



รายงานฉบับสมบูรณ์

การพัฒนารูปแบบชุมชนเพื่อคัดกรอง บำบัดแบบสั้น ส่งต่อระบบบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและสังคมของผู้ที่มีปัญหาการใช้สุรา แบบครบวงจร

Community Model Development for Screening Brief Intervention referral system to complete cycle of Treatment, and Psychosocial Rehabilitation

(รหัสโครงการ 65-10068-20)

โดย

ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ รศ.ดร.จุฑารัตน์ สถิรปัญญา
ชื่อองค์กรรับทุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้รับทุนสนับสนุนโดย

แผนงานศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กรกฎาคม 2567

รายงานฉบับสมบูรณ์

การพัฒนารูปแบบชุมชนเพื่อคัดกรอง บำบัดแบบสั้น ส่งต่อระบบบำบัดรักษา
และฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและสังคมของผู้ที่มีปัญหาการใช้สุรา แบบครบวงจร

โดย

ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ รศ.ดร.จุฑารัตน์ สติรปัญญา
ชื่อองค์กรรับทุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้รับทุนสนับสนุนโดย

แผนงานศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กรกฎาคม 2567

Final Report

Community Model Development for Screening Brief Intervention
referral system to complete cycle of Treatment, and Psychosocial
Rehabilitation

(Project code 65-10068-20)

By

Project manager CHUTARAT SATHIRAPANYA
Faculty of Medicine Prince of Songkla University

This project was supported by
Centre for Alcohol Studies
Faculty of Medicine Prince of Songkla University
Month, Year printed

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบคัดกรอง บำบัดแบบสั้น ส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน (2) พัฒนารูปแบบการคัดกรอง ส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน ทำการศึกษาใน 1 อำเภอ 3 ตำบล ของจังหวัดพัทลุง ในประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป การศึกษามี ระยะเวลา ได้แก่ **ระยะที่ 1** เป็นศึกษาสถานการณ์การดื่ม การเข้าถึงระบบคัดกรอง ส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพทางจิตสังคม โดยใช้ข้อมูลจากระบบการคัดกรองของ รพ.สต. และศูนย์บริการสุขภาพชุมชน และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบคัดกรอง ส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดื่มในระดับเสี่ยงปานกลางและสูง และครอบครัว **ระยะที่ 2** นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาออกแบบเพื่อนำไปการคัดกรอง บำบัดแบบสั้น ฟื้นฟูสภาพจิตสังคมในชุมชน ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้กับตัวอย่าง 364 คน ที่ได้จากการคำนวณโดยสูตรประมาณค่าสัดส่วน และสนทนากลุ่มกับผู้ใช้อุปกรณ์ และผู้รับการคัดกรอง บำบัดแบบสั้น **ระยะที่ 3** ติดตามผลผู้ที่ได้รับการคัดกรอง บำบัดแบบสั้น ส่งต่อ เป็นเวลา 6 เดือน และทบทวนแนวทางการพัฒนา **ระยะที่ 4** ขยายผลการคัดกรองเชิงรุกในชุมชน 1,326 คน เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการคัดกรองและบำบัดแบบสั้น

เครื่องมือคือแบบคัดกรอง ASSIST-7 แนวทางการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบ ดังนี้

ระยะที่ 1

1. **สถานการณ์การดื่ม ก่อนดำเนินโครงการวิจัย (ปี 2565)** อัตราความชุกของการดื่มในประชากร 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.96 อัตราการเข้าถึงบริการคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 27.47 ผู้ดื่มในระดับเสี่ยงต่ำพบร้อยละ 97.22 ได้รับการให้ความรู้/คำแนะนำ (brief advice) ร้อยละ 40.0 ผู้ดื่มในระดับเสี่ยงปานกลางพบร้อยละ 2.78 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) ร้อยละ 0 และไม่พบผู้ดื่มในระดับเสี่ยงสูง **สถานการณ์การดื่มหลังจากนำรูปแบบการคัดกรอง บำบัดอย่างย่อไปทดลองใช้** กับกลุ่มตัวอย่าง 364 คน พบอัตราความชุกของการดื่มในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 37.8 เป็นผู้ดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 70.1 ได้รับการให้ความรู้/คำแนะนำ (brief advice) ร้อยละ 100 ผู้ดื่มในระดับเสี่ยงปานกลางพบร้อยละ 26.9 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) ร้อยละ 100 และผู้ดื่มในระดับเสี่ยงสูง พบร้อยละ 3.0 โดยร้อยละ 100 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น และ ร้อยละ 72.7 ได้รับการส่งต่อ **สถานการณ์การดื่ม หลังจากนำรูปแบบการคัดกรองไปทดลองใช้และติดตามผล 6 เดือน** พบการดื่มระดับเสี่ยงสูง ลดลงจากร้อยละ 3.0 เหลือร้อยละ 0.8 การดื่มในระดับเสี่ยงปานกลาง ลดลงจากร้อยละ 26.9 เหลือร้อยละ 14.8 และเสี่ยงต่ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.1 เป็นร้อยละ 84.4 โดยในกลุ่มเสี่ยงสูง 11 คน เข้ารับการบำบัด 8 คน (ร้อยละ 72.7) สามารถเลิกดื่มได้ 4 คน (ร้อยละ 50) ลดการดื่ม 3 คน (ร้อยละ 37.5) และกลับมาดื่มซ้ำ หลังเลิกดื่มได้ 6 เดือน 1 ราย (ร้อยละ 25) อีก 2 รายที่ยังไม่เข้ารับการบำบัด พยายามลดการดื่มเองโดยได้รับการติดตามจากบุคลากรคลินิกเล็ก

เหล่า และ อสม. ให้ลดการดื่มที่ปลอดภัย **สถานการณ์การดื่ม หลังการขยายผลรูปแบบเพื่อเพิ่ม ความครอบคลุมของการคัดกรอง** นำรูปแบบที่ได้รับการปรับปรุงครั้งที่ 1 จากการพัฒนา มาดำเนินการคัดกรอง ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1,326 คน ใน 3 หมู่บ้านจาก 3 ตำบลเดิม พบอัตราความชุกของการดื่ม แอลกอฮอล์ ในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 28.90 จำแนกเป็นการดื่มระดับเสียงต่ำ ร้อยละ 75.26 เสียงปานกลาง ร้อยละ 23.83 และเสียงสูง ร้อยละ 0.9 ผู้ดื่มในระดับเสียงต่ำ ร้อยละ 100 ได้รับการให้ คำแนะนำ (brief advice) ผู้ดื่มระดับเสียงปานกลาง ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) ร้อยละ 94.3 ผู้ดื่มในระดับเสียงสูงร้อยละ 100 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น และ ร้อยละ 75.0 ได้รับการส่งต่อ และ อยู่ระหว่างการติดตามผล ความครอบคลุมของการคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.47 เป็น ร้อยละ 84.46 ซึ่งเมื่อเทียบกับอีก 12 เครือข่ายบริการที่ไม่ได้อยู่ในการศึกษา ในช่วงเวลาเดียวกัน พบความ ครอบคลุมของการคัดกรอง ร้อยละ 54.94

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบการคัดกรอง บำบัดแบบสั้น ส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิต สังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน ด้านความพร้อมของหน่วยบริการระดับ รพ.สต. รพช. พบว่า การคัดกรองการดื่ม ยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุม เนื่องจากปัจจัยด้านภาระงานที่มาก และการไม่ได้รับการ พัฒนาศักยภาพในการบำบัดแบบสั้น ไม่เห็นความคุ้มค่าของการคัดกรอง รวมถึงการฟื้นฟูสภาพทางจิตสังคมของ ผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ที่ยังไม่มีการจัดระบบในชุมชน เนื่องจากมีผู้เข้ารับบำบัดน้อย ในระดับ โรงพยาบาล การคัดกรองในคลินิกผู้ป่วยนอก โรคเรื้อรัง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก็ทำได้น้อยเช่นกัน **ด้านผู้ดื่มและครอบครัว** พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้ดื่ม การดื่มของคนในครอบครัว การดื่มของเพื่อน การไม่มีอาการแสดงของความ เจ็บป่วย หรือปัญหาจากการดื่มที่ส่งผลต่อสุขภาพที่ชัดเจน รุนแรง จะไม่ทำให้ผู้ดื่มตระหนักถึงปัญหาจากการดื่ม ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนที่หวังผลจากการดื่ม เพื่อคลายเครียด เฉลิมฉลอง ดื่มเพื่อให้เจริญอาหาร ดื่มเพื่อให้ หลับได้ดีขึ้น และปัจจัยด้านชุมชน พบว่า การดื่มว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา เป็นพฤติกรรมที่ยอมรับได้หากยังไม่ได้ รบกวนผู้อื่นมาก การดื่มในเทศกาลงานต่างๆ การดื่มในวิถีการพนันวัวชน ไก่ชน และการสนับสนุนวิสาหกิจ ชุมชนผลิตสุราพื้นบ้าน ทำให้การเข้าถึงสุราราคาถูก ดื่มในปริมาณมากขึ้น และมองไม่เห็นว่าเป็นปัญหาในระยะ ยาว

ระยะที่ 2 การออกแบบคัดกรอง บำบัดแบบสั้นและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในชุมชน

รูปแบบการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและให้การบำบัดแบบสั้น (alcohol screening and brief intervention) ที่เกิดขึ้น คือ การพัฒนาศักยภาพ อสม. และ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 28 คน ให้มีความรู้ และ ทักษะการคัดกรอง ให้คำปรึกษาและบำบัดอย่างย่อ โดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ สาธิต และ Role Play การใช้เครื่องมือคัดกรอง ASSIST-7 โดยมีอาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญงานสุขภาพจิตให้การปรึกษาและ บำบัดแบบสั้นร่วมกับงานสุขภาพจิตและจิตเวช งานคลินิกเลิกสุราของ รพ.ช. เมื่อลงปฏิบัติภาคสนาม ใช้ระบบที่ เลี่ยงจาก รพ.สต. และ รพ.ช. เป็นบัดดีพีเลี้ยงหรือโคช ให้คำแนะนำในขณะคัดกรองและบำบัดแบบสั้นหน้างาน มีระบบการสะท้อนกลับในขั้นตอนที่ยังทำได้ไม่ถูกต้อง มีการสนับสนุนเนื้อหาที่จำเป็นและชัดเจนในการให้ข้อมูล สุขภาพที่เกิดจากการดื่มสุรา การให้ข้อมูลที่ผู้ดื่มยังเข้าใจไม่ถูกต้อง ด้วยภาษาถิ่นภาคใต้ที่เข้าใจง่าย ทำให้ผู้ทำ

หน้าที่คัดกรอง ความมั่นใจ มีความรู้และทักษะในการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อได้ดีขึ้น นำมาบูรณาการในการคัดกรองโรคเรื้อรังเชิงรุก และคัดกรองในเชิงรับกรณีที่ได้รับบริการมารับบริการที่ รพ.สต. ในส่วนของระบบบริการรพช.ยังพบว่า ระบบการคัดกรอง บำบัดอย่างย่อ ในหน่วยงานที่ไม่ใช่งานจิตเวชและยาเสพติด เช่น งานบริการฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ยังไม่สามารถดำเนินการได้ แต่สามารถงานบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป และงานบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีเครื่องมือเดิมอยู่คือ AUDIT ทั้งนี้ในหน่วยบริการฉุกเฉิน (ER) ให้ความเห็นว่าการดำเนินงานในปัจจุบันมีภาระมาก ทำไม่ทัน

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ของผู้ดื่มที่เข้าสู่กระบวนการบำบัด ได้รับการระดมความเห็นจากกรรณสนทนากลุ่มของผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น พบว่า ปัจจัยครอบครัว ชุมชน และการยอมรับให้โอกาสผู้บำบัดสุรา กลับมาทำงานและใช้ชีวิตในชุมชนจะทำให้โอกาสเลิกได้มากขึ้น โดยครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญลำดับแรก โดยเฉพาะผู้ดื่มที่มีลูกหลาน ลูกหลานให้กำลังใจ คอยดูแล แสดงความห่วงใยด้วยคำพูดที่ดี ไม่ซ้ำเติม การมอบหมายกิจกรรมประจำวัน และไว้วางใจให้ทำงานกับครอบครัว เช่น การรับซื้อน้ำยาง รวมถึงการช่วยเหลือ การสร้างอาชีพเพื่อให้มีรายได้ การให้คุณค่าในการปรับวิถีชีวิตและการทำงานกรณีผู้ดื่มไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม เช่น การปลูกผัก การตัดหญ้า โดยการทำงานร่วมกันกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการชุมชน ผู้นำชุมชนในพื้นที่ พช. พมจ. เกษตรอำเภอ

ระยะที่ 3 ติดตามผลผู้ที่ได้รับการคัดกรอง บำบัดอย่างย่อ ส่งต่อ เป็นเวลา 6 เดือน และทบทวนแนวทางการพัฒนา เป็นการติดตามผู้ที่ได้รับการคัดกรอง บำบัดอย่างย่อ ส่งต่อ เป็นเวลา 6 เดือน และทบทวนแนวทางการพัฒนา พบว่า ผู้ดำเนินการคัดกรองมีความรู้ ทักษะ ที่ต้องทบทวน ฟื้นฟู โดยเฉพาะ ขั้นตอนการสะท้อนผลการประเมิน (แสดงคะแนนและการแปลผล) การประเมินแรงจูงใจตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ที่เป็นภาษาถิ่น และในขั้นตอนที่พบว่าผู้ที่ยุติดื่มได้ กลับไปดื่มอีกควรเพิ่มทักษะการสื่อสารที่ไม่ทำให้ผู้ดื่มรู้สึกผิด และสร้างแรงจูงใจที่เป็นรูปธรรมในระยะเวลาที่ชัดเจน รวมถึงการสร้างแกนนำในภาคส่วนอื่นๆ เช่น โรงเรียน หน่วยงานราชการ เทศบาล อบต. เกษตรตำบล กศน. กรรมการชุมชน เพื่อให้เกิดแกนนำในการคัดกรองที่เป็นความรับผิดชอบ และสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน รวมถึงการปฏิบัติการคัดกรองเชิงรุกในเทศกาล พื้นที่ส่วนกลางหรือพื้นที่สาธารณะในชุมชน เช่น วัด ตลาดทุกประเภท งานบุญประเพณี

ระยะที่ 4 ขยายผลการคัดกรอง เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ เป็นการดำเนินการคัดกรองโดย อสม. แกนนำนักเรียน อาสาสมัครในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการการคัดกรองและบำบัดแบบสั้น ดำเนินการในทุุกกิจกรรมของชุมชน เช่น งานบุญประเพณีต่างๆ ตลาด งานแต่งงาน งานบวช งานศพ โดยสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน ผู้นำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน สามารถดำเนินการคัดกรองในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปได้ 1,326 คน เป็นผู้ดื่ม

ข้อเสนอแนะจากการนำรูปแบบไปใช้ พบว่าควรมีการทบทวนและฟื้นฟูความรู้และทักษะการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ ทั้งในขั้นตอนการสะท้อนผลการประเมิน (แสดงคะแนนและการแปลผล) การประเมิน

แรงจูงใจตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ที่เป็นภาษาถิ่น และในขั้นตอนที่พบว่าผู้ที่ยุติดื่มได้ กลับไปดื่มอีกครั้งควรเพิ่มทักษะการสื่อสารที่ไม่ทำให้ผู้ดื่มรู้สึกผิด

Abstract

This PAR and R & D aimed to evaluate

1. The conditions and factors influenced accessibility of screening, referral and psychosocial support process for the community people who habitually drank alcohol. The recognition of alcohol beverage used in individuals, family members, associates and community people. The preparedness of the local health service units, i.e. subdistrict health promotion hospital (SHPH) and local district hospital, in handling this problem.

2. Development of screening, referral and psychosocial support process in the community to monitor alcohol drinking in the community.

We applied ASSIT-7 and interview questions guide for study 364 participants who aged 18 or older in 1 district 3 subdistricts and 3 villages of Phattalung province.

The results showed that

1. It was found that 37.8% of the community people had high risk level of alcohol use, while 3.0% and 26.9% attained moderate and low risk, respectively.

2. The process of alcohol-use screening and brief therapeutic interventions was based on the improvement of the competency of local health volunteers and SHPH staff in providing knowledge, alcohol-use screening, and brief therapeutic interventions in the community under the supervision and feedback from the university hospital and psychiatric unit staff of the local district hospital. Effective active and passive screening, in the community and hospital service, were expected under this coaching and supporting system. However, we found less effective screening and brief therapeutic interventions in usual hospital services in the emergency department of the local district hospital. Although the original (Alcohol Use Identification Test) AUDIT screening tool was available at the service sites, the high level of usual work load and untrained skill or lack of competency were attributed, but can improve in Outpatient department, chronic diseases clinic.

3. After 6 months of application of the alcohol-use screening tool and brief therapeutic intervention in the community, the high and moderate risk level of alcohol use decreased to 0.82 and 14.8%, whereas the low-risk group increased to 83%. Among them, 8 of 11 (72.7%) high risk alcohol-use people underwent therapy in which 4 persons (50%) were able to withdraw drinking completely, reduced amount of alcohol drinking in 3 (37.5%) and

1 person resumed drinking after a 6-month alcohol (25%) withdrawal. Two people remained drinking but tried to reduce the amount of alcohol use themselves under the supervision of local health volunteers and SHPH staff.

4. Factors influenced accessibility of screening, referral and psychosocial support process for the community people were (1) the understanding that alcohol use was a regular behavior in the community, and alcohol use led to energetic in working, heighten appetite and sleep quality, though the community people had known regarding alcohol-related health adverse effects. (2) No screening and brief therapeutic training for the local healthcare staff causing ineffective screening, as well as the high workload in the local community healthcare. (3) The ASSIST-7 which is an easy-to-use screening tool had not been applied, while AUDIT which is a more complex and time-consuming tool was not accepted for routine use in screening because the difficulties in estimating 1 standard alcohol drinking unit. Moreover, the availability of the cheaper, good taste and locally-made alcohol beverages caused the withdrawal of drinking in the community more difficult especially when relating to a gambling in ox fighting game.

5. Family support or encouragement was a major factor for the alcohol users to engage in a psycho-social therapeutic intervention. The children of the drinkers could encourage and support the drinkers to participate in the therapeutic program. Expression of the concerns about drinkers' health, positive reinforcement and assignment of common family agricultural works for them to have them earn some incomes and appreciate their self-value in the families. This might require the support from local community governmental agencies, community councils, community leaders, or others related to promote the actions.

6. It is suggested from this study that community screening and brief therapeutic interventions should be reviewed both the process of screening and feedback the results to the drinkers. Also, the motivation of withdrawal from drinking following "stage of behavioral change" should be co-evaluated using understandable local language. In cases of resume to drink, skillful discussion with the drinkers which does not discourage them is necessary for the next success.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ดีด้วยความกรุณาจากหลายท่าน คณะผู้วิจัยขอขอบคุณศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ที่ได้สนับสนุนทุนสำหรับการศึกษาคั้งนี้ ขอขอบคุณสำนักงานเครือข่ายดहे้าภาคใต้ตอนล่าง (สคล.) ที่ได้ให้การสนับสนุนประสบการณ์การดำเนินงาน และสนับสนุน อำนวนยความสะดวกในพื้นที่ ขอขอบคุณ แพทย์หญิงอภิัญญา ผอ.รพ.เขาชัยสน สสอ.เขาชัยสน นายก อบจ.พัทลุง นายกเทศมนตรีตำบลเขาชัยสน นายก อบต.ทานโพธิ์ อบต. ไสนายขัน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ได้ให้การสนับสนุน อำนวนยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

ขอขอบคุณ ผอ.รพ.สต.ทั้ง 3 แห่ง อสม. ที่ร่วมเรียนรู้ ฝึกเป็นผู้นำที่คัดกรอง ให้คำแนะนำ ให้ การปรึกษาแบบย่อ

และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ในความร่วมมือ เสียสละทั้งเวลาและอำนวนยความสะดวกในการ ให้เข้าสัมภาษณ์ และทำให้การศึกษาคั้งนี้สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนทุกขั้นตอน

สารบัญ

บทที่	หน้า
1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	9
วัตถุประสงค์ของโครงการ	12
2	
ทบทวนวรรณกรรม	13
กรอบแนวคิดการวิจัย	27
3	
ระเบียบวิธีวิจัย	28
4	
ผลการศึกษา	35
5	
สรุป อภิปรายผล	67

บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม ผลกระทบต่อสุขภาพ เกิดขึ้นในทุกระดับ ทั้งมิติสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพทางปัญญา โดยความรุนแรงและขนาดของผลกระทบจากการดื่มขึ้นอยู่กับปริมาณและรูปแบบการดื่ม โดยผ่านกลไกการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ 3 กลไก ได้แก่ ความเป็นพิษของแอลกอฮอล์ (Toxicity) ความมีเมามาหรือผลของแอลกอฮอล์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Intoxication) และการเสพติด (Dependence)^{1,2} ผลกระทบและปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์สามารถแบ่งได้ 4 กลุ่ม ได้แก่¹ 1) ผลกระทบต่อสุขภาพแบบเฉียบพลัน ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บ และอุบัติเหตุ 2) ผลกระทบต่อสุขภาพแบบเรื้อรังหรือระยะยาว ที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่า การดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและโรคมามากกว่า 60 ชนิด โดยโรคที่มีแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคติดสุรา ภาวะตับแข็งจากแอลกอฮอล์ โรคสมองเสื่อม ส่วนโรคที่มีแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสริม เช่น ความดันโลหิตสูง มะเร็ง³ 3) ผลกระทบทางสังคมแบบเฉียบพลัน เช่น ปัญหาความรุนแรงและอาชญากรรมต่างๆ ในครัวเรือน สังคม หรือที่ทำงาน และ 4) ปัญหาสังคมแบบเรื้อรังและต่อเนื่อง เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การสูญเสียสมรรถนะในการทำงานและใช้ชีวิต ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสมาชิกในครอบครัว ทั้งการศึกษา สุขภาพ และเศรษฐกิจ หากพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ของคนหนึ่งคนจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสังคม เช่น การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา ผลกระทบจากเหยื่อผู้ได้รับผลจากการกระทำของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ และระบบอื่นๆ ของประเทศ ซึ่งการวัดสถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นตัวชี้วัดสำคัญของปัญหาแอลกอฮอล์ด้วย

ผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในคนไทย พบว่าคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีความผิดปกติ พฤติกรรมการดื่มสุรา หรือ alcohol use disorders (AUD) 2.7 ล้านคน โดยเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (alcohol abuse) 1.8 ล้านคน และเป็นผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence) 9 แสนคน ในจำนวนนี้ข้อมูลจากฐานระบบ 43 แห่งของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2559 พบว่า เข้ารับบริการสุขภาพ เพียง 168,729 คน⁴ หมายความว่า มีผู้ปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่ควรได้รับการดูแลทางการแพทย์ได้รับการจริงเพียงร้อยละ 6.1 แสดงถึงช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่สูงมาก เช่นเดียวกับฐานข้อมูลในระบบคลังฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (health data center; HDC) ในจำนวนนี้เป็นารับบริการจากสถานพยาบาลในสังกัดสำนัก งานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ ร้อยละ 82.3, 14.0 และ 3.7 ตามลำดับ แสดงถึงช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่สูงมากกว่าร้อยละ 90 และส่วนใหญ่รับบริการที่โรงพยาบาลฝ่ายกายทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลเฉพาะทาง ปัญหาดังกล่าวพบได้ เช่นเดียวกันในประเทศอื่น ๆ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกรายงานช่องว่างการเข้าถึง

บริการของผู้มีภาวะ AUD ในกลุ่มประเทศภาคพื้นยุโรป แลบอลอเมริกา และแถบแปซิฟิกตะวันตก พบได้ร้อยละ 92.4, 72.6 และ 71.6 ตามลำดับ⁵ หรือรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ประมาณการว่า ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่จำเป็นต้องรับการบำบัดรักษาได้รับการรักษาจริงน้อยกว่าร้อยละ 10⁶ นอกจากนี้การเข้าถึงระบบบริการคัดกรอง บำบัดแบบสั้น บำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุรา การติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา ยังพบในอัตราที่ต่ำ โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2560 ภาพรวมระดับประเทศ ผู้มีปัญหาการดื่มสุรามีอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 7.7 แสดงให้เห็นถึงช่องว่างของการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ที่สูงถึงร้อยละ 92.3 ในแต่ละเขตสุขภาพมีอัตราการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ร้อยละ 2.9 ถึง 41.9 สะท้อนถึงความแตกต่างด้านศักยภาพของสถานพยาบาล ในแต่ละระดับ พบว่าบางแห่งยังไม่พร้อมในการให้บริการ โดยเฉพาะการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราและการให้คำแนะนำแบบสั้นหรือส่งต่อรับการบำบัดเฉพาะทาง

การพัฒนารูปแบบการคัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมของผู้มีปัญหาการดื่มสุรา เป็นแนวทางสำคัญที่หากได้มีการดำเนินการให้ครอบคลุมมากที่สุด จะทำให้สามารถค้นหาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา เพื่อให้คำแนะนำแบบสั้น หรือส่งต่อรับการบำบัดเฉพาะทาง และฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม อย่างไรก็ตามการเข้าสู่วาระดังกล่าวอาจมีปัจจัยด้านทัศนคติ ค่านิยม ต่อผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ของชุมชนแต่ละแห่ง รวมถึงการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรอง สิทธิการบำบัดรักษา ซึ่งหากได้มีการทบทวน ทำความเข้าใจ และจัดระบบต้นทางคือ การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้การค้นหา บำบัดแบบย่อ หรือส่งต่อได้เร็ว รวมถึงการบำบัดรักษา และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางจิตใจ สังคม และการประกอบอาชีพ รวมถึงการวิเคราะห์ความต้องการ ความพร้อมของผู้ให้บริการ ที่ทำให้เกิดการบรรลุเป้าหมายของการไม่กลับไปดื่มซ้ำ หรือเลิกดื่มของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มได้

คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้จัดทำแนวปฏิบัติในการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา⁷ การนำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาดำเนินการร่วมกับการค้นหาปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติการจริง จะช่วยให้การดำเนินการทั่วทั้งระบบของการคัดกรอง บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา เกิดความสำเร็จ งานวิจัยนี้ได้กำหนดการศึกษาทัศนคติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการยอมรับบริการ และการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดื่ม ครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการ การศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ให้บริการในระดับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชน ในการคัดกรอง บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา เพื่อนำมาสู่การพัฒนาแบบที่เหมาะสมกับทั้งผู้มีปัญหาจากการดื่ม ผู้ให้บริการ ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายของการแก้ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

โรงพยาบาลเขาชัยสนเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาดกลาง 30 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่โซนกลางของจังหวัดพัทลุง ห่างจากโรงพยาบาลพัทลุง 29 กม. จากโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ 70 กม. ให้บริการระดับปฐมภูมิถึงทุติยภูมิแก่ประชาชนในอำเภอเขาชัยสน มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 6 คน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ทันตแพทย์ 6 คน เภสัชกร 6 คน พยาบาลวิชาชีพ 40 คน วิทยาลัยพยาบาล 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติ 35 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน พยาบาล อื่นๆ 6 คน นัก

กายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด 4 คน นักวิชาการสาธารณสุข 8 คน ภาระงานผู้ป่วยนอกของแพทย์ พบว่า งานเวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน visit ทั้งปี 56,670 visit จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 33 คน ต่อแพทย์ 1 คนในการตรวจ 1 ชม. การดูแลผู้ป่วยปัญหาจากการใช้สุรา มีการซักประวัติการดื่มสุราจาก OPD และหากต้องการเลิก จะส่งมาประเมินที่ คลินิกเลิกเหล้า หรือ รพ.สต. ส่งต่อมาเพื่อเลิกเหล้า สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการบำบัดสุรา ปี 2562-2565 พบว่า ปี 2562 มีจำนวน 2 ราย เป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอ 1 ราย (ต.เขาชัยสน) นอกเขต 1 ราย (ต.ท่ามะเดื่อ อำเภอบางแก้ว) ปี 2563 จำนวน 11 ราย ในเขตอำเภอ 9 ราย (ต.เขาชัยสน 4 ราย ต.โคกม่วง 2 ราย ต.ควนขนุน 2 ราย ต.ห่านโพธิ์ 1 ราย นอกเขต 2 ราย (ต.นาปะขอ อ.บางแก้ว 1 ราย อ.เมือง 1 ราย)) ปี 2564 จำนวน 8 ราย เป็นในเขตอำเภอ 5 ราย (ต. เขาชัยสน 2 ราย ต. ควนขนุน 1 ราย ต. โคกม่วง 1 ราย ต.ห่านโพธิ์ 1 ราย) นอกเขต 3 ราย (ต.นาปะขอ อำเภอบางแก้ว 2 ราย อำเภอตะโหมด 1 ราย) ปี 2565 จำนวน 2 ราย มาจาก ต. ควนขนุน (บ้านนาหยา ไสนายชัน) โดยในระบบการบำบัดของโรงพยาบาลเขาชัยสน ใช้แนวทางการดูแลตามระดับ AWS (Alcohol Withdrawal Scale)

อำเภอเขาชัยสนมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่าย 13 แห่ง การบริการระดับปฐมภูมิให้บริการในชุมชนเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนภายนอกโรงพยาบาล และเพิ่มศักยภาพเป็น PCC จำนวน 2 เครือข่าย พื้นที่อำเภอเขาชัยสน มีประชากรจำนวน 35,550 คน สถิติการรักษาครอบคลุมร้อยละ 99.00 ศาสนาพุทธร้อยละ 92.3 อาชีพหลักเกษตรกรกรรม ทำสวนยางพารา ทำนา ประมง ในพื้นที่ตำบลห่านโพธิ์มีประชากร คณะผู้วิจัยได้ศึกษาการให้บริการเบื้องต้นของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่งในพื้นที่ของตำบลควนขนุน ซึ่งดูแลประชากร 6,532 คน 3,247 คริวเรือน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าลาด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาหยา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไสนายชัน รพ.สต.ไสนายชัน ดูแลรับผิดชอบ หมู่ 4 (บ้านควนยาน) หมู่ 5 (บ้านสามโพธิ์) และ หมู่ 8 (บ้านไสนายชัน) ใช้แบบประเมิน พฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่พบในวัยทำงานและผู้สูงอายุ มีส่งไปบำบัด 2-3 คนต่อ ปี โดยไม่ได้ใช้แบบคัดกรอง แต่ประเมินจากการที่มีคนเมาดื่มทุกวัน จนทำงานไม่ได้ ตั้งวงตลอด เจ้าหน้าที่เคยได้รับการอบรม การคัดกรองปัญหาสุรา อบรมของจังหวัดทั้งเหล้า บุหรี่ แต่ยังไม่เข้าระบบ และยังไม่ได้ดำเนินการคลินิกอดบุหรี่ รพ.สต.ท่าลาด ดูแลประชากร 2,247 คน การคัดกรองใช้ตามระบบ JHCIS ที่ใช้ข้อคำถาม ดื่ม ไม่ดื่ม และความถี่ของการดื่ม ไม่มีเกณฑ์การประเมินสำหรับส่งต่อ เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำผู้ที่ดื่มจนทำงานไม่ได้ให้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเขาชัยสน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ไป เพราะคิดว่าไม่เป็นปัญหา เช่นเดียวกับพื้นที่ตำบลเขาชัยสน รพ.สต.บ้านควนโคกยา ที่ใช้ข้อคำถามในระบบ JHCIS ของ รพ.สต. คัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้คำถาม 2 คำถาม คือ 1) ดื่มหรือไม่ ความถี่ของการดื่ม เคยดื่มแต่หยุดแล้ว ดื่มนานๆ ครั้ง หรือ ดื่มเป็นประจำ และพบว่า ส่วนใหญ่จะไม่ได้ทำการคัดกรอง หรือใช้แบบประเมินพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของกองสุขภาพ และไม่ได้นำมาใช้ในการจัดระดับความรุนแรง หรือความเสี่ยงจากการดื่มสุรา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบการคัดกรองการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้มารับบริการของ รพ.สต. ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน

รายงานผลการดำเนินงานกลุ่มรายงานมาตรฐานการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น ของจังหวัดพัทลุง พบว่า ในปีงบประมาณ 2563

2654 และ 2565 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคติดเชื้อราพบร้อยละ 18.77, 21.79 และ 25.64 ตามลำดับ⁸ โดยในปี 2565 พบอัตราความชุกของการติดเชื้อในประชากร 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.96 อัตราการเข้าถึงบริการคัดกรองการติดเชื้อแอลกอฮอล์ ร้อยละ 27.47 ผู้ติดเชื้อในระดับเสียงต่ำพบร้อยละ 97.22 ได้รับการให้ความรู้/คำแนะนำ (brief advice) ร้อยละ 40.0 ผู้ติดเชื้อในระดับเสียงปานกลางพบร้อยละ 2.78 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) ร้อยละ 0 และไม่พบผู้ติดเชื้อในระดับเสียงสูง และจากการดำเนินงานของเครือข่ายองค์กรงดเหล้าภาคใต้ตอนล่างที่ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนป่าเล ตำบลควนขนุน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง มีประชากรทั้งหมด 696 คน พบว่า ในปี 2565 มีผู้สมัครใจเลิกดื่มเหล้าในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา ปี 2564 จำนวน 31 คน เลิกได้ 2 คน

ข้อมูลจากการศึกษาเบื้องต้นในบริบทพื้นที่อำเภอเขาชัยสน แสดงให้เห็นช่องว่างของความรู้ที่ยังไม่สามารถตอบได้อย่างชัดเจนว่า สถานการณ์การดื่มของคนในพื้นที่มีมากน้อยเพียงใด ระดับความเสี่ยงของการดื่มเป็นอย่างไร รวมถึงการเข้าถึงระบบการคัดกรองปัญหาจากการดื่มสุราของคนในพื้นที่ที่ยังมีไม่เพียงพอ เมื่อต้นทางของการคัดกรองยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มที่ อาจจะทำให้ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราหลุดหรือขาดโอกาสในการเข้าสู่ระบบการบำบัด รวมถึงการได้รับการฟื้นฟูสภาพจิตและสังคมหลังการบำบัดด้วย อีกทั้งข้อมูลของผู้ที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลเขาชัยสน พบว่า ในทุกๆ ปี มากกว่าร้อยละ 20 เป็นผู้ป่วยนอกเขต หรือมาจากอำเภอใกล้เคียงอื่น ซึ่งอาจจะมีปัจจัยอื่นที่ทำให้มีการรับบริการนอกเขต การศึกษานี้จึงได้กำหนดวัตถุประสงค์สำคัญคือการพัฒนาารูปแบบการคัดกรองในชุมชน ที่มาจากการวิเคราะห์หาสาเหตุจากปัจจัยด้านผู้รับบริการของการไม่เข้ารับการคัดกรอง และด้านผู้ให้บริการ

เป้าหมายของโครงการ

เกิดชุมชนและพื้นที่ต้นแบบที่มีระบบการคัดกรอง บำบัดแบบย่อ ส่งต่อการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา โดยมีการศึกษาและพัฒนาจากความต้องการของผู้ดื่มสุรา ครอบครัว และชุมชน และผู้ให้บริการ

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรอง การส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการเข้าถึงระบบคัดกรอง ส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน ได้แก่ การรับรู้ของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา ครอบครัว ชุมชน และความพร้อมของหน่วยบริการระดับ รพ.สต. รพช.

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

บุญศิริ จันศิริมงคล พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ และ โสพรรณ อินทสิทธิ์⁹ ศึกษาการเข้าถึงบริการและความพร้อมการจัดบริการสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราของระบบบริการสาธารณสุข เพื่อศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการและความพร้อมในการจัดบริการสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราของระบบบริการสาธารณสุขหลัก ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน โดยวิเคราะห์ข้อมูลผู้มีปัญหาการดื่มสุราจากคลังข้อมูลการแพทย์และสาธารณสุข สามปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2560-2562) และคัดเลือกข้อมูลความพร้อมระบบบริการฯ ด้วยการประเมินตนเอง จากจังหวัดตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจงหนึ่งจังหวัดต่อหนึ่งเขตสุขภาพ ผล : ในปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 มีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (F10.0 - F10.9) ร้อยละ 7.6, 9.1 และ 10.0 ตามลำดับ โดยอัตราการเข้าถึงบริการฯ ในแต่ละเขตสุขภาพมากน้อยต่างกัน หลังการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราอย่างเป็นระบบพบว่า ร้อยละ 32.7 ของผู้มารับบริการสุขภาพทั่วไปได้รับการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้น โดยผลการสำรวจความพร้อมของระบบบริการในพื้นที่ตัวอย่างพบว่า จุดบริการต่าง ๆ เช่น คลินิกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกสุขภาพจิต/ยาเสพติด หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน มีความพร้อมในการจัดบริการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรามากกว่าร้อยละ 75 อย่างไรก็ตาม มีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 55.2 ที่มีเพียงผู้รับผิดชอบงานสุรา/ยาเสพติด/สุขภาพจิตเท่านั้นที่มีความรู้และทักษะดังกล่าวสรุป : หลังการขับเคลื่อนนโยบายอย่างจริงจัง อัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุรา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ควรคำนึงถึงการเตรียมความพร้อมบุคลากรสุขภาพทุกระดับเพื่อการดำเนินงานที่ครอบคลุม โดยเฉพาะพยาบาลสุขภาพจิตและยาเสพติดที่เป็นบุคลากรหลักในการขับเคลื่อนและสนับสนุนทีมงานในระดับพื้นที่

ภาวดี โตท่าโรง ประภา ลี้มประสูตร และ ชมนาด วรรณพรศิริ¹⁰ ได้ศึกษาประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ อธิบายประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุราที่เคยเข้ารับการรักษาที่คลินิกเลิกสุราโรงพยาบาลพรหมพิราม จำนวน 12 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2550 ถึงเดือนสิงหาคม 2550 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเทป ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่เป็นแรงผลักดันให้ผู้ติดสุรารอยากเลิกดื่มสุราประกอบด้วย 1) ปัจจัยภายในตน ได้แก่ ความตระหนักในภาวะสุขภาพ การมีวุฒิภาวะมากขึ้น ผลกระทบจากการดื่มสุรา การมีเป้าหมายในชีวิต และความต้องการเอาชนะคำพูดดูถูกจากผู้อื่น 2) ปัจจัยจากครอบครัว ได้แก่ การตระหนักในความรู้สึกของคนในครอบครัว คิดถึงผลเสียจากการดื่มสุราต่อครอบครัว และอยากให้คนในครอบครัวมีความสุข 3) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ความตระหนักในคำพูดของคนในชุมชน คิดถึงผลเสียจากการดื่มสุราที่พบในชุมชน และการสร้างความตระหนักถึงผลเสียจากการดื่มสุราโดยบุคลากร

สาธารณสุข นอกจากนยงมีปัจจัยสนับสนุนให้เลิกดื่มได้อย่างถาวร ได้แก่ กลัวจะดื่มมากกว่าเดิม อายุคนอื่น หากกลับไปดื่ม และเอาความท้อมาเป็นแรงผลักดันให้เลิก

รุ่งนภา คำผาง และคณะ¹¹ ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาความสามารถของผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการเข้ารับบริการและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และประเมินปัจจัยสนับสนุน อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ผลการศึกษา พบว่าข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการในประเด็นระบบบอภิบาล นโยบายของการบำบัดฟื้นฟูยังไม่เข้มข้นและชัดเจน เท่ากับนโยบายอื่น ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อสุขภาพ เช่น นโยบาย 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ที่มีการกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน หรือนโยบายบำบัดสารเสพติดที่มี service plan รองรับ มีงบประมาณ แนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ขาดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่ระบุถึงผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพของประชาชน ตัวชี้วัดเน้นอัตราการรับบริการคัดกรอง บำบัดเบื้องต้น และการเข้ารับบริการด้วยปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (รหัส F10.0-F10.9) ตัวชี้วัดนี้เป็นตัวชี้วัดเชิงกระบวนการรักษาที่มีประโยชน์ในการใช้กำกับติดตามโดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในฐานข้อมูล ความท้าทายอยู่ที่ จะทำอย่างไรให้ระบบข้อมูลสุขภาพสามารถสะท้อนตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ และผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ ซึ่งผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นหรือลดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น่าจะเป็นเป้าหมายหลักของการคัดกรองและบำบัดสุรา ตัวอย่างตัวชี้วัด เช่น ระดับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บำบัด การเกิดโรคตับแข็ง โรคจิตเวช การเกิดอุบัติเหตุในผู้ดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น จากงานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะให้ มีการขับเคลื่อนและผลักดันให้การคัดกรองและบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) เพื่อให้มีแผนการดำเนินงาน แผนพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน ระบบส่งต่อ ระบบให้คำปรึกษาระหว่างสถานพยาบาล การกำกับติดตาม และงบประมาณที่ชัดเจนและเป็นระบบ และสอดคล้องกับ “แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติระยะที่ 2 พ.ศ.2564-2570” ผลักดันให้มีการติดตามตัวชี้วัดการคัดกรองและบำบัดผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สนับสนุนให้หน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในการประสาน เพื่อให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการคัดกรองและบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกำกับติดตามผลการดำเนินงาน สร้างความตระหนักให้ข้าราชการ และผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิ์ประกันสังคมรับรู้ว่า หากมีปัญหาด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถขอรับบริการได้ในสถานพยาบาลที่ตนขึ้นทะเบียน มุ่งเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ AUD และการแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันโรคอื่นๆ ในประเด็นการจัดบริการในพื้นที่และความสามารถในการเข้าถึงบริการของประชาชน ความยั่งยืนของการให้บริการคัดกรองและบำบัดสุรา ขึ้นอยู่กับผู้บำบัดเป็นหลัก คือศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ ในหลายพื้นที่รวมอยู่กับงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ทำให้บุคลากรมีภาระค่อนข้างมากจนไม่สามารถให้การบำบัดทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยได้เต็มที่

บริการคัดกรอง บำบัด และฟื้นฟูผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

บริการคัดกรอง มีเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Identification Test ; AUDIT) และแบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และสารเสพติด (the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; ASSIST) ทั้งสองเครื่องมือ พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และมอบลิขสิทธิ์การแปลภาษาและให้แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (พรส.)

กระบวนการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและให้การบำบัดแบบสั้น (alcohol screening and brief intervention) เป็นวิธีการค้นหาผู้มีปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยที่มารับบริการสุขภาพทั่วไปโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง และให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยวิธีการบำบัดแบบสั้นตามความรุนแรงของปัญหาที่พบ ถือเป็นบริการป้องกันแบบทุติยภูมิที่สามารถดำเนินการได้สถานพยาบาลทุกระดับ เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของ ผู้มี ปัญหาการดื่มสุราให้ตระหนักถึงปัญหาการดื่มของตน และสามารถ ลด ละ เลิกดื่ม และลดอันตรายต่อสุขภาพ จากการดื่มได้ในที่สุด¹² มีหลักฐานชัดเจนทั้งในและต่างประเทศว่ามีประสิทธิผลและความคุ้มค่า ประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่มสุราแม้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ¹³

การดำเนินงานบริการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การป้องกันและควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นงานสำคัญลำดับต้นๆ ภายใต้ยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลกและยุทธศาสตร์ความร่วมมือกับรัฐบาลไทย เพื่อสนับสนุนการผลักดันนโยบายการควบคุมแอลกอฮอล์ในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพ มากขึ้น สร้างสังคมที่ปลอดภัยจากปัญหาผลกระทบของการบริโภคแอลกอฮอล์ และองค์การอนามัยโลกได้ออกมาตรการแนะนำสำหรับการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ มีทั้งหมด 5 มาตรการ ซึ่งเป็นมาตรการที่ควรดำเนินการที่สุดและมีความคุ้มค่า เรียกว่า “SAFER” คือ

1. การสร้างความเข้มแข็งในการควบคุมและจำกัดการเข้าถึงทางกายภาพ ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Strengthen restrictions on alcohol availability)
2. การยกระดับและการบังคับใช้มาตรการควบคุมพฤติกรรมขับขี่ยานพาหนะหลังการดื่มแอลกอฮอล์ (Advance and enforce drink-driving countermeasures)
3. การจัดให้มีการเข้าถึงระบบบริการการคัดกรอง การบำบัดแบบสั้น และการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุรา (Facilitate access to screening, brief interventions and treatment)
4. การบังคับใช้กฎหมายห้ามหรือจำกัดโดยครอบคลุมการโฆษณา การให้ทุนอุปถัมภ์ และการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Enforce bans or comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship and promotion)

5. การขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านระบบภาษีสรรพสามิต และมาตรการทางด้านราคาอื่น
(Raise prices on alcohol through excise taxes and other pricing policies)

ประเทศไทยมีการจัดการกับปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยนโยบายสำคัญ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ (แผน 10 ปี : พ.ศ. 2554 - 2563) ซึ่งผ่านการรับรองจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และได้รับความเห็นชอบโดยคณะรัฐมนตรี เป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดทิศทาง และเป้าหมายของประเทศในการควบคุมปริมาณการบริโภค ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และควบคุมความชุกของผู้บริโภค ลดความเสี่ยงของการบริโภค จำกัดและลดความรุนแรง ของปัญหา ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์¹⁴ คือ (1) การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์ และทางกายภาพ (2) การปรับเปลี่ยนค่านิยมและแรงสนับสนุนในการดื่ม (3) การลดอันตรายจากการบริโภค (4) การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ (5) การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง

ในปี พ.ศ. 2561 คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดสุรา ได้จัดทำแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์¹⁵ เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการให้บริการ ซึ่งไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่ยังคงครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาและคัดกรอง ผู้ที่เสี่ยงต่อปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การให้คำแนะนำ คำปรึกษาเบื้องต้น การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ การดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา : โปรแกรมใกล้บ้าน สมานใจ (PACT Model) และการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาการดื่มสุรา โดยอาสาสมัคร สาธารณสุข เพื่อให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดสามารถลดปริมาณการดื่ม หรือผู้ที่เลิกดื่ม ลดการกลับมาดื่มซ้ำและการกลับมารักษาซ้ำ การคัดกรองผู้ถูกคุมประพฤติฐานความผิด ขับรถในขณะเมาสุราและส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการให้ได้รับการรักษา โดยเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการลงข้อมูลคัดกรองและบำบัดแบบสั้น ในระบบรายงาน 43 แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายตั้งแต่ ระดับท้องถิ่นและประเทศของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และการวางแผนให้บริการ ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป นอกจากนี้ยังมีการดูแลและบำบัดทางเลือกโดยหน่วยบริการนอกระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นการให้บริการอีกรูปแบบหนึ่งให้บริการแก่ผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ไม่สามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้ หรือเข้ารับบริการแล้วไม่สามารถแก้ไขปัญหา ได้สำเร็จ ตัวอย่าง การให้บริการบำบัดฟื้นฟูนอกระบบสุขภาพ¹⁶ ได้แก่ ศูนย์ปรึกษาปัญหา สุรา (1413 : Alcohol Help line) เป็นการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการดูแลช่วยเหลือ ผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และญาติ ผ่านช่องทางที่ไม่เผชิญหน้า คือ การให้ Alcohol Help line คำปรึกษาทางโทรศัพท์อัตโนมัติ 1413 ตลอด 24 ชั่วโมง โดยบุคลากร ทางจิตเวชและมีการเชื่อมต่อกับเครือข่ายต่างๆ เพื่อช่วยลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการบำบัด ฟื้นฟูแบบการดูแลช่วยเหลือกันเองและกลุ่มผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นิรนามเป็นทางเลือก สำหรับผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีเป้าหมาย ในการหยุดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมตัวกัน โดยความสมัครใจ

การเข้าถึงบริการ เป็นการเข้าถึงทั้งในเชิงกายภาพ ได้แก่ การคมนาคม สถานที่ตั้งของหน่วยบริการ สุขภาพ กับที่อยู่ของผู้ต้องการรับบริการ กับอีกมิติ เป็นการเข้าถึงบริการที่มาจากทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เช่น ศักยภาพหรือความพร้อม ความเพียงพอของผู้ให้บริการ ทรัพยากรที่ใช้สำหรับการให้บริการ เช่น ยา ระบบการบำบัดรักษา สถานที่หรือเตียงสำหรับรับการรักษา วัสดุ เครื่องมือ เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองบำบัดรักษา พื้นฟูสมรรถภาพ และมิติเชิงสังคม ของการรับรู้และทัศนคติต่อผู้ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ที่ทำให้ผู้มีปัญหาจากการตี๋มรู้สึ๊กว่า ตนไม่ได้เป็นคนไม่ดี มีความผิด มีความรู้สึ๊กทางลบ และมีผลต่อการรับบริการคัดกรอง บำบัดรักษา พื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคัม

บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการดำเนินงาน ส่งเสริมป้องกันและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ¹⁷

เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและบำบัดรักษาผู้มีปัญหา จากการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ได้อย่างครบวงจรและเข้าถึงชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน โดยพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถให้บริการค้นหาคัดกรองให้คำแนะนำ/คำปรึกษาแบบสั้น แก่ผู้มีปัญหาจากการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ตี๋มสุรา ส่งต่อผู้มีปัญหาจากการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์/ผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนรวมทั้งเผ้าระวังและส่งต่อผู้มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ ไปยังโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนั้นบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังมีบทบาทสำคัญสำหรับการดูแลเชิงรุกในชุมชน ตั้งแต่การเยี่ยมบ้านหรือบำบัด พื้นฟูหลังจากผู้ตี๋มสุราที่ได้รับการรักษาแล้วกลับคืนสู่ชุมชน และสนับสนุนให้เกิด กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตี๋มเครื่องตี๋มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อให้ชุมชนมีบทบาท และส่วนร่วมที่จทำให้คนในชุมชนห่างไกลจากปัญหาการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ และ ผู้มีปัญหาจากการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์หรือผู้ตี๋มสุรา สามารถลด ละ เลิกการตี๋ม เครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ได้ และกลับมาใช้ชีวิตในสังคัมได้อย่างมีความสุข

แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ ทัศนคติ (Attitude) เป็นแนวคิดที่สำคัญในทางจิตวิทยา มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น Norman Mun ¹⁹ สามารถสรุปได้ว่าทัศนคติเป็นความรู้สึก แนวโน้มความรู้สึกนึกคิด ความคิด ความเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง บุคคล เหตุการณ์และข้อเสนอ โดยเป็นไปในทางยอมรับหรือปฏิเสธ มีผลทำให้บุคคลแสดงปฏิกิริยาตอบสนองหรือพฤติกรรมตามแนวทางนั้น เกิดจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ สถานการณ์และค่านิยม โดยมี อารมณ์และความรู้สึ๊กมาเป็นตัวกระตุ้นในเกิดจินตนาการ ความคิด พฤติกรรม และการตอบสนอง แหล่งที่มาของทัศนคติ (Source of Attitude) ที่มีอยู่หลากหลาย ²⁰ ได้แก่ ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Special Experience) เมื่อมีบุคคลมีประสบการณ์ต่อสิ่ง ใดสิ่งหนึ่ง ก็จะเกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้น ในทางที่มีประสบการณ์ การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (Communication from other) เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้อื่นทำให้เกิดทัศนคติตามที่ได้รับรู้ สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Models) ทัศนคติเกิดได้จากการเรียนรู้

จากต้นแบบทำให้เกิด ความคิด ความรู้สึกและการกระทำตามแบบอย่าง สถาบัน (Institute) ทักษะคติบางอย่าง เกิดจากการปลูกฝังจากสถาบัน เช่น สถาบัน ครอบครัว สถาบันศาสนา การสื่อสารถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ เกิดทัศนคติทั้งโดยตรง คือ ปัจจัยจากการติดต่อการสื่อสารกับผู้อื่น การได้รับปลูกฝังจากสถาบันต่างๆ หรือ ความสัมพันธ์ทางอ้อม ที่เกิดจากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ และมีการการเรียนรู้จากต้นแบบต่างมีการสื่อสาร เป็นส่วนประกอบ ทั้งสิ้น ลักษณะของทัศนคติแบ่งได้ตามการแสดงออกของแต่ละบุคคล¹⁶ แบ่งเป็นทัศนคติ ทางบวก (Positive Attitude) ที่ชักนำให้เกิดพฤติกรรมการแสดงออกในด้านดี สิ่งทีก่อให้เกิดความรู้สึกดี มีผล ต่อการให้การส่งเสริม สนับสนุน ให้ความร่วมมือต่อกิจกรรมและเป็นพื้นฐานในการยอมรับความคิดใหม่ๆ ทัศนคติทางลบ (Negative Attitude) เป็นทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งต่างๆ หรือเหตุการณ์ ที่อาจจะเกิดร่วมกับความ ไม่พอใจและก่อให้เกิดความรู้สึกด้านลบ นำไปสู่การตัดสินใจต่อเรื่องนั้นในด้านลบทั้งที่ไม่มีความเข้าใจ หรือ ความรู้ต่อเรื่องนั้น ทัศนคติเฉย (Passive Attitude) คือการที่บุคคลไม่มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้น

การปรับเปลี่ยนทัศนคติ มีองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ การเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยการทำให้ได้รับข้อมูลใหม่จากบุคคลอื่นหรือผ่านทาง มีผลกระทบต่อเปลี่ยนองค์ประกอบทางด้าน ความรู้สึกและพฤติกรรม การเปลี่ยนความรู้สึกจากการได้รับประสบการณ์ที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจหรือการ ได้รับประสบการณ์ที่สะเทือนใจ เช่น การเคยมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อตำรวจ คิดว่าตำรวจทุกคนชอบบริดไถประชาชน แต่เมื่อเราได้พูดคุย ได้ทำงานร่วมกับตำรวจทำให้รู้ว่ามิตำรวจอีกมากที่เป็นคนดี ทำงานเพื่อส่วนรวม จาก ประสบการณ์นี้ทำให้เราเกิดความขัดแย้งทางด้านความคิด และการจัดระบบความคิดใหม่ ความพึงพอใจที่ ได้รับจากประสบการณ์ดังกล่าวมีผลทำให้เปลี่ยนความรู้สึกต่อตำรวจคนอื่นด้วย กระบวนการเปลี่ยนแปลง ทัศนคติที่เกิดขึ้นในกระบวนการสื่อสาร ครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ผู้สื่อสาร (Communicator) วิธีการสื่อสาร (Communication) และผู้รับสาร (Audience) ขั้นตอนการเปลี่ยนทัศนคติมี 5 ระดับ จาก ระดับที่เป็นการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ไปถึงระดับที่แสดงว่าทัศนคติเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน คือ 1) ความใส่ใจ (Attention) คือการที่ผู้ฟังให้ความสนใจจะรับรู้ รับฟัง สิ่งที่เสนอมา 2) ความเข้าใจ (Comprehension) ผู้ฟัง เกิดความเข้าใจจากวิธีการที่ผู้เสนอมาอย่างน้อยเพียงใด การสื่อที่ได้ผลจะต้องทำให้เกิดความเข้าใจได้ง่าย 3) การยอมรับ (Yielding) ผู้ฟังเห็นประโยชน์ของสิ่งนั้น พอใจที่จะทำตามลักษณะของข้อมูลที่เสนอต้องทำให้ผู้ฟัง เกิดความรู้สึกยอมรับขึ้น หลังจากเกิดความเข้าใจในสิ่งนั้นแล้ว 4) การเก็บไว้เป็นความจำ (Retention) การ เสนอสิ่งนั้นต้องเด่นชัด มีคุณสมบัติให้ผู้ฟังจำได้หลังจากที่เข้าใจและยอมรับแล้ว ถ้าจำไม่ได้จะไม่มีผลต่อการ เปลี่ยนแปลง ทัศนคติ 5) การกระทำ (Action) ผู้รับควรจะต้องมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนความ คิดเห็น หรือเกิดทัศนคติต่อสิ่งใหม่ ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น การเสนอเรื่องผลของการเป็นสมาชิก สหกรณ์แก่บุคลากร การรับฟังเข้าใจประโยชน์ ยอมรับว่าดี จำได้ว่าต้องทำอะไรบ้าง และสมัครสมาชิก แสดงถึงการเปลี่ยนทัศนคติที่ได้ผลอย่างสมบูรณ์

การสนทนาสร้างแรงจูงใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติ่มสุรา

การสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing :MI) เป็นรูปแบบการสนทนา ที่ใช้แนวคิด พื้นฐานของการให้คำปรึกษา รูปแบบที่ใช้มากในงานบำบัดผู้ป่วยสุรา คือ รูปแบบ BMA (Brief Motivational Advice หรือ Brief Advice) และ BMI (Brief Motivational Intervention หรือ Brief Counselling) แนวทางการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นการประยุกต์การให้คำปรึกษาควบคู่กับ ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ โดยเฉพาะทฤษฎีลำดับ ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง (Stages of change) ซึ่งมีแนวคิดที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมกระเรียนการดำเนินชีวิต การสนทนาสร้างแรงจูงใจจะเน้นไปที่การสร้างตระหนักถึงปัญหาหากยังมีพฤติกรรมแบบเดิม และสามารถวางแผนเพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ขึ้นมาได้ ทั้งนี้อาจมีการสอดแทรกความรู้เข้าไปในบทสนทนาด้วย หลักในการสนทนาสร้างแรงจูงใจนี้ มี 3 ประเด็น คือ

1. Collaboration หมายถึงความร่วมมือและร่วมเดินทาง ใช้ความเข้าใจ ไม่เน้นการสั่งสอน
2. Evocation หมายถึง การดึงความตั้งใจ เหตุผลในการเปลี่ยนแปลงที่มาจากใจผู้ป่วย
3. Autonomy หมายถึง การมีอิสระในการพิจารณาตัดสินใจ เลือกเป้าหมายและวิธีการ

รูปแบบของ MI ที่เรียกว่า BMA หรือ BA นั้น เหมาะสำหรับกลุ่มนักติ่มที่ติ่มไม่มากนัก ไม่ได้ติ่มสุรา เพื่อกระตุ้นความตั้งใจในการเลิกติ่มหรืออย่างน้อยก็ติ่มในปริมาณที่ไม่ อันตรายนัก รูปแบบของ MI ที่เรียกว่า BMI/BC มีความเหมาะสมในการใช้เสริมสร้างแรงจูงใจใน การเลิกสุรา โดยเน้นที่การนำเสนอทางเลือกต่างๆ ในการรักษา มีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มติ่มที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน ในกรณีนี้อาจใช้ BMI เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะ เป็นเรื่องๆ ซึ่ง อาจใช้เวลา 4 - 8 ครั้ง

การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice: BA) หมายถึง การสนทนาสร้างแรงจูงใจที่ใช้เวลา 5-10 นาที เพื่อให้ผู้รับคำแนะนำ เกิดความตระหนักในความเสียหายหรือปัญหาที่มองข้ามไปและรับทราบแนวทางการ แก้ไขประสิทธิผลของการให้คำแนะนำแบบสั้นนั้นเห็นได้อย่างชัดเจนในกรณีนักติ่มที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โดยพบว่านักติ่มที่ได้คำแนะนำแบบสั้นจะลดปริมาณการติ่มลงถึงร้อยละ 27 และพบว่ายิ่งให้คำแนะนำแบบสั้น นี้ซ้ำอีก (ซึ่งอาจเป็นการกระตุ้นเดือนหลังจากการให้คำแนะนำครั้งแรกผ่านไป) ก็จะทำให้ประสิทธิผลดียิ่งขึ้น นอกจากเรื่องการติ่มสุราแล้ว การให้คำแนะนำแบบสั้นยังถูกใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยเป็นรูปแบบหนึ่งของ Life Style Intervention

กรณีผู้ป่วยติ่มสุรา การใช้ BA จะมีประโยชน์หลายอย่าง เช่น เพิ่มความสนใจในการเลิกติ่มสุรา และ เข้าสู่การบำบัด (Engagement) เพิ่มความตั้งใจในการรักษาจนจบ กระบวนการ (Adherence)

ขั้นตอนสำคัญของการให้คำแนะนำแบบสั้น

1. Engagement การสร้างสัมพันธ์ภาพและความร่วมมือ ได้แก่ แนะนำตัว การพูดคุยเรื่องทั่วไปก่อน เข้าสู่ประเด็นที่สำคัญ คือ การสนทนาเกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิต รวมทั้ง ความดี ความภาคภูมิใจ ซึ่งอาจร่วมไปกับการแสดงความชื่นชมใน เรื่องต่างๆ เช่น ความรับผิดชอบ ความขยัน

2. การใช้คำถามเพื่อสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ การใช้คำถาม ถามเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้
มุมมองของเขาว่า เขามองเห็นปัญหาต่างๆ ว่ามีความสำคัญหรือมีผลกระทบ เพียงไร

“คุณมีความเห็นอย่างไร เกี่ยวกับการดื่มของคุณ”

“คุณได้รับผลกระทบจาก การดื่มสุราบ้างไหม”

“มีสักครั้งไหม ที่....อยากเลิก ดื่มสุรา” (เพราะอะไร?)

คำถามที่ช่วยประเมินแรงจูงใจสามารถพูดคุยได้หลายแบบ เช่น

“คุณคิดว่ามันสำคัญสักแค่ไหนที่จะต้อง เลิกดื่มสุรา” (ประเมินระดับความสำคัญ)

“ถ้าคุณตั้งใจจะเลิกดื่มสุรา คุณคิดว่า โอกาสสำเร็จจะมีสักแค่ไหน” (ประเมินระดับความมั่นใจ)

กลุ่มคำถามที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจ ได้แก่

1. คุยเรื่องผลเสีย หากยังมีพฤติกรรมเดิม เช่น “คุณมองภาพอนาคตอย่างไรหากยังดื่มต่อไปแบบนี้”
2. คุยเรื่องผลดีหากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น “จะเกิดอะไรขึ้นหากคุณกลับไปเรียนหนังสือ หรือทำงานได้ อย่างต่อเนื่อง”
3. คุยเรื่องความสำคัญ เช่น “ลูกเขาจะรู้สึกอย่างไรกับ การดื่มสุราของคุณ”
4. คุยเรื่องเป้าหมายในชีวิต เช่น “คุณตั้งใจทำงานมาหลายปี คุณมองอนาคตของงาน หรือแม้กระทั่ง ชีวิตคุณอย่างไร”

3. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือวิถีปฏิบัติ ที่จะช่วยลดความเสี่ยง หรือแก้ปัญหาการดื่มสุรา การให้ข้อมูลในจังหวะที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดแรงจูงใจบ้างแล้วจะมีความเหมาะสม เพราะผู้ป่วยจะสนใจ จดจำและนำไปใช้มากกว่าสภาวะปกติ การให้ข้อมูลนี้ควร เป็นข้อมูลสั้นๆ ที่เข้าใจง่าย เช่น การดื่มแบบไหนบ้างที่เกิดโทษ จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพอย่างไร พร้อมทั้งอาจให้แผ่นพับ หรือรายละเอียดเพิ่มเติมที่ผู้ป่วยสามารถศึกษาได้ด้วยตนเอง ในภายหลัง

4. การสรุปและให้กำลังใจ การใช้คำแนะนำแบบสั้น จะจบลงด้วยการสรุปเกี่ยวกับปัญหา (หรือความเสี่ยง) ที่เผชิญอยู่และ ทางแก้ไข พร้อมทั้งเน้นว่าแรงจูงใจหรือพลังใจ รวมทั้งเหตุผล ที่จำเป็นในการเปลี่ยนแปลงจะได้มาจากสิ่งไหน

Motivational Interviewing ในรูปแบบของการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Motivational Intervention: BMI หรือ Brief Counselling: BC)

การให้คำปรึกษาแบบสั้นเป็นการสื่อสารสองทาง เพื่อให้ความช่วยเหลือในประเด็น เฉพาะเจาะจง โดยมีเป้าหมายที่จะสร้างแรงจูงใจในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสามารถวางแผน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Motivational Intervention หรือ BMI) มีองค์ประกอบ ที่ผสมผสานกันระหว่างการให้ความช่วยเหลือ (Intervention) และการสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษาแบบสั้น หมายถึงการให้คำปรึกษาแนะนำที่ใช้เวลาไม่มาก ประเด็นการสนทนาก็จะมีความเฉพาะเจาะจง เน้นประเด็นที่

กำลังมีปัญหาหรือมีความสำคัญ เน้นการเสริมแรงจิตใจและการวางแผนปฏิบัติ มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยง แต่มีความตระหนักในปัญหาอยู่บ้าง มีแรงจูงใจอยู่บ้างในการปรับเปลี่ยนตนเอง เพราะหากยังไม่มีแรงจูงใจเลยก็ไม่สามารถคุยเรื่องการวางแผนได้ การสนทนาใช้เวลา 20-30 นาที ในการคุยอย่างเบ็ดเสร็จ กล่าวคือ คุยจนจบประเด็น โดยไม่ได้คาดหวังว่าจะมาคุยกันต่อเป็นครั้งที่ 2 (แต่ก็สามารถนัดมารับคำปรึกษาต่อได้) Brief Motivational Intervention เป็นการนำ Brief Motivational Advice มารวมกับการวางแผนปฏิบัติ การศึกษาวิจัยที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบสั้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าการให้ความช่วยเหลือแบบสั้นสามารถลดปริมาณการดื่มลงได้ถึงร้อยละ 25 (ผลดีที่ว่านี้ ยังคงต่อเนื่องยาวนานไปอีกหลายเดือน)

ขั้นตอนสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบสั้น

1. Engagement การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ ได้แก่ แนะนำตัว การพูดคุยเรื่องทั่วไปก่อนเข้าสู่ประเด็นสำคัญ คือ การสนทนาเกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิต รวมทั้ง ความดี ความภาคภูมิใจ

2. ประเมินปัญหาและระดับแรงจูงใจ ขั้นตอนนี้คล้ายๆ กับการ ให้คำแนะนำแบบสั้น โดยอาจถามความเห็นเกี่ยวกับปัญหา หรือความเสี่ยง พร้อมทั้งความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง เช่น “คุณคิดอย่างไรกับการดื่มสุรา/ เบียร์ในขณะนี้” “ถ้าปล่อยไว้คงมีผลเสียแน่นอน คุณตั้งใจที่จะหยุดดื่มขนาดไหน ?”

3. การใช้คำถามเพื่อสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับ

3.1 ผลเสียของพฤติกรรมเดิม

3.2 ผลดีของพฤติกรรมใหม่

3.3 เรื่องของเป้าหมายในชีวิต / อนาคต “จะมีร่างกายแข็งแรง..... ต้องทำอะไรบ้าง ?”

3.4 เรื่องความสัมพันธ์หรือคนที่รัก (ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง)

“ถ้าคุณเลิกเหล้าได้ ลูกคุณจะรู้สึกอย่างไร”

หลักการสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบสั้น

1. การชั่งน้ำหนักผลดี ผลเสีย ผู้ที่มีแรงจูงใจหรือเห็นความสำคัญของปัญหาและความเสี่ยงอยู่บ้างแล้ว การชักชวนให้ลอง “ชั่งน้ำหนัก” ผลดีผลเสียของการเปลี่ยนแปลงตนเอง (หรือการ ไม่เปลี่ยนแปลง) จะช่วยให้เขามองเห็นสิ่งที่ควรกระทำได้ชัดเจนขึ้น การชั่งน้ำหนัก ผลดีผลเสียที่ว่านี้ อาจทำได้ด้วยการสนทนาเชิงเหตุผล หรืออาจใช้ตารางการชั่งน้ำหนัก มาช่วยในการขบคิดก็ได้

2. การแก้ไขความเชื่อที่คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง มีความเชื่อหลายประการที่ต่อต้านการมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น

2.1 ไม่ใช่ปัญหา (หรือไม่ใช่เรื่องที่ต้องใส่ใจ) อาจคิดว่าเพียงดื่มสุราบาง วันในปริมาณไม่มากนักไม่น่ามีผลเสีย เขาอาจคิดว่า เขาดื่มสุราไม่มากหากอยากหยุดก็ไม่ ยาก (ทั้งที่ดื่มมากและเกิดปัญหาสุขภาพ)

2.2 ใครๆ เขาก็ทำกันแบบนี้ เช่น เห็นเพื่อนๆ เขาดื่มกัน อาจคิดว่าใครๆ เขาก็ดื่มสุรารกันทั้งนั้น เรื่องนี้ก็ต้องแก้ไขโดยอาจสอบถามหลักฐานที่แย้งกัน เช่น มีบางคนใหม่ที่ไม่ได้ดื่มสุรา อาจบอกเล่าถึงข้อมูลว่าคนส่วนใหญ่เขาดื่มสุราไม่มาก เหมือนที่คุณคิด เป็นต้น

กระบวนการให้คำปรึกษาแบบสั้น

1. สร้างสัมพันธภาพ
2. ประเมินความเสี่ยง ปัญหาและระดับแรงจูงใจ
3. ใช้คำถามและการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ
4. ให้ข้อมูลที่จำเป็น
5. ชักชวนให้วางแผนปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
6. สรุปและคาดหวังด้านบวก

ตัวอย่าง แนวทางการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advise: BA) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

การพูดคุยกับผู้ดื่มสุราในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ดื่มสุราที่มีความเสี่ยงต่ออันตราย ด้านสุขภาพหรือผู้ดื่มสุราที่มีโรคประจำตัวทางกาย ผู้ดื่มสุราที่มีความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจ สังคม เช่น มีรายได้ไม่สม่ำเสมอ หาเข้ากินค่า ทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัวหรือบ้านใกล้เรือนเคียงในชุมชน และผู้ดื่มสุราที่เสี่ยงต่อการติดสุรา ได้แก่ กลุ่มที่ดื่มทุกวันเป็นประจำ ดื่มหนักดื่มแบบเมาหัวราน้ำ รวมถึงผู้ติดสุราที่ควรได้รับการชักชวนให้ลด ละ เลิก และเข้ารับการรักษา ตลอดจนผู้ผ่านการบำบัดรักษามาแล้วซึ่งยังต้องได้รับการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง เป็นเรื่องที่ยากเหมือนไม่ง่าย และไม่ค่อยมีใครอยากยุ่ง แต่ก็ไม่ได้ยากจนเกินไป ถ้าใช้หลักการพูดคุย ในรูปแบบการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advise: BA) โดยเทคนิค 3 A (3 เป็น) คือ Affirm ชม Ask ถาม Advise แนะนำ อาจเรียกสั้นๆ ว่า เทคนิค 3 เป็น (ชมเป็น ถามเป็น แนะนำเป็น)

จุดมุ่งหมายและแนวทางการใช้เทคนิคการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advise: BA)

ชม	ถาม	แนะนำ(แนะนำแบบมีทางเลือก)
<p>ชม เพื่อสร้างสัมพันธภาพ อย่างรวดเร็ว (เห็นอะไร ชมสิ่งนั้น)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ เข้าใจสุดชื่นแจ่มใส ▪ ตัดผมทรงใหม่ดูเก๋ขึ้น ▪ ปั่นจักรยานมาดีจังเลย ได้ออกกำลังกายไปในตัว ▪ ชยันจังเลย <p>ชม สิ่งดีๆที่ทำอยู่เพื่อเสริมแรงจูงใจให้มั่นคงหนักแน่นมากขึ้น และเสริมแรงใจให้ทำต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ช่วงนี้ชยันทำงาน หนักเอา เบาสู้นะ เยี่ยมมาก ▪ ดีมากเลยป้า ที่ไปพบ หมอตามนัด ▪ งัดดื่มได้ตลอดพรรษานี้ สุดยอดเลย ลากยาว ต่อไปอีกเลยนะลุง ▪ เยี่ยม ! ความดันลดลง มากกว่าเดิม ลุงทำอย่างไร ▪ ที่ความดันลดลง คิด ว่า เป็นเพราะลุงงดดื่มเหล้าด้วยหรือเปล่า 	<p>ถาม เพื่อหาข้อมูลทั่วไป ไปเพิ่ม เติม เช่น การนอนหลับ การรับประทานอาหาร</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ เมื่อคืนนอนหลับเป็น อย่างไรบ้าง ▪ ทานอะไรเมื่อเช้านี้ ▪ กินยาตามที่หมอให้มาแล้ว เป็นอย่างไรบ้าง <p>ถาม ถึงสิ่งที่เป็แรงใจสิ่งยึดเหนี่ยวของชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ อะไรทำให้ป้าต้องทำงาน หาเงินอยู่ ทั้งๆที่ไม่ค่อยสบาย ▪ ใครในครอบครัวว่าอย่างไร บ้างหลังหยุดดื่มได้ ▪ ที่อยากไปหาหมอเพราะอะไร ▪ เงินที่หามาได้นำไปใช้จ่ายกับ อะไรมากที่สุด ▪ อะไรที่ทำให้อยากเลิกดื่มเหล้า <p>ถาม เพื่อให้เปรียบเทียบข้อดี และข้อเสีย</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ เงินร่อยบาท ถ้าไม่ซื้อเหล้า จะซื้ออะไรที่ใช้ได้ทั้งครอบครัว ได้บ้าง ▪ คิดอย่างไรที่ลูกอยากให้เลิกเหล้า ▪ ที่ไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง ไม่สบาย บ่อยๆ นี้ คิดว่าเป็นเพราะเหล้าไหม 	<p>แนะนำ ทางเลือกเพิ่มเติม ทางเลือกอื่นๆ ที่เป็นไปได้ แต่คนตัดสินใจเลือกคือ ตัวเขาเอง ไม่ใช่คนแนะนำ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ทานหมูนุ่ๆ ดื่มช่วงหัวค่ำ ก็น่าจะดีนะ จะช่วยให้หลับสบาย ไม่รู้สึกแสบท้อง ▪ ทานผัก ผลไม้ เพิ่มเติม จะช่วยให้ขับถ่ายง่าย ▪ อบต. มีประกาศรับสมัครงาน อยู่ขณะนี้ ▪ เข้าพรรษานี้ ลองมาเข้า โครงการหยุดเหล้าเข้าพรรษา กันน่าจะดีนะ ▪ ตอนเย็นๆ มาปั่นจักรยาน หรือมาออกกำลังกายด้วยกัน

การเสริมแรงทางชุมชน (community reinforcement approach: CRA)

ในทางทฤษฎี การบำบัดแบบกระตุ้นชุมชน ถือว่าเป็นการบำบัดชนิดพฤติกรรมบำบัดที่ได้รับการออกแบบที่ได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคน โดยเฉพาะชุมชน ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ ในแง่ที่ว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์จะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นผลเนื่องจากผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังจากการกระทำนั้น ถ้าพฤติกรรมการดื่มได้รับผลกระทบที่เป็นแรงเสริมทางบวก พฤติกรรมนั้นก็มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้น การเสริมแรงทางบวกที่ได้รับจากชุมชน จะส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การ เนื่องจากบุคคลเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้ตนได้รับรางวัลหรือได้รับประโยชน์มากกว่าการยังคงมีพฤติกรรมการดื่ม ดังนั้นผู้บำบัดจึงมีหน้าที่ในการดำเนินการจัดการที่เป็นทั้งการให้และการถอดถอนการเสริมแรงทางบวก อย่างไรก็ตาม การบำบัดชนิดนี้จะหลีกเลี่ยงการใช้การวิพากษ์วิจารณ์อย่างตรงไปตรงมา (Confrontation) ส่วนความหมายของคำว่า “ชุมชน” ในความหมายนี้ หมายถึง ครอบครัว ที่ทำงาน โรงเรียน วัด โบสถ์ หรือสถานที่ประกอบศาสนกิจ กิจกรรม

การเสริมแรงทางชุมชนหรือการกระตุ้นชุมชน (community reinforcement approach: CRA) ประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โน้มน้าวให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบกับสิ่งที่ตนได้รับการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดื่ม กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลด หรือหยุดดื่ม ร่วมกับการตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงและการวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้นๆ โดยในระหว่างการวางแผนบำบัด อาจให้ยา disulfiram เพื่อหยุดแอลกอฮอล์ชั่วคราว (กรมสุขภาพจิต รายงานการทบทวนองค์ความรู้ชุดที่ 2 เรื่อง รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์ นนทบุรี 2547)

โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ธรรมดา เศรษฐกิจบูผา และคณะ (2553) ได้พัฒนาโปรแกรมบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนมาใช้กับกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของการบำบัดดูแลในเชิงรุกในชุมชน (Assertive Community Treatment: PACT) ของ Stein & Santos (1998) ซึ่งประกอบด้วยลักษณะงาน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ และบริบทของการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนที่ได้จากข้อมูลเชิงลึกจากการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคติดสุราในชุมชน เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ และลดการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยการพัฒนาเนื้อหาของโปรแกรมจากข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความต้องการการดูแลเชิงรุกในชุมชนในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ญาติหรือผู้ดูแล บุคคลในชุมชน และบุคลากรสุขภาพ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนา ตามลักษณะงาน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบดังนี้ 1) การบำบัดดูแล (treatment) ประกอบด้วย การดูแลเรื่องยา (medication support) การจัดการภาวะวิกฤติ (crisis management) วิธีการฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน (rehabilitative approach to daily living skills) และการให้การปรึกษา (counseling) 2) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) และ 3) การบริการสนับสนุนประคับประคอง (support services)

ประกอบด้วย การสร้าง โอกาสในการทำงาน (work opportunities) การเข้ารับบริการสุขภาพ (entitlements) การช่วยเหลือ เรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) และการจัดการการเงิน (financial management) โดยลักษณะ ของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ เป็น การเยี่ยม บ้านของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ ประกอบไปด้วย การประเมิน สังเกต ซักถามและบันทึก ในแบบบันทึกที่ร่วมกับการ ให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะ โดยมีคู่มือของโปรแกรม 1 ชุดจำนวน 4 เล่มประกอบด้วย 1. โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ เป็นคู่มือที่มีรายละเอียดของโปรแกรม ประกอบด้วยลักษณะของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน สำหรับผู้ติดเชื้อและขั้นตอนการดำเนินการ ของโปรแกรม 2. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วยสาระขององค์ประกอบทั้ง 9 องค์ประกอบ 3. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับญาติประกอบด้วยสาระ 3 ด้านได้แก่ 1) การจัดการ สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย 2) การจัดการกับภาวะวิกฤติและการดูแลช่วยเหลือของญาติและ 3) การให้การปรึกษา 4. แบบบันทึกใกล้บ้าน สมานใจ เป็นแบบบันทึกที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ทีมสุขภาพได้บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมิน สังเกต ซักถาม การ ให้ความรู้คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะ แก่ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อและญาติผู้ดูแล รวมถึงการบันทึกพันธะสัญญา ของผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มของตนเอง ลักษณะของคู่มือจะมี คำอธิบายของแต่ละกิจกรรมโดยละเอียด ตามขั้นตอนเป็นลำดับ ก่อน - หลัง รวมถึงความรู้และวิธีการฝึก ทักษะต่างๆ ที่จะให้กับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อและญาติผู้ดูแลโดยละเอียด อ่านเข้าใจได้ง่าย ในการเยี่ยมบ้านทีม สุขภาพจะใช้การประเมิน สังเกต ซักถามและ บันทึกในแบบบันทึก ร่วมกับการให้ความรู้คำแนะนำ หรือการ ฝึกทักษะ ตามองค์ประกอบ 9 องค์ประกอบของโปรแกรมเป็นรายบุคคล ตามขั้นตอนการดำเนินการของ โปรแกรมการบำบัดดูแล เชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ จำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 - 70 นาที โดยครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 4 ผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ จะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพครบทั้ง 9 องค์ประกอบ ของ โปรแกรม ครั้งละ 2 องค์ประกอบร่วมกับการให้การปรึกษาทั้ง 4 ครั้ง และการเยี่ยมบ้านในครั้งที่ 5 ทีม สุขภาพจะติดตามประเมินผลกิจกรรมที่ผ่านมาทั้ง 4 ครั้งตามแบบบันทึกในโปรแกรม ร่วมกับการ ให้การ ปรึกษา

หลังจากพัฒนาโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อแล้ว ทรรษา เศรษฐ บุปผา และคณะ (2553) ได้นำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อนี้ไปทดลองใช้ โดยการวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials) กับผู้ที่เป็นโรคติดเชื้อ ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม กลุ่มละ 29 คน มีการติดตามผลลัพธ์ของ โปรแกรมครอบคลุมในเรื่องพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา คุณภาพชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และอัตราการ กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบว่าหลัง เสร็จสิ้นการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือนกลุ่มทดลองมี พฤติกรรมการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คุณภาพชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันทีของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดื่มสุราและคุณภาพชีวิตหลังการเสร็จสิ้นการทดลองทันทีมีความแตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

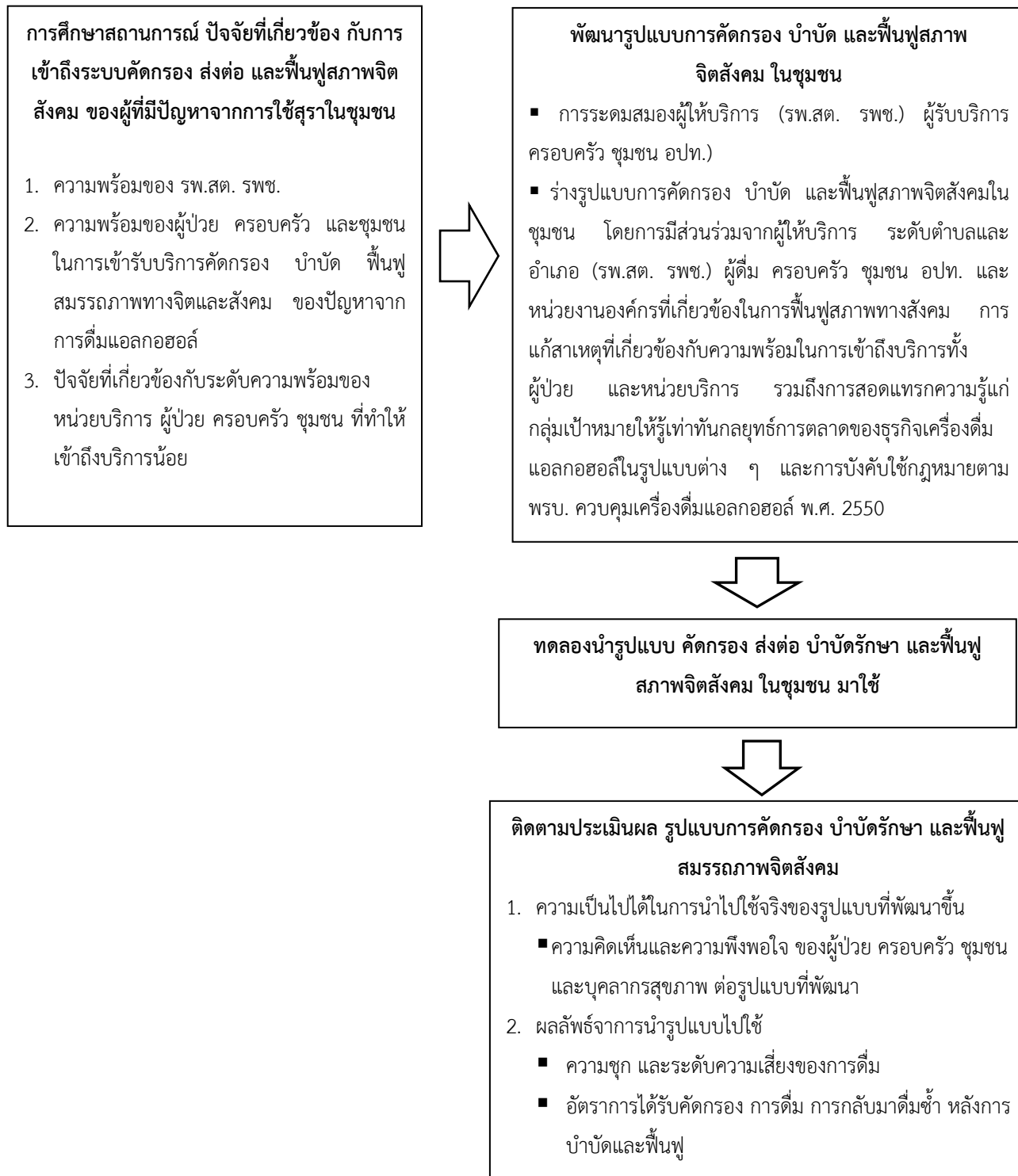
ผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงสูงหรือผู้ติดสุราที่ผ่านการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพ และกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนร้อยละ 60-70 กลับไปดื่มสุราซ้ำจนเกิดปัญหาเรื้อรังในครอบครัวและสังคม ทั้งยังเป็นภาระสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายภาครัฐอย่างมาก ในประเทศไทยการบำบัดผู้ติดสุราเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำมุ่งเน้น การตั้งรับในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ติดสุราหลังจำหน่ายยังคงต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่รุมเร้าในชุมชน จึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนระดับประคองให้ผู้ติดสุราเหล่านี้ ลด ละ เลิก การดื่มสุรา เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้สามารถอยู่ในชุมชนได้ นวัตกรรมโปรแกรมใกล้บ้าน สมนานใจ (หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ, 2556) มีการพัฒนาจาก งานวิจัยอย่างเป็นระบบโดยอาศัยแนวคิด การดูแลเชิงรุกในชุมชนที่ดำเนินการโดยบุคลากรสุขภาพเน้น การดูแล 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การบำบัดดูแล (Treatment) ประกอบด้วยการจัดการกับภาวะวิกฤต การดูแลเรื่องยา การให้คำปรึกษา และการดำเนินกิจวัตรประจำวัน 2) การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ และ 3) การสนับสนุนระดับประคอง (Supportive Service) ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการทำงาน การเข้าถึง บริการสุขภาพ การดูแลที่อยู่อาศัย และการจัดการด้านการเงิน ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ในชุมชน 4 ภาคเมื่อครบหนึ่งปีพบว่าผู้ติดสุราลดปริมาณการดื่มร้อยละ 90-96.7 และสามารถเลิกดื่มสุราได้ร้อยละ 10-30 และยังพบว่าผู้ติดสุรามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีการกลับรักษาซ้ำลดลง ผู้ติดสุราและญาติมีความพึงพอใจในด้านความพึงพอใจต่อตัวเอง ต่อญาติหรือ ผู้ดูแลความสะอาดของโปรแกรม และความพึงพอใจในภาพรวม ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในการนำโปรแกรมไปใช้ในด้านการผสมผสานกับงานของหน่วยงาน ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ความสะดวกและ ง่ายต่อการนำไปใช้ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการดำเนินการ และความพึงพอใจในภาพรวมด้วย ในปี 2560 ได้มีการนำเอาโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจเป็นหนึ่งในรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนที่บูรณาการ ระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ โดยอาศัย กลไกระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) พบว่าโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจสามารถนำไปใช้ใน พื้นที่ได้อย่างแท้จริง โปรแกรมใกล้บ้านสมานใจนี้ เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสุขภาพใน การบำบัดดูแลเชิงรุก ในชุมชน เพื่อให้ผู้ติดสุราหรือผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระดับ ความเสี่ยงสูงในชุมชน ลด ละ เลิก การดื่มสุรา ลด การกลับดื่มซ้ำและการกลับมา รักษาซ้ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นการจัดการบริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผล และมีความคุ้มค่าคุ้มทุน ตามความ จำเป็น (health need) อย่าง เท่าเทียมกัน (equity) และช่วยประหยัด งบประมาณของประเทศจากภาระค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

Miller WR, Meyers RJ, Hiller-Sturmhöfel S. The community-reinforcement approach. *Alcohol Res Health*. 1999;23(2):116-21. PMID: 10890805; PMCID: PMC6760430. ได้ศึกษาแนวทางการเสริมพลังชุมชน (CRA) เพื่อนำมาเป็นแนวทางการรักษาโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุ การเลิกสุราโดยกำจัดการเสริมกำลังเชิงบวกสำหรับการดื่ม และเสริมสร้างการเสริมกำลังเชิงบวกเพื่อควมมี สติ โดยบูรณาการองค์ประกอบ การสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่ม วิเคราะห์รูปแบบการดื่ม เพิ่มการเสริมแรงเชิง บวก การเรียนรู้พฤติกรรมกรรมการรับมือใหม่ๆ และให้บุคคลสำคัญเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟู ซึ่ง สามารถปรับให้เข้ากับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้บรรลุผลการรักษาที่ดีที่สุด นอกจากนี้

ผลการรักษาอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ เช่น รูปแบบของนักบำบัดและความเข้มข้นของการรักษา เบื้องต้น การศึกษาหลายชิ้นได้ให้หลักฐานถึงประสิทธิผลของ CRA ในการบรรลุมวลในการเลิกบุหรี่ นอกจากนี้ CRA ยังประสบความสำเร็จในการบูรณาการเข้ากับวิธีการรักษาอื่นๆ ที่หลากหลาย เช่น การบำบัดครอบครัว และการสัมภาษณ์สร้างแรงบันดาลใจ และได้รับการทดสอบในการรักษาผู้ติดยาเสพติดอื่นๆ

แนวทางการเสริมกำลังชุมชน (CRA) เป็นโปรแกรมพฤติกรรมที่ครอบคลุมสำหรับการรักษาปัญหาการใช้สารเสพติด โดยอิงจากความเชื่อที่ว่าเหตุฉุกเฉินด้านสิ่งแวดล้อมสามารถมีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมหรือกีดกันการดื่มหรือเสพยาเสพติด ด้วยเหตุนี้ จึงใช้ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม สันทนาการ ครอบครัว และ อาชีวศึกษา เพื่อช่วยผู้บริโภคนั้นในกระบวนการฟื้นฟู เป้าหมายคือการทำให้วิถีชีวิตที่มีสติคุ้มค่ามากกว่าการใช้สารเสพติด อย่างไรก็ตาม นำแปลกที่การทบทวนผลการวิจัยผลการรักษาด้วยแอลกอฮอล์และยาแทบทุกครั้งระบุว่า CRA เป็นหนึ่งในแนวทางที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แข็งแกร่งที่สุดเกี่ยวกับประสิทธิภาพ แต่มีแพทย์เพียงไม่กี่คนที่ปฏิบัติต่อผู้บริโภคนั้นที่ติดยาเสพติดเท่านั้นที่คุ้นเคย

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยรูปแบบ PAR (Participatory Action Research) และ R & D (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หน่วยของประชากร

กลุ่มเป้าหมายระดับชุมชน 3 ชุมชน/หมู่บ้าน จาก 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลควนขนุน ตำบลเขาชัยสน และตำบลห่านโพธิ์

ขอบเขตการดำเนินงาน

ดำเนินการใน 3 หมู่บ้าน ของ 3 ตำบล จาก 5 ตำบล ในพื้นที่อำเภอเขาชัยสน ได้แก่ ตำบลเขาชัยสน ตำบลควนขนุน และตำบลห่านโพธิ์

ประชากรศึกษา ครั้งนี้ คือ

1. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 3 หมู่บ้าน จาก 3 ตำบล (อำเภอเขาชัยสนมี 5 ตำบล) และครอบครัว
2. ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา
3. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในระบบปฐมภูมิ (รพ.สต.) หน่วยงานรับ ส่งต่อ (โรงพยาบาลเขาชัยสน)
4. หน่วยงานร่วมช่วยเหลือในการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตและสังคมหลังการบำบัด เช่น อปท. พม. เกษตรตำบล องค์กร กลุ่มเครือข่ายในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามระยะของการพัฒนาดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน ใช้รูปแบบ participation action research 8 ขั้นตอน

1. ทำความเข้าใจ ชี้แจงโครงการกับชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่ายงดเหล้าภาคใต้ โดยในพื้นที่ชุมชนป่าเล ตำบลควนขนุน พบว่า มีเครือข่ายองค์กรงดเหล้าภาคใต้ดำเนินการอยู่ และมีผู้ที่เลิกดื่มได้ โครงการนี้จะนำบทเรียนจากการทำงานของเครือข่ายองค์กรงดเหล้าในพื้นที่ที่ได้ผล เชื่อมโยงวิธีการ และกระบวนการชวนคนดื่มมาเลิกเหล้า ว่ามีการดำเนินการอย่างไร เพื่อให้ชุมชนมองเห็นผลลัพธ์ที่มีความเป็นไปได้
2. ศึกษาทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่ม ครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการ จากการสัมภาษณ์ ผอ.รพ.สต. บ้านท่าลาด รพ.สต. บ้านไสนายขัน รพ.สต.บ้านควนโคกยา พบว่า ทั้งผู้ดื่ม และ ชุมชน มีมุมมองต่อการดื่มว่าเป็นเรื่องปกติ ที่อยู่คู่กับสังคมไทยมานาน ในกลุ่มผู้ดื่ม มีข้อมูลจากการทำงานของเครือข่ายองค์กรงดเหล้าที่พบว่า ผู้ดื่มส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน ดื่มกับเพื่อน ดื่มหลังเลิกงาน ดื่มเมื่อมีเทศกาล มีจำนวนหนึ่งที่ดื่มประจำ แต่ไม่ได้มีการศึกษาอย่างเป็นระบบ เป็นเพียงการสังเกต นอกจากนี้ในความเห็น ประสพการณ์ของผู้ให้บริการต่อการดูแล บำบัด ผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา คิดว่าเป็นไปได้เล็กน้อย เนื่องจากเคยเห็นว่ามีผู้ที่เข้ารับการบำบัดแล้วส่วนใหญ่กลับไปดื่มอีก โครงการวิจัยนี้จะดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อทราบทัศนคติ หรือความคิดเห็นต่อการดื่มของผู้ดื่ม ครอบครัวและชุมชน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดำเนินการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือความคิดเห็นต่อการดื่ม หรือเข้ารับบริการเลิกดื่มสุรา ให้เป็นทัศนคติหรือความคิดเห็นในทางบวกต่อการเลิกดื่ม และเข้ารับบริการ
3. ศึกษาการรับรู้การคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ติดตามต่อเนื่อง และป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำของผู้ที่มีปัญหาการใช้สุรา ของผู้ดื่ม ครอบครัว ชุมชน เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลที่เป็นการรายงานทางสถิติ หรือรายงานการวิจัยในพื้นที่ ที่สะท้อนการรับรู้บริการของหน่วยงานหรือสถานบริการสุขภาพหรือไม่ รวมถึงการรับรู้วิธีการบำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพ และป้องกันการดื่มซ้ำว่าเป็นอย่างไร การศึกษาในประเด็นนี้โดยการสนทนากลุ่มกับผู้ดื่ม ครอบครัว ชุมชน จะทำให้ทราบถึงประสพการณ์ ปัญหาในมุมมองของผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน
4. ศึกษาศักยภาพ ความพร้อม ความต้องการของหน่วยบริการในประเด็นประสพการณ์ การอบรม ความสามารถในการคัดกรอง การบำบัดอย่างย่อของผู้ให้บริการใน รพ.สต, รพช เนื่องจาก ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผอ.รพ.สต.ทั้ง 3 แห่ง พบว่ายังมีช่องว่างของการคัดกรองด้วยเครื่องมือคัดกรองปัญหา การดื่มสุราตามแนวปฏิบัติในการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราที่ได้มีการพัฒนาและให้นำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งในประเด็นนี้จะทำให้เห็นศักยภาพ และช่องว่างของการให้บริการ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงหรือพัฒนาระบบบริการทั้งในระดับชุมชน รพ.สต. และ รพช.
5. ร่วมพัฒนารูปแบบการคัดกรอง บำบัดแบบย่อ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและสังคมสำหรับผู้ที่มีปัญหาการใช้สุรา กับ รพ.สต. รพช. ชุมชน และหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้เป็นการนำผลจาก

การดำเนินการในขั้นตอนที่ 2-4 มาวิเคราะห์ร่วมกันระหว่าง รพ.สต. รพ.ช. ชุมชน และหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการสอดแทรกความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายให้รู้เท่าทันกลยุทธ์การตลาดของธุรกิจเครื่องตีมแอลกอฮอล์ในรูปแบบต่าง ๆ และการบังคับใช้กฎหมายตาม พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2550 เพื่อจัดทำร่าง รูปแบบการคัดกรอง บำบัดแบบย่อ ฟันฟูสมรรถภาพทางจิต และสังคม ที่เหมาะสมกับแต่ละชุมชน

6. อบรมการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟันฟูสภาพผู้มีปัญหาการตีมสุรา เนื่องจากข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผอ.รพ.สต. พบว่า บุคลากรยังไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติ และบางคนเคยอบรม แต่ไม่ได้นำมาใช้ การทบทวน ฟันฟูการอบรมให้กับบุคลากร รพ.สต.ทุกคน รวมทั้งบุคลากร รพ.ช.ที่ปฏิบัติงานทั้ง OPD IPD ER หรือหน่วยงานที่ดำเนินการคัดกรองผู้มีปัญหาจากการตีมสุรา จะเป็นการลดช่องว่างด้านศักยภาพ ความรู้ ทักษะของผู้ให้บริการ
7. ดำเนินการคัดกรอง บำบัดอย่างย่อ ส่งต่อหน่วยบริการเพื่อบำบัดรักษา ตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น
8. สร้างความเข้าใจ เตรียมชุมชน วางแผนสำหรับการฟันฟูสภาพจิตสังคมให้แก่ผู้บำบัดรักษา ติดตาม ประเมินผลการบำบัดรักษา และการฟันฟูสภาพจิตสังคม

เมื่อจัดแบ่งเป็นระยะของการวิจัยแบบ R & D สามารถจัดได้ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสถานการณ์การตีม การเข้าถึงระบบคัดกรอง ส่งต่อ และฟันฟูสภาพทางจิตสังคม โดยใช้ข้อมูลจากระบบการคัดกรองของ รพ.สต. และศูนย์บริการสุขภาพชุมชน และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบคัดกรอง ส่งต่อ และฟันฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม และ สัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข อสม. รพ.สต. และ รพ.ช.

กลุ่มตัวอย่าง เป็น ผอ.รพ.สต. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ อสม. ของ รพ.สต. 3 แห่ง และหัวหน้าพยาบาล พยาบาลคลินิกเล็กเหล่า พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหอผู้ป่วย ใน พยาบาล OPD พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 25 คน ทั้งนี้ แยกการสนทนากลุ่ม ระหว่าง รพ.สต. และ รพ.ช.

ระยะที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาออกแบบเพื่อนำไปการคัดกรอง บำบัดแบบสั้น ฟันฟูสภาพจิตสังคมในชุมชน ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้กับตัวอย่าง 364 คน ที่ได้จากการคำนวณโดยสูตรประมาณค่าสัดส่วน และสนทนากลุ่มกับผู้ใช้อุปกรณ์ และผู้รับการคัดกรอง บำบัดแบบสั้น

ขนาดตัวอย่าง สำหรับการสำรวจความชุกของการตีมแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชน

วิธีการคำนวณ ใช้การประมาณการจากค่าความชุกการดื่มของประชากรจังหวัดพัทลุง ปี 2560 พบค่าความชุกในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 16.9

(http://data.ptho.moph.go.th/inspec/s_report64/)

ค่า proportion เท่ากับ .169 และใช้ข้อมูลประชากรทั้ง 3 ตำบล ดังนี้ (HDC report ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงข้อมูล ณ 13 มิถุนายน 2566)

1. ตำบลเขาชัยสน 9,809 คน
2. ตำบลทานโพธิ์ 7,410 คน
3. ตำบลจองถนน 2,998 คน

รวม 20,217 คน

สูตรคำนวณ กรณีทราบจำนวนตัวอย่างประชากร (Cochran's Method)

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}{d^2(N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}$$

Population size (N) = 20,217

Proportion (P) = .169

Error (d) = 0.05

Alpha (α) = 0.05, Z (0.975) = 1.96

$$= \frac{20,217 \times .169 (1-0.169) 1.96 \times 1.96}{.05 \times .05 (20,217-1) + 0.5 (1.96 \times 1.96)}$$

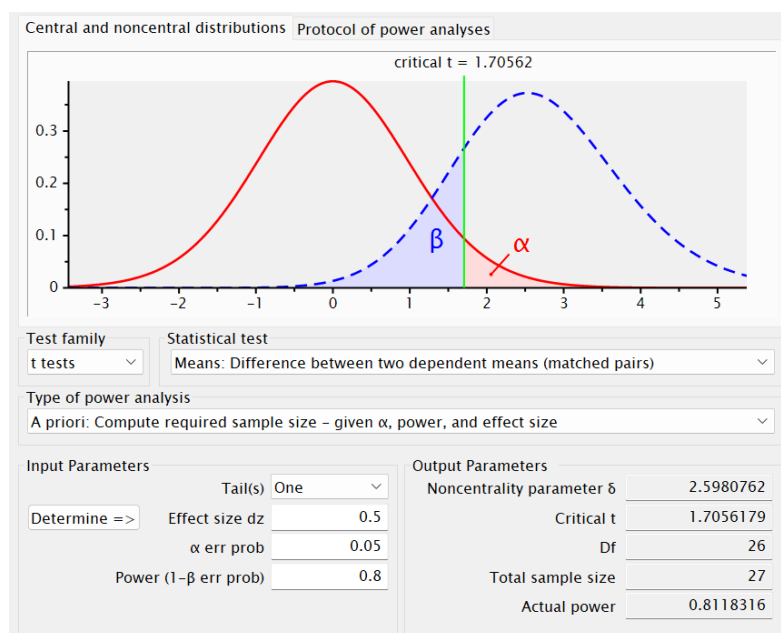
$$n = \frac{20,217 \times 0.140 \times 3.8416}{50.54 \times 1.9208}$$

$$= 207.14$$

= 207.14 ขนาดตัวอย่างสำหรับการสำรวจ ไม่น้อยกว่า 208 คน

ขนาดตัวอย่างสำหรับ วัตถุประสงค์การพัฒนารูปแบบเป็นลักษณะการวัดผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดลองรูปแบบใช้วิธีคำนวณจากโปรแกรม GPOWER ใช้ข้อมูลจากการศึกษาของ Joseph, Das, Sharma, & Basu (2014) มาร่วมกำหนด โดยกำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 14 คน และเพื่อป้องกันปัญหากลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาก่อนกำหนด ร้อยละ 30 จึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็นกลุ่มละ 17 คน



ระยะที่ 3 ติดตามผลผู้ที่ได้รับการคัดกรอง บำบัดแบบสั้น ส่งต่อ เป็นเวลา 6 เดือน และทบทวนแนวทางการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกับระยะที่ 2

ระยะที่ 4 ขยายผลการคัดกรองเชิงรุกในชุมชน เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการคัดกรองและบำบัดแบบสั้น ระยะนี้ไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง เนื่องจากเป็นการขยายผลให้ครอบคลุมมากที่สุด

เครื่องมือในการศึกษา

1. แบบสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาความพร้อม ของผู้ให้บริการ ผู้ป่วย และครอบครัว
แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม
 - 1.1 ระบบการคัดกรอง บำบัด พื้นฟูสมรรถภาพของผู้มีปัญหาจากการใช้สุราสุราที่ รพ.สต. ชุมชน และ รพ.ช. ดำเนินการอยู่เป็นอย่างไร มีใครเข้ามาเกี่ยวข้องบ้าง และดำเนินการอย่างไร มีข้อดีและมีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง ดำเนินการแก้ไขอย่างไร
 - 1.2 ในการดำเนินการการคัดกรองสุรา ผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองคือใคร ได้รับการฝึกอบรมพัฒนาอย่างไร จากที่ไหน สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติจริงได้หรือไม่ อย่างไร
 - 1.3 การลงระบบข้อมูลการคัดกรอง ดำเนินการอย่างไร
 - 1.4 ในโรงพยาบาล ใช้ระบบการคัดกรอง บำบัด พื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุราอย่างไร
2. แบบคัดกรองปัญหาจากการดื่มสุรา ASSIST (7 ข้อ) สำหรับคัดกรองในชุมชน รพ.สต.

ASSIST เป็นคำย่อของ Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test หรือแบบคัดกรองประสบการณ์ในการใช้ยาสูบ สุรา และสารเสพติดตัวอื่นๆ เช่น กัญชา โคเคน ยาบ้า ยาแก้ปวด ประสาท ยาหลอนประสาท สารระเหย ฝิ่นและยาอื่นๆ ASSIST เป็นเครื่องมือคัดกรองแบบสั้นที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดยองค์การอนามัยโลก และทีมงานนักวิจัยจากนานาชาติ (World Health Organization, 2009) เพื่อใช้เป็นวิธีการอย่างง่ายในการตรวจคัดกรองการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดอื่นๆ ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (psychoactive substances) ได้แก่ ผลិតภัณฑ์ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กัญชา โคเคน ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน ยาแก้ปวดประสาทหรือยานอนหลับ สารระเหย ยาหลอนประสาท สารกลุ่มฝิ่น และสารเสพติดตัวอื่นๆ สำหรับในประเทศไทย เนื่องจากกระท่อมและสารผสมจากน้ำต้มใบกระท่อม (เช่น สี่คูณร้อย) เป็นสารเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุด ในแบบคัดกรอง ASSIST ฉบับภาษาไทย จึงได้บรรจุคำถามเกี่ยวกับการใช้พืชกระท่อมและสารผสมน้ำต้มใบกระท่อมลงไปด้วย (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และคณะ., 2554a; สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และคณะ., 2554b)

3. โปรแกรมการอบรม การคัดกรองด้วย ASSIST-7 และการบำบัดอย่างย่อ

เป็นการอบรม การคัดกรองด้วย ASSIST-7 และการบำบัดอย่างย่อ

โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และการบำบัดอย่างย่อ CBT จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยอบรมให้ความรู้ หลักการ ของ Brief Advise และ Brief Counselling และฝึกปฏิบัติ 1 วัน

ในการฝึกปฏิบัติจะมีการสมมติผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองทั้ง 3 ระดับ ตาม ASSIST-7 คือเสี่ยงระดับต่ำ ปานกลาง และสูง เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถใช้แบบคัดกรองได้ถูกต้อง และดำเนินการตามขั้นตอนตั้งแต่การคัดกรอง สรุปละเอียด แผลผล ได้ถูกต้อง และใช้เทคนิค Brief Advise , Brief Counselling ได้ถูกต้อง

หลังจากอบรม จะเป็นการฝึกคัดกรอง ด้วย ASSIST-7 และการบำบัดอย่างย่อ ภาคสนาม โดยใช้วิธีการเสริมพลัง ติดตาม และประเมินผลให้แก่อสม. โดยพยาบาลงานจิตเวชและยาเสพติด รพช. พยาบาล รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยง

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าอัตราความชุกของการดื่ม ด้วยจำนวน ร้อยละ หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม ด้วยสถิติ ไคว์ สแควร์

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เนื่องจากรูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพของการศึกษานี้ อยู่ในรูปแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenon) ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เมื่อกำหนดเจาะจงพื้นที่ตามเป้าหมายที่ต้องการใน 3 ตำบล ผู้วิจัยได้วางแผนการวิจัย (Research Methodology) เริ่มตั้งแต่

1) การศึกษาข้อมูลเบื้องต้น เช่น พื้นที่ บริบทของพื้นที่เป็นลักษณะไหน สถานบริการสุขภาพในเป้าหมายมีกี่แห่ง เป็นประเภทที่บุคลากรยังคงอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข หรือถ่ายโอนไปอยู่กับ อบจ. บุคคลผู้ให้ข้อมูลหลัก หรือ ผู้ที่รู้จักจริงในพื้นที่ในเรื่องนั้น คือผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) ได้แก่ ผอ.รพ.สต. และผู้ได้รับมอบหมายให้ดูแลงานที่เกี่ยวข้องกับสุรา โดยใช้หนังสือหรือเอกสารคำสั่งมอบหมายภารกิจของแต่ละ รพ.สต. และอาจจะมีผู้ให้ข้อมูลรอง ในกรณีที่ยัง รพ.สต. มีผู้ช่วยทำหน้าที่แทน

2) ศึกษาบริบท สภาพแวดล้อมภูมิศาสตร์ ด้วยการสังเกต การสัมผัส การฟัง โดยที่มิวิจัยได้ลงไปติดต่อประสานงานกับ สสอ. อบจ. (สำนักสาธารณสุข) เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์เบื้องต้น ก่อนส่งหนังสือเป็นทางการ ซึ่งในการศึกษาบริบทดังกล่าว เป็นกระบวนการ เพื่อสร้างความคุ้นชินกับบุคคล และพื้นที่ เป็นการประเมินเบื้องต้นว่า สามารถเข้าไปทำการวิจัยได้จริง มีข้อมูลที่เป็นจริง ผู้ให้ข้อมูลหลักให้ความร่วมมือ และผู้วิจัยสามารถอยู่ได้ในพื้นที่

3) ลงพื้นที่จริงจัดเก็บข้อมูล สนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ สังเกต เช่น การแจกจ่าย การจดบันทึก การบันทึกเสียง ภาพถ่าย ภาพวาด ภาพเคลื่อนไหว สัญลักษณ์ หรืออื่น ๆ เป็นการศึกษาตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด ข้อมูลข้อเท็จจริงที่ได้มา ทั้งข้อมูลที่จับต้องได้ (Tangible) เช่น สภาพภูมิศาสตร์ สิ่งของ อาคาร สถานที่ จำนวนประชากร อาชีพ รายได้ ร้านขายสุรา เป็นต้น ข้อมูลที่จับต้องไม่ได้ (Intangible) เช่น ภาษาจารีต ความเชื่อ พิธีกรรม มรดกทางวัฒนธรรม ประเพณี เป็นต้น เช่น ค่านิยมในการดื่ม

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิง เนื้อหา (content analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปทั้งหมดมาอ่านทบทวน จัดส่วนที่เป็นข้อความสำคัญ จัดทำเป็นรหัส จัดหมวดหมู่และตรวจสอบข้อมูลในแต่ละราย เพื่อสร้างเป็นข้อสรุปชั่วคราว นำมาสู่การสร้างประเด็นที่ศึกษา (theme) จากข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และนำข้อสรุปที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ เพื่อค้นหาประเด็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อถือ ได้ของข้อมูลตามเกณฑ์การพิจารณาของกุกา และลินคอน²³ ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูล ที่ได้มีความตรงและเชื่อถือได้มากที่สุด มีแนวทาง ในการตรวจสอบเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ โดยให้อิสระ ในการตัดสินใจยินยอมเข้าร่วม หรือการถอนตัวออกจาก งานวิจัย และในขณะที่ทำการจดบันทึก จะขออนุญาต ผู้ให้ข้อมูลก่อนเสมอ รวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนต่าง ๆ ผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจและกล้าเปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับประสบการณ์การดำเนินงานคัดกรอง บริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้มีปัญหาจากการดื่ม เลือกรูปแบบในการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่มให้มีลักษณะใกล้เคียงกับการสนทนาในชีวิตประจำวัน สร้างบรรยากาศให้มีลักษณะของความเป็นกันเอง เพื่อช่วยให้ผู้ให้ข้อมูล ไม่รู้สึกรังเกียจในการตอบคำถาม หรือให้ความเห็น เมื่อได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์ โดยให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยในการตรวจสอบข้อมูล หรือแสดง ความคิดเห็นว่าข้อมูลที่ได้ตรงกันหรือไม่ (member checking) เพื่อความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและ ผู้วิจัย ทำการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับ ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน เพื่อลดอคติต่อผลการศึกษาวิจัย

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การรายงานผลการศึกษานี้ นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบคัดกรอง ส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน และความพร้อมของหน่วยบริการระดับ รพ.สต. รพช.
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรอง การส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน

ผลการศึกษาพบ ดังนี้

ระยะที่ 1

1. สถานการณ์การดื่ม ก่อนดำเนินโครงการวิจัย (ปี 2565) อัตราความชุกของการดื่มในประชากร 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.96 อัตราการเข้าถึงบริการคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 27.47 ผู้ดื่มในระดับเสียงต่ำพบร้อยละ 97.22 ได้รับการให้ความรู้/คำแนะนำ (brief advice) ร้อยละ 40.0 ผู้ดื่มในระดับเสียงปานกลางพบร้อยละ 2.78 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) ร้อยละ 0 และไม่พบผู้ดื่มในระดับเสียงสูง สถานการณ์การดื่มหลังจากนำรูปแบบการคัดกรอง บำบัดอย่างย่อไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่าง 364 คน พบอัตราความชุกของการดื่มในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 37.8 เป็นผู้ดื่มในระดับเสียงต่ำ ร้อยละ 70.1 ได้รับการให้ความรู้/คำแนะนำ (brief advice) ร้อยละ 100 ผู้ดื่มในระดับเสียงปานกลางพบร้อยละ 26.9 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) ร้อยละ 100 และผู้ดื่มในระดับเสียงสูงพบร้อยละ 3.0 โดย ร้อยละ 100 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น และ ร้อยละ 72.7 ได้รับการส่งต่อ สถานการณ์การดื่ม หลังจากนำรูปแบบการคัดกรองไปทดลองใช้และติดตามผล 6 เดือน พบการดื่มระดับเสียงสูง ลดลงจากร้อยละ 3.0 เหลือร้อยละ 0.8 การดื่มในระดับเสียงปานกลาง ลดลงจากร้อยละ 26.9 เหลือร้อยละ 14.8 และเสียงต่ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.1 เป็นร้อยละ 84.4 โดยในกลุ่มเสียงสูง 11 คน เข้ารับการบำบัด 8 คน (ร้อยละ 72.7) สามารถเลิกดื่มได้ 4 คน (ร้อยละ 50) ลดการดื่ม 3 คน (ร้อยละ 37.5) และกลับมาดื่มซ้ำ หลังเลิกดื่มได้ 6 เดือน 1 ราย (ร้อยละ 25) อีก 2 รายที่ยังไม่เข้ารับการบำบัด พยายามลดการดื่มเองโดยได้รับการติดตามจากบุคลากรคลินิกเลิกเหล้า และ อสม. ให้ลดการดื่มที่ปลอดภัย สถานการณ์การดื่ม หลังการขยายผลรูปแบบเพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการคัดกรอง นำรูปแบบที่ได้รับการปรับปรุงครั้งที่

1 จากการพัฒนา มาดำเนินการคัดกรองประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1,326 คน ใน 3 หมู่บ้านจาก 3 ตำบลเดิม พบอัตราความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 28.90 จำแนกเป็นการดื่มระดับเสียงต่ำ ร้อยละ 75.26 เสียงปานกลาง ร้อยละ 23.83 และเสียงสูง ร้อยละ 0.9 ผู้ดื่มในระดับเสียงต่ำ ร้อยละ 100 ได้รับการให้ความรู้/คำแนะนำ (brief advice) ผู้ดื่มในระดับเสียงปานกลาง ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) ร้อยละ 94.3 ผู้ดื่มในระดับเสียงสูง ร้อยละ 100 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น และ ร้อยละ 75.0 ได้รับการส่งต่อ และอยู่ระหว่างการติดตามผล ความครอบคลุมของการคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.47 เป็นร้อยละ 84.46 ซึ่งเมื่อเทียบกับอีก 12 เครือข่ายบริการที่ไม่ได้อยู่ในการศึกษา ในช่วงเวลาเดียวกัน พบความครอบคลุมของการคัดกรอง ร้อยละ 54.94

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบการคัดกรอง บำบัดแบบสั้น ส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน ด้านความพร้อมของหน่วยบริการระดับ รพ.สต. รพช. พบว่า การคัดกรองการดื่ม ยังไม่สามารถทำได้ครอบคลุม เนื่องจากปัจจัยด้านภาระงานที่มาก และการไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการบำบัดแบบสั้น ไม่เห็นความคุ้มค่าของการคัดกรอง รวมถึงการฟื้นฟูสภาพทางจิตสังคมของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุรา ที่ยังไม่มี การจัดระบบในชุมชน เนื่องจากมีผู้เข้ารับบำบัดน้อย ในระดับโรงพยาบาล การคัดกรองในคลินิกผู้ป่วยนอก โรคเรื้อรัง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก็ทำได้น้อยเช่นกัน **ด้านผู้ดื่มและครอบครัว พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้ดื่ม การดื่มของคนในครอบครัว การดื่มของเพื่อน การไม่มีอาการแสดงของความเจ็บป่วย หรือปัญหาจากการดื่มที่ส่งผลต่อสุขภาพที่ชัดเจน รุนแรง จะไม่ทำให้ผู้ดื่มตระหนักถึงปัญหาจากการดื่ม ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนที่หวังผลจากการดื่ม เพื่อคลายเครียด เผลิมเผลอง ดื่มเพื่อให้เจริญอาหาร ดื่มเพื่อให้หลับได้ดีขึ้น และปัจจัยด้านชุมชน พบว่า การดื่มว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา เป็นพฤติกรรมที่ยอมรับได้หากยังไม่ได้รบกวนผู้อื่นมาก การดื่มในเทศกาลงานต่างๆ การดื่มในวิถีการพนันวัวชน ไก่ชน และการสนับสนุนวิสาหกิจชุมชนผลิตสุราพื้นบ้าน ทำให้การเข้าถึงสุราราคาถูก ดื่มในปริมาณมากขึ้น และมองไม่เห็นว่าเป็นปัญหาในระยะยาว**

ระยะที่ 2 การออกแบบคัดกรอง บำบัดแบบสั้นและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในชุมชน

รูปแบบการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและให้การบำบัดแบบสั้น (alcohol screening and brief intervention) ที่เกิดขึ้น คือ การพัฒนาศักยภาพ อสม. และ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 28 คน ให้มีความรู้ และทักษะการคัดกรอง ให้คำปรึกษาและบำบัดอย่างย่อ โดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ สาธิต และ Role Play การใช้เครื่องมือคัดกรอง ASSIST-7 โดยมีอาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญงานสุขภาพจิตให้การปรึกษาและบำบัดแบบสั้นร่วมกับงานสุขภาพจิตและจิตเวช งานคลินิกเลิกสุราของ รพ.ช. เมื่อลงปฏิบัติภาคสนาม ใช้ระบบที่เลี้ยงจาก รพ.สต. และ รพ.ช. เป็นบัดดี้ที่เลี้ยงหรือโคช ให้คำแนะนำในขณะคัดกรองและบำบัดแบบสั้นหน้างาน มีระบบการสะท้อนกลับในขั้นตอนที่ยังทำได้ไม่ถูกต้อง มีการสนับสนุนเนื้อหาที่จำเป็นและชัดเจนในการให้ข้อมูลสุขภาพที่เกิดจากการดื่มสุรา การให้ข้อมูลให้ผู้ดื่มยังเข้าใจไม่ถูกต้อง ด้วยภาษาถิ่นภาคใต้ที่เข้าใจง่าย ทำให้ผู้ทำหน้าที่คัดกรอง ความมั่นใจ มีความรู้และทักษะในการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อได้ดีขึ้น นำมา

บูรณาการในการคัดกรองโรคเรื้อรังเชิงรุก และคัดกรองในเชิงรับกรณีที่ผู้รับบริการมารับบริการที่ รพ.สต. ใน ส่วนของระบบบริการ รพช.ยังพบว่า ระบบการคัดกรอง บำบัดอย่างย่อ ในหน่วยงานที่ไม่ใช่งานจิตเวชและยา เสพติด เช่น งานบริการฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ยังไม่สามารถดำเนินการได้ แต่สามารถงานบริการผู้ป่วยนอก ทั่วไป และงานบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีเครื่องมือเดิมอยู่คือ AUDIT ทั้งนี้ในหน่วยบริการฉุกเฉิน (ER) ให้ความเห็นว่า งานที่ทำอยู่ในปัจจุบันมีภาระมาก ทำไม่ทัน

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ของผู้ดื่มที่เข้าสู่กระบวนการบำบัด ได้รับการระดมความเห็นจาก การสนทนากลุ่มของผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น พบว่า ปัจจัยครอบครัว ชุมชน และการยอมรับให้โอกาสผู้บำบัด สุรากลับมาทำงานและใช้ชีวิตในชุมชนจะทำให้โอกาสเล็กได้มากขึ้น โดยครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญลำดับแรก โดยเฉพาะผู้ดื่มที่มีลูกหลาน ลูกหลานให้กำลังใจ คอยดูแล แสดงความห่วงใยด้วยคำพูดดีดี ไม่ซ้ำเติม การ มอบหมายกิจวัตรประจำวัน และไว้วางใจให้ทำงานกับครอบครัว เช่น การรับซื้อน้ำยาง รวมถึงการช่วยเหลือ การสร้างอาชีพเพื่อให้มีรายได้ การให้คุณค่าในการปรับวิถีชีวิตและการทำงานกรณีผู้ดื่มไม่สามารถทำงานได้ เหมือนเดิม เช่น การปลูกผัก การตัดหญ้า โดยการทำงานร่วมกันกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการชุมชน ผู้นำชุมชนในพื้นที่ พช. พมจ. เกษตรอำเภอ

ผลการศึกษาศานาการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบคัดกรอง ส่งต่อ และ ฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน

1. อัตราความชุกของการดื่ม และระดับความเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบคัดกรอง ส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจาก การใช้สุราในชุมชน ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน และความพร้อมของหน่วยบริการระดับ รพ.สต. รพช.

อัตราความชุกของการดื่มและระดับความเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์

ตาราง ที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทางประชากร		ชุมชน 1		ชุมชน 2		ชุมชน 3		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	72	19.78	88	24.18	80	21.98	240	65.9
	หญิง	48	13.19	35	9.62	41	11.26	124	34.1
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	4	1.10	3	0.82	12	3.30	19	5.2
	ประถม	44	12.09	46	12.64	49	13.46	139	38.2
	มัธยม	51	14.01	58	15.93	40	10.99	149	40.9
	ปริญญาตรี ⁺	21	5.77	16	4.40	20	5.49	57	15.7
สถานภาพสมรส	โสด	18	4.95	8	2.20	2	0.55	28	7.7
	สมรสอยู่ด้วยกัน	81	22.25	96	26.37	102	28.02	275	75.5
	สมรสแยกกันอยู่	11	3.02	8	2.20	8	2.20	28	7.7
	หม้าย	5	1.37	6	1.65	6	1.65	19	5.2
	หย่า	5	1.37	5	1.37	3	0.82	14	3.8
อาชีพ	ไม่มีงาน	11	3.02	7	1.92	10	2.75	28	7.7
	รับจ้าง	44	12.09	59	16.21	56	15.38	159	43.7
	ธุรกิจส่วนตัว	39	10.71	27	7.42	33	9.07	99	27.2
	ราชการ/รัฐ	0	0	2	0.55	2	0.55	4	1.1
	เกษตรกร	26	7.14	28	7.69	20	5.49	74	20.3
ภูมิลำเนา	อ.เขาชัยสน	113	31.04	116	31.87	109	29.95	338	92.9
	อ.อื่น พัทลุง	4	1.10	3	0.82	5	1.37	12	3.3
	ภาคใต้ จ.อื่น	3	0.82	3	0.82	5	1.37	11	3.0
	ภาคอื่นๆ	0	0	1	0.27	2	0.55	3	0.8
ความเพียงพอของรายได้	ไม่พอ	51	14.01	63	17.31	64	17.58	179	49.2
	พอ	69	18.96	60	16.48	56	15.38	185	50.8
รวม		120	33.0	123	33.8	121	33.2	364	100

จากตาราง 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่คัดกรองเป็นชายมากกว่าหญิงประมาณ 2 เท่า (ชายร้อยละ 65.9 หญิงร้อยละ 34.1) ไม่ได้เรียนร้อยละ 5.2 ประถม ร้อยละ 38.2 มัธยม ร้อยละ 40.9 ปริญญาตรี⁺ ร้อยละ 15.7 สถานภาพ โสด ร้อยละ 7.7 สมรส ร้อยละ 83.2 หม้าย ร้อยละ 5.2 หย่า/แยก ร้อยละ 3.8 ไม่มีงาน ร้อยละ 7.7 รับจ้าง ร้อยละ 43.7 ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 27.2 ราชการ/รัฐ ร้อยละ 1.1 เกษตรกร ร้อยละ 20.3

ภูมิลาเนา ร้อยละ 92.9 เป็นคนเขาชัยสน รายได้ต่อเดือนของครอบครัว เพียงพอกับไม่เพียงพอประมาณครึ่งต่อครึ่ง

ตาราง ที่ 4.2 ข้อมูลสุขภาพและแหล่งที่ได้มาของแอลกอฮอล์

ตัวแปร	ชุมชน 1		ชุมชน 2		ชุมชน 3		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เคยตรวจร่างกาย	ไม่เคย	21	5.77	12	3.30	1	0.27	34	9.3
	เคย	99	27.20	111	30.49	120	32.97	330	90.7
โรคประจำตัว (n = 330)	ไม่มี	74	22.42	82	24.85	65	19.70	188	57.0
	มี	46	13.94	41	12.42	56	16.97	142	43.0
ชนิดของโรคประจำตัว									
ความดัน		42	12.73	37	11.21	55	16.67	134	40.6
เบาหวาน		12	3.64	18	5.45	7	2.12	51	15.5
ตับอักเสบ		1	0.30	4	1.21	1	0.30	9	2.7
อื่นๆ		10	3.03	14	4.24	17	5.15	43	13.0
การดื่มของบุคคลใกล้ชิด									
การดื่มของพ่อ		94	25.82	96	26.37	98	26.92	288	79.1
การดื่มของแม่		7	1.92	9	2.47	4	1.10	18	4.9
การดื่มของพี่น้อง/สมาชิกครอบครัว		96	26.37	90	24.73	88	24.18	201	55.22
การดื่มของเพื่อน		114	31.32	108	29.67	107	29.40	337	92.6
แหล่งที่ได้มาของแอลกอฮอล์									
ร้านสะดวกซื้อ		47	6.76	39	5.61	22	3.17	108	15.54
ร้านขายของชำในชุมชน		59	8.49	66	9.50	44	6.33	169	24.32
แหล่งผลิตในชุมชน		62	8.92	62	8.92	70	10.07	191	27.48
มีคนให้		71	10.22	72	10.36	87	12.52	227	32.66
รวม		120	33.0	123	33.8	121	33.2	364	100

จากตาราง 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยตรวจร่างกาย ร้อยละ 90.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.0 ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบว่า เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 40.6 เบาหวาน ร้อยละ 15.5 ตับอักเสบ ร้อยละ 2.7 การดื่มของพ่อ ร้อยละ 79.1 การดื่มของแม่ ร้อยละ 4.9 การดื่มของพี่น้อง/สมาชิกครอบครัว ร้อยละ 55.22

การดื่มของเพื่อน ร้อยละ 92.6 แหล่งที่ได้มาของแอลกอฮอล์ ได้จากร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 15.54 ร้านขายของชำในชุมชน ร้อยละ 24.32 แหล่งผลิตในชุมชน ร้อยละ 27.48 มีคนให้ ร้อยละ 32.66

การประเมินปัญหาจากการดื่มสุรา ด้วย ASSIST-7 ก่อนดำเนินการพัฒนาระบบ

ตาราง ที่ 4.3 ผลการประเมินปัญหาและระดับความเสี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนการพัฒนาระบบ

การดื่มในช่วงชีวิต	ชุมชน 1		ชุมชน 2		ชุมชน 3		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อคำถาม ASSIST (ข้อที่)								
1. การดื่มตลอดชีวิตที่ผ่านมา								
ไม่เคยดื่ม	9	2.47	6	1.65	8	2.20	23	6.3
ดื่มแต่หยุดมาเกิน 1 ปี	61	16.76	45	12.36	19	5.22	125	34.3
ยังดื่มอยู่	50	13.74	72	19.78	94	25.82	216	59.4
2. ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ดื่มบ่อยเพียงใด								
ไม่เคย	39	10.71	28	7.69	30	8.24	97	26.6
ครั้งสองครั้ง	66	18.13	44	12.09	53	14.56	163	44.8
ทุกเดือน	4	1.10	11	3.02	9	2.47	24	6.6
ทุกสัปดาห์	3	0.82	23	6.32	13	3.57	39	10.7
เกือบทุกวัน	8	2.20	17	4.67	16	4.40	41	11.3
3 ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รู้สึกอยากดื่มอย่างมาก บ่อยเพียงไร								
ไม่เคย	78	21.43	51	14.01	55	15.11	184	50.5
ครั้งสองครั้ง	31	8.52	26	7.14	34	9.34	91	25.0
ทุกเดือน	2	0.55	13	3.57	13	3.57	28	7.7
ทุกสัปดาห์	1	0.27	20	5.49	4	1.10	25	6.9
เกือบทุกวัน	8	2.20	13	3.57	15	4.12	36	9.9
4 ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเกิดปัญหาจากการดื่มบ่อยเพียงไร								
ไม่เคย	99	27.20	85	23.35	79	21.70	263	72.3
ครั้งสองครั้ง	17	4.67	19	5.22	27	7.42	63	17.3
ทุกเดือน	0	0.00	9	2.47	12	3.30	21	5.8
ทุกสัปดาห์	3	0.82	9	2.47	2	0.55	14	3.8
เกือบทุกวัน	1	0.27	1	0.27	1	0.27	3	.8
5 ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาไม่สามารถทำกิจกรรมได้เพราะการดื่มบ่อยเพียงไร								
ไม่เคย	92	25.27	75	20.60	87	23.90	254	69.8
ครั้งสองครั้ง	20	5.49	28	7.69	20	5.49	68	18.7
ทุกเดือน	5	1.37	10	2.75	9	2.47	24	6.6
ทุกสัปดาห์	2	0.55	8	2.20	1	0.27	11	3.0
เกือบทุกวัน	1	0.27	2	0.55	4	1.10	7	1.9
6 ตลอดชีวิต มีคนเคยแสดงความเป็นห่วง เดือน เกี่ยวกับการดื่ม								
ไม่เคย	77	21.15	60	16.48	66	18.13	203	55.8
เคยก่อนสามเดือนที่ผ่านมา	35	9.62	42	11.54	46	12.64	123	33.8
เคยในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา	8	2.20	21	5.77	9	2.47	38	10.4
7 ตลอดชีวิต เคยพยายามลด เลิก แต่ทำไม่สำเร็จ								
ไม่เคย	104	28.57	81	22.25	78	21.43	263	72.3

เคยก่อนสามเดือนที่ผ่านมา	13	3.57	26	7.14	35	9.62	74	20.3
เคยในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา	3	0.82	16	4.40	8	2.20	27	7.4

ระดับความเสี่ยงของการดื่ม	ชุมชน 1		ชุมชน 2		ชุมชน 3		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	103	28.30	70	19.23	82	22.53	255	70.06
ปานกลาง	13	3.57	48	13.19	37	10.16	98	26.92
สูง	4	1.10	5	1.37	2	0.55	11	3.02
รวม	120	32.97	123	33.79	121	33.24	364	100.00

จากตาราง 4.3 พบว่า ก่อนดำเนินการและนำรูปแบบการพัฒนาไปใช้ กลุ่มตัวอย่างมีการดื่มในระดับการดื่มระดับเสี่ยงต่ำร้อยละ 70.1 เสี่ยงปานกลางร้อยละ 26.9 และเสี่ยงสูง ร้อยละ 3.0

ตาราง ที่ 4.4 ผลการคัดกรอง และระดับความเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์ หลังพัฒนาระบบ

การดื่ม	ชุมชน 1		ชุมชน 2		ชุมชน 3		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อคำถาม ASSIST (ข้อที่)								
1. การดื่มตลอดชีวิตที่ผ่านมา								
ไม่เคยดื่ม	9	2.47	6	1.65	8	2.20	23	6.3
ดื่มแต่หยุดมาเกิน 1 ปี	61	16.76	45	12.36	19	5.22	125	34.3
ยังดื่มอยู่	50	13.74	72	19.78	94	25.82	216	59.4
2. ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ดื่มบ่อยเพียงใด								
ไม่เคย	87	23.90	71	19.51	51	14.01	209	57.4
ครั้งสองครั้ง	24	6.59	36	9.89	47	12.91	107	29.4
ทุกเดือน	6	1.65	13	3.57	22	6.04	41	11.3
ทุกสัปดาห์	2	0.55	3	0.82	1	0.27	6	1.6
เกือบทุกวัน	1	0.27	0	0.00	51	14.01	1	.3
3 ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รู้สึกอยากดื่มอย่างมาก บ่อยเพียงไร								
ไม่เคย	96	26.37	82	22.53	89	24.45	267	73.4
ครั้งสองครั้ง	21	5.77	26	7.14	24	6.59	71	19.5
ทุกเดือน	2	0.55	14	3.85	8	2.20	24	6.6
ทุกสัปดาห์	0	0.00	1	0.27	0	0.00	1	.3
เกือบทุกวัน	1	0.27	0	0.00	0	0.00	1	.3
4 ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เกิดปัญหาจากการดื่มบ่อยเพียงไร								
ไม่เคย	108	29.67	93	25.55	100	27.47	301	82.7
ครั้งสองครั้ง	8	2.20	21	5.77	15	4.12	44	12.1
ทุกเดือน	3	0.82	8	2.20	5	1.37	16	4.4
ทุกสัปดาห์	0	0.00	1	0.27	1	0.27	2	.5
เกือบทุกวัน	1	0.27	0	0.00	0	0.00	1	.3
5 ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เพราะการดื่มบ่อยเพียงไร								
ไม่เคย	113	31.04	99	27.20	102	28.02	314	86.3
ครั้งสองครั้ง	4	1.10	21	5.77	18	4.95	43	11.8
ทุกเดือน	2	0.55	2	0.55	1	0.27	42	11.5
ทุกสัปดาห์	1	0.27	1	0.27	0	0.00	5	1.4
เกือบทุกวัน	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	.5
6 ตลอดชีวิต มีคนเคยแสดงความเป็นห่วง เดือน เกี่ยวกับการดื่ม								
ไม่เคย	82	22.53	69	18.96	90	24.73	241	66.2
เคยก่อนสามเดือนที่ผ่านมา	34	9.34	51	14.01	29	7.97	114	31.3
เคยในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา	4	1.10	3	0.82	2	0.55	9	2.5
7 ตลอดชีวิต เคยพยายามลด เลิก แต่ทำไม่สำเร็จ								
ไม่เคย	106	29.12	79	21.70	87	23.90	268	73.6
เคยก่อนสามเดือนที่ผ่านมา	16	4.40	35	9.62	32	8.79	83	22.8
เคยในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา	2	0.55	9	2.47	2	0.55	13	3.6

ระดับความเสี่ยงของการดื่ม	ชุมชน 1		ชุมชน 2		ชุมชน 3		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	109	29.95	88	24.18	110	30.22	307	84.34
ปานกลาง	9	2.47	34	9.34	11	3.02	54	14.84
สูง	2	0.55	1	0.27	0	0.00	3	0.82
รวม	120	32.97	123	33.79	121	33.24	364	100.00

จากตาราง 4.4 พบว่า หลังดำเนินการและนำรูปแบบการพัฒนาไปใช้ กลุ่มตัวอย่างมีการดื่มในระดับการดื่มระดับเสี่ยงต่ำร้อยละ 84.34 เสี่ยงปานกลางร้อยละ 14.84 และเสี่ยงสูง ร้อยละ 0.82

เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรอง การส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน

ตาราง 4.5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงของการดื่ม ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ชุมชน	Mean	SD	Wilcoxon signed-rank test	95% CI	Significant
ชุมชน 1					
ASSIST-Pre	5.39	6.72	6.11	1.17,2.31	<.001
ASSIST-Post	3.65	5.26			
ชุมชน 2					
ASSIST-Pre	9.92	8.97	10.36	3.59,5.29	<.001
ASSIST-Post	5.49	6.33			
ชุมชน 3					
ASSIST-Pre	8.54	7.57	9.29	3.39,5.22	<.001
ASSIST-Post	4.24	4.64			
รวม					
ASSIST-Pre	7.98	8.03	15.39	3.03,3.98	<.001
ASSIST-Post	4.31	5.46			

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงของการดื่ม ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบในแต่ละชุมชน และรวมของทั้ง 3 ชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001)

ตาราง 4.6 เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงของการติดเชื้อก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

	ระดับความเสี่ยง (ก่อน/หลัง)						χ^2	p-value
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
ชุมชน 1	103	109	13	9	4	2	124.761 ^a	<.001
ชุมชน 2	70	88	48	34	5	1	79.973 ^a	<.001
ชุมชน 3	82	110	37	11	2	0	38.589 ^a	<.001
รวม	255	307	98	54	11	3	240.79	<.001

จากตาราง 4.6 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการติดเชื้อระดับ ต่ำ ปานกลาง และ สูง ใน ชุมชนทั้ง 3 ชุมชน ก่อนและหลังพัฒนาระบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) โดย สัดส่วนของผู้ติดเชื้อในระดับเสี่ยงมาก และระดับปานกลาง ลดลง การติดเชื้อในระดับเสี่ยง ต่ำ เพิ่มขึ้น ทั้งสามชุมชน

ผลการศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบคัดกรอง ส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มี ปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน

ผลจากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบคัดกรอง ส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน ปรากฏ ดังนี้

1. ความพร้อมของหน่วยบริการ รพ.สต. รพ.ช. กับบริการของการเข้าถึงระบบคัดกรอง ส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุรา
2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในการเข้ารับบริการคัดกรอง บำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต และสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการติดเชื้อแอลกอฮอล์

1. ความพร้อมของ รพ.สต. และ รพ.ช.

1.1 ความพร้อมของระบบคัดกรอง ที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน : รพ.สต.

จากการศึกษา พบว่า รพ.สต. ทั้ง 3 แห่ง มีการดำเนินงานคัดกรองการติดเชื้อแอลกอฮอล์เพื่อตอบ ตัวชี้วัดของระบบบริการที่อยู่ในภารกิจ ความรับผิดชอบ โดยในระบบฐานข้อมูล JHCIS มีการเก็บข้อมูลในการ คัดกรองโรคเรื้อรัง และการคัดกรองการติดเชื้อแอลกอฮอล์ แต่กระบวนการการดำเนินการคัดกรองเป็นการคัด กรองแบบตั้งรับ เฉพาะรายที่มารับบริการ การดำเนินการคัดกรองเต็มรูปแบบ โดยใช้ชื่อคำถาม ASSIST-7 ครบ ตามขั้นตอน จะไม่ได้ทำ หรือทำน้อยมาก เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนบุคลากร และความรู้ ทักษะในการคัด

กรองและบำบัด จากการไม่ได้รับการให้ความรู้ หรือการฝึกอบรม ทำให้เกิดความไม่เข้าใจในการคัดกรองพร้อมกับการบำบัดแบบย่อ ไม่มั่นใจในการให้บำบัด หลังจากดำเนินการคัดกรอง นอกจากนี้ การติดตามตัวชีวิตการเข้าถึงบริการคัดกรองการตี้มแอลกอฮอล์ และรายงานจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดสำหรับผู้ตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ในสถานบริการ ยังขาดการติดตาม หรือการให้ความสำคัญในการติดตาม จากหน่วยงานที่กำกับดูแล เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นต้น ดังข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

ความคิดเห็นของบุคลากร

คิดว่างานเยอะ หน้าที่ทำอยู่เยอะมาก หากดำเนินการคัดกรอง จะทำให้เสียเวลามากขึ้น และไม่ได้เป็นตัวชีวิตที่หน่วยงานเบื่องบงใช้ในการติดตาม เช่น สสอ. ไม่ได้ติดตามเข้มข้น เมื่อมีการลงนิเทศก็ไม่ถูกตรวจหรือติดตาม ตัวชีวิตที่ติดตามส่วนใหญ่เป็น NCD และกรณีที่ถ่ายโอนไป อบจ. ก็ไม่ต้องรายงาน

“เราคัดกรองการตี้มแอลกอฮอล์ปีละครั้ง ตอนที่คัดกรองโรคเรื้อรัง ซึ่งน้ำหนักของการคัดกรองการตี้มสุราก็ดูเหมือนเบาๆ ไป เพราะเราเน้นไปถามข้อมูลโรค ความเจ็บป่วย และเตรียมเจาะเลือด วัดความดัน คนที่เราคัดกรองจะเยอะมาก เจ้าหน้าที่น้อย ทำให้เร่งรีบ ข้อมูลสุราก็เลยเหมือนไม่สำคัญ” (NPCU1)

“ตัวคัดกรองนี้เราไม่ถูกจับมาจาก สสอ. เหมือนจะไม่ค่อยมีการพูดถึง เราจะถูกจับตัวชีวิต เบาหวาน ความดัน วัคซีน พัฒนาการเด็ก มากกว่า และตอนคัดกรองโรคเรื้อรัง พอไม่ได้ตามเป้า เราก็ให้อสม.ลงไปที่บ้าน ซึ่งทำให้เราคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ตามเป้าหมาย แต่ในขณะเดียวกัน ข้อคำถามที่เป็นการคัดกรองการตี้มแอลกอฮอล์ที่อยู่ในแบบคัดกรอง NCD นั้น ไม่ค่อยได้ถามกันอย่างจริงจัง บางทีก็ข้ามไป แต่ต้องลงข้อมูล”

“ส่วนใหญ่เป็นการถาม หรือคัดกรองว่าตี้มแอลกอฮอล์หรือไม่ ซึ่งในระบบก็จะมีให้เรากรอกข้อมูลสำหรับข้อคำถาม แต่เราไม่เข้าใจ และเนื่องจากคนไข้เรามาเยอะ ข้อมูลที่ต้องลงในฐานเจ (JHCIS) ก็เยอะมาก ไหนจะต้องทำหัตถการ ติดตาม นัดคนไข้มา เพื่อเจาะเลือด และทำอย่างอื่นด้วย ก็ไม่ค่อยจะทัน”

“โอกาสที่จะลงไปคัดกรองเรื่องการตี้มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะ หรือถามแบบละเอียด เราแทบจะไม่ได้ทำเลย เพราะงานอื่นๆ เช่น เก็บลูกน้ำยุง ลงบันทึก ซึ่งต้องทำทุกสองอาทิตย์ (สัปดาห์) ก็ไม่ทันแล้ว ไม่ต้องถามถึงตอนลงคัดกรอง NCD เลยค่ะ หนัก เหนื่อย ไม่ค่อยทัน”

“กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการที่ รพ.สต. หรือเราลงไปคัดกรอง NCD ในหมู่บ้าน ในชุมชน เราก็จะมีการคัดกรองการตี้มสุราด้วย แต่การคัดกรองก็จะได้แค่ผิวเผิน เช่น คำถามว่า เคยตี้มมัย เคยตี้มแล้วเลิกแล้ว ตี้มถี่แค่ไหน เช่น ตี้มนานๆ ครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ เราถามแค่นี้ค่ะ ส่วนอื่นๆ จะไม่มี”

“เราถามแค่ข้อความที่อยู่ในแบบคัดกรอง NCD ไม่ได้ใช้แบบคัดกรองอื่น เพราะใช้เวลานานมาก และงานคัดกรองมีหลายตัวชี้วัด การจะทำให้ได้ตามเป้าหมายยากอยู่แล้ว ไหนจะเตรียมพื้นที่ จะนัดกันที่ไหน ใครไปบ้าง เตรียมอุปกรณ์ แบบคัดกรองไป กว่าจะเสร็จก็เป็นเดือน สลับกันไป หมุนกันไปในแต่ละวัน”

“การคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นเฉพาะกิจ เราจะไม่ทำ แต่จะเป็นการประจำปี ในการคัดกรองความดัน เบาหวาน ก็จะถาม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์อยู่ด้วย”

“คนทำงานคัดกรอง ก็จะพบว่า แคนด์ให้มาเจาะเลือด วัดความดัน มันก็ยากแล้ว เพราะเขาบอกว่า ต้องไปทำงาน รีบ น้อยคนที่จะบอกรอได้ ทุกคนก็จะรีบกลับบ้าน งานคัดกรองสุราเลยไม่ถูกจัดลำดับให้สำคัญอยู่ในลำดับแรกๆ”

“ถ้าจะคัดกรองในกลุ่ม 15 ปีขึ้นไป โรงเรียนก็ต้องทำด้วย แต่ไม่แน่ใจว่าจะใช้วิธีไหน จะให้ครูคัดกรองก็น่าจะยาก ไม่แน่ใจว่าระบบการสุ่มตรวจ เหมือนตรวจเยี่ยมม่วง (ตรวจแอมฟาทามีนในปัสสาวะ) ยังมีอยู่อีกมั๊ย”

“ปกติ เราจะทำการคัดกรอง NCD (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) ช่วงตุลา หรือ พฤศจิกายน โดยในการคัดกรอง แต่ละครั้ง จะมีการวางแผนร่วมกันทั้ง รพ.สต. อสม. และชุมชน ก่อนลงไปทำการคัดกรอง มีข้อมูล และไม่ใช่งานเรามีเรื่องคัดกรอง NCD อย่างเดียวนะ เราถูกกำหนดการทำงานด้วยตัวชี้วัดที่ถูกส่งต่อกันมา ปีต่อกันมา”

“ภารกิจของ รพ.สต. มีการคัดกรองเป็นภารกิจสำคัญในงานป้องกันและควบคุมโรค งานส่งเสริมสุขภาพ และมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอด บางที่เราทำตามไม่ทัน โดยเฉพาะในช่วง 3-4 ปีนี้ ยกตัวอย่างเช่น การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เดิมเราก็เจอปัญหาอีกแบบหนึ่งในความยากที่จะไปตามหาคนมาตรวจ ด้วยปัญหาสำคัญคือความอายในบริบท และธรรมชาติของความเป็นผู้หญิงในสังคมไทย หรือ การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ที่มีการเก็บอุจจาระ มีขั้นตอน วิธีการเก็บ การจำกัดด้วยระยะเวลาที่ต้องส่งผล การใช้บัตรประชาชนมาเทียบที่ รพ.สต. ทำให้เราต้องวางแผนทั้งเรื่องคน เวลา และอาศัยความพยายามอย่างสูง งานคัดกรองบุหรี่ยกกับสุรา ก็เช่นเดียวกันที่มีขั้นตอน และข้อความถามจำนวนมาก ใช้เวลา และทักษะ และมีรายละเอียดที่ต้องเรียนรู้ และฝึก เราก็ไม่ได้รับการฝึกมาก่อน มารับงานนี้ 3-4 ปี ก็ไม่เคยมีการให้ไปอบรม ตอนมาใหม่ๆ ก็ถามที่ที่เคยทำมาก่อน ก็ได้รับคำตอบว่า ให้ทำไปตามที่มีอยู่ในแบบคัดกรอง เราก็เลยลองๆ ทำไป”

“ในกลุ่มที่เราคัดกรอง ที่เป็นผู้หญิง ซึ่งส่วนใหญ่เราพบว่าไม่ดื่ม คนคัดกรองก็จะรู้สึกว่าง่าย ผ่านไปได้แบบเร็วๆ แต่พอเป็นผู้ชายก็จะมีข้อความอีกหลายข้อ บางคนก็จะรู้สึกรำคาญว่าถามอะไรกันเยอะแยะถามแล้วถามอีก”

“เอาจริงๆ เราไม่ได้ถามแบบเต็มรูปแบบ เพราะมันต้องใช้เวลา แล้วเราก็ไม่ได้รับการฝึกให้ทำแบบเต็มรูปแบบ อาจเป็นจุดอ่อนที่ทำให้ขั้นตอนและผลการคัดกรองไม่ได้ใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่”

“คนในชุมชนมองว่า การดื่มไม่ใช่ปัญหา การดื่มเป็นเรื่องธรรมดาตามากๆ ไม่ใช่เรื่องผิด ไม่ใช่การเสพยาเสพติด ไม่ได้สร้างความเดือดร้อนให้ใคร แถมนางที่พอเราถาม ก็จะมีเสียงตอบกลับมาว่า กินมากกินน้อยก็ไม่เกี่ยวกับใคร มีเบียร์ซื้อ”

“เวลาถามเรื่องการดื่ม ก็จะมีการตอบกลับมาว่า ไม่ต้องถามหรอก ไปถามเรื่องยา (ยาเสพติด) หรือเรื่องที่เป็นปัญหาที่แรงๆ กว่าเถอะ”

“ถ้าเทียบกับภาระงาน และตัวชีวิตที่เรารับทั้งหมด อาจพูดได้ว่า คนไม่พอจริง เองง่ายๆ ว่า แค่งานคัดกรองโรคเรื้อรังปีละครั้ง จากเป้าหมายให้เราทำให้ได้ มันก็ต้องลงแรงกันมาก แต่ในช่วงปีสองปีที่ผ่านมา เราออกแบบการตามกันถึงบ้าน ด้วยความขยันของ อสม. และการเอาจริงเอาจังของทุกคน ทำให้เราสามารถคัดกรอง NCD ได้เกินร้อยละ 80”

“มีอยู่ 2 ส่วนที่เรารู้สึกคล้ายคล้ายคล้าว่า ไขตัวเดียวกับตัวชีวิตของ บสต. ที่เขาให้เราเก็บมัยไม่แน่ใจคะ แต่เราไม่เคยได้รับการอบรม หรือชี้แจงที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเก็บตัวชีวิตนี้”

“แม้เราจะถ่ายโอนไป อบจ. แต่ภารกิจเราก็ไม่เปลี่ยน งานดูแลสุขภาพคนในชุมชนของเราก็ยังดำเนินการอยู่”

บุคลากรที่ทำหน้าที่ไม่ได้รับการอบรม คิดว่าเป็นเรื่องยาก ไม่มีทักษะ

“ในระดับ รพ.สต. ของเราเองก็ไม่มีใครเคยได้รับการอบรมจริงจังเกี่ยวกับการคัดกรอง เคยให้ไปรับคำชี้แจงจากจังหวัด แต่ไม่ได้ฝึกอย่างจริงจัง ก็เลยคิดว่าไม่ต้องทำ ทำไปก็แค่นั้น ไม่รู้ทำยังไง”

“ในแบบประเมินก็คือให้เราถามตามข้อคำถาม แต่รายละเอียดคำแนะนำไม่มี เช่นเขียนว่า ให้ข้อมูล คำแนะนำ เราก็เลยแบบว่า ไม่ต้องทำดีกว่ามัย ค่อยถามตอนมาคัดกรองโรคเรื้อรังทีเดียว”

“ไม่เคยอบรมแบบเป็นทางการคะ นึกไม่ออกว่ามีแบบคัดกรองนี้ด้วย”

“ไม่ได้ใช้แบบคัดกรองนี้คะ เพราะในแบบคัดกรองโรคเรื้อรังมันก็มีข้อคำถามอยู่แล้ว มันซ้ำซ้อนกัน ถามอยู่แล้ว”

“คนที่ทำแบบคัดกรอง มีหลายแบบ แต่คนที่อยู่หน้างานคือคนทำจริง อยากรู้ได้แบบสั้นๆ ครบทุกอย่างในแบบคัดกรองอันเดียว จะได้ไม่ยุ่งยากกับคนทำงาน”

เป็นเรื่องส่วนตัว ละเอียดอ่อน ที่ไม่มีใครอยากให้อึ้ง

“ถ้าจะให้ถามแบบละเอียด ถามว่าตีแม่เท่าไร กับใคร ที่ไหน บางทีเขาอาจคิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัว เป็นความลับ ไม่อยากบอกก็ได้”

“แบบสอบถามที่มีข้อความถาม บางทีถ้ามันละเอียดมาก ทั้งคนถาม และคนถูกถามก็รู้สึกไม่สบายใจ”

คิดว่าได้ผลน้อย คนติดแล้วติดอีก เลิกยาก

“ส่วนใหญ่ คนที่อาการหนัก ก็ต้องไปบำบัด ที่เห็นคือ ออกมาจากบำบัดก็มากินอีก เหมือนคนติดยาแหละ แยกยาก”

“เราอยู่นามัย การบำบัดก็ต้องเป็น รพ. เพราะเป็นเรื่องการรักษา มันจะซับซ้อนกว่าเรา หน้าที่เราส่งต่อ แต่ว่าอยู่ที่คนกินเหล้าแหละ เขาจะคิดว่า ไม่เป็นไร ไม่หนักที่”

“ที่ระดับหนักๆ ก็จะยากนะ ถ้าให้ตีคือ ไม่ให้กิน ทำพรีอะได้ งานการทุกอย่างต้องไม่ให้มีการตีเลี้ยง ฉลอง บวช แต่งงาน งานศพ งานบุญ ปลอดภัยให้หมด”

การดำเนินงานในระดับ รพช.

“ในโรงพยาบาล ถ้าเป็นงาน ER (อุบัติเหตุฉุกเฉิน) เราก็ไม่ได้ทำการคัดกรอง นอกจากรายที่มีปัญหามาด้วยอุบัติเหตุรถชนกัน ล้มรถ ก็จะมีการดำเนินการเจาะหาปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด ซึ่งส่วนใหญ่ก็พบว่าเกิน แต่เราก็ไม่สามารถดำเนินการคัดกรอง บำบัดตามแนวทางปฏิบัติได้ เนื่องจากคนไข้อยู่ในสถานะที่ไม่พร้อม ไม่รับรู้ และงานอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องดำเนินการให้เขาปลอดภัยก่อน”

“ถ้ามา ER แล้วส่งต่อ ก็ไม่ได้ทำ ถ้าแอดมิทที่เรา หอผู้ป่วยในก็ดำเนินการต่อ แต่ถ้าไม่แอดมิท ก็ไม่ได้มีระบบการติดตามต่อ”

“งานผู้ป่วยนอกหรือ OPD ก็ไม่ได้คัดกรองตามแนวทาง ถ้าว่าไปจริงๆ แล้วเราก็เคยคุย และมีแนวทางปฏิบัติอยู่ แต่เอาหน้างานจริงๆ เราทำไม่ทัน คนคือเจ้าหน้าที่ไม่พอ คนไข้เยอะมากๆ”

“ANC เราก็ไม่ได้ทำค่ะ เพราะคนท้องแล้วตีมน้อย แต่ช่วงหลังเราพบว่าแม่ที่มาฝากท้อง ใช้สารเสพติดมากขึ้น ก็อาจจะต้องทำให้ครอบคลุมทั้งหมด”

“งานผู้ป่วยใน เรามีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการตีมนแอลกอฮอล์ รายที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยติดสุรา หรือผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางกาย อุบัติเหตุ เราก็จะซักประวัติการตีมสุรา ประวัติอาการขาดสุรา และใช้แนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐาน”

“งาน IPD ผู้ป่วยใน กรณีที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุรา เรามีการประเมินภาวะขาดสุราตามแนวทางที่เป็นข้อตกลงในการปฏิบัติ รพ.เรา ใช้ AUDIT และแนวทาง AWS เพราะเราถนัด และใช้มานานแล้ว”

“ในกรณีคนไข้ที่เข้ารับการบำบัดด้วยปัญหาสุราโดยตรง เราพบน้อย ส่วนใหญ่พบในคนไข้ที่มีปัญหาโรคทางกาย หรือคนไข้ที่มีปัญหาการตีมสุราในระดับรุนแรงที่มีอาการทางจิต หรือเกิดปัญหาภาวะถอนพิษสุรา จากการหยุดตีมทันที หรือหักดิบ และเมื่อเข้ามารักษาในโรงพยาบาล คนไข้ส่วนใหญ่จะไม่ยอมรักษาจนครบ ต้องใช้วิธีการพูดคุยทั้งกับคนไข้เองและญาติ”

“คนไข้ติดสุราที่รักษาที่เรา ก่อนจำหน่าย ก็จะมีการส่งไปคลินิกเลิกสุราทุกราย พยาบาลจิตเวชจะมีแนวทางการบำบัด และการดูแลต่อเนื่อง มีการนัดติดตามทุก 2 สัปดาห์”

“ในส่วนของคลินิกเลิกเหล้า เมื่อก่อนเราเจอปัญหาว่า OPD ไม่ได้แยกเคสที่มีปัญหาสุรามาให้ ทำให้คนไข้หลุด เสียโอกาส หรือส่งมาที่เราช้า เราเลยมีบริการให้ walk in เข้ามาที่คลินิกได้เลย กรณีที่เป็นเคสจาก OPD เราจะใช้ AUDIT หรือ ASSIST ในการคัดกรอง และดำเนินการ MI และกระบวนการพยาบาล ตามขั้นตอน กรณีใช้ AWS=4 ก็จะให้นอน รพ.”

“เคสที่ admitted ก่อนกลับบ้าน หมอจะส่งมา เราจะนัดติดตามทุก สัปดาห์”

“เรานำผลจากการร่วมประชุมกับทางที่มอจารย์ มาเป็นวาระพิจารณาในการประชุมของ รพ.สต.ว่าจะทำงานวิจัยร่วมกันมั้ย เจ้าหน้าที่ที่เราเคยมีประสบการณ์ทำงาน CQI เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค เราพบว่าทำให้คนในชุมชนเราปลอดภัยมากขึ้น มติก็เลยเป็นเอกฉันท์ว่า ทำดีกว่าไม่ทำ”

“การร่วมโครงการกับมหาวิทยาลัย ทำให้เราได้ความรู้ และโครงการนี้ทำต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ปี ทั้งเจ้าหน้าที่ ทั้ง อสม. เราได้พัฒนาตัวเอง”

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในการเข้ารับบริการคัดกรอง ส่งต่อเพื่อการบำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยด้านผู้ป่วยและครอบครัว

จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ ผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา ครอบครัว และชุมชน ในการเข้ารับบริการคัดกรอง บำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม พบข้อมูลที่สำคัญคือ มีปัญหาจากการดื่มสุรา ครอบครัว และชุมชน มองว่า การดื่มสุราเป็นเรื่องปกติ โดยเฉพาะมุมมองของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา และมุมมองจากผู้นำชุมชน หรือคนส่วนใหญ่ในชุมชน ส่วนมุมมองของญาติของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา มีความเห็นว่า การดื่มจะเป็นปัญหา เมื่อมีผลกระทบต่อสุขภาพ และกระทบกับครอบครัว ความรุนแรง คนในครอบครัว ผลกระทบต่อการทำงาน และเศรษฐกิจ

การรับรู้อันตรายจากการดื่มของผู้ป่วย ยังเข้าใจว่า การดื่มในระดับน้อย มีประโยชน์ ดื่มทุกวันเพื่อเจริญอาหาร คลายเครียด ทำให้หลับได้ดีขึ้น ดื่มเพื่อให้มีแรงทำงาน ดื่มเพื่อเข้าสังคม

สำหรับการเข้ารับบริการคัดกรอง บำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ผู้ป่วยและญาติมีความเห็นว่า การคัดกรองยังไม่มีผลจำเป็นสืบเนื่องจากการรับรู้ว่าการดื่มไม่ใช่ปัญหา แต่เมื่อมีการดื่มในระดับที่เป็นปัญหา และได้รับการบำบัดอย่างย่อ จนยอมรับ และเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการคัดกรอง แต่มีข้อจำกัดในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่กับภรรยาตามลำพัง ไม่มีลูกหลานอยู่ด้วย และภรรยาต้องทำงาน ก็จะเลือกไม่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เพราะกลัวว่าจะขาดรายได้ เนื่องจากต้องมาเฝ้าหรือดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้มีปัญหาจากการดื่มไม่ยอมเข้ารับบริการคัดกรอง หรือบำบัดในโรงพยาบาล เนื่องจากกลัวว่าจะถูกมองว่าเป็นคนติดยา หรือเป็นโรคทางจิตเวช เนื่องจากอาการหรือดึกที่บำบัดสุราอยู่แผนกเดียวกับงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ทำให้รู้สึกที่ไม่เข้าไปดีกว่า หรือเมื่อถูกส่งไปที่แผนกนี้ก็จะปฏิเสธ หรือขอผลัดไปก่อน

ประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยในภาวะถอนพิษสุราและมีอาการ ภาวะ delirium หูแว่ว ประสาทหลอน และผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการสร้างการรับรู้ใหม่ว่ากระบวนการบำบัดโดยการจำกัดพฤติกรรมเป็นการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วย และคนอื่นๆ ไม่ให้ได้รับอันตราย ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีภาพจำทางลบในกระบวนการเข้ารับบริการบำบัด และปฏิเสธการเข้ารับบริการคัดกรอง การบำบัดได้ ดังปรากฏข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

ทัศนคติและการรับรู้ของผู้ป่วย

“ผมไม่ใช่ดื่มแบบหามรุ่งหามค่ำ ดื่มตอนเลิกงาน ให้พอกินข้าวได้ ให้หลับได้”

“เข้าๆ ถ้าไม่ได้ดื่ม ก็จะทำงานไม่รอด มันเหมือนไม่มีแรง พอได้ดื่มสัปดาห์ก็จะรู้สึกดีขึ้น ทำงานได้”

“ลุงมีอาการชาขา มือชา ซีกนึ่ง เพราะว่าขับรถไถมานานหลายสิบปี มันต้องใช้ขามาก ใช้แรงกด ใช้มือมาก”

“ไม่ได้กินมาก ทีละเป็กสองเป็ก กินพอเป็นกระษัย ให้กินข้าวได้”

“คนบ้านเรามันต้องกินเหล้าแหละ กินมานานแล้ว มีงานมีการถ้าไม่มีเหล้าก็ใช้ไม่ได้ เพื่อนว่าขี้เนียน (ขี้เหนียว)”

“คนกินเหล้าเราจะรู้ว่ากินแคไหน เราก็กินให้พอทำงานได้ ไม่อันตราย กินเป็นยาชูกำลัง”

“ไปตรวจที่ รพ. หมอให้ไปที่คลินิกเลิกเหล้า ผมเห็นป้าย จิตเวช ยาเสพติด ตกใจ สากแล้ว เดี่ยวใครเห็นเขาอีว่า ไอ้นี้แก่แล้ว เล่นยาเหลย (อีก) ไม่หาญไป ขอหลบบ้านหว่า”

“เคยนอนโรงพยาบาล... มีอาการชัก ตอนอยู่โรงพยาบาล เขาจับมัดมือมัดตีน ผมกลัว ไม่ไปแล้วโรงพยาบาลนี้ ทำปรี้อทำปรี้อกะไม่ไปแล้ว (ทำยังไง ก็ไม่ไปแล้ว) กลัว”

“ไปรักษาโรคเส้นเลือดสมองตีบ จากโรงพยาบาลในจังหวัด หมอส่งกลับมา ให้รับยาที่ รพ.แค่บ้าน (ใกล้บ้าน รพ.ช.) ก็มารับยาอย่างเดียว ที่โรงพยาบาลไม่ได้ส่งไปแผนกที่ให้เลิกเหล้า เราก็กินเขาแล้ว ไม่เห็นเขานัดหรือทำอะไรต่อ”

“ตอนเริ่มกินใหม่ๆ มันหนุก กล้า ใครกินมาก เขาบอกว่าแน่ เลยกินจนติด ผมกินมาก เร่ร้อนหา งานทำไปเรื่อยๆ จนมีปัญหา เมียเลิก แต่ยังไม่เลิกเหล้า ตอนนี้อยู่กับแม่ ช่วยตัดยาง แม่เป็นคนทำให้ผมคิดได้ แก่ไม่เคยว่าผมเลย ต่อให้ผมเมาแบบหมาเลียวาน ก็ไม่เคยหลงหยาบกับผม วันที่ผมกินหนัก อวกน่าว่าไอ้ไม่รอดแล้ว แกตกใจ แขนเรียกให้ญาติพาผมไปโรงพยาบาล”

ทัศนคติและการรับรู้ของญาติ

“ตอนดื่มน้อยๆ ก็ยังไม่เป็นไร พอดื่มมากขึ้น ดื่มทุกวัน จนมีอาการ ครั้งแรกจำได้ว่าลุงแก่ไม่กลับบ้าน เอารถไปตั้งแต่หัวรุ่ง บอกว่างานติดกันหลายวัน นอนที่หน้างานกับลูกน้อง ผ่านไป 3 วัน พอเย็นวันที่ 4 มีคนมาตามป่า บอกว่าไม่รู้ลุงเป็นอะไร พูลง เรียกไม่รู้สิ ป่าก็รีบไป แกจำป่าไม่ได้ รับส่งโรงพยาบาล หมอบอกว่าต้องเลิกเหล้า แต่ก็ยังไม่เลิก กลับมากินอีก ช่วงหลังกินมากขึ้น บอกว่าเครียด เราเจอปัญหาหลายเรื่องทั้งเรื่องลูก ลุงก็ยิ่งดื่มหนัก ให้ไป รพ. ตรวจสุขภาพ ก็ไม่ไป แกก็บอกว่าที่เป็นลมวันก่อนไม่เกี่ยวกับเหล้า เป็นเพราะโหมงานมาก นอนไม่พอ ไม่รู้จะทำอย่างไร”

“ช่วงหลัง กินข้าวไม่ค่อยได้ กินเหล้ากับเพื่อนทุกวัน ไม่มีแรง แต่ไม่รู้ว่าจะทำยังไง อยู่กันสองคนตาย ป้าต้องไปขายข้าวแกง ก็เลยให้แกใส่แอมเพรส นอนอยู่ที่บ้าน เพราะถ้าพาไปโรงพยาบาล ป้าก็ต้องหยุดขายข้าวแกง ไม่มีเบี่ยจ่าย หนี้สินเราก็ต้องจ่าย”

“พอกินเหล้ามาก ก็กระทบ สุขภาพไม่ดี ทำงานไม่ได้ รถไถก็ต้องขาย เอามาใช้หนี้ เลยไม่มีเครื่องมือทำมาหากิน ไม่รู้ทำอะไร ดีที่ยังพอได้เบี้ยผู้สูงอายุ กับบัตรสวัสดิการ ได้ซื้อข้าวสาร น้ำปลา พอได้อยู่ไปวันๆ”

“มันกินหนัก กินจนเมียมันท่วม แม่กะไม่รู้จะทำปรี้อ หลบจากงานมาแบบหมดสภาพ กินจนเหล้าเข้าใน ตัว ชัก เป็นลม พาไปโรงพยาบาล บำบัด หยุคได้ 6 เดือนแล้ว แม่กะกาด (บน ภาวนา) ว่าให้เลิกให้ได้”

ทัศนคติและการรับรู้ของชุมชน

“การดื่มในงานบุญ งานรื่นเริง เป็นวัฒนธรรมที่ทำให้เห็นว่า เรามีการช่วยเหลือเกื้อกูล มันมีมานานแล้ว จะให้เลิกเสียทีเดียวคงยาก อาจจะต้องค่อยเป็นค่อยไป และควรมีการให้ความรู้ในปริมาณการดื่มว่าดื่มแค่ไหน ไม่อันตราย แบบนี้น่าจะดีกว่า”

“จะไม่ให้มีเหล้า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนเลย คงยาก เพราะมันมาพร้อมกับความหมายของความเพื่อน เป็นญาติ งานไหนๆ ก็มีเหล้า”

“จะว่าไปแล้ว ถ้าดื่มแบบพอดี ไม่ได้ทำให้ใครเดือดร้อน ยิ่งดีกว่าการที่เขาเสพยา มันอันตราย แต่ต้องรู้ว่าดื่มแค่ไหน ถ้าดื่มมากไปต้องมีคนช่วยพากลับบ้าน”

“ชุมชนเรามีการเลี้ยงวัวชน เป็นเรื่องที่ชุมชนให้ความสำคัญ ทั้งเด็กวัยรุ่น ทั้งผู้ใหญ่ เลี้ยงเป็นอาชีพสร้างรายได้ ก็ว่าได้ ในวิธีการเลี้ยงวัวชนก็มีเหล้า พนัน มันก็เป็นแบบนี้”

“เราส่งเสริม OTOP เราก็มีโรงต้มเหล้าหลายแห่ง รสชาติดีกว่าที่ทำจากโรงงาน คนที่ซื้อเหล้าที่หุงในชุมชนบอกว่า หอม หวานกว่าเหล้าโรง ราคาถูกลงกว่า ร้านที่ขายเหล้าพื้นบ้าน ก็จัดที่จัดทาง มีที่นั่งให้ด้วย กินก่อน ค่อยจ่ายปลายเดือนก็ได้ ดีกว่าหลายอย่าง ทำให้คนรุ่นวัยกลางคนถึงผู้ใหญ่ คนแก่นิยม”

“วัยรุ่นกับผู้ใหญ่กินเหล้าไม่เหมือนกัน เด็กๆ กินแล้วขาดสติ ไปทำโน่นทำนี่ ตามที่เห็นในข่าว แต่วัยรุ่นเรากินกับเพื่อนแล้วกลับบ้าน กินเป็นยา ให้มีแรงทำงาน ให้อ่อนหลับ ให้ได้พบเพื่อน ไม่กินเพื่อนไม่คบ”

2. ผลจากการพัฒนารูปแบบการคัดกรอง การส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน

หลังจากการวิเคราะห์สถานการณ์ และข้อจำกัดของการคัดกรอง การส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน ทีมวิจัยได้ดำเนินการคืนข้อมูล ให้กลุ่มของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับ

การคัดกรอง การส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน โดยใช้วิธีการระดมสมอง กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผอ.รพ.สต. ผู้รับผิดชอบงานสุราของ รพ.สต. อสม. ผู้ใหญ่บ้าน พยาบาลคลินิก เลิกเหล้า รพช. ทำให้ได้รูปแบบของการคัดกรองและส่งต่อดังนี้

1. **การสื่อสารให้บุคลากร รพ.สต. และให้ความเห็นต่อการคัดกรองเชิงรุก** การสื่อสารในกลุ่มบุคลากร จากโครงสร้างการทำงานของ รพ.สต. ทุกแห่งจะมีประเภทของบุคลากร ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้ ผอ.รพ.สต. 1 คน เป็น นักวิชาการสาธารณสุข หรือพยาบาลวิชาชีพ สำหรับ รพ.สต. ที่มีความพร้อมในระดับสูงที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มี ผอ.รพ.สต. เป็นนักวิชาการสาธารณสุข และ ผอ.รพ.สต. เป็นหัวหน้าทีมหลักในการดำเนินการวางแผนการคัดกรอง และการบำบัดแบบย่อ ตามกระบวนการของงาน ทั้งนี้ ในส่วนของโครงสร้างการบริหารงานทุก รพ.สต. การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์ ถูกกำหนดไว้ในงานส่งเสริมสุขภาพ ใน รพ.สต. ทั้ง 3 แห่ง มีผู้รับผิดชอบคือ พยาบาลวิชาชีพ โดยทำงานร่วมกับทีม อสม.

2. **การสื่อสารกับผู้นำและสมาชิกในชุมชนให้รับรู้ว่า จะมีการคัดกรองสุรา** ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง เนื่องจากสภาพปัญหาที่ชุมชนทุกแห่งประสบเหมือนกัน คือปัญหาเรื่องการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชน การสื่อสารให้ชัดเจนว่า ทีม อสม. จะลงไปคัดกรองการดื่มสุรา จะทำให้การทดลองนำรูปแบบนี้ไปใช้ มีความเป็นไปได้มากขึ้น ทั้งสามชุมชนใช้เวทีการประชุมคณะกรรมการหมู่บ้านเป็นช่วงเวลาในการสื่อสาร โดยทีมวิจัยได้เข้าร่วมชี้แจงด้วย ในปฏิบัติการดังกล่าว ทำให้คณะกรรมการชุมชนรับรู้ตระหนัก เห็นความสำคัญ และเห็นประโยชน์ของการคัดกรองในระดับชุมชน

3. **การเตรียม พัฒนาศักยภาพผู้คัดกรองโดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ และการลงมือปฏิบัติ**

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่พบข้อจำกัดของการคัดกรอง ด้านบุคลากร คือ บุคลากรไม่เคยได้รับการพัฒนาศักยภาพในการคัดกรอง และการให้การปรึกษาและบำบัดอย่างย่อ ส่งผลให้ไม่ได้ทำการคัดกรองโดยคัดกรองเฉพาะข้อคำถามที่อยู่ในแบบคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ทีมวิจัยและผู้เกี่ยวข้อง มีความเห็นร่วมกันในการอบรมเชิงปฏิบัติการที่เน้นทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจทั้งในเครื่องมือคัดกรอง ความรู้ และการปฏิบัติการให้การปรึกษาและบำบัดอย่างย่อ ตามมาตรฐาน

4. **การเตรียมทีมชุมชน เพื่อการช่วยเหลือ ฟื้นฟูสภาพ หลังการบำบัด**

จากการคืนข้อมูลและออกแบบการพัฒนาการคัดกรอง ส่งต่อ รับจากโรงพยาบาลหลังบำบัด โดยการสำรวจกลุ่มในชุมชนที่จะให้การดูแลผู้บำบัดให้มีอาชีพ พบว่า กลุ่มของศูนย์เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง มีความพร้อมในการให้การช่วยเหลือ กรณีมีผู้บำบัดสุราต้องการมาฝึกอาชีพ สร้างอาชีพใหม่จากการเกษตร หรือร่วมเป็นกลุ่มผู้ผลิตที่ทำให้มีรายได้พอที่จะดูแลตนเองเป็นค่าอาหารในแต่ละวันได้ นอกจากนี้การให้การดูแลให้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยเข้าไปร่วมกิจกรรมกับวัด ในสถานีสสุขภาพ (Health Station) และมีระบบช่วยเหลือจากชุมชนในการปกป้องผู้ที่ต้องการเลิกดื่ม ไม่ให้มีอาการชกชวน หรือการจัดเครื่องดื่มให้ เนื่องจากเป็นผู้ที่ต้องอยู่ในความดูแลของชุมชน เพื่อให้เป้าหมายการเลิกดื่มมีความสำเร็จ

การเปรียบเทียบให้เห็นเครื่องมือทั้งสองเครื่องมือ ในระบบ JHCIS

1. แบบคัดกรองแอลกอฮอล์ ในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เครื่องมือในการคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ของ รพ.สต. จะถามประวัติการดื่มแอลกอฮอล์เฉพาะในผู้ป่วย NCD ที่มารับบริการ และในการคัดกรอง NCD ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป แสดงให้เห็นว่า กลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี จะไม่ได้รับการคัดกรอง

ประเด็นที่ 2 ข้อคำถามในการคัดกรอง เป็นการถามดังนี้ 1 = ไม่ดื่ม (ไม่ดื่มในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา) 2 = ดื่มนานๆ ครั้ง (ดื่ม 1-3 วันต่อเดือน หรือ 1-11 วันต่อปี) 3 = ดื่มเป็นครั้งคราว (ดื่ม 1-4 วันต่อสัปดาห์) 4 = ดื่มเป็นประจำ (ดื่ม 5-7 วันต่อสัปดาห์) 9= ไม่ทราบ

ชื่อแฟ้ม (31)		NCDScreen		version 2.3 (ตุลาคม 2560)				
นิยามข้อมูล		ข้อมูลการให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงสำหรับผู้ที่มารับบริการ และประวัติการได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ โดยยังไม่เป็นผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง กรณีเป็นผู้ป่วยเบาหวานต้องทำการคัดกรองความดันโลหิตสูง หรือกรณีเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องคัดกรองเบาหวาน ยกเว้นเป็นผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแล้วไม่ต้องทำการคัดกรอง						
ลักษณะแฟ้ม		<input type="checkbox"/> แฟ้มสะสม <input type="checkbox"/> แฟ้มบริการ <input checked="" type="checkbox"/> แฟ้มบริการทั้งสำรวจ <input checked="" type="checkbox"/> รพ.สต. <input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input checked="" type="checkbox"/> รพท. <input checked="" type="checkbox"/> รพค. <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ :						
หน่วยงานที่บันทึก		1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล						
ขอบเขตข้อมูล		1. กรณีของการให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ						
เวลา/รอบที่ทำการบันทึก		2. กรณีของการสำรวจ ให้บันทึกข้อมูลทุกครั้งที่ทำกรสำรวจข้อมูลประชากรที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ที่ไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น						
หมายเหตุ		- การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 1 ครั้ง จะมี 1 record โดยการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ทำการคัดกรองครั้งเดียวกัน จะอยู่ใน record เดียวกัน และการติดตามผู้ที่พบความเสี่ยง (ยังไม่เป็นโรค) ก็จะมีบันทึกในแฟ้มนี้ด้วย						
		- กรณีบันทึกข้อมูลการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้บันทึกเฉพาะแฟ้ม NCDScreen เท่านั้น						
นิยามที่เกี่ยวข้อง		- ผู้มารับบริการคัดกรองโรค หมายถึง ทั้งที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบ						
No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
1	รหัสสถานบริการ	รหัสสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน	✓	HOSPCODE	Y	C	5	Y
2	ทะเบียนบุคคล	ทะเบียนของบุคคลที่มีทะเบียนในสถานบริการนั้นๆ ใช้สำหรับเชื่อมโยงหาตัวบุคคลในแฟ้มอื่น ๆ (สามารถกำหนดได้ตั้งแต่ 1-15 หลัก)	✓	PID	Y	C	15	Y

No (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	ควรบันทึก (4)	NAME (5)	PK (6)	TYP E (7)	WIDTH (8)	NOT NULL (9)
3	ลำดับที่	ลำดับที่การบริการที่กำหนดโดยโปรแกรมเรียงลำดับไม่ซ้ำกัน มีความหมายเท่ากับ 1 visit หมายเหตุ : โภจรณินที่มารับบริการ (visit) หลายครั้งใน 1 ครั้ง ให้มีลำดับการให้บริการเป็น ตัวเลข เดียวกัน	✓	SEQ		C	16	
4	วันที่ตรวจ	วันเดือนปีที่ตรวจ กำหนดเป็น ค.ศ.(YYYYMMDD) YYYY =ปีค.ศ. ,MM=เดือน 2 หลัก 01-12,DD=วันที่ 2 หลัก 01-31 หมายเหตุ : กรณีที่บันทึกข้อมูลย้อนหลัง ให้เปลี่ยนวันกลับเป็นวันที่รับบริการจริง	✓	DATE_SERV	Y	D	8	Y
5	บริการใน-นอกสถานบริการ	1 = ในสถานบริการ , 2 = นอกสถานบริการ	✓	SERVPLACE		C	1	Y
6	ประวัติสูบบุหรี่	1 = ไม่สูบ, 2 = สูบนานๆครั้ง, 3 = สูบเป็นครั้งคราว, 4 = สูบเป็นประจำ, 9 = ไม่ทราบ		SMOKE		C	1	
7	ประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1 = ไม่ดื่ม (ไม่ได้ดื่มในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา), 2 = ดื่มนานๆครั้ง (ดื่ม 1-3 วันเดือน หรือดื่ม 1-11 วันปี), 3 = ดื่มเป็นครั้งคราว (ดื่ม 1-4 วันสัปดาห์), 4 = ดื่มเป็นประจำ (ดื่ม 5-7 วัน สัปดาห์), 9 = ไม่ทราบ	✓	ALCOHOL		C	1	
8	ประวัติเบาหวานในญาติสายตรง	1 = มีประวัติเบาหวานในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ		DMFAMILY		C	1	
9	ประวัติความดันสูงในญาติสายตรง	1 = มีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรง, 2 = ไม่มี, 9 = ไม่ทราบ		HTFAMILY		C	1	
10	น้ำหนัก	น้ำหนัก (กก.) จุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง	✓	WEIGHT		N	5	Y
11	ส่วนสูง	ส่วนสูง (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	HEIGHT		N		Y
12	เส้นรอบเอว (ซม.)	เส้นรอบเอว (ซม.) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	WAIST_CM		N		Y
13	ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 1	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	SBP_1		N		Y
14	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 1	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 1 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก	✓	DBP_1		N		Y
15	ความดันโลหิต ซิสโตลิก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ซิสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		SBP_2		N		
16	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก ครั้งที่ 2	ความดันโลหิต ไดแอสโตลิก การวัดครั้งที่ 2 (มม.ปรอท) ระบุเป็นตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก		DBP_2		N		

2. แบบคัดกรอง ASSIST-7

The screenshot shows the ASSIST-7 screening tool interface. At the top, there's a header with patient information: JHCIS V 3.99.00-PHR-E-Alert-P:3-33-17 (12 มิถุนายน 2567), ชื่อ:นางกัญญา พูนแสง, นามสกุล:นางกัญญา พูนแสง, อายุ: 29 ปี, เพศ: หญิง, สัญชาติ: ไทย, ศาสนา: ไม่มี, สถานะสมรส: มีคู่สมรส, ที่อยู่: 77 หมู่ 5 ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. The main area contains a list of screening questions with checkboxes, such as '18600 ผู้มารับบริการไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดชีวิตที่ผ่านมา' and '18601 ผู้มารับบริการเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่เลิกดื่มมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป'. A red star highlights the 'Refer' field. At the bottom, there's a table with columns for 'วันที่รับบริการ' and 'ผลการคัดกรอง', showing results for dates 22 ธ.ค. 2566, 4 ม.ค. 2566, and 6 ม.ค. 2565. A large red star is placed over the 'Refer' field in the patient information section.

การแสดงให้เห็นผู้เกี่ยวข้องกับการคัดกรองได้เห็นความแตกต่างและประโยชน์ของการคัดกรองที่สำคัญคือ การแปลผลจากการคัดกรอง ซึ่งจะทำให้ผู้ทำหน้าที่คัดกรองได้เห็นความสำคัญของการถามข้อคำถามทั้ง 7 ข้อ ในแบบคัดกรอง ASSIST ว่า ทุกข้อมีความสำคัญ และมีประโยชน์ในการสื่อสารหรือบอกกับผู้ถูกคัดกรอง

การอบรม สาธิต ฝึกปฏิบัติ

กรณีตัวอย่าง ในการอบรมเพื่อสร้างแรงจูงใจและให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Motivation Advise: BMA/BA)

สำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุข

ลุงหอย อายุ 63 ปี ภรรยาเสียชีวิตไป 2 ปี ลุงหอยติดเหล้ามาห้าปี 2 ปีหลังจากภรรยาเสียชีวิต ต่ำหนักกว่าเดิม ต่ำเหล้าที่ผลิตและขายในชุมชน (เหล้าขาว) ทุกวัน อย่างน้อยวันละครึ่งแบน ลุงหอยมีโรคความดันโลหิตสูง เคยไปหาหมอ แต่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ลูกสาวและญาติพี่น้องพยายามพูด บอกให้เลิกดื่ม แต่ลุงหอยก็ไม่เลิก พี่เป็ด เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน มีหน้าที่ติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคความดันโลหิตสูง และแจ้งให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทราบข้อมูล พี่เป็ดจึงมาที่บ้าน ลุงหอย เห็นลุงหอยกำลังนั่งกินคอหมูย่าง ช่างๆ มีแก้วเหล้าขาววางอยู่ ระหว่างเดินเข้าบ้าน ด้านข้างๆ มีคอกวัวชน วัวกำลังเคี้ยวหญ้าเขียวๆ เต็มปาก

อสม. เป็ด “สวัสดีค่ะลุงหอย วัวชนลุงหอยมีหญ้าสวยๆ กิน ลุงขยันจังเลยไปตัดหญ้ามาให้วัว แกรมดูแลมันดินนะ ตัวสะอาด เขาสวย ดูแข็งแรงจังเลย (ชม เพื่อสร้างสัมพันธภาพ อย่างรวดเร็ว) ช่วงนี้ลุงเป็นอย่างไรบ้างครับ” (ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อหาข้อมูลต่างๆ ไปเพิ่มเติม มักใช้คำถามปลายเปิด เช่น เพราะอะไรอย่างไร สองเล่าให้ฟังหน่อย)

ลุงหอย “เหมือนเดิม ก็คืออยู่”

อสม. เป็ด “ลุงหอย ดูเหมือนเดิม แล้วที่ว่า ดี อยู่นี้ดียังไงละลุง”

(ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติม)

ลุงหอย “ก็แบบเดิม กินๆ นอนๆ ไม่มีใครเขาอยากยุ่งด้วย”

“เพราะอะไร ลุงถึงคิดว่า ไม่มีใครอยากยุ่งด้วย”

(ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติม)

ลุงหอย “ก็ทำอะไรกับเขาก็ไม่ค่อยได้ จะทำเขาก็ห้าม เขาก็บ่น กลัวเกะกะเขามั้ง มือไม้ มันก็สั้น

หยิบ

จับอะไรก็ไม่ค่อยมีแรง”

อสม. เป็ด “ลุงมีความตั้งใจอยากช่วยครอบครัวนะ ดีมากๆ เลย

(ชม สิ่งดีๆ ที่ทำอยู่ เพื่อเสริมแรงจูงใจให้มั่นคง หนักแน่นมากขึ้น และเสริมแรงใจให้ทำต่อเนื่อง) แล้วที่มือสั้น ไม่ค่อยมีแรงนี่ลุงคิดว่า เกี่ยวกับอะไร”

(ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อชี้ให้เห็นปัญหา)

ลุงหอย “ก็จะอะไรละ ไม่กินมันยิ่งสั้น พอกริบไปมันยังหยิบจับอะไรได้บ้าง”

อสม. “อะไรที่ยังทำให้ลุงอยากช่วยทำโน่นทำนี่ให้ครอบครัว”

(ถามถึงสิ่งที่เป็นแรงใจ สิ่งยึดเหนี่ยวของชีวิต)

ลุงหรอย “ก็มันหลายคน อีตัวน้องมันเล็กกันกับพี่มัน ถ้าไม่ช่วยหา ไอ้ตัวเอียด (หลาน) กะไม่รู้เอาไรรง่าย เราอีไม่แลมันก็ไม่ได้”

อสม.เปิด “แสดงว่าลุงหรอย ห่วง และรักหลานๆ นะคะ เก่งจังเลย

(ชม ความห่วงใยที่มีต่อหลาน ตอกย้ำ แรงจูงใจโดยใช้สิ่งยึดเหนี่ยว)

“ถ้ามือไม้ลุงไม่สั่นแล้วมีแรง ทำให้ลุงทำงานได้มากขึ้นม่าย ลุงคิดพันพริ้อ”

(ถาม เพื่อให้เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสีย)

ลุงหรอย “มันก็คงคืออยู่หรงอก คงช่วยหาเบี้ยได้มากหวานี้ แต่อย่ามาบอกให้ลุงเลิกกินเหล้านะ”

อสม.เปิด “ลุงมีความคิดอยากช่วยหาเงิน ขณะเดียวกันลุงก็ยังไม่อยากเลิกเหล้า

ลุงว่าระหว่างงดหรือลดบ้างจะช่วยให้มีเงินเหลือขึ้นใหม่” (ถาม เพื่อให้เปรียบเทียบ ข้อดี และข้อเสีย)

ลุงหรอย “.....” ลุงหรอยเงียบไป

อสม. เปิด “ถ้าลุงหรอย ต้องการลด ละ ลุงบอกได้เลยนะ มีหลายวิธีอยู่ ใช้แพทย์แผนไทย ยาสมุนไพร ที่อนามัยก็ได้ หรือวิธีอื่นๆ ก็มีนะ ใช้สิทธิได้นะลุง ก็นำลงนะ ถ้าลุงอยากลองก็บอกได้เลย (แนะนำแบบมีทางเลือก)

เออ ว่าแต่ว่า จะขอวัดความดันลุงหรอยสักหิด ลุงเดินไปที่แคร่สักเดี่ยวนะ

วัดความดันเลือดลุงหรอย ได้ 158/98 มิลลิเมตรปรอท

อสม.เปิด ลุงหรอย “ลุง ความดันลุงได้ 158/98 สูงอยู่นะลุง ปกติความดันคนทั่วไป จะประมาณ

120/80

ลุงหรอยมีปวดหัว หน้ามืด หรืออาการอื่นๆ บ้างไหม”

(ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติม)

“ก็ มีปวดที่ท้ายทอยบ่อยๆ อยู่”

“อืม...ที่ความดันลุงหรอย 158/98 มีปวดท้ายทอยบ่อยๆ ลุงหรอย คิดว่าจะเกี่ยวกับเรื่อง เหล้าที่ลุงกินทุกวันม่าย” (ตั้งคำถามเพื่อให้คิด กระตุ้นแรงจูงใจให้ เกิดความลังเลใจ)

ลุงหรอย “.....” ลุงหรอยไม่ตอบ

อสม.เปิด : “ยังไง เรามาดูแลเรื่องความดันของลุงหรอยกันก่อนดีกว่านะ อาการปวดท้ายทอย บ่อยๆ จะได้ลดลงด้วย ลุงหรอย ว่าพริ้อ”

(ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อตรวจสอบระดับแรงจูงใจในเรื่องการดูแลสุขภาพ)

ลุงหรอย “อีให้ทำพริ้ออะ”

อสม.เปิด “ถ้าพันนั้น ต่อเช้า (พุงนี้) หัวเช้า (ตอนเช้า) เปิดจะมาพาลุงหรอยไปอนามัยหาหมอก่อนนะ จะได้ตรวจความดัน อีกทีด้วย ลุงกินข้าว แล้วคินนี้ลุงนอนหัวค่ำหิดนะ จะได้พักผ่อนให้เต็มที่เผื่อความดันจะดีขึ้นด้วย (บอกข้อตกลงและให้คำแนะนำ) เตี่ยวน้องเปิดต้องไปบ้านยายเนียนต่อ ไปแลแกสักหิด แกเป็นความดันเหมือนกัน ไปก่อน นะลุง สวัสดีค๊ะ”

ขั้นตอนการคัดกรองปัญหาจากการตีแมลกอฮอลล์

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ที่ จะทำการคัดกรอง หรือสัมภาษณ์ก่อน การสร้างสัมพันธภาพกับ คนในชุมชน สำหรับ อสม. ที่เป็นคนสัมภาษณ์ จะไม่ใช่เรื่องยาก เพราะเป็นคนที่รู้จักกันดี จึงใช้คำทักทาย ด้วยน้ำเสียงที่เป็นมิตร เช่น

“ลุงเชียร ทำไหรอยู่คะ”

“ลุงขาว แลกวา (เมื่อวาน) ไปงานศพที่ป่าเลยม่าย เห็นนั่งอยู่กับลุงดำ แต่ว่าฉันแซบ (รีบ) เลยไม่ได้ไปทัก”

หรือหากเป็นที่บ้านของผู้ที่เราจะสัมภาษณ์ หากไปถึง เขาทำงานอยู่ เช่น เก็บผัก รดน้ำต้นไม้ ถางหญ้า (ดายหญ้า) ก็ชื่นชมที่เขาทำงาน

“หยันจ้ง (ขยันจ้ง) นะลุงพร้อม”

“ลูกแดง (แดงวา) นิ่งามจ้งนะป่าพริ้ม ต้นใส่ไอ้ไหร (ใส่ปุ๋ย หรือใส่อะไร)”

การสร้างสัมพันธภาพ อาจใช้วิธีการพูดคุยเรื่องต่างๆ ไป สั้นๆ แสดงท่าที ที่จริงใจ เป็นมิตร เพื่อให้ผู้ที่ จะถูกสัมภาษณ์รู้สึกอยากคุยด้วย จะช่วยให้เกิดความไว้วางใจ และได้คำตอบที่เป็นจริง

2. ให้ผู้ที่ จะถูกสัมภาษณ์เลือกสถานที่ ที่คิดว่านั่งสบาย ไม่มีสิ่งรบกวน และได้ยินเสียงชัดเจน ผ่อนคลาย เป็นพื้นที่เปิด ในประเด็นนี้ เป็นิ่งที่ผู้คัดกรองสะท้อนให้เห็นว่ามีความสำคัญ ทั้งผู้สัมภาษณ์ และผู้ถูกสัมภาษณ์ และหากเป็นไปได้ ไม่ควรไปคนเดียว (เพิ่มเติมเรื่องความปลอดภัยร่างกาย ทรัพย์สิน ชื่อเสียง กาลเทศะ ฯลฯ)

3. ขณะเริ่มทำการสัมภาษณ์ผู้ทำการคัดกรองควรนั่งระดับเดียว ทำมุมเฉียง หรือ 90 องศา ไม่ควรนั่งเผชิญหน้า หรือ สายตามองผู้ให้คำสัมภาษณ์ แสดงท่าทีให้เห็นว่าเรากำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูด

4. ระมัดระวังการใช้คำที่แสดง หรือมีความหมายในเชิงการตัดสินถูกผิด ดี ไม่ดี ในคำตอบที่เป็น การแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก

5. ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์ และแสดงความเห็นอก เห็นใจ

6. บอก ให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับ ข้อมูลที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ว่า ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ และ สิ่งที่เป็นความลับ จะมีการเก็บรักษาเป็นอย่างดี

7. การคัดกรองมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความต้องการที่แท้จริง ของการรักษา ไม่แสดงการตัดสินผู้ป่วย และใช้เทคนิคการ สร้างแรงจูงใจ ค้นหาข้อมูลด้านการเสพติดก่อนการค้นหา ภาวะโรคจิตเวชร่วม

และให้ผู้ป่วยประเมินตนเองตามปัญหา ที่สอดคล้องกับข้อมูลที่มาับการรักษา การจำแนกผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ที่เหมาะสม รวมทั้งเรื่องของ การเข้าถึงแหล่งให้การช่วยเหลือ ที่เหมาะสมด้วย

จากข้อมูลในขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่ากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการคัดกรองยังไม่มี ความเข้าใจในการคัดกรองและให้การปรึกษาและบำบัดอย่างย่อ โดยในการคัดกรองพบว่า ทศนคติต่อการคัดกรอง เป็นเรื่องสำคัญ เมื่อทีมวิจัยและวิทยากรได้ให้ความรู้และความสำคัญของการคัดกรอง รวมถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ทั้งต่อต้งผู้ตี้ม ครอบครัว ชุมชน โรงพยาบาล แล้ว จะทำให้ผู้ทำหน้าที่คัดกรอง เห็นคุณค่าและ ความสำคัญของการคัดกรองมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานการคัดกรอง ตามบริบทของ รพ.สต. ยังเป็นการคัดกรองแบบตั้งรับ และเมื่อพบว่า บุคลากรทั้งหมดของ รพ.สต. 3 แห่ง ยังไม่เคยได้รับการอบรม และการใช้แบบคัดกรอง การ ทบทวนการคัดกรอง สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามขั้นตอน และระดับความเสี่ยงของผู้ถูกคัด กรอง จึงถูกนำมาออกแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการ เน้นการสาธิต ย้อนกลับ สะท้อนทักษะแต่ละทักษะของ การเริ่มคัดกรอง BA BC

คำถาม	วิธีปฏิบัติ										
<p>ข้อที่ 1</p> <p>ตลอดชีวิตที่ผ่านมาคุณเคยตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ หรือไม่ (หรือ เคย ตี้ม แต่เลิกตี้มตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป)</p>	<p>ถาม</p> <p>“ตลอดชีวิตที่ผ่านมา...คุณเคยตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์หรือไม่” หรือ “เคยตี้ม แต่เลิกตี้มตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป หรือไม่”</p> <p>ตอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “ไม่เคยตี้มเลย” ให้ยุติการประเมิน ลงรหัส 1B6002. 2. “เคยตี้ม แต่ปัจจุบันเลิกตี้มมาแล้ว 1 ปี” ให้ยุติการ ประเมิน ลงรหัส 1B601 3. “เคยตี้ม” ให้ถามต่อข้อที่ 2 										
<p>ข้อที่ 2</p> <p>ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาคุณตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ บ่อยเพียงไร</p> <table border="1" data-bbox="135 1361 715 1496"> <thead> <tr> <th>ไม่เคย</th> <th>ครั้งสอง ครั้ง</th> <th>ทุก เดือน</th> <th>ทุก สัปดาห์</th> <th>ทุกวัน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	ไม่เคย	ครั้งสอง ครั้ง	ทุก เดือน	ทุก สัปดาห์	ทุกวัน	0	2	3	4	6	<p>ถาม “ความถี่ในการตี้มแอลกอฮอล์ ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา ตอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “ไม่เคย หมายถึง ไม่ตี้มเลยในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แปลผล 0 คะแนน และให้ข้าม ไปถามข้อที่ 6 และ 7 2. “ครั้งสองครั้ง หมายถึง ตี้มเพียง 1-2 ครั้งในช่วง สามเดือนที่ผ่านมา” แปลผล 2 คะแนน 3. “ทุกเดือน หมายถึงตี้มเฉลี่ย 1-3 ครั้งต่อเดือนในช่วง สามเดือนที่ผ่านมา” แปลผล 3 คะแนน 4. “ทุกสัปดาห์หมายถึงตี้ม 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วง สามเดือนที่ผ่านมา” แปลผล 4 คะแนน 5. “ทุกวันหรือเกือบทุกวัน หมายถึง ตี้ม 5-7 วันต่อ สัปดาห์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แปลผล 6 คะแนน 6. “ไม่ตอบ” หรือไม่สามารถถามต่อได้ให้ลง ไม่ระบุ รายละเอียด ลงรหัส 1B609
ไม่เคย	ครั้งสอง ครั้ง	ทุก เดือน	ทุก สัปดาห์	ทุกวัน							
0	2	3	4	6							
<p>ข้อที่ 3</p> <p>ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกอยากตี้ม เครื่องตี้มแอลกอฮอล์ อย่างมาก บ่อยเพียงไร</p> <table border="1" data-bbox="135 1877 715 2011"> <thead> <tr> <th>ไม่เคย</th> <th>ครั้งสอง ครั้ง</th> <th>ทุก เดือน</th> <th>ทุก สัปดาห์</th> <th>ทุกวัน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	ไม่เคย	ครั้งสอง ครั้ง	ทุก เดือน	ทุก สัปดาห์	ทุกวัน	0	3	4	5	6	<p>ถาม</p> <p>“ความรู้สึกอยากตี้มอย่างมาก” ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา</p> <p>ตอบ 1. “ไม่เคย หมายถึงไม่เคยอยากตี้มเลยในช่วงสามเดือน ที่ผ่านมา” แปลผล 0 คะแนน</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. “ครั้งสองครั้ง หมายถึงอยากตี้ม 1-2 ครั้งในช่วงสาม เดือนที่ผ่านมา” แปลผล 3 คะแนน 3. “ทุกเดือน หมายถึงอยากตี้มเฉลี่ย1-3 ครั้งต่อเดือน ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แปลผล 4 คะแนน 4. “ทุกสัปดาห์หมายถึง อยากตี้ม 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แปลผล
ไม่เคย	ครั้งสอง ครั้ง	ทุก เดือน	ทุก สัปดาห์	ทุกวัน							
0	3	4	5	6							

	5 คะแนน 5. “ทุกวันหรือเกือบทุกวัน หมายถึง อดยากดื่ม 5-7 วัน ต่อสัปดาห์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 6 คะแนน										
<p>ข้อที่ 4</p> <p>ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้คุณเกิดปัญหา สุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงไร</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไม่เคย</th> <th>ครึ่งสองครั้ง</th> <th>ทุก เดือน</th> <th>ทุก สัปดาห์</th> <th>ทุกวัน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	ไม่เคย	ครึ่งสองครั้ง	ทุก เดือน	ทุก สัปดาห์	ทุกวัน	0	4	5	6	7	<p>ถาม “การดื่ม ทำให้เกิดปัญหา” ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา</p> <p>ตอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยเกิดปัญหาจากการดื่มเลย ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 0 คะแนน 2. “ครึ่งสองครั้ง หมายถึง มีปัญหา 1-2 ครั้งในช่วง สามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 4 คะแนน 3. “ทุกเดือน หมายถึง มีปัญหาเฉลี่ย 1-3 ครั้งต่อเดือน ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 5 คะแนน 4. “ทุกสัปดาห์หมายถึง มีปัญหา 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์ใน ช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 6 คะแนน 5. “ทุกวันหรือเกือบทุกวัน หมายถึง มีปัญหา5-7วันต่อ สัปดาห์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 7 คะแนน
ไม่เคย	ครึ่งสองครั้ง	ทุก เดือน	ทุก สัปดาห์	ทุกวัน							
0	4	5	6	7							
<p>ข้อที่ 5</p> <p>ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณไม่สามารถทำกิจกรรม ที่คุณควรจะได้ทำตามปกติเนื่องจากคุณดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บ่อยเพียงไร</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไม่เคย</th> <th>ครึ่งสองครั้ง</th> <th>ทุก เดือน</th> <th>ทุก สัปดาห์</th> <th>ทุกวัน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	ไม่เคย	ครึ่งสองครั้ง	ทุก เดือน	ทุก สัปดาห์	ทุกวัน	0	4	5	6	7	<p>ถาม “การดื่มรบกวนกิจกรรมปกติได้” ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา</p> <p>ตอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยรบกวนกิจกรรมปกติเลยใน ช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 0 คะแนน 2. “ครึ่งสองครั้ง หมายถึง เคยรบกวนกิจกรรมปกติ 1-2 ครั้งในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 5 คะแนน 3. “ทุกเดือน หมายถึง รบกวนกิจกรรมปกติเฉลี่ย 1-3 ครั้งต่อเดือนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 6 คะแนน 4. “ทุกสัปดาห์หมายถึง รบกวนกิจกรรมปกติ 1-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 7 คะแนน 5. “ทุกวันหรือเกือบทุกวัน หมายถึง รบกวนกิจกรรมปกติ 5-7 วันต่อสัปดาห์ ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 8 คะแนน
ไม่เคย	ครึ่งสองครั้ง	ทุก เดือน	ทุก สัปดาห์	ทุกวัน							
0	4	5	6	7							
<p>ข้อที่ 6</p> <p>ตลอดชีวิตที่ผ่านมา เพื่อนฝูงญาติหรือคนอื่น เคย แสดงความกังวลหรือตักเตือนคุณเกี่ยวกับการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคุณ หรือไม่</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไม่เคย</th> <th>เคย, ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา</th> <th>เคย, ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>6</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	ไม่เคย	เคย, ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	เคย, ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา	0	6	3	<p>ถาม “ดื่มจนมีคนใกล้ชิดแสดงความกังวลหรือตักเตือน”</p> <p>ตอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “ไม่เคยเกิดขึ้นเลยในชีวิต” แผลผล 0 คะแนน 2. “เคยและเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา” แผลผล 6 คะแนน 3. “เคย แต่เกิดขึ้นก่อนหน้า 3 เดือนนี้” แผลผล 3 คะแนน 				
ไม่เคย	เคย, ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	เคย, ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา									
0	6	3									
<p>ข้อที่ 7</p> <p>ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยพยายามหยุดหรือลด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยลง แต่ทำไม่สำเร็จ หรือไม่</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไม่เคย</th> <th>เคย, ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา</th> <th>เคย, ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>6</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	ไม่เคย	เคย, ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	เคย, ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา	0	6	3	<p>ถาม</p> <p>“เคยพยายามหยุดหรือลดการดื่ม แต่ทำไม่สำเร็จ”</p> <p>ตอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “ไม่เคยเกิดขึ้นเลยในชีวิต” แผลผล 0 คะแนน 2. “เคยและเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา” แผลผล 6 คะแนน 3. “เคย แต่ เกิดขึ้นก่อนหน้า 3 เดือนนี้” แผลผล 3 คะแนน 				
ไม่เคย	เคย, ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	เคย, ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา									
0	6	3									
<p>สรุปผลคะแนน รวมคะแนนทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 2 ถึง ข้อ 7</p> <p>คะแนน 0-10 จัดอยู่ในกลุ่มระดับความเสี่ยงต่ำ ลงรหัส 1B602</p> <p>คะแนน 11-26 จัดอยู่ในกลุ่มระดับความเสี่ยงปานกลาง ลงรหัส 1B603</p> <p>คะแนน ตั้งแต่ 27 ขึ้นไป จัดอยู่ในกลุ่มระดับความเสี่ยงสูง ลงรหัส 1B604</p>											

ที่มา แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์เชียงใหม่

การบำบัดแบบสั้น (Brief intervention) บันทึกข้อมูล 1B61 การให้คำแนะนำ/ปรึกษาผู้มีพฤติกรรม
การดื่มแบบเสี่ยง 1B610-1B612

ขั้นตอน	วิธีการปฏิบัติ
ขั้นตอนที่ 1 ผู้ที่ไม่เคยดื่ม หรือหยุดดื่มมา 1 ปีขึ้นไป	ยุติการประเมิน แสดงความชื่นชมที่ไม่ 'ดื่ม' หรือ สามารถ หยุดดื่มได้ให้ความรู้ อันตรายจากการดื่ม
ขั้นตอนที่ 2 ผู้ที่มีคะแนน 0-10 คะแนน จัดอยู่ในระดับเสี่ยง ต่ำ	การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) ลงรหัส 1B610 1. สะท้อนกลับผลการประเมิน 2. การให้ความรู้อันตรายจากการดื่ม 3. การกำหนดเป้าหมาย 4. ให้คำแนะนำการดื่มลดลง
ขั้นตอนที่ 3 ผู้ที่มีคะแนน 11-26 คะแนน จัดอยู่ในระดับเสี่ยง ปานกลาง	การปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) ลงรหัส 1B611 1. การให้คำแนะนำแบบสั้น 2. ประเมินแรงจูงใจหรือความพร้อมในการที่จะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับระดับแรงจูงใจ • ขั้นเมินเฉยหรือไม่สนใจปัญหา: ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และข้อมูลอันตรายจากการดื่ม • ขั้นลังเลใจ: ให้ข้อมูล (Information) ปัญหาจากการดื่ม และความเสี่ยงหากปล่อยไว้ซึ่งน้ำหนักข้อดีและข้อไม่ดี ของ การดื่ม/การหยุดดื่ม พูดคุยถึงการเลือกเป้าหมาย (Goal) • ขั้นตัดสินใจ: พูดคุยถึงทางเลือกเป้าหมาย (Goal) ให้ คำแนะนำ (Advice) และเสริมกำลังใจ (Encouragement) • ขั้นลงมือกระทำ: ทบทวนให้คำแนะนำ (Advice) และ เสริมกำลังใจ (Encouragement) • ขั้นกระทำต่อเนื่อง: เสริมกำลังใจ (Encouragement) • ขั้นย้อนกลับพฤติกรรมเดิม: ให้กำลังใจช่วยให้ตั้งหลักได้ อีกครั้ง 3. ติดตามต่อเนื่อง เพื่อติดตามพฤติกรรมกรรมการดื่มในทุกครั้งที่ รับบริการสุขภาพ แก้ไขปัญหาอุปสรรค กำหนดวิธีการแก้ไข ที่ชัดเจน
ขั้นตอนที่ 4 ผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป จัดอยู่ใน ระดับเสี่ยงสูง	ให้การปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) ตามขั้นตอนที่ 3 และส่งต่อ (Refer) เพื่อรับการประเมินและบำบัดแบบ เข้มข้นโดย ผู้เชี่ยวชาญ ลงรหัส 1B612

แนวทางที่กลุ่ม อสม. ในพื้นที่ศึกษานำมาใช้เพื่อให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) หลังจากดำเนินการคัดกรอง



1. Engagement การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ
2. ใช้คำถามสร้างแรงจูงใจ ประเมินปัญหาและระดับแรงจูงใจ
3. ให้ข้อมูล วิธีปฏิบัติ
4. สรุปและให้กำลังใจ

อสม. พี่หมวย กรณีคัดกรองผู้ดื่ม ได้คะแนน 9 คะแนน
การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) ลงรหัส 1B610

อสม. พี่หมวย : ผลจากการประเมินการดื่มของน้องบ่าว ได้ 9 คะแนนน้อง
(สะท้อนกลับผลการประเมิน)

น้องบ่าว : คะแนน 9 นี้ มันหมายความว่าหรือละพี่หมวย

อสม. พี่หมวย : 9 คะแนน นี้แปลว่า การดื่มของน้องบ่าวมีความเสี่ยงในระดับต่ำ คือเสี่ยงน้อย ถ้าคะแนนเพิ่มมาอีก 2 คะแนน เป็น 11 นี้ น้องบ่าวจะเปลี่ยนเป็นผู้ดื่มที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางเลยนะ แต่พี่อยากแนะนำน้องบ่าวว่า ข้อมูลจากที่พี่หมวย ทิมอาจารย์เขาทำวิจัยกัน เขาพบว่า ไม่มีระดับการดื่มที่ปลอดภัย

น้องบ่าว : พันหรือหล่าวละพี่หมวย ที่มันไม่ปลอดภัยนั้น

อสม. พี่หมวย : คือพันนี้แลน้องบ่าว หมายความว่า คนที่กินเหล้ากินเบียร์ ไม่ว่าจะกินเท่าไร กินมาก กินหืดเดียว ก็ไม่ปลอดภัย ค่าความปลอดภัยไม่เท่ากับศูนย์ คือยังเป็นอันตรายอยู่ เพราะแอลกอฮอล์ในเหล้า มันจะเข้าไปสะสมในตัวเรา สะสมหลายที่ ออกฤทธิ์หลายแห่ง น้องบ่าวได้ยินมาว่าหรือมั่ง

น้องบ่าว : กะได้ยินแหละพี่หมวย แต่ผมว่ามันต้องกินแบบจัดเต็ม ทุกวัน วันนึงหลายแบน หรือกลมแต่นี้ผมม่าย

อสม. พี่หมวย : ครับน้องบ่าว เรากะไม่รู้จะว่ามันสะสมนานเท่าไร แต่ที่พี่อบรมมาเนะ อาจารย์เขาบอกจากงานวิจัยที่เขาพบในคนไข้มา ที่เห็นชัดแล้วมากก็คือ สมอ เพราะมันไวต่อฤทธิ์ของเหล้า เหมือนที่เราเห็นๆ พวกเที่ยวเดินเซ่อพรี เดินไม่รอด ร้องเพลง รำยิบเกบนहनน แวคลองชลประทานบ้านเรา แผลงไม่รู้เรื่อง ไม่รู้เรื่อง คุณตัวเองไม่ได้ ด่าเพื่อนทั้งเมือง ถ้ากินไม่หยุดมันอิหลอน คลั่ง เพี้ยนได้ เหมือนอาการโรคจิต แล้วกะที่เราู้กันชัดคือตับแข็ง เพราะว่าเหล้าที่เรากินมันทำให้เซลล์ของตับบวมและน้ำดีซึมผ่านไปทั่วตับ มาเกิดอาการที่เราเห็นตาเหลืองตัวเหลือง เพราะท่อน้ำดีมันตัน ทุกครั้งที่เรากินเหล้ากินเบียร์เนื่อตับจะถูกทำลาย ตับมันตายมันกะแข็ง วันก่อนที่พี่อบรมเนะ คนกินเหล้าจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับถึง 8 เท่า เทียบกับคนที่ไม่กินเหล้าเนะ

น้องบ่าว : อี้หยา ขนาดนั้นเลยอะพี่หมวย

อสม. พี่หมวย : ทีนี้ พี่มาลองแล แลกเดี่ยวตอนที่ใช้แบบคัดกรองกับน้องบ่าว ที่ได้ 9 คะแนนนั้น แลข้อที่คะแนนมาก คือ ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา น้องบ่าวตอบว่า “ทุกสัปดาห์

หมายถึงดื่ม 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วง สามเดือนที่ผ่านมา” แผลผล 4 คะแนน พอและคะแนนข้อนี้บ่งบ่าวคิด พันหรือ

น้องบ่าว : ผมกินทุกอาทิตย์จริงแหละพี่หมาย แลกก่อนไม่กินบ่อยพ่ะนี่ย แต่พอและคะแนนความเสี่ยง แล้ว เหมือนพี่หมายบอกแหละว่าถ้ายังกินทุกอาทิตย์เลย ผมยิ่งเพิ่มความเสี่ยงเป็นปานกลางและเป็นหนัก แบบติดเหล้าได้นะ

อสม. พี่หมาย : น้องบ่าวอยากลดให้เหลือสักเท่าใด (การกำหนดเป้าหมาย)

น้องบ่าว : ผมว่าทุกอาทิตย์นี้หนักแรงไป เอาสัก 2 อาทิตย์ สักทีนึง แล้วก็ค่อยห่างออก เดือนสักหน เดียวพอ

อสม. พี่หมาย : พี่ดีใจนะที่น้องบ่าวตั้งใจลดการดื่มลง ลดให้ได้นี้น้อง เดือนนึงหนเดียวพอ พี่ให้ กำลังใจนะ ขอให้น้องทำได้สมกับที่ตั้งใจ เพื่อสุขภาพที่แข็งแรงนี้น้อง

ข้อดีของการคัดกรองโดย อสม. ในการถามข้อคำถามข้อ 1 และ 2 คือ อสม.อยู่ในพื้นที่ จะเห็น พฤติกรรมของคนที่คัดกรอง ซึ่งจะเริ่ม หรือชวนคุยได้ เช่น วันก่อนไปงาน เห็นนั่งอยู่กับใคร ดื่มเยอะมัย จะ ทำให้การคุยเป็นธรรมชาติ

นอกจากนี้อาจมีคำบางคำที่เข้าใจง่ายในภาษาท้องถิ่น เช่น คำว่า อยากดื่มมาก ใช้คำว่า “เปรี้ยวปาก” “เซ็ดพิน”

การแจ้งผลการประเมินอย่างชัดเจน จะทำให้ผู้ถูกประเมินให้ความสนใจมากขึ้น

เมื่อผู้ดื่มขั้นเมินเฉยหรือไม่สนใจปัญหา : ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) และข้อมูลอันตรายจากการดื่ม

ในการให้ข้อมูลอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้สัมภาษณ์ที่เป็น อสม.จะรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ ถูกคัดกรอง โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว (อสม. ผู้คัดกรอง จะมีข้อมูล) เช่น

- ความดันโลหิตสูง ทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หัวใจวาย ไตวาย และปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ ได้
- การดื่มเหล้า แอลกอฮอล์ ทำให้ความดันสูงขึ้น คุณไม่ได้
- การดื่มเหล้า แอลกอฮอล์ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น คุณเบาหวานไม่ได้
- การดื่มเหล้า แอลกอฮอล์ ทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เนื่องจากน้ำตาลในเหล้า เบียร์ จะเปลี่ยนเป็น ไขมัน ทำให้คุณไขมันไม่ได้ และเมื่อคุณความดัน ไขมัน เบาหวานไม่ได้ โอกาสที่จะเกิด ภาวะแทรกซ้อน อัมพฤกษ์ อัมพาต หัวใจวาย ไตวาย ได้ง่าย และมากขึ้น
- อายุที่มากขึ้นและกรรมพันธุ์ เพิ่มความเสี่ยงของการมีความดันโลหิตสูง แต่ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ เช่น กินของเค็ม และการดื่มแอลกอฮอล์ จะเพิ่มความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงได้
- ทุกชั่วโมง มีผู้คนตายจากอัมพฤกษ์ อัมพาต เส้นเลือดสมองตีบ แตก หรือหัวใจวาย เพราะความดัน โลหิตสูง

แปลว่า ถ้ายังดื่มแอลกอฮอล์ ความดันก็ยังคงคุมไม่ได้ ทำให้โอกาสเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หัวใจวาย ไตวาย และปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ ได้มากขึ้น อสม.บางคนใช้เทคนิคนี้คล้ายๆ เป็นหมอดูทำนาย หรือดูดวง

นอกจากนี้ การฝึกให้ อสม.สืบค้นข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือได้ เช่น ศวส. งานวิจัย ฐานข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ รพ.ธัญญารักษ์ ฯลฯ ดังตัวอย่าง ข้อมูลที่ อสม.ใช้ในการสื่อสารหรือบอกกับกลุ่มที่ถูกคัดกรอง และนำมาสรุปเป็นสื่อแผ่นป้าย สำหรับให้ผู้ถูกคัดกรอง สามารถเห็นได้ชัดเจน

ในขั้นตอนของการใช้คำถามเพื่อสร้างแรงจูงใจ พบว่าการใช้คำถามเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับมุมมองของเขาว่า เขามองว่าการดื่มเป็นปัญหา มีความสำคัญหรือมีผลกระทบ เพียงไร ในผู้ดื่มหลายคนใช้คำตอบแบบเร็วว่า ไม่เป็นปัญหา แต่เมื่อให้เวลาและจังหวะในการทบทวนว่า เคยมีการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ เหมือนข้อคำถามใน 7 ข้อบ้างหรือไม่ โดยเฉพาะข้อที่คนอื่นๆ แสดงความห่วงใยเรา ก็จะมีความเห็นหรือคำตอบที่นำไปสู่การสร้างแรงจูงใจได้ โดยเฉพาะในข้อคำถามที่พบว่าสามารถเชื่อมโยงมาสู่การสร้างแรงจูงใจได้มากคือ

“เคยคิด หรือเคยอยากเลิก ดื่มมัย เพราะอะไรที่อยากเลิก”

และ “ถ้าลด หรือว่าเลิกเหล้าได้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรในชีวิตเรามั่ง”

การมีข้อมูลที่เชื่อมโยงไปสู่เป้าหมายในชีวิต โดยเฉพาะคนที่มีหลาน พบว่า ทำให้เกิดการกำหนดเป้าหมายของการเลิกได้ชัดเจน โดยเฉพาะหากสัมพันธ์ภาพของผู้ดื่มกับหลาน ลูก หรือคนในครอบครัว

“หลานของลุงต้องดีใจมากเลยนะ ที่ลุงเลิกเหล้าได้”

จากการดำเนินการคัดกรองและให้คำแนะนำ ให้การปรึกษาแบบสั้น พบว่าเมื่อผู้ป่วยเริ่มเกิดแรงจูงใจ หรือเริ่มสนใจในการเลิกสุรบบ้างแล้ว จะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ขั้นตอน วิธีปฏิบัติ ที่จะช่วยลดความเสี่ยง จากปัญหาการดื่มสุรา และทุกครั้งก่อนสรุปปิดการสัมภาษณ์ จะต้องสรุปย้าระดับความเสี่ยงที่ได้จากการคัดกรอง และแนวทางการแก้ไข ให้กำลังใจ

4. การมีพี่เลี้ยงช่วยเหลือ ในระหว่างการคัดกรอง ในการลงปฏิบัติการคัดกรองของ อสม. ทำให้ อสม.เกิดความมั่นใจ และกลุ่มผู้ถูกคัดกรองมีความเชื่อถือ ยินดีให้ อสม. สัมภาษณ์ พูดคุย และเมื่อนำมาสู่การคืนข้อมูลสะท้อนกลับร่วมกัน ถือเป็นการเรียนรู้ที่สำคัญในอีกรูปแบบหนึ่ง การทำงานในลักษณะเช่นนี้ ทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการคัดกรอง คนทำหน้าที่คัดกรอง และมีการแจ้งผลการคัดกรองให้ชุมชนทราบด้วย

5. การเลือกกิจกรรมในชุมชน สถานที่ในการคัดกรอง เช่น งานบุญประเพณี งานรื่นเริงต่างๆ กิจกรรมของหมู่บ้าน Health Station หรือ ชีวภิบาล ที่มีอุปกรณ์คัดกรองอื่นๆ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต หรือ เครื่องวัดรอบเอว เครื่องชั่งน้ำหนัก จะทำให้ได้รับความร่วมมือมากขึ้น ร่วมกับการมีการสื่อสาร ธรรมเทศนา รับ ศิล 5 ของชาวพุทธ ก็จะทำให้กิจกรรมการคัดกรองสุรามีความราบรื่นมากขึ้น

เมื่อทราบผลการคัดกรอง และดำเนินการทำให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) หรือการปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) ตามผลของการคัดกรองแล้ว ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรามีโอกาสที่จะไปตามคำแนะนำมากขึ้น ทั้งนี้ หลังจากดำเนินการแล้ว ทีมคัดกรองในชุมชนเบื้องต้น จะแจ้งผลให้กับพี่เลี้ยง คือ พยาบาล รพ.สต. ที่รับผิดชอบงานการคัดกรองและบำบัดสุรา และ พยาบาล รพ.สต. จะประสานงานกับพยาบาลคลินิกเล็กเหล่า เพื่อนัดหมายวันเวลาในการพบผู้ป่วย การดำเนินการลักษณะดังกล่าว ทำให้ลดปัญหาการไปรอคอย หรือการไปรวมกับผู้ป่วยอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่มีคะแนนคัดกรองในระดับเสี่ยงสูงเปลี่ยนความตั้งใจได้ จากการดำเนินการพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อดังกล่าว ทำให้อัตราการเข้าถึงบริการการบำบัดในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา สูงขึ้น

นอกจากนี้ ในบริบทของโรงพยาบาลเอง พบว่า การทดลองนำเครื่องมือ ASSIST-7 ไปใช้ในคลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไป กับ คลินิกโรคเรื้อรัง ทำให้มีการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางมายังคลินิกเล็กเหล่าเพิ่มขึ้น ยังคงมีแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้

ระยะที่ 3 ติดตามผลผู้ที่ได้รับการคัดกรอง บำบัดอย่างย่อ ส่งต่อ เป็นเวลา 6 เดือน

และทบทวนแนวทางการพัฒนา

เป็นการติดตามผู้ที่ได้รับการคัดกรอง บำบัดอย่างย่อ ส่งต่อ เป็นเวลา 6 เดือน และทบทวนแนวทางการพัฒนา พบว่า ผู้ดำเนินการคัดกรองมีความรู้ ทักษะ ที่ต้องทบทวน พื้นฟู โดยเฉพาะ ขั้นตอนการสะท้อนผลการประเมิน (แสดงคะแนนและการแปลผล) การประเมินแรงจูงใจตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ที่เป็นภาษาถิ่น และในขั้นตอนที่พบว่าผู้ที่หยุดดื่มได้ กลับไปดื่มอีกควรเพิ่มทักษะการสื่อสารที่ไม่ทำให้ผู้ดื่มรู้สึกผิด และสร้างแรงจูงใจที่เป็นรูปธรรมในระยะเวลาที่ชัดเจน รวมถึงการสร้างแกนนำในภาคส่วนอื่นๆ เช่น โรงเรียน หน่วยงานราชการ เทศบาล อบต. เกษตรตำบล กศน. กรรมการชุมชน เพื่อให้เกิดแกนนำในการคัดกรองที่เป็นความรับผิดชอบ และสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน รวมถึงการปฏิบัติการคัดกรองเชิงรุกในเทศกาล พื้นที่ส่วนกลางหรือพื้นที่สาธารณะในชุมชน เช่น วัด ตลาดทุกประเภท งานบุญประเพณี

ในระยะที่ 3 นี้ ทีม อสม. ของแต่ละ รพ.สต. ผู้นำชุมชน ได้เล็งเห็นความสำคัญของการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดจากโรงพยาบาล จากเดิมระบบการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้บำบัดสุรา เมื่อกลับมาบ้านก็จะเข้าสู่การใช้ชีวิตแบบเดิม เพื่อนที่เคยชวนดื่มก็จะมา ผู้บำบัดก็จะกลับไปดื่มอีก แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ทีมวิจัยและทีมบำบัดได้หารือกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลต่อเมื่อกลับมาบ้านหรืออยู่ระหว่างบำบัดแบบผู้ป่วยนอกว่าจะให้ชุมชนรับทราบการเจ็บป่วยเพื่อปกป้องไม่ให้เขาดื่ม โดยแจ้งว่าอยู่ระหว่างการบำบัด ติดตามการรักษา ต้องหยุดดื่ม และตั้งใจจะเลิกดื่ม

นอกจากนี้ในระบบการช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพทางจิตสังคม การเตรียมกลุ่มอาชีพในชุมชน เช่น ศูนย์เรียนรู้เกษตรพอเพียง ให้ผู้บำบัดที่ไม่มีอาชีพมาร่วมเรียนรู้ หรือช่วยปลูก ผลิต เพื่อให้มีรายได้ สามารถ

กลับไปทำอาชีพเองที่บ้านได้ จะช่วยลดปัญหาการไม่มีอาชีพขณะบ่าบัต ฟันฟูสมรรถภาพ และช่วยให้ผู้ติดสุรารับรู้ว่า ตนเองยังมีคุณค่า ยังได้รับการยอมรับจากชุมชน

องค์กรศาสนา วัด เป็นอีกภาคีเครือข่ายที่มีความสำคัญในการเปิดวัดให้ผู้ที่อยู่ในระหว่างการบ่าบัต และฟันฟู เข้าไปร่วมกิจกรรม ช่วยเหลืองานในวัด เช่น จัดสถานีสุขภาพ (Health Station) หรือ สถานชีวาภิบาล ซึ่งมีกิจกรรมที่ทำให้ผู้บ่าบัตได้ให้การช่วยเหลือ จัดสถานที่ ดูแลความสะอาดเรียบร้อย และวัดได้ยกย่องประกาศให้ประชาชนในชุมชนทราบว่าเขาเป็นคนที่ทำประโยชน์ให้กับชุมชน

หลังจากนำรูปแบบการคัดกรอง และให้คำปรึกษา บ่าบัตอย่างย่อ ไปดำเนินการ และติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน อัตราความชุกของการดื่มในระดับเสียงสูงลดลง เหลือ 0.8% (เดิม 3.0%) ระดับเสียงปานกลาง ลดลงเหลือ 14.8% (เดิม 26.9%) และการดื่มในระดับเสียงต่ำ เพิ่มขึ้นเป็น 84.4% (เดิม 70.1%) กลุ่มเสียงสูง 11 คน เข้ารับการบ่าบัต 8 คน (72.7%) เลิกดื่มได้ 4 คน (50%) ลดการดื่ม 3 คน (37.5%) และกลับมาดื่มซ้ำหลังเลิกดื่มได้ 6 เดือน 1 ราย (25%) อีก 2 รายที่ยังไม่เข้ารับการบ่าบัต พยายามลดการดื่มเองโดยได้รับการติดตามจากบุคลากรและ อสม.ให้ลดการดื่มที่ปลอดภัย

ระยะที่ 4 ขยายผลการคัดกรอง เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการคัดกรองและบ่าบัตอย่างย่อ เป็นการดำเนินการคัดกรองโดย อสม. แกนน่านักเรียน อาสาสมัครในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการการคัดกรองและบ่าบัตแบบสั้น ดำเนินการการในทุกกิจกรรมของชุมชน เช่น งานบุญ ประเพณีต่างๆ ตลาด งานแต่งงาน งานบวช งานศพ โดยสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน ผู้นำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน สามารถดำเนินการคัดกรองอายุ 15 ปีขึ้นไปได้ 1,326 คน พบอัตราความชุก ร้อยละ 28.90 ดื่มระดับเสียงต่ำ ร้อยละ 75.26 เสียงระดับปานกลาง ร้อยละ 23.83 เสียงระดับสูง ร้อยละ 0.9 ผู้ดื่มในระดับเสียงต่ำ ร้อยละ 100 ได้รับการให้ความรู้/คำแนะนำ (brief advice) ผู้ดื่มเสียงปานกลาง ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) ร้อยละ 94.3 ผู้ดื่มในระดับเสียงสูง ร้อยละ 100 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น และ ร้อยละ 75.0 ได้รับการส่งต่อ อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 27.47 เป็น ร้อยละ 84.46 เมื่อเทียบกับอีก 12 เครือข่ายบริการที่ไม่ได้อยู่ในการศึกษา ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งใน 12 เครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ พบความครอบคลุมของการคัดกรอง ร้อยละ 54.94 และพบว่ามี การปรับเปลี่ยนการวางแผนในระบบการคัดกรอง กรณีผู้ป่วยมาที่ รพ.สต. หรือ รพช. จะคัดกรอง และใช้ BA ณ จุดแรกรับลงทะเบียน (Register) และวัดสัญญาณชีพ (Auto Vital Sign) โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำจุดคอยให้บริการและให้คำแนะนำ ใช้ BA และ BI ในขั้นตอนการซักประวัติโดยพยาบาล แพทย์ทำการตรวจรักษารวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการทำเอกซเรย์ จ่ายยา และการให้การรักษา เจ้าหน้าที่เกือบทุกคนสามารถให้บริการ BA ได้ ตัวอย่างเช่น ภายหลังจากได้ซักประวัติผู้ป่วย ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังคลินิก เช่น คลินิก ANC คลินิก NCDs เป็นต้น ในขั้นตอนนี้ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะคลินิกนั้นๆ จะเป็นผู้ให้บริการ BI และหากเป็นการดื่มในระดับเสียงสูงจะส่งไปยังคลินิกสุขภาพจิต สำหรับการคัดกรองเชิงรุกในชุมชน มีการดำเนินงานขยายต่อเพื่อสร้างแกนนำในการคัดกรองและบ่าบัตอย่างย่อ ในหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน หน่วยงานราชการ กลุ่มองค์กรในชุมชน

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบคัดกรอง ส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน ได้แก่ การรับรู้ของผู้ดื่มการดื่มของคนในครอบครัว เพื่อน ชุมชน ความพร้อมของหน่วยบริการระดับ รพ.สต. รพช. และ (2) พัฒนารูปแบบการคัดกรอง ส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคม ของผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุราในชุมชน ศึกษาใน 1 อำเภอ 3 ตำบล 3 หมู่บ้าน ในกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไป 364 คน ใช้แบบคัดกรอง ASSIST-7 และแนวทางการสัมภาษณ์

ผลการศึกษาพบว่า

1. สถานการณ์การดื่ม พบอัตราความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มประชากรอายุ 18 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 37.8 เป็นการดื่มระดับเสี่ยงสูง ร้อยละ 3.0 เสี่ยงปานกลางร้อยละ 26.9 และเสี่ยงต่ำร้อยละ 70.1

2. รูปแบบการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและให้การบำบัดแบบสั้น (alcohol screening and brief intervention) ที่เกิดขึ้น คือ การพัฒนาศักยภาพ อสม. และ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้มีความรู้ และทักษะการคัดกรอง ให้คำปรึกษาและบำบัดอย่างย่อ โดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ จากมหาวิทยาลัยร่วมกับงานสุขภาพจิต และจิตเวช รพ.ช. ใช้ระบบพีเอชจาก รพ.สต. และ รพ.ช. เป็นบัดดี้พีเอชหรือโคช ให้คำแนะนำในขณะคัดกรองและบำบัดอย่างย่อหน้างาน มีระบบการสะท้อนกลับในขั้นตอนที่ยังทำไม่ได้ถูกต้อง มีการสนับสนุนเนื้อหาที่จำเป็นและชัดเจนในการให้ข้อมูลสุขภาพที่เกิดจากการดื่มสุรา การให้ข้อมูลให้ผู้ดื่มยังเข้าใจไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ทำหน้าที่คัดกรอง ความมั่นใจ มีความรู้ และทักษะในการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อได้ดีขึ้น และนำมาบูรณาการในการคัดกรองโรคเรื้อรังเชิงรุก และคัดกรองในเชิงรับกรณีที่ได้รับบริการมารับบริการที่ รพ.สต. ในส่วนของระบบบริการ รพช.ยังพบว่า ระบบการคัดกรอง บำบัดอย่างย่อ ในหน่วยงานที่ไม่ใช่งานจิตเวชและยาเสพติด เช่น งานฉุกเฉิน ยังไม่สามารถดำเนินการได้ แต่สามารถงานบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป และงานบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีเครื่องมือเดิมอยู่คือ AUDIT ทั้งนี้ในหน่วยบริการฉุกเฉิน (ER) ให้ความเห็นว่า งานที่ทำอยู่ในปัจจุบันมีภาระมาก ทำไม่ทัน

3. หลังจากนำรูปแบบการคัดกรอง และให้คำปรึกษา บำบัดอย่างย่อ ไปดำเนินการ และติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบอัตราความชุกของการดื่มในระดับเสี่ยงสูงลดลง เหลือร้อยละ 0.8 ระดับเสี่ยงปานกลางลดลง เหลือร้อยละ 14.8 และการดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84.4 โดยในกลุ่มเสี่ยงสูง 11 คน เข้ารับการบำบัด 8 คน (ร้อยละ 72.7) สามารถเลิกดื่มได้ 4 คน (ร้อยละ 50) ลดการดื่ม 3 คน (ร้อยละ 37.5) และกลับมาดื่มซ้ำ หลังเลิกดื่มได้ 6 เดือน 1 ราย (ร้อยละ 25) อีก 2 รายที่ยังไม่เข้ารับการบำบัด พยายามลดการดื่มเองโดยได้รับการติดตามจากบุคลากรและ อสม.ให้ลดการดื่มที่ปลอดภัย

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบการคัดกรอง การส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคมของผู้มีปัญหามาจากการดื่มสุรา ได้แก่ (1) การรับรู้และความเข้าใจของผู้ดื่มและครอบครัว โดยผู้ดื่มและครอบครัว รู้ว่าการดื่มไม่ได้ส่งผลกระทบต่อร่างกายมาก การดื่มเป็นเรื่องปกติธรรมดาในชุมชน การดื่มช่วยให้มีแรงทำงาน เจริญอาหาร หลับดีขึ้น (2) บุคลากร รพ.สต. และ อสม. ไม่ได้รับการอบรมคัดกรองและให้การบำบัดแบบย่อ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เมื่อคะแนนการคัดกรองระดับเสียงปานกลางหรือสูง ยังมีความเห็นว่าการใช้เครื่องมือคัดกรองยังได้ประโยชน์น้อย ไม่คุ้มกับเวลาที่ต้องใช้ ในขณะที่ภารกิจอื่นทำไม่ทัน และตัวชีวิตการคัดกรองไม่ได้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อ (3) เครื่องมือการคัดกรอง แบบคัดกรองที่เหมาะสมสามารถนำมาใช้ได้จริง คือ ASSIST 7 ข้อ เนื่องจากเข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาไม่นาน ไม่เป็นภาระกับผู้ปฏิบัติงาน ส่วน Alcohol Use Identification Test (AUDIT) มีความเห็นว่ายาก เนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการคิดหน่วย 1 ตีมาตรฐาน ปัจจัยที่ทำให้การดื่มของวัยกลางคนถึงสูงอายุยังดื่มอยู่ และไม่สามารถเลิกดื่มได้คือการมีแหล่งผลิตสุราที่บ้านที่มีราคาถูกและรสชาติดีกว่า การผูกโยงระหว่างการดื่มกับการพนันวัวชน

5. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ของผู้ดื่มที่เข้าสู่กระบวนการบำบัด พบว่า ครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญลำดับแรก โดยเฉพาะผู้ดื่มที่มีลูกหลาน ลูกหลานให้กำลังใจ คอยดูแล แสดงความห่วงใยด้วยคำพูดที่ดี ไม่ซ้ำเติม การมอบหมายกิจวัตรประจำวัน และไว้วางใจให้ทำงานกับครอบครัว เช่น การรับซื้อน้ำยาง รวมถึงการช่วยเหลือ การสร้างอาชีพเพื่อให้มีรายได้ การให้คุณค่าในการปรับวิถีชีวิตและการทำงานกรณีผู้ดื่มไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม เช่น การปลูกผัก การตัดหญ้า โดยการทำงานร่วมกันกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการชุมชน ผู้นำชุมชนในพื้นที่ พช. พมจ. เกษตรอำเภอ

อภิปรายผลการศึกษา

การพบสถานการณ์การดื่ม พบอัตราความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.8 เป็นการดื่มระดับเสียงสูง ร้อยละ 3.0 เสียงปานกลางร้อยละ 26.9 และเสียงต่ำร้อยละ 70.1

ความชุกที่พบสูงกว่าผลการสำรวจจากประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 57 ล้านคนทั่วประเทศ ของสาวตรี และคณะ (2564) ที่พบว่า มีนักดื่มปัจจุบันหรือผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือน ร้อยละ 28 มีผู้ไม่เคยดื่มเครื่องดื่ม ต้มแอลกอฮอล์เลยในชีวิต ร้อยละ 56.95 และผู้ที่เคยดื่มแต่เลิกแล้วหรือเคยดื่มแต่ไม่ได้ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 15.05 สัดส่วนนักดื่มปัจจุบันจำแนกตามความถี่ พบว่า ร้อยละ 56.2 ต้มเป็นครั้งคราว (น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) ส่วนร้อยละ 43.8 ต้มเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือบ่อยกว่า) ซึ่งอาจจะเป็นเพราะในกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจระดับประเทศได้เป็นเพศชาย ร้อยละ 46.38 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.62 ส่วนการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.1 และหญิง ร้อยละ 43.9

รูปแบบการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและให้การแนะนำ การปรึกษาแบบย่อ (alcohol screening and brief intervention) ที่ได้จากการศึกษานี้ เกิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการให้คำแนะนำ การปรึกษาแบบย่อ ที่พบว่า ยังมีความสับสนในเครื่องมือการคัดกรอง และบุคลากร

ผู้รับผิดชอบงาน ไม่ได้รับการฝึกอบรมในการดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม เป็นเพียงการบอกต่อๆ กัน ในการทำงานคือ ดังนั้นรูปแบบการคัดกรองจึงเริ่มด้วย การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม.ให้มีความรู้ และทักษะการคัดกรอง ให้คำปรึกษาและบำบัดอย่างย่อ โดยการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ จากมหาวิทยาลัย ร่วมกับงานสุขภาพจิตและจิตเวช รพ.ช. ใช้ระบบพี่เลี้ยงจาก รพ.สต. และ รพ.ช. เป็นบัดดี้พี่เลี้ยงหรือโค้ช ให้คำแนะนำในขณะคัดกรองและบำบัดอย่างย่อหน้างาน รูปแบบ มีระบบการสะท้อนกลับ ในขั้นตอนที่ยังทำไม่ได้ ไม่ถูกต้อง มีการสนับสนุนเนื้อหาที่จำเป็นและชัดเจนในการให้ข้อมูลสุขภาพที่เกิดจากการดื่มสุรา การให้ข้อมูลที่ผู้ดื่มยังเข้าใจไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ทำหน้าที่คัดกรอง ความมั่นใจ มีความรู้ และทักษะในการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อได้ดีขึ้น และนำมาบูรณาการในการคัดกรองโรคเรื้อรังเชิงรุก และคัดกรองในเชิงรับกรณีที่ผู้รับบริการมารับบริการที่ รพ.สต. ในส่วนของระบบบริการ รพช.ยังพบว่า ระบบการคัดกรอง บำบัดอย่างย่อ ในหน่วยงานที่ไม่ใช่งานจิตเวชและยาเสพติด เช่น งานฉุกเฉิน ยังไม่สามารถดำเนินการได้ แต่สามารถงานบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป และงานบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีเครื่องมือเดิมอยู่คือ AUDIT ทั้งนี้ในหน่วยบริการฉุกเฉิน (ER) ให้ความเห็นเห็นว่า งานที่ทำอยู่ในปัจจุบันมีภาระมาก ทำไม่ทัน

รูปแบบการพัฒนาในการศึกษาคั้งนี้เป็นรูปแบบที่มีแนวทางเดียวกันกับรูปแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ของ วีรพล กิตติพิบูลย์ และ นิธิรัตน์ บุญตานนท์ ที่ดำเนินการพัฒนาและได้รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ภาวะของผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งภาคทฤษฎี และฝึกทักษะปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำไป ปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ แบ่งเป็น กิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดการหกล้ม มีท่าออกกำลังกายป้องกันหกล้ม 10 ท่า มีกิจกรรม 10 อาการเตือนสมองเสื่อม และเทคนิคการบริหารสมอง กิจกรรมสุนทรียสนทนา เพื่อลดภาวะซึมเศร้า มีกิจกรรมด้านโภชนาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์ หนูจันทร์ (2565) ที่ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ วัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลระเซ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น โดยการวางแผน ประชุมระดมสมองร่วมกันของทีมวิจัยกับ รพ.สต. เพื่อหาแนวทางแก้ไข ปัญหา และใช้วิธีจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคแก่กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านและผู้ติดเชื้อวัณโรคซึ่งได้รับการรักษาครบแล้ว แต่ไม่แพร่เชื้อ เพื่อให้มีความรู้ เห็นความสำคัญของปัญหาร่วมกัน เกิดความตระหนักในปัญหาและได้รับการตรวจคัดกรอง ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคปอด หากคัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยง จะได้รับการส่งต่อเพื่อไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลทุกคน เพื่อเป็นการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่ในชุมชนแบบรู้เร็ว รักษาหาย ลดการแพร่กระจายเชื้อ การศึกษาของ พงศ์ศิลป์ วิชาชัย และมนัสกรรณ์ พิชัยจุมพล ที่ได้พัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา พบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำพื้นที่ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการ สังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ

หลังจากนำรูปแบบการคัดกรอง และให้คำปรึกษา บำบัดอย่างย่อ ไปดำเนินการ และติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบอัตราความชุกของการดื่มในระดับเสี่ยงสูงลดลง เหลือร้อยละ 0.8 ระดับเสี่ยงปานกลาง

ลดลง เหลือร้อยละ 14.8 และการดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84.4 โดยในกลุ่มเสี่ยงสูง 11 คน เข้ารับการรักษา 8 คน (ร้อยละ 72.7) สามารถเลิกดื่มได้ 4 คน (ร้อยละ 50) ลดการดื่ม 3 คน (ร้อยละ 37.5) และกลับมาดื่มซ้ำ หลังเลิกดื่มได้ 6 เดือน 1 ราย (ร้อยละ 25) อีก 2 รายที่ยังไม่เข้ารับการรักษา พยายามลดการดื่มเองโดยได้รับการติดตามจากบุคลากรและ อสม.ให้ลดการดื่มที่ปลอดภัย และพบว่า สัดส่วนของการดื่มระดับ ต่ำ ปานกลาง และ สูง ใน ชุมชนทั้ง 3 ชุมชน ก่อนและหลังพัฒนาระบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $<.001$) โดยสัดส่วนของผู้ดื่มในระดับเสี่ยงมาก และระดับปานกลาง ลดลง การดื่มในระดับเสี่ยง ต่ำ เพิ่มขึ้น ทั้งสามชุมชน คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงของการดื่ม ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบในแต่ละชุมชน และรวมของทั้ง 3 ชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value $<.001$) สอดคล้องกับการศึกษาระบบคัดกรองและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น (Alcohol screening and brief intervention) ที่พบว่า การคัดกรองและให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้นมีเป้าหมายครอบคลุมตั้งแต่ประชากรทั่วไป ผู้ป่วยทั่วไปจนถึงผู้ป่วยที่มาด้วยอาการนำที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยบุคลากรทางสุขภาพ ทุกระดับสามารถดำเนินการได้โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ เกณฑ์การคัดกรองที่นิยม คือ การใช้แบบประเมิน Alcohol Use Disorder Identification Test (Audit) ซึ่งเป็นชุดคำถามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ให้ใช้กับระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะระดับปฐมภูมิ (Barbor TF,2001) สามารถแยกผู้ดื่มออกเป็น 4 กลุ่ม ตามระดับความเสี่ยงเพื่อจะได้รับคำแนะนำปรึกษาเบื้องต้นที่มีความเข้มข้นแตกต่างกันไป กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำจะได้รับคำแนะนำและอาจสิ้นสุดการบริการ ณ จุดนี้ ส่วนผู้ที่เข้าข่ายติดสุรา จะได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจและนำสู่กระบวนการบำบัดรักษาต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ พงศ์ศิลป์ วิชาชัย และมนัสขจรณ์ พิชัยจุมพล ที่ได้พัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำ เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <0.001$) กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากเครือข่ายแกนนำเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 56.25 เป็นร้อยละ 90.64 ผู้มีภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 33.33 เป็นร้อยละ 93.33 แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำในพื้นที่ สามารถทำให้ เครือข่ายแกนนำมีส่วนร่วมทั้งในด้านการเฝ้าระวัง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการส่งต่อรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ลดอัตราการฆ่าตัวตายได้ การพัฒนารูปแบบคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น เป็นการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและเมื่อพบกลุ่มเสี่ยงจะให้บริการคัดกรองประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุรา การให้การปรึกษาเบื้องต้น เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน และช่วยให้ผู้ดื่มสุราในระดับเสี่ยงปานกลางได้รับคำแนะนำเบื้องต้น เพื่อให้เกิดความสามารถในการปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มที่มีอันตรายลดลง โดยเน้นการบริการในสถานบริการระดับปฐมภูมิ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติด้วยการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุราของผู้มารับบริการ สุขภาพด้วยแบบคัดกรองประสพการณ์การดื่มสุรา (ASSIST) และแบบประเมิน AUDIT และมีการบันทึกข้อมูล ในระบบสุขภาพโดยมีการกำหนด รหัสที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา และการบำบัดแบบสั้น ในสถานพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ 1B60 ผู้มารับบริการดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ 1B600 ผู้มารับบริการไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดชีวิตที่ผ่านมา 1B601 ผู้มารับบริการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่หยุดดื่มมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป 1B602 ผู้มารับบริการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสียงต่ำ (คะแนน 0-10) 1B603 ผู้มารับบริการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสียงปานกลาง (คะแนน 11-26) 1B604 ผู้มารับบริการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสียงสูง (คะแนน 27 ขึ้นไป) 1B609 ผู้มารับบริการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ระบุรายละเอียด 1B61 การให้คำแนะนำ การปรึกษาผู้มีพฤติกรรมดื่มแบบเสียง 1B610 การให้คำแนะนำ (Brief advice) 1B611 การให้การปรึกษา (Brief counseling) 1B612 ส่งต่อเพื่อรับการประเมินและการบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญ (Refer)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงระบบการคัดกรอง การส่งต่อ และฟื้นฟูสภาพจิตสังคมของผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา ได้แก่ (1) การรับรู้และความเข้าใจของผู้ดื่มและครอบครัว โดยผู้ดื่มและครอบครัว รับรู้ว่าการดื่มไม่ได้ส่งผลกระทบต่อร่างกายมาก การดื่มเป็นเรื่องปกติธรรมดาในชุมชน การดื่มช่วยให้มีแรงทำงาน เจริญอาหาร หลับดีขึ้น (2) บุคลากร รพ.สต. และ อสม. ไม่ได้รับการอบรมคัดกรองและให้การบำบัดแบบย่อ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เมื่อคะแนนการคัดกรองระดับเสียงปานกลางหรือสูง ยังมีความเห็นว่าการใช้เครื่องมือคัดกรองยังได้ประโยชน์น้อย ไม่คุ้มกับเวลาที่ต้องใช้ ในขณะที่ภารกิจอื่นทำไม่ทัน และตัวชี้วัดการคัดกรองไม่ได้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อ (3) เครื่องมือการคัดกรอง แบบคัดกรองที่เหมาะสมสามารถนำมาใช้ได้จริง คือ ASSIST 7 ข้อ เนื่องจากเข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาไม่นาน ไม่เป็นภาระกับผู้ปฏิบัติงาน ส่วน Alcohol Use Identification Test (AUDIT) มีความเห็นว่า ใช้นยาก เนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการคิดหน่วย 1 ดื่มมาตรฐาน ปัจจัยที่ทำให้การดื่มของวัยกลางคนถึงสูงอายยังดื่มอยู่ และไม่สามารถเลิกดื่มได้ คือ การมีแหล่งผลิตสุราที่บ้านที่มีราคาถูกและรสชาติดีกว่า การผูกโยงระหว่างการดื่มกับการพนันวัวชน ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของกุลนรี หาญพัฒนาชัยกุล และคณะ (2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยชายที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ คิดว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติ และมีความจำเป็นสำหรับสังคมการทำงานหรือการเลี้ยงฉลองต่างๆ อีกทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ช่วยลดความเจ็บปวด ลดความเครียด เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจ สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ ปี 2560 และการศึกษาของรุ่งนภา คำผาง (2564) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา มีสาเหตุ 3 อันดับแรก คือ ไปงานเลี้ยงฉลอง หรืองานสังสรรค์ตามเทศกาลต่าง ๆ (ร้อยละ 56.80) รองลงมา คือ เป็นการผ่อนคลายลดความวิตกกังวล ลดความเครียด (ร้อยละ 47.17) และถูกชักชวนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อน ญาติ หรือคนในครอบครัว (ร้อยละ 43.03) ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับผลกระทบที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 68.56) และเคยได้รับ ผลกระทบ (ร้อยละ 31.44) โดยผลกระทบที่ได้รับจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 อันดับแรก คือ ปัญหาด้าน สุขภาพร่างกาย (ร้อยละ 43.46) รองลงมา คือ ปัญหาด้านการเงิน (รายได้ - รายจ่าย) (ร้อยละ 37.88) และ ปัญหาด้านการทำงาน (ร้อยละ 19.22) และเกี่ยวกับแบบคัดกรอง ASSIST 7 ข้อคำถาม ที่เคยมีการนำมาใช้ในการคัดกรองในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พร้อมให้คำแนะนำ และคำปรึกษาแบบสั้น ตามที่ สป.สช. ได้มีประกาศ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพฉบับที่ 10 พ.ศ.2559 ให้มีการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทุกครั้งที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสายรัตน์ นกน้อย (2552) ที่พบว่า การบำบัดแบบสั้นในผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการให้ข้อมูลผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ให้เห็นผลเสียของการดื่ม โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมหลายวิธี เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจและความพร้อมในการหยุดดื่ม และป้องกันการดื่มแบบเสี่ยงสูง และข้อมูล cost effectiveness ของ brief intervention บ่งชี้ว่า มีความคุ้มค่าคุ้มทุนที่จะลงทุน ในอเมริกาพบข้อมูลว่าถ้าลงทุนเรื่องของ brief intervention ไป \$1,000 จะ สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ประมาณ \$5,000 และเป็น intervention ที่ รพ.สต. สามารถ ให้บริการได้ แต่หากเป็นผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์แล้วจะต้องมาพบจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก

นอกจากนี้ ผลจากการศึกษาที่พบว่า การคัดกรอง บำบัดแบบย่อ และหลังจากบำบัดโดยโรงพยาบาลชุมชน หรือผู้เชี่ยวชาญจากคลินิกเล็กเหล่านี้แล้ว สามารถทำให้อัตราการกลับมาดื่มซ้ำลดลง สอดคล้องกับโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุราของ ทรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ (2553) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนมาใช้กับกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุรา และใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเช่นกัน โดยใช้แนวคิดของการบำบัดดูแลในเชิงรุกในชุมชน (Assertive Community Treatment: PACT) ของ Stein & Santos (1998) เพื่อช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคติดสุราในชุมชน ป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ลดการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เนื้อหาของโปรแกรมจากข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความต้องการการดูแลเชิงรุกในชุมชนในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ญาติหรือผู้ดูแล บุคคลในชุมชน และบุคลากรสุขภาพ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาตามลักษณะงาน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การบำบัดดูแล (treatment) ประกอบด้วย การดูแลเรื่องยา (medication support) การจัดการกับภาวะวิกฤติ (crisis management) วิธีการฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน (rehabilitative approach to daily living skills) และการให้การปรึกษา (counseling) 2) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) และ 3) การบริการสนับสนุน ประคับประคอง (support services) ประกอบด้วย การสร้าง โอกาสในการทำงาน (work opportunities) การเข้ารับบริการสุขภาพ (entitlements) การช่วยเหลือ เรื่องที่พักอาศัย (housing assistance) และการจัดการการเงิน (financial management) โดยลักษณะ ของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ที่เป็นโรคติดสุรา เป็นการเยี่ยมบ้านของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ประกอบไปด้วยการประเมิน สังเกต ซักถามและบันทึก ในแบบบันทึก ร่วมกับการให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการฝึกทักษะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ควรนำรูปแบบการคัดกรองที่พัฒนาจากการศึกษานี้ไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยมีการเตรียมการอย่างเป็นขั้นตอนทั้งความรู้ การอบรมเชิงปฏิบัติการ มีระบบพี่เลี้ยงเมื่อลงไปปฏิบัติจริง การสะท้อนกลับหลังจากทดลองปฏิบัติ
2. การทำความเข้าใจในรูปแบบ เครื่องมือ การแปลผล การคัดกรอง เป็นสิ่งจำเป็นในการสื่อสารตั้งแต่ระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ
3. ควรมีการทบทวน อบรมฟื้นฟูความรู้ ทักษะการคัดกรอง การให้คำแนะนำ การปรึกษาแบบย่อ หรือการดูแลผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบปฐมภูมิ ทั้งในขั้นตอนการสะท้อนผลการประเมิน (แสดงคะแนนและการแปลผล) การประเมินแรงจูงใจตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ที่เป็นภาษาถิ่น และในขั้นตอนที่พบว่าผู้ที่หยุดดื่มได้กลับไปดื่มอีกควรเพิ่มทักษะการสื่อสารที่ไม่ทำให้ผู้ดื่มรู้สึกผิด
4. ควรมีการติดตาม ให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดการคัดกรองและการแนะนำ การปรึกษาแบบย่อ ที่ได้ผล เนื่องจากผลลัพธ์จากการคัดกรองเป็นค่าคะแนน กลุ่มเป้าหมายที่ถูกคัดกรองอาจจะยังไม่เห็นเป็นรูปธรรม เมื่อเปรียบเทียบกับ การคัดกรองเบาหวาน ความดัน วัณโรค ฯลฯ ที่มีเครื่องมือวัด วิธีการ และผลลัพธ์ที่เห็นเป็นรูปธรรม
5. ควรมีเครื่องมือการคัดกรองทางชีวภาพ หรือการคัดกรองทางคลินิก เช่น การตรวจระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ น้ำลาย ในเลือด หรือค่าที่บ่งชี้ถึงพิษของแอลกอฮอล์ต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะสำคัญ เช่น การตรวจการทำหน้าที่ของตับ

แนวทางการนำผลงานไปใช้ประโยชน์

การใช้ ASSIST-7 สำหรับประเมินความเสี่ยง ลงทะเบียนในระบบ และติดตามอย่างต่อเนื่อง ตั้งเป้าเป็นการเข้าถึงระบบสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงปานกลางถึงสูง และความร่วมมือระหว่างทีมผู้รักษา ครอบครัว วัตถุประสงค์การ บริหารส่วนท้องถิ่น ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของนักดื่มประจำ

เอกสารอ้างอิง

1. Alcohol and Public Policy Group. Alcohol: No Ordinary Commodity: A summary of the book. *Addiction* 2003; 98:1343-50
2. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT, The relationship of average volume of Alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction* 2003;98(9):1209-28.
3. Rehm J, Gmel G, Sempos CT, Trevisan M. Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Research and Health* 2003; 27 (1):39-51.
4. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานงบประมาณในการให้บริการบำบัดฟื้นฟูเพื่อเลิกสุรา แผนงานป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษายาเสพติดงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2559 [Budget report on rehabilitation services for alcohol cessation, anti-suppression and drug treatment plan, budget expenditure for the year 2016]. นนทบุรี: สำนัก; 2560)
5. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004;82(11):858-66.)
6. Schmidt LA. Recent development in alcohol service research on access to care. *Alcohol Res.* 2016;38(1):27-33.
7. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2561
8. HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง https://plg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=c053cbe922cb2b0b8_aa5ab139c5c7494#
9. บุญศิริ จันศิริมงคล พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ สุพันธ์ จำรูญสวัสดิ์ และ โสฬสวรรค์ อินทสิทธิ์ การเข้าถึงบริการและความพร้อมการจัดบริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราของระบบบริการสาธารณสุข วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564;29(4):345-57
10. ภาวดี โตท่าโรง ประภา ถิมประสูตร และ ชมนาด วรรณพรศิริ ประสบการณ์การเลิกดื่มสุราอย่างถาวรของผู้เคยติดสุรา วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 ก.ค.-ธ.ค. 2551; 45-61
11. รุ่งนภา คำผาง และคณะ รายงานผลการศึกษาการเข้าถึงบริการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

12. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ: ฉบับปรับปรุง 2554 รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหา การดื่มสุราในระบบสุขภาพ i-MAP Health. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2554.
13. BaborTF, Higgins-BiddleJC, Saunders JB, Monteiro MG.The Alcohol Use Disorders Identification Test: guideline for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001.
14. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์; 2554.
15. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. นนทบุรี: อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์; 2561.
16. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. กิ่งทศวรรษแผนงานการพัฒนา ระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2557.
17. คู่มือการดำเนินงานบริการป้องกันและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2564
18. ผดุงศักดิ์ ตั้งติระโสภณ, 2552; Good (1973, อ้างในจรัสศรี ศรีโกศา,2555)
19. ประภาเพ็ญ สุวรรณ, ทศนคติและการวัด 2526 :น.91
20. เสนาะ ดิยาวี, 2530: น.66-67
21. ھرรษา เศรษฐบุปผา, จารุณีรัศมีสุวิวัฒน์, นพวรรณ อุปคำ, ภรภัทร สิมะวงศ์, สกาวรัตน์ เทพประสงค์, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2558) ผลของโปรแกรมใกล้บ้าน สม่านใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา คุณภาพชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ที่เป็นโรคติดสุราในภาคใต้. พยาบาลสาร. 2558;42 (1) 108-120.
22. ھرรษา เศรษฐบุปผา, จารุณีรัศมีสุวิวัฒน์, นพวรรณ อุปคำ และ ภรภัทร สิมะวงศ์. (2557). การดูแลตนเองของ ผู้ติดสุราในโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ. ครั้งที่ 4. เชียงใหม่: พิมพ์เดือนดี
23. ھرรษา เศรษฐบุปผา, จารุณีรัศมีสุวิวัฒน์และสกาวรัตน์เทพประสงค์. คู่มือการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์สำหรับ บุคลากรสุขภาพ. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2556 5. ھرรษา เศรษฐบุปผา, จารุณีรัศมีสุวิวัฒน์และสกาวรัตน์ เทพประสงค์. คู่มือการดูแลตนเองของผู้ติดสุราและ สารเสพติด สำหรับการบำบัดดูแลทางโทรศัพท์. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2556
24. ھرรษา เศรษฐบุปผา, จารุณีรัศมีสุวิวัฒน์, นพวรรณ อุปคำ, ภรภัทร สิมะวงศ์. คู่มือการดูแลผู้ติดสุราสำหรับ บุคลากรสุขภาพในโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ. เชียงใหม่:แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2554

25. พรรษา เศรษฐบุปผา, จารุณีรัศมีสุวิวัฒน์, นพวรรณ อุปคำ, ภรภัทร สิมะวงศ์. คู่มือการดูแลผู้ติดสุราโดยญาติ ในโปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2554
26. พรรษา เศรษฐบุปผา, จารุณีรัศมีสุวิวัฒน์, นพวรรณ อุปคำ, ภรภัทร สิมะวงศ์. แบบบันทึกโปรแกรมใกล้บ้าน สมานใจ. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2554.

ประวัติหัวหน้าโครงการ/ผู้ร่วมวิจัย/ที่ปรึกษา

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) นางจุฑารัตน์ สถิรปัญญา

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs. Chutarat Sathirapanya

ตำแหน่งปัจจุบัน (อาจารย์, ผศ., รศ., ศ., ตำแหน่งทางราชการ) รศ.

สถานที่ติดต่อ (ที่ทำงาน) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สาขาวิชา เวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน

ที่อยู่(หน่วยงาน) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

โทรศัพท์/โทรสาร 074-455-1331

E-mail chutaratster@gmail.com

ที่อยู่(บ้าน) 1/2 ถนนพัทลุง ตำบลบ่อยาง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

โทรศัพท์/โทรสาร 074-323132 , 086-4815876

- ประวัติการศึกษา (ปริญญาตรี – เอก; สาขา และสถาบัน)

ระดับการศึกษา	สาขาวิชาที่สำเร็จการศึกษา	จบจากสถาบัน
ปริญญาตรี	พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง	วิทยาลัยพยาบาลสงขลา
ประกาศนียบัตร	ประกาศนียบัตรวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช	วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา
ปริญญาโท	วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)	มหาวิทยาลัยมหิดล
ปริญญาโท	กศ.ม. การศึกษามหาบัณฑิต	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ปริญญาเอก	สศ. (สาธารณสุขศาสตร์)	มหาวิทยาลัยมหิดล

- ผลงานวิจัย

ก. ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติและนานาชาติ

1. จุฑารัตน์ สถิรปัญญา วสันต์ ศิลปสุวรรณ และ รุ่งโรจน์ พุ่มรีว. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาเทคนิคจ.สงขลาพ.ศ. 2536 นำเสนอและตีพิมพ์ในเอกสารประกอบการประชุมสุขศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ.2546(ทุนมหาวิทยาลัยมหิดล)

2. จุฑารัตน์ สถิรปัญญา ทศนคติของญาติต่อผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกตีพิมพ์ในวารสารกรมการแพทย์ ปีที่ 22 ฉบับที่ 1, มกราคม 2540, หน้า 12-18 (ทุนหม่อมเจ้าหญิงมณฑลพจนานุกรม)

3. จุฑารัตน์ สถิรปัญญา พรชัย สถิรปัญญา. ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาระดับมัธยมศึกษาจังหวัดสงขลาพ.ศ. 2538 ตีพิมพ์ในวารสารสงขลานครินทร์ (ทุนมูลนิธิศาสตราจารย์นายแพทย์ฝนแสงสิงแก้ว)

4. จุฑารัตน์ สติรปัญญา เยาวนาถ สุวลักษณ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมงดสูบบุหรี่ในนักศึกษา อาชีวศึกษาจังหวัดสงขลาวารสารกรมการแพทย์ ปีที่ : 23 ฉบับที่ : 12 เลขหน้า : 746-752 ปีพ.ศ. : 2541 นำเสนอในการประชุมบุหรืหรือสุขภาพครั้งที่ 12 โรงแรมเอเชีย พัทยาชลบุรี 2544. (ทุนสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ)

5. จุฑารัตน์ สติรปัญญา. ผลของการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุพ.ศ. 2540. (ทุนสภาการพยาบาล)

6. จุฑารัตน์ สติรปัญญา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ทุนสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ) นำเสนอในการประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยทักษิณ ประจำปี 2547 ตีพิมพ์ในสงขลานครินทร์เวชสาร ปีที่ 22 ฉบับที่ 4 ตค.- ธค. 2547

7. จุฑารัตน์ สติรปัญญา. อาคม วัดไธสง และ อนันต์ ประศาสน์กุล. ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล (ทุนสำนักงานคณะกรรมการ วิจัยแห่งชาติ) ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเขต 12.

8. จุฑารัตน์ สติรปัญญา วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และรุ่งโรจน์ พุ่มรีว. ประสิทธิผลของการสร้างพลังเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด (ทุนสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ) ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขศาสตร์.ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 :33-49; มกราคม-เมษายน 2545

9. จุฑารัตน์ สติรปัญญา ธนวรรณ สุกสี และ พรชัย สติรปัญญา. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนภาคใต้ประเทศไทย (ทุนสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ).

10. จุฑารัตน์ สติรปัญญา บงกช เชี่ยวชาญยนต์. การศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะทางประชากร ภาวะสุขภาพจิตและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงขายบริการทางเพศที่ให้บริการชาวต่างชาติจังหวัดสงขลาพ.ศ. 2535 เสนอในการประชุมระดับชาติแห่งชาติครั้งที่ 12

11. จุฑารัตน์ สติรปัญญา. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา: ศึกษาเขตอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา วารสารวิชาการเขต 12 ปีที่ 15(3): หน้า ; เดือนกรกฎาคม-กันยายน ปี พ.ศ. 2547

12. จุฑารัตน์ สติรปัญญา โสมสิริ เดชรัตน์ และ นवलทอง วีระวานิช. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด วิธีการเผชิญปัญหา กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น : ศึกษาเขตอำเภอเมือง จ.สงขลา นำเสนอในประมวลผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการสารเสพติดในภาคใต้ ครั้งที่ 2, กรกฎาคม 2547.

13. จุฑารัตน์ สติรปัญญา พรชัย สติรปัญญา, จามรี ไตรจันทร์ ความชุก ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้าภายหลังโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดพัทลุง: การศึกษาแบบตัดขวางสงขลานครินทร์ เวชสาร ปีที่ : 32 ฉบับที่ : 5 เลขหน้า : 275-282 ปีพ.ศ. : 2557

14. ณิชสกร คงชีวกุล, สุนทรา กล้าณรงค์, จุฑารัตน์ สติรปัญญาพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย เทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตสงขลาวารสารอัล-นूर บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี ปีที่ : 9 ฉบับที่ : 16 เลขหน้า : 59-70 ปีพ.ศ. : 2557

15. จุฑารัตน์ สติรปัญญา ภูมิปัญญาพื้นบ้านภาคใต้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตแม่และเด็ก วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ปีที่ : 19 ฉบับที่ : 3 เลขหน้า : 81-120 ปีพ.ศ. : 2556
16. นัทที ขจรกิตติยา, ชาลีไตรจันทร์, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต และจุฑารัตน์ สติรปัญญา. (2555). ตัวแปรเชิงสาเหตุและเชิงผลของแรงจูงใจการบริการสาธารณะของพนักงานเทศบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย. วารสารวิทยาการจัดการ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 29(2), 95-109.
17. การสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาสุขภาพชาวเล เกาะพระทอง (ทุนมูลนิธิเวชดุสิต ในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ 2553)ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเขต 12
18. Chutarat Sathirapanya, Yasushi Taniguchi. *HIV Infection and Stress Among Woman Sex Workers in Songkhla Southern, Thailand*. The XV International Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology – ISPOG(May 13-16, 2007, Kyoto, Japan)
19. Chutarat Sathirapanya. HIV Prevention Behavior among Occupational student in Southern, Thailand. 10th International Conference of Behavioral Medicine ,Rissho University ,2008. Tokyo, Japan.
20. Pornchai Sathirapanya, Chutarat Sathirapanya. Clinical prognostic factors for treatment outcome in Bell's palsy: a prospective study. Journal Med Assoc Thai. 2008 Aug 91 (2) 1182-8.
21. Pornchai Sathirapanya ,Chutarat Sathirapanya, Kitti Limapichat. Tetanus : A Retrospective Study of Clinical Presentations and Outcomes in a Medical Teaching Hospital. J Med Assoc Thai 2009;92(3):315-9.
22. C.R. Sathirapanya, C.M.R. Trichunand P.C. Sathirapanya Prevalence of stroke, stroke risk factors, post stroke depression and the development of local wisdoms in improving of disability in stroke patients in a province of southern Thailand. 19th World Congress of Neurology, 24-30 October 2009. Journal of the Neurological Sciences Vol. 285 Supplement 1, Pages S157-S158.
23. Chutarat Sathirapanya. The Southern Local Wisdoms for Promoting Child Mental Health INTERNATIONAL CONFERENCE The Inter- University Cooperation Program “Toward Enhancement of Economic, Social, Technological and Environmental Development for

Welfare Implications in the Greater Mekong Sub - region and Asia-Pacific” 31 July - 5 August, 2010 Venue: Jogjakarta Plaza Hotel, Yogyakarta, Indonesia

24. Chutarat Sathirapanya. Mental Health among Women Sex Workers . The Inter-University Cooperation Program “Toward Enhancement of Economic, Social, Technological and Environmental Development for Welfare Implications in the Greater Mekong Sub - region and Asia-Pacific” Columbo Sri Lanka .7-12 August.2011

25. Supa Pengpid Karl Peltzer Apa Puckpinyo Sariyamon Tiraphat Somchai Viripiomgool Tawatchai Apidechkul Chutarat Sathirapanya Songkramchai Leethongdee Jiraporn Chompikul Aroonsri Mongkolchati. Knowledge, attitudes, and practices about tuberculosis and choice of communication channels in Thailand. J Infect Dev Ctries 2016; 10(7):694-703

26. จุฑารัตน์ สถิรปัญญา. 2560. "ปัจจัยและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นหญิง ในสถาบันอาชีวศึกษา กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา". วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 28 (2) : 117-129

27. Thitiworn Choosong, Supeecha Rungruang, Chutarat Sathirapanya and Kittisak Choomalee. 2018. "Validation of an Awareness and Preparedness on a Hearing Conservation Program Questionnaire: A Cross-sectional Study in Thailand". JHSMR, 2018 (32 (6)) : 127-134

28. สุตา วงศ์สวัสดิ์ นริศรา พึ่งโพธิ์สมก ดุษฎีโยเฮลา จุฑารัตน์ สถิรปัญญา. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ของทีมสุขภาพในชุมชน: การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเชิงวิพากษ์. *Journal of Behavioral Science for Development*, 10(1), 2018; 191-207.

29. นภาพรณ์ ตั้งอดุลรัตน์.จิตาภา สุวรรณฤกษ์. จุฑารัตน์ สถิรปัญญา. อนุกุล โรจนสุขสมบูรณ์. ผลของการออกกำลังกายรูปแบบใหม่ที่บูรณาการร่วมกับรำแม่บทใหญ่ต่อการควบคุมการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมวารสารปาริชาติ ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 มกราคม –มิถุนายน 2562, 11-20.

งานวิจัยที่กำลังดำเนินการ

1. การพัฒนาโปรแกรมควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยใช้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและกระบวนการมีส่วนร่วม (ทุนวิจัยนมินทร์ 2555)
2. พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก การบริโภค และการเจริญเติบโตของเด็กเกาะบูโหลนดอน (ทุนมูลนิธิชัยพัฒนา และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2555)
3. การพัฒนาธรรมเนียมสุขภาพเพื่อเด็ก ชุมชนบ้านเกาะบุมโหลนดอน (2560-2561) ทุนวิจัย มอ.เพื่อชุมชนเข้มแข็ง

รางวัล/ผลงานทางวิชาการ

1. โล่รางวัลผู้มีผลงานดีเด่นลำดับ 1 ประเภทรายงานการวิจัย จากการประชุมวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2545
2. ประกาศเกียรติคุณ ที่ปรึกษาทางวิชาการ สำนักงานควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ปี 2546 – 2547.
3. The Best Practice Awards ด้านผลงานวิจัย และผลงานทางวิชาการดีเด่นจากการนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมสัมมนาและนิทรรศการวิชาการนานาชาติครั้งที่ 7 "Regional Stability through Economic, Social and Environmental Development in the Greater Mekong Sub-region and Asia-Pacific" 7-12 สิงหาคม 2554 ณ University of Kelaniya เมืองโคลอมโบ ประเทศศรีลังกา

เอกสาร ตำรา

1. สุขภาพจิต
 2. พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา
 3. การประเมินและวินิจฉัยสุขภาพชุมชน
 4. เอกสารประชุมวิชาการประจำปี ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2553-2556
1. เกสซ์กรหญิงจามรี ไตรจันทร์
ภบ. ภม. (บริหารเภสัชศาสตร์) หัวหน้ากลุ่มงานเภสัช โรงพยาบาลเขาชัยสน