารางที่ 25 แสดงต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีบางกิจกรรมไม่มีข้อมูลที่ครบถ้วนสำหรับคำนวณต้นทุนต่อหน่วยได้ เช่น ประเมิน ADR ในรอบถัดไปที่มารับยา ประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะถอนพิษสุรารุนแรง และประเมินอาการถอนพิษสุรา ด้วยเครื่องมือ Alcohol Withdrawal Scale; AWS กิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูงที่สุด คือ การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน มีการดำเนินการใน 1 โรงพยาบาล ซึ่งมีต้นทุน 8,275 บาท ต่อผู้ป่วย 1 ราย ส่วนกิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำที่สุด คือ กิจกรรมการประเมิน เช่น ประเมินความเข้มแข็งหรือจุดแข็งในชีวิตและแหล่งสนับสนุนในสังคม

ตารางที่ 25 ต้นทุนรวมทั้งหมดต่อหน่วยกิจกรรม (หน่วย:บาท)

บริการ	รหัสกิจกรรม	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (บาท)		
		รพ.ก	รพ.ข	รพ.ค
การซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจร่างกายทั่วไป	A1	44	89	-
การคัดกรองโดยใช้ ASSIST	A2	70	-	-
การคัดกรองโดยใช้ AUDIT	A3	76	78	-
การคัดกรองโดยใช้แบบสอบถามอื่นๆ (คำถามคัดกรองด้วย HOS XP)	A4	16	-	-
การให้ความรู้/คำแนะนำ (brief advice)	A5	53	25	-
การให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling)	A6	299	188	-
การส่งต่อเพื่อรับการประเมินและบำบัดแบบเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญ	A7	46	42	-
ประเมินปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่ม	A8	117	11	170
ประเมินสถานการณ์เสี่ยงและทักษะ	A9	7	11	508
ประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่ม (Readiness to change)	A10	15	11	339
ประเมินความเข้มแข็งหรือจุดแข็งในชีวิตและแหล่งสนับสนุนในสังคม	A11	7	11	339
ประเมินโรคจิตเวชร่วมโดยเฉพาะ ผู้ที่มีประวัติกลับดื่มซ้ำบ่อยๆ	A12	15	178	170

บริการ	รหัส กิจกรรม	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (บาท)		
		รพ.ก	รพ.ข	รพ.ค
การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของ ร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย (กรณีมี ปัญหาเท่านั้น)	A13	551	32	34
ประเมินอาการถอนพิษสุรา ด้วยเครื่องมือ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol- Revised Version; CIWA-Ar	A14	2,396	-	-
ติดตามเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มี อาการถอนพิษสุรา ผู้ป่วย IPD	A15	94	63	-
ติดตามเฝ้าระวังตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มี อาการถอนพิษสุรา ผู้ป่วย OPD	A16	64	100	-
ตัดสินใจให้การรักษา-รักษาแบบผู้ป่วยนอก	A17	64	159	18
ตัดสินใจให้การรักษา-รักษาแบบผู้ป่วยใน	A18	130	159	18
นัดมาติดตามอาการ	A19	386	399	6
ติดตามอาการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด	A20	193	795	90
ให้ข้อมูลอาการถอนพิษสุรา การปฐมพยาบาล เบื้องต้น	A21	612	793	60
การรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการขาดสุราที่รุนแรง	A22	820	-	-
การถอนพิษสุราด้วยยา diazepam (10 mg/ 2ml) diazepam (2 mg) diazepam (5 mg) lorazepam (0.5 mg) lorazepam (1 mg)	A23	197	1,220	178
การให้สารน้ำ อาหาร วิตามินเสริม NSS (100 ml) NSS (1000 ml) vitamin B1-6- 12 vitamin B1 (10 mg) vitamin B1 (100 mg/ml) multivitamin tablet folic acid (5 mg) ferrous fumarate (200 mg) 50% glucose (10 ml) D5N/2 (1,000 ml)	A24	535	564	254

บริการ	รหัส กิจกรรม	ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (บาท)		
		รพ.ก	รพ.ข	รพ.ค
การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม	A25	1,092	159	60
การรักษาด้วยยาอื่นๆ	A26	193	314	8
การรักษาโรคจิตเวชร่วม	A27	220	1,126	-
ประเมิน ADR ในรอบถัดไปที่มารับยา	A28	220	-	167
การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้าง แรงจูงใจ (Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy; MI/MET)	A29	153	109	1,383
การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy; CBT)	A30	70	-	-
การให้คำปรึกษารอบครัว (Family counseling)	A31	76	163	2,988
การเยี่ยมบ้าน	A32	-	214	-
ประเมิน ADR ในรอบถัดไปที่มารับยา -IPD	A33	-	240	-
ประเมิน ADR ในรอบถัดไปที่มารับยา -OPD	A34	-	-	-
ประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะถอนพิษสุรารุนแรง	A35	-	-	-
ประเมินอาการถอนพิษสุรา ด้วยเครื่องมือ Alcohol Withdrawal Scale; AWS	A36	-	-	-
การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve steps facilitation; TSF)	A38	-	-	8,275
การบำบัด AA แบบกลุ่ม	A39	-	-	372

อภิปรายผลการศึกษา

แม้ว่าตามแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (35) จะระบุกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนไว้อย่างครบถ้วน แต่การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าสถานพยาบาลไม่ได้ให้บริการทุกบริการตามแนวปฏิบัติแต่เลือกให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองในแง่ความเชี่ยวชาญของบุคลากรสุขภาพ และการให้บริการมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยในพื้นที่ ดังนั้นการคำนวณต้นทุนการให้บริการจึงเป็นต้นทุนที่เกิดจากการให้บริการในบางสถานพยาบาลเท่านั้น ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าต้นทุนส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าแรง โดยบริการ 12 steps ซึ่งมีการดำเนินงานใน 1 พื้นที่พบว่าต้นทุนที่สูงมากที่สุด โดยกิจกรรมการบำบัดดังกล่าวประกอบด้วยการบำบัดหลายครั้ง จนครบ 12 ขั้นตอน โดยเฉลี่ยใช้เวลา 90 นาทีต่อ 1 ราย และผู้ที่รับผิดชอบดำเนินการเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จึงทำให้ต้นทุนค่าแรงมีค่ามาก สำหรับต้นทุนค่าวัสดุที่สูงที่สุดเป็นกิจกรรมการการถอนพิษสุราด้วยยา

กิจกรรมที่พบว่าสถานพยาบาลมีข้อจำกัดในการดำเนินการมากที่สุด คือ การเยี่ยมบ้าน เนื่องจากเป็นกิจกรรมเชิงรุกที่ต้องมีการดำเนินการนอกบริบทของสถานพยาบาลและต้องใช้เวลามาก สถานพยาบาลซึ่งมีข้อจำกัดด้านกำลังคนจึงไม่สามารถให้บริการได้ ซึ่งเป็นไปในลักษณะเดียวกันกับการศึกษาของของสุรเดชและคณะ (69) พบว่าการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละรายส่วนใหญ่ใช้เวลามาก และประกอบด้วยสหวิชาชีพซึ่งมีบุคลากรสุขภาพหลายคนในทีมจึงทำให้มีต้นทุนค่าแรงที่สูงกว่าบริการอื่นๆ

ต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมการดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก เนื่องจากมีโรงพยาบาลที่มีข้อมูลครบถ้วนเพียง 3 โรงพยาบาล ทีมวิจัยจึงไม่ได้นำข้อมูลมารวมกันเพื่อหาค่าเฉลี่ย แต่รายงานเป็นต้นทุนต่อหน่วยของแต่ละโรงพยาบาล ทั้งนี้ ต้นทุนต่อหน่วยที่แตกต่างกันนี้ขึ้นกับระยะเวลาการให้บริการ ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลจากการสอบถามผู้ให้บริการไม่ใช่การสังเกตการทำงานจริง จึงมีความเป็นไปได้ว่าเวลาที่ประมาณการอาจสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ ปัจจัยด้านจำนวนผู้ให้บริการและความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการมีผลต่อการคำนวณค่าแรงของการดำเนินงาน โรงพยาบาลที่ผู้ให้บริการเป็นบุคลากรระดับชำนาญการซึ่งมีอัตราเงินเดือนที่สูงจะทำให้ต้นทุนค่าแรงสูงด้วย ประเด็นสุดท้าย คือ จำนวนผลผลิตที่โรงพยาบาลมีข้อมูล

การศึกษาของสุรเดชและคณะ วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 พบว่าบริการคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเสพยาเสพติด ด้วยเครื่องมือ ASSIST มีต้นทุนต่อหน่วยเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างหน่วยบริการเขตชนบทและเขตเมือง โดยเขตชนบท มีต้นทุนต่อการคัดกรองเฉลี่ยที่ 10 บาท ในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล และ 94 บาทในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อคำนวณในภาพรวมของเขตชนบท

พบว่าต้นทุนเฉลี่ย 71 บาทต่อการคัดกรอง สำหรับหน่วยบริการเขตเมือง ต้นทุนต่อการคัดกรองเฉลี่ยที่มีค่า 19 บาท ในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล และ 135 บาทในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อคำนวณในภาพรวมของเขตเมือง พบว่ามีต้นทุนเฉลี่ย 100 บาทต่อการคัดกรอง ข้อมูลต้นทุนจากการศึกษาดังกล่าวมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษานี้ ที่พบว่าการคัดกรองโดยใช้ ASSIST มีค่า 70 บาทต่อการคัดกรองในโรงพยาบาล ก. หนึ่งในจุดแข็งของการศึกษาของสุรเดชและคณะ คือ มีจำนวนโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าร่วมการศึกษามากกว่าการศึกษานี้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้ 1) จำนวนโรงพยาบาลที่ทีมวิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนจนนำมาคำนวณต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมบริการมีจำกัด ซึ่งอาจมีผลต่อการนำผลการศึกษาไปสรุปผลในวงกว้าง (generalizability) 2) การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง (retrospective) ทำให้มีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูล 3) กิจกรรมที่ระบุในแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปี พ.ศ. 2561 ไม่ได้ดำเนินการในทุกโรงพยาบาล และบางกิจกรรมโรงพยาบาลไม่ได้เก็บข้อมูลผลผลิตไว้ในฐานข้อมูล เป็นเพียงการทบทวนจากสมุดบันทึกการให้บริการเท่านั้น จึงมีความเป็นไปได้ว่าข้อมูลผลผลิตต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งส่งผลทำให้ต้นทุนต่อหน่วยมีค่าสูง 4) การเก็บข้อมูลระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมบริการเป็นการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และให้บุคลากรทางการแพทย์ประมาณการเวลาที่ใช้ต่อ 1 กิจกรรม ไม่ได้เกิดจากการสังเกตการปฏิบัติงานจริง จึงอาจมีความคลาดเคลื่อน

8. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563. กทม.2562.
2. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัมมฉัตรชัย, et al. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556. นนทบุรี: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2559.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ 2557.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานมาตรฐาน (HDC) [cited 23 พ.ค. 2562. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
5. Hanpatchaiyakul K. Barriers to alcohol addiction treatment in women and men experiencing alcohol addiction in a Thai context: Exploring lived experiences and healthcare providers' perspectives: Mälardalen University; 2016.
6. Hanpatchaiyakul K, Eriksson H, Kijssompon J, Östlund G. Thai men's experiences of alcohol addiction and treatment. Global health action. 2014;7(1):23712.
7. Hanpatchaiyakul K, Eriksson H, Kijssomporn J, Östlund G. Healthcare providers' experiences of working with alcohol addiction treatment in Thailand. Contemporary nurse. 2016;52(1):59-73.
8. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย. นนทบุรี 2552.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย. นนทบุรี 2559.
10. ทานตะวัน สุระเดชาสกุล. เอกสารทบทวนองค์ความรู้เรื่อง แอลกอฮอล์กับความรุนแรง. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา; 2556.
11. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลผู้บาดเจ็บ และเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ ช่วงเทศกาลสงกรานต์ 2561. 2561.
12. Kongsakon R, Pocham N. Alcohol abuse and domestic violence in Thailand: matching case-control study. J Psychiatr Assoc Thai. 2007;52(3):269-305.

13. มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ชนิตา เลิศพิทักษ์พงศ์, จอมขวัญ โยธาสุมุท, กรรณิการ์ ฐิติบุญสุวรรณ, et al. การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย 2551.
14. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี 2560.
15. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
16. Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V, Monteiro M. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010.
17. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. "ASSIST" เครื่องมือคัดกรองการเสพติดที่ ใช้ง่ายและคุ้มค่า. 2557.
18. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเมินและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559. 2559.
19. สายรัตน์ นกน้อย. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การบำบัดแบบสั้นในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ; 2552.
20. มานิต ศรีสุภานนท์. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ; 2552.
21. อุเต็น ก. การเสริมแรงจิตใจ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บทบาทหน้าที่วิทยากรกระบวนการ ทักษะ และเทคนิคสำหรับวิทยากรกระบวนการ [Available from: https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/190805156500000367.pdf.
22. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แนวทางปฏิบัติการ คัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา. นนทบุรี 2561.
23. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. กึ่งทศวรรษแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา. กรุงเทพฯ 2557.
24. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International journal for equity in health. 2013;12:18.
25. อาทร รุ่งไพบูลย์. การวิเคราะห์ต้นทุนในการพัฒนาระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
26. เครือข่ายองค์กรงดเหล้า. คู่มือชุมชนคนสู้เหล้า เพื่อการณรงค์งดเหล้าครบพรรษา. 2563.

27. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2553.
28. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 [Available from: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/service_plan.pdf].
29. กองบริหารการสาธารณสุข. ทำเนียบสถานบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2564 2019 [Available from: <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/57/0>].
30. กรมการแพทย์. โครงสร้างกรมการแพทย์ 2019 [Available from: https://www.dms.go.th/AboutUs/About_Structure].
31. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. หน่วยบริการ (สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช) ในสังกัดกรมสุขภาพจิต 2016 [Available from: <https://www.galya.go.th/web/dmhhospital.html>].
32. รายงานจำนวนผู้เข้ารับการรักษาบำบัดผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในสถานบริการ [Internet]. สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์. 2563 [cited 5 สิงหาคม 2564]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/alcoholic.php&cat_id=9d8c311d6336373d40437c4423508cad&id=36203bcbf14f8e8f1906497ae8f5c0a5.
33. สาวิตรี อัมมวงค์กรชัย. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
34. การคัดกรองและการบำบัดผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (specialpp) [Internet]. สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์. 2563 [cited 13 สิงหาคม 2564]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
35. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แนวปฏิบัติการตรวจคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2561.
36. นิพนธ์ ชินานนท์เวช. บทบาทภาครัฐในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่ 10 วันที่ 22 พฤศจิกายน 2561 ณ เซ็นจูรี พาร์ค ประตูน้้า.
37. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2562,. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2561.
38. Hfocus. บอร์ดประกันสังคม เพิ่มอัตราค่าบริการทางการแพทย์ ปี 63 เป็น 3,959 บาท/คน/ปี,. 2563.
39. กรมบัญชีกลาง. การใช้สิทธิเบิกจ่ายค่าบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ติดบุหรี่และ/หรือแอลกอฮอล์. In: กระทรวงการคลัง, editor. กรุงเทพมหานคร2549.

40. วัลลดา พุ่มไพศาลชัย, ชิดชนก เรือนก้อน. ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดสุราจากระดับโรงพยาบาลสู่ภาพรวมระดับประเทศ. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2563;28(2):150-60.
41. กิตติพงศ์ สนธิสัมพันธ์. การพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร; 2560.
42. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ 2560 [Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b01eae257e44aa9d5bade97baf/files/la_wbtc/001_1btc.PDF].
43. รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำร้องการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ 2562 [Available from: <http://hdc-mkho.moph.go.th/download/DOC/conference1/18.%20%E0%B8%9A%E0%B8%B8%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B9%88.pdf>].
44. World Health Organization. MONITORING THE BUILDING BLOCKS OF HEALTH SYSTEMS: A HANDBOOK OF INDICATORS AND THEIR MEASUREMENT STRATEGIES. Geneva, Switzerland: the WHO Document Production Services; 2010.
45. นิพนธ์ ชินานนท์เวช. (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติระยะที่ 2 พ.ศ. 2564 – 2570 2563 [Available from: <http://cas.or.th/cas/wp-content/uploads/2020/12/251163-%E0%B8%99%E0%B8%9E.%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%9E%E0%B8%99%E0%B8%98%E0%B9%8C-%E0%B8%8A%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B9%8C%E0%B9%80%E0%B8%A7%E0%B8%8A.pdf>].
46. สมตระกูล ราศิริ, พงษ์ภักดิ์ กาคำผุย, เจริญพงศ์ พรหมศรี, สายสิญจน์ อุไทย, วาริญา ม่วงเกลี้ยง. ปัจจัยความสำเร็จของชุมชนต้นแบบในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Success factors of the prototype community for control alcoholic drinking). 2563.
47. ทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change Theory) 2016 [Available from: <http://sheacademy.in.th/?p=566>].
48. Luis A, David O, John, Eyal, Scott. Exploring Structural, Sociocultural, and Individual Barriers to Alcohol Abuse Treatment Among Hispanic Men. *American Journal of Men's Health*. 2018;12(6):1948-57.
49. Pinedo M, Zembre S, Rogers S. Understanding barriers to specialty substance abuse treatment among Latinos. *J Subst Abuse Treat*. 2018;94:1-8.
50. Wiczorek L. Barriers in the access to alcohol treatment in outpatient clinics in urban and rural community. *Psychiatr Pol*. 2017;51(1):125-38.

51. Browne T, Priester MA, Clone S, Iachini A, DeHart D, Hock R. Barriers and Facilitators to Substance Use Treatment in the Rural South: A Qualitative Study. *J Rural Health*. 2016;32(1):92-101.
52. Gilbert PA, Pro G, Zemore SE, Mulia N, Brown G. Gender Differences in Use of Alcohol Treatment Services and Reasons for Nonuse in a National Sample. *Alcohol Clin Exp Res*. 2019;43(4):722-31.
53. Zemore SE, Mulia N, Yu Y, Borges G, Greenfield TK. Gender, acculturation, and other barriers to alcohol treatment utilization among Latinos in three National Alcohol Surveys. *J Subst Abuse Treat*. 2009;36(4):446-56.
54. Pinedo M, Zemore S, Beltran-Giron J, Gilbert P, Castro Y. Women's Barriers to Specialty Substance Abuse Treatment: A Qualitative Exploration of Racial/Ethnic Differences. *J Immigr Minor Health*. 2020;22(4):653-60.
55. Dabrowska K, Moskalewicz J, Wieczorek L. Barriers in Access to the Treatment for People with Gambling Disorders. Are They Different from Those Experienced by People with Alcohol and/or Drug Dependence? *J Gambl Stud*. 2017;33(2):487-503.
56. จำนวนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามอายุ เพศ และจังหวัด พ.ศ. 2562 [Internet]. [cited 8 มีนาคม 2564]. Available from:
<http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>.
57. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ 2562. กรุงเทพฯ; 2563.
58. เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. สถานภาพการบริโภคสุรา. กรุงเทพฯ; 2550.
59. ปิรทรรศ ศิลปกิจ, พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก; 2552.
60. บุญศิริ จันศิริมงคล. แนวทางการบำบัดผู้ป่วยติดสุราสำหรับสหวิชาชีพสาธารณสุข 2558. Available from:
<https://med.mahidol.ac.th/psych/sites/default/files/public/pdf/Conference/58/Management%20of%20alcohol%20use%20disorder.pdf>.
61. วีระพล จันทรดียิ่ง. แอลกอฮอล์. [cited 3 มีนาคม 2564]. Available from:
<http://www.clm.up.ac.th/pdf/article/Alcohol%20WA.pdf>.
62. สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย, ดาริกา ไสงาม. รายงานสถานการณ์ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.

63. สาวิตรี อัมณางค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ปัญหาและความผิดปกติ จากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
 64. ฐิติพร สุแก้ว, อรทัย วลีวงศ์. "แอลกอฮอล์กับโรคตับ" สถานการณ์การป่วยตายด้วยโรคตับแข็งและมะเร็ง ตับจากการดื่มแอลกอฮอล์ในเอเชียแปซิฟิก สงขลา [cited 8 มีนาคม 2564]. Available from: <http://cas.or.th/cas/?p=7400>.
 65. ธเนศ ชิดาพนารักษ์, อีระ พิรัชวิสุทธิ, สุริยา กิรติชนานนท์, editors. ภาวะตับอักเสบชนิดรุนแรงจาก แอลกอฮอล์: อาการ วิธีวินิจฉัย และแนวทางการรักษา. งานประชุมวิชาการประจำปี (ครั้งที่ 9) ของ สถาบันโรกระบบทางเดินอาหารและตับ NKC 2559; ภูเก็ต.
 66. มูลนิธิไทยโรดส์, ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย. รายงานสถานการณ์ อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย 2559-2560. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธิอินโยบายถนนปลอดภัย,
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
67. IS Online สถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน [Internet]. [cited 8 มีนาคม 2564]. Available from: https://dip.ddc.moph.go.th/new/is_acc.
 68. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ; 2563.
 69. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, อภินิฐา พูนชัย, ศุภวรรณ เพิ่มผลสุข, พัทธรา สีนพวงศ์. โครงการวิเคราะห์ ต้นทุนการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2562. โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ; 2562.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก ผลการวิเคราะห์การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก

ตาราง ก จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่มี PDX อยู่ในกลุ่ม F10.0 ถึง 10.9

รหัสโรค	2558	2559	2560	2561	2562
	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)
F10.0	971 (6.18)	927 (7.09)	1,035 (7.94)	1,009 (7.49)	920 (7.1)
F10.1	298 (1.9)	315 (2.41)	425 (3.26)	405 (3)	387 (2.99)
F10.2	10,301 (65.6)	8,367 (63.99)	8,041 (61.71)	8,506 (63.11)	8,289 (63.97)
F10.3	850 (5.41)	802 (6.13)	811 (6.22)	884 (6.56)	908 (7.01)
F10.4	428 (2.73)	268 (2.05)	256 (1.96)	286 (2.12)	223 (1.72)
F10.5	2,614 (16.65)	2,181 (16.68)	2,206 (16.93)	2,103 (15.6)	1,934 (14.93)
F10.6	47 (0.3)	38 (0.29)	46 (0.35)	59 (0.44)	72 (0.56)
F10.7	84 (0.53)	48 (0.37)	67 (0.51)	82 (0.61)	77 (0.59)
F10.8	35 (0.22)	44 (0.34)	54 (0.41)	49 (0.36)	45 (0.35)
F10.9	75 (0.48)	86 (0.66)	89 (0.68)	96 (0.71)	102 (0.79)
รวมทั้งสิ้น	15,703 (100)	13,076 (100)	13,030 (100)	13,479 (100)	12,957 (100)

ตาราง ข จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่มี PDX หรือ SDX อยู่ในกลุ่ม F10.0 ถึง 10.9

รหัสโรค	2558	2559	2560	2561	2562
	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)
F10.0	1,318 (5.9)	1,279 (6.22)	1,431 (6.59)	1,346 (5.88)	1,253 (5.68)
F10.1	1,663 (7.44)	2,773 (13.49)	3,896 (17.94)	3,476 (15.18)	2,728 (12.37)
F10.2	13,623 (60.98)	11,738 (57.12)	11,523 (53.05)	12,753 (55.7)	12,871 (58.37)
F10.3	1,297 (5.81)	1,180 (5.74)	1,174 (5.41)	1,294 (5.65)	1,463 (6.63)
F10.4	569 (2.55)	368 (1.79)	367 (1.69)	425 (1.86)	374 (1.7)
F10.5	3,471 (15.54)	2,836 (13.8)	2,878 (13.25)	3,114 (13.6)	2,874 (13.03)
F10.6	80 (0.36)	75 (0.36)	80 (0.37)	110 (0.48)	129 (0.58)
F10.7	129 (0.58)	62 (0.3)	95 (0.44)	108 (0.47)	113 (0.51)
F10.8	82 (0.37)	64 (0.31)	102 (0.47)	110 (0.48)	83 (0.38)
F10.9	107 (0.48)	176 (0.86)	173 (0.8)	161 (0.7)	164 (0.74)
รวมทั้งสิ้น	22,339 (100)	20,551 (100)	21,719 (100)	22,897 (100)	22,052 (100)

ตาราง ค จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกแยกตามเพศ

รหัสโรค	2558		2559		2560		2561		2562	
	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)
F10.0	762	114	743	111	801	104	761	109	668	127
F10.1	641	49	1,098	84	1,538	202	1,402	116	943	91
F10.2	4,568	465	4,379	406	4,195	395	4,498	458	4,483	502
F10.3	654	63	642	56	633	41	692	57	771	71
F10.4	253	17	180	17	167	14	196	11	182	27
F10.5	1,208	115	1,037	71	961	87	1,042	89	1,064	104
F10.6	31	2	23	7	25	1	33	3	23	3
F10.7	29	10	19	2	26	8	23	10	31	12
F10.8	22	3	30	3	42	8	40	9	28	6
F10.9	48	13	86	13	81	16	86	11	90	12
รวมทั้งสิ้น	8,216	851	8,237	770	8,469	876	8,773	873	8,283	955

ตาราง ง จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกแยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	2558	2559	2560	2561	2562
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)
น้อยกว่า 5 ปี	7	9	6	6	8
5-18 ปี	92	97	88	111	112
19-24 ปี	358	353	318	356	338
25-59 ปี	7,104	6,850	7,014	7,109	6,740
60 ปีขึ้นไป	1,506	1,698	1,919	2,065	2,041
รวมทั้งสิ้น	9,067	9,007	9,345	9,647	9,239

ภาคผนวก ข ผลการวิเคราะห์การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน

ตาราง จ จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในที่มี PDX อยู่ในกลุ่ม F10.0 ถึง 10.9

รหัสโรค	2558	2559	2560	2561	2562
	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)
F10.0	12,132 (12.33)	11,646 (10.99)	10,996 (10.29)	10,337 (9.56)	11,064 (9.21)
F10.1	2,828 (2.87)	2,584 (2.44)	2,538 (2.37)	2,960 (2.74)	3,097 (2.58)
F10.2	36,531 (37.13)	39,683 (37.44)	38,420 (35.95)	38,829 (35.91)	45,711 (38.06)
F10.3	30,936 (31.44)	34,947 (32.97)	37,364 (34.96)	38,552 (35.65)	42,449 (35.34)
F10.4	8,077 (8.21)	8,727 (8.23)	8,881 (8.31)	8,753 (8.09)	8,620 (7.18)
F10.5	7,281 (7.40)	7,695 (7.26)	7,863 (7.36)	7,899 (7.30)	8,164 (6.80)
F10.6	132 (0.13)	148 (0.13)	186 (0.17)	136 (0.13)	117 (0.10)
F10.7	157 (0.16)	141 (0.13)	117 (0.11)	95 (0.09)	131 (0.11)
F10.8	70 (0.07)	88 (0.08)	109 (0.10)	95 (0.09)	74 (0.06)
F10.9	242 (0.25)	324 (0.31)	395 (0.37)	486 (0.45)	684 (0.57)
รวมทั้งสิ้น	98,386 (100)	105,983 (100)	106,869 (100)	108,142 (100)	120,111 (100)

ตาราง ฉ จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในที่มี PDX หรือ SDX อยู่ในกลุ่ม F10.0 ถึง 10.9

รหัสโรค	2558	2559	2560	2561	2562
	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)	จำนวนครั้ง (ร้อยละ)
F10.0	10,429 (13.06)	10,121 (11.86)	9,481 (11.07)	8,887 (10.29)	9,440 (9.89)
F10.1	2,461 (3.08)	2,268 (2.66)	2,182 (2.55)	2,552 (2.96)	2,669 (2.80)
F10.2	29,331 (36.72)	31,673 (37.12)	30,541 (35.66)	30,828 (35.71)	36,041 (37.77)
F10.3	25,155 (31.49)	28,072 (32.90)	29,902 (34.91)	30,608 (35.45)	33,538 (35.14)
F10.4	6,714 (8.40)	7,189 (8.42)	7,224 (8.43)	7,183 (8.32)	7,111 (7.45)
F10.5	5,335 (6.68)	5,458 (6.40)	5,687 (6.64)	5,621 (6.51)	5,815 (6.09)
F10.6	89 (0.11)	102 (0.12)	120 (0.14)	103 (0.12)	83 (0.09)
F10.7	98 (0.12)	94 (0.11)	76 (0.09)	71 (0.08)	91 (0.10)
F10.8	54 (0.07)	73 (0.09)	91 (0.11)	68 (0.08)	54 (0.06)
F10.9	218 (0.27)	281 (0.33)	348 (0.41)	411 (0.48)	586 (0.61)
รวมทั้งสิ้น	79,884 (100)	85,331 (100)	85,652	86,332 (100)	95,428 (100)

ตาราง ข จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในแยกตามเพศ

รหัสโรค	2558		2559		2560		2561		2562	
	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)
F10.0	9,066	1,363	8,733	1,388	8,105	1,376	7,527	1,360	8,018	1,422
F10.1	2,146	315	1,965	303	1,853	329	2,221	331	2,316	353
F10.2	25,925	3,406	27,957	3,716	26,907	3,634	27,213	3,615	31,471	4,570
F10.3	22,897	2,258	25,481	2,591	27,060	2,842	27,854	2,754	30,432	3,106
F10.4	6,005	709	6,462	727	6,494	730	6,446	737	6,427	684
F10.5	4,822	513	4,961	497	5,157	530	5,102	519	5,278	537
F10.6	81	8	89	13	109	11	88	15	72	11
F10.7	79	19	81	13	66	10	62	9	79	12
F10.8	50	4	67	6	75	16	59	9	41	13
F10.9	183	35	236	45	296	52	355	56	495	91
รวม ทั้งสิ้น	71,254	8,630	76,032	9,299	76,122	9,530	76,927	9,405	84,629	10,799

ตาราง ข จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในแยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	2558	2559	2560	2561	2562
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)
น้อยกว่า 5 ปี	22	27	18	24	20
5-18 ปี	640	632	604	579	719
19-24 ปี	2001	1919	1906	1866	1972
25-59 ปี	56,582	60,163	60,486	60,843	66,003
60 ปีขึ้นไป	10,115	11,441	11,705	12,160	14,447
รวมทั้งสิ้น	69,360	74,182	74,719	75,472	83,161