ระบบบริการ
ผู้ได้รับผลกระทบ
จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

โครงการการประเมินผล พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
ภายหลังการบังคับใช้เป็นระยะเวลา 10 ปี

รศ.พญ. รัศมน กัลยาศิริ
นายสกล ศรีสุขล้อม
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สนับสนุนโดย
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ระบบการบริการผู้ได้รับผลกระทบ
จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

โดย

รศ.พญ. รัศมน กัลยาศิริ และ นาย สกล ศรีสุขล้อม

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการประเมินผล พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ภายหลังการบังคับใช้เป็นระยะเวลา 10 ปี

รายนามทีมผู้ประเมิน

1.	รศ.นพ.เกรียงไกร ศรีธนวิบุญชัย	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2.	ผศ.ดร.นิษฐา หรุ่นเกษม	คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
3.	รศ.พญ.รัศมน กัลยาศิริ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4.	นพ.ดร.อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยระบบสาธารณสุขและการแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
5.	นายสุริยัน บุญแท้	ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ (SAB)
6.	รศ.ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7.	ศ.ดร.ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
8.	น.ส.กนิษฐา ไทยกล้า	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สนับสนุนโดย

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ
หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

25 ธันวาคม 2561

สารบัญ

บทนำ **1**

วัตถุประสงค์ 4

ขอบเขตการศึกษา 4

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 4

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง **5**

การบำบัดแบบสั้น 7

การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ 8

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ 9

การบำบัดจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมบำบัด 10

กลุ่มเพื่อนช่วนเพื่อน และกลุ่มผู้ติดสุรานิรนามหรือกลุ่มเอเอ 11

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน 12

ระเบียบวิธีการประเมิน **19**

รูปแบบการศึกษา 19

ประชากรและขนาดตัวอย่าง 19

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 20

ขั้นตอนการศึกษา 21

ขั้นตอนการสัมภาษณ์ 22

การวิเคราะห์ข้อมูล 23

ผลการศึกษา **25**

ผลจากการสำรวจเชิงปริมาณ 25

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ 30

ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพรวมของประเทศ 43

ความคิดเห็นในระดับพื้นที่ที่ทำงาน 73

สารบัญ (ต่อ)

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ **151**

สรุปผลการวิจัยเชิงปริมาณ 151

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก 153

1. ภาพรวมของประเทศ 153

2. ในแต่ละพื้นที่ 156

อภิปรายผลการวิจัย 165

ข้อเสนอแนะ 168

เอกสารอ้างอิง **169**

บทนำ

ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อร่างกาย และจิตใจเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพที่สามารถให้การดูแล และบำบัดรักษาได้โดยอาศัยองค์ความรู้ทั้งทางการแพทย์ จิตสังคม และสาธารณสุข แขนงต่างๆ รวมไปถึงการบำบัดในชุมชน จากการประมาณการในปี พ.ศ. 2560 ที่ผ่านมายังมีผู้ดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศไทยจำนวน 17 ล้านคน โดยดื่มจนถึงขั้นติดแอลกอฮอล์ประมาณ 9 แสนคน มีการดื่มหนักราว 1.2 ล้านคน และมีการดื่มอยู่เป็นประจำ ราว 8 ล้านคน จากประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีอยู่ประมาณ 54 ล้านคน ทั่วประเทศ จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า แม้จะดื่มเพียงวันละหนึ่งแก้วมาตรฐานก็สามารถเพิ่มอัตราการตายได้สูงถึงร้อยละ 20 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ และจำเป็นต้องให้การดูแลบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพในประชากรที่ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ ซึ่งจัดเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบ จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยได้มีกฎหมายเพื่อใช้ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งแรก โดยพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่ม ได้บัญญัติไว้ในมาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้ว่า “ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” หมายความว่า บุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ร่างกายหรือจิตใจ โดยการดื่มนั้นมีลักษณะที่ต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้น และเมื่อหยุดดื่มจะมีอาการแสดงของการขาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร่างกาย โดยในพระราชบัญญัตินี้ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีการบัญญัติไว้ในมาตรา 16 ให้คณะกรรมการควบคุมมีอำนาจหน้าที่ในการเสนอนโยบาย แผนงาน และการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่รวมตลอดไปจนถึงการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ และให้กำหนดหลักเกณฑ์

วิธีการ และเงื่อนไขในการบำบัดรักษา หรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อีกทั้งยังให้มีอำนาจหน้าที่ในการเสนอมาตรการในการป้องกันผลกระทบ จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ ได้มีการบัญญัติไว้ในมาตรา 22 ให้ระดับจังหวัดมีอำนาจ และหน้าที่ในการเสนอความเห็นเกี่ยวกับมาตรการต่าง ๆ ในการบำบัดรักษา หรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อคณะกรรมการควบคุม รวมทั้งการเสนอมาตรการในการป้องกันผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดจนการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมไปถึงการกำหนดแนวทางปฏิบัติให้สอดคล้องกับนโยบายของคณะกรรมการในการลด และเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อีกด้วย

ทั้งนี้ หน่วยงานที่ทำหน้าที่การปฏิบัติงานธุรการของคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกฮอล์ ตามมาตรา 25 ของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งกำหนดให้สำนักงานดำเนินการหรือสนับสนุนการศึกษาวิเคราะห์ วิจัยปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และดำเนินการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบาย รวมทั้งแผนงาน และมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของหน่วยงานของรัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้อง แล้วรายงานให้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทราบ และ พิจารณาเสนอคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ โดยทำการประสานงาน และร่วมมือกับคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กรุงเทพมหานคร คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ยังได้มีการกำหนดในหมวด 5 การบำบัดรักษา หรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในมาตรา 33 ให้ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือญาติ คณะบุคคล หรือองค์กรทั้งภาครัฐ หรือเอกชน ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการบำบัดรักษา หรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจขอรับการสนับสนุนเพื่อการบำบัดรักษา หรือฟื้นฟูสภาพจากสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข ที่คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กำหนด

ในการประเมินผลพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ภายหลังการบังคับใช้เป็นระยะเวลา 10 ปี ในส่วนของระบบการบริการผู้ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น สามารถประเมินได้จากการมีกระบวนการในการดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่ได้กำหนดไว้ รวมไปจนถึงผลที่ได้จากการดำเนินการ ซึ่งหมายถึงตัวระบบการบริการเอง ทำการประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวางแผนนโยบาย การศึกษา กำกับติดตาม ตลอดจนผู้ทำงานในระบบการบริการด้านการบำบัดรักษา หรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และทำการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนทั่วไปต่อการบริการดังกล่าวของภาครัฐ ในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ ผลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการเป็นพื้นฐานการวางแผนด้านระบบการบริการบำบัดรักษา หรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดแอลกอฮอล์ได้ในอนาคต ทำให้เกิดการใช้มาตรการในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างรอบด้าน โดยมุ่งเน้นการลดปริมาณการดื่ม และจำนวนผู้ดื่มผ่านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ เพื่อเป็นการป้องกัน และแก้ไขปัญหาผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยได้อย่างครอบคลุมต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินการบริการบำบัดรักษาผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมเนื้อหาการประเมิน กระบวนการดำเนินงาน และการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 หมวด 5 การบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ทราบผลการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ด้านการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศไทย เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไป

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในปัจจุบัน การดูแลและบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาศัยงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ระบบประสาท งานวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ ทางจิตวิทยา และสังคมศาสตร์ในการให้การบำบัดรักษา โดยได้จัดการติดสารเสพติดซึ่งรวมถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นความผิดปกติในระดับสารสื่อประสาท และตัวรับสารสื่อประสาทในสมอง โดยเกิดจากการมีการตอบสนองของสมอง และร่างกายต่อการได้รับสารเป็นระยะเวลายาวนาน นอกจากนี้ การดูแล และบำบัดรักษาภาวการณ์ติดสาร ยังต้องอาศัยกระบวนการที่ผสมผสานกันระหว่างชีว-จิต-สังคม (bio-psycho-social) เช่น การให้ยา การทำจิตบำบัด รวมถึงการบำบัดในชุมชน ปัจจุบันมีหน่วยงานในการให้การดูแลรักษาปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดำเนินการโดยมีทั้ง ภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งนี้ มีขั้นตอนการดูแล และบำบัดรักษาประกอบด้วย การคัดกรอง การประเมิน และวางแผนการรักษา การถอนพิษแอลกอฮอล์ และการให้การบำบัดด้วยยา และ/หรือ ทางจิตสังคม การติดตาม รวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์นั้น สามารถทำได้ในทุกระดับของการให้บริการทางสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือคัดกรองตามมาตรฐาน เช่น แบบคัดกรอง Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) ทำให้สามารถคัดกรองความเสี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่นได้ จัดเป็นส่วนหนึ่งของการทำการคัดกรองและให้การบำบัดอย่างย่อ (Screening – Brief Intervention – Referral for Treatment; BIRT) แบบคัดกรองนี้ มีความไวและความจำเพาะในการคัดกรองปัญหาได้สูง และสามารถนำมาใช้ในการเตือนผู้ดื่มถึงความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา โดยเมื่อคัดกรองแล้วสามารถเชื่อมต่อไปยังการบำบัดแบบย่อ เพื่อช่วยให้ผู้ดื่มที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางขึ้นไป สามารถลด หรือหยุดการดื่ม และหลีกเลี่ยงอันตรายอันอาจเกิดจากการดื่มได้

สำหรับการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ที่ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น สามารถแบ่งได้เป็นสองประเภท การป้องกันและรักษาอาการขาดสุรา ซึ่งเป็นขั้นตอนการบำบัดในช่วงการถอนพิษและการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำภายหลังหยุดดื่มได้แล้ว ยาที่นิยมใช้เป็นหลักในการรักษาอาการขาดสุรา คือ ยากลุ่ม benzodiazepines เช่น ยา diazepam ยา lorazepam และยา chlordiazepoxide สำหรับยาที่ใช้ในการป้องกันไม่ให้กลับไปดื่มซ้ำ หรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงในประเทศไทยนั้นยังไม่มีการผลิต หรือการจำหน่ายให้ใช้ในการบำบัดรักษาได้เหมือนที่มีในต่างประเทศ โดยปัจจุบัน มียาที่ได้รับการรับรองโดย FDA ของสหรัฐอเมริกา ได้แก่ ยา disulfiram ยา amisulpride และ ยา naltrexone โดยประเทศไทยมียาเพียงตัวเดียว คือ ยา disulfiram และยังมีที่ใช้ค่อนข้างน้อย ซึ่งยาดังกล่าวออกฤทธิ์โดยการยับยั้งเอนไซม์ที่ใช้ในการกำจัดสารพิษจากการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดอาการเป็นพิษ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้าแดง ใจสั่น หายใจไม่ออก ปวดศีรษะ เมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ มียาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทดลองว่าอาจมีผลในการลดปริมาณการดื่มในผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ได้ เช่น ยา topiramate ยา baclofen ยา odansetron ยา nalmefene เป็นต้น ซึ่งยังต้องมีการศึกษาเพื่อดูประสิทธิภาพของยาต่อไปในการบำบัดรักษาผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากนี้ มีการใช้การทำจิตบำบัดในผู้ที่มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการประยุกต์มาจากทฤษฎีที่หลากหลายทั้งทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยา และ/หรือสังคมศาสตร์ ปัจจุบัน การบำบัดรักษาในรูปแบบต่าง ๆ จำเป็นต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence base practice) ว่าเป็นการบำบัดที่ใช้ได้ผล โดยการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ คือ การผสมผสานการบำบัดรักษาด้วยยาร่วมกับการทำจิตสังคมบำบัด โดยจิตสังคมบำบัดมีส่วนอย่างยิ่งให้ผู้ติดสุราเกิดความเข้าใจ มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งมีทักษะ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นได้สำเร็จ โดยการบำบัดรักษาแบบจิตสังคมบำบัดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพและมีที่ใช้ในประเทศไทย เช่น การบำบัดแบบสั้น (Brief Interventions, BIs) การสัมภาษณ์ และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational

Interviewing (MI) และ Motivational Enhancement Therapy (MET)) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy, CBT) การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (Relapse Prevention, RP) การบำบัดจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมบำบัด เช่น Contingency Management Intervention (CM), Community Reinforcement Approach และ Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) กลุ่มการบำบัดแบบช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group) เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (Alcohol Anonymous, AA) การส่งเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve-Steps Facilitation Therapy, TSF)ดังมีรายละเอียดการบำบัด สรุปโดยทีมผู้วิจัย ดังนี้

1. การบำบัดแบบสั้น (Brief Interventions, BIs)

หลักการที่สำคัญ: BIs เป็นวิธีการให้คำปรึกษาจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่สามารถใช้ในกลุ่มผู้ดื่มเสี่ยงสูง หรือผู้ดื่มแบบอันตราย (hazardous drinker/harmful drinker) มีชั่วโมงการบำบัดประมาณ 1-3 ครั้ง ใช้เวลาในการบำบัดเพียง 5-15 นาที เพื่อเน้นย้ำให้เกิดคำมั่นสัญญาที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเน้นการเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้รับคำปรึกษา มั่นใจว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ หลักการปฏิบัติ จะใช้ตัวย่อว่า FRAMES คือ Feedback / Responsibility / Advice / Menu of Strategies / Empathy / Self-efficacy

สถานที่ให้บริการให้คำปรึกษา: BIs เป็นการให้คำปรึกษาที่ใช้เวลาสั้น และไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะซับซ้อนมากนัก สามารถทำการบำบัดได้ทั้งในรูปแบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ในสถานบริการทางการแพทย์ แบบปฐมภูมิ ห้อง อุกเฉิน และห้องตรวจทั่วไป

คุณสมบัติผู้ให้คำปรึกษา: บุคคลากรที่มีพื้นฐานการให้คำปรึกษาแบบทั่วไป

2. การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy, MI MET)

หลักการที่สำคัญ: MI คือการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นแนวทางการให้คำปรึกษา (counselling approach) ที่มีเป้าหมายที่ชัดเจน (goal-oriented) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client-centered) MI เชื่อว่าผู้ติดสุรามีพื้นฐาน ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น แต่อยู่ในภาวะสองจิตสองใจ (ambivalence) ดังนั้นกระบวนการให้คำ ปรึกษาจะช่วยให้ผู้ติดสุราสามารถคลี่คลายภาวะสองจิตสองใจ และมีเป้าหมายไปสู่พฤติกรรมที่ดีขึ้น โดยผ่านกระบวน การเรียนรู้เมื่อผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ติดสุราพูดคุยข้อความที่ดีงาม ข้อความจูงใจตนเอง (self talk) เพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีมากขึ้น ส่วน MET คือ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หลักการบำบัดใช้พื้นฐานของ MI มาจัดเป็นรูปแบบการบำบัดที่ชัดเจนมากขึ้น การบำบัดจะเริ่มต้นด้วยการประเมินผู้ติดสุราในครั้งแรก และตามด้วย ชั่วโมงการบำบัดอีก 2-4 ครั้ง โครงสร้างของ MET ประกอบด้วย 3 ระยะคือ ระยะที่ 1: ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจเพื่อให้เปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2: ช่วยให้ผู้ติดสุรามีความมั่นใจที่จะลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทำให้ได้สำเร็จ ระยะที่ 3: ติดตามความก้าวหน้า และเสริมสร้างแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ได้อย่างต่อเนื่อง

สถานที่ให้บริการให้คำปรึกษา: MI และ MET สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ ทั้งแบบรายบุคคล (individual) และแบบกลุ่ม (group) ในประเทศไทย พบได้ทั้งในรูปแบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เช่น สายด่วนเลิกสุรา (1413) การรับการรักษาบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (outpatient program) และแบบผู้ป่วยใน (inpatient program) รวมทั้งการ บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (residential program) นอกจากนี้ MI ยังได้รับการนำมาใช้ร่วมกับการบำบัด รูปแบบอื่นๆ เช่น CBT, TSF, CM เป็นการบำบัดแบบผสมผสานซึ่งส่วนใหญ่

จะใช้หลักการ MI ตลอดการบำบัด เพื่อให้ผู้ติดสุรามีแรงจูงใจที่ดี และเพียงพอต่อการฝึกฝนเรียนรู้หลักการบำบัดอื่นๆ

คุณสมบัติผู้ให้คำปรึกษา: MI และ MET จำเป็นต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ และได้รับการฝึกฝน เฉพาะทางในการบำบัดหรือให้คำปรึกษาแบบ MI และ MET

3. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy, CBT) และการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (Relapse Prevention, RP)

หลักการที่สำคัญ: CBT ได้รับการพัฒนามาจากแนวคิดการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (RP) CBT มีประสิทธิภาพ ในการแก้ไขปัญหาโครงสร้างทางพฤติกรรม และกระบวนการทางความคิดอันก่อให้เกิดปัญหาจากการดื่ม ผู้ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดแบบ CBT และ RP จะได้รับการเรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น โดยผ่านการใช้ทักษะต่าง ๆ เพื่อให้สามารถไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการ เช่นการหยุดดื่ม หรือการจัดการความอยากสิ่งเร้าที่จะทำให้กลับไปดื่มซ้ำ นอกจากนี้ CBT ยังช่วยให้สามารถเรียนรู้ในการจัดการอารมณ์ในทางลบ อันมีผลต่อเนื่องไปสู่การดื่ม ส่งเสริม การควบคุมตนเอง และรับรู้ถึงศักยภาพในระดับสูงของตนเองอีกด้วย (self efficacy)

สถานที่ให้บริการให้คำปรึกษา: การบำบัดแบบ CBT และ RP สามารถให้การบำบัดรักษาได้ทั้งแบบรายบุคคล (individual) และแบบกลุ่ม (group) ในประเทศไทย พบได้ทั้งในรูปแบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (1413) การรับการรักษาบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (outpatient program) และแบบผู้ป่วยใน (inpatient program) รวมทั้งการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (residential program)

คุณสมบัติผู้ให้คำปรึกษา: ผู้ให้การบำบัดแบบ CBT และ RP จำเป็นต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ และได้รับการฝึกฝนเฉพาะทางในการบำบัด หรือให้คำปรึกษาแบบ CBT และ RP

4. การบำบัดจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมบำบัด เช่น (Contingency Management Intervention, CM)

หลักการที่สำคัญ: ใช้การประยุกต์หลักการพฤติกรรมศาสตร์ คือ การให้ในสิ่งที่ต้องการตามข้อตกลงเพื่อเสริมแรง ทางบวกต่อพฤติกรรมที่ต้องการ (positive reinforcement) เช่น การหยุดดื่ม เป็นต้น ตัวอย่างของการใช้หลักการ CM เช่น การทำข้อตกลงกับผู้ติดสุราว่าจะมีการให้รางวัล เช่น บัตรกำนัล เมื่อสามารถลดการดื่มได้สำเร็จ (Voucher-Based Reinforcement, VBR) โดยบัตรกำนัล จะสามารถนำไปแลกเป็นสิ่งของ อาหาร ที่ผู้ดื่มต้องการได้ โดย CM นั้นได้รับการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย ส่วนมากมักเริ่มใช้ในผู้ป่วยที่ยังไม่มีแรงจูงใจที่ดีนักในการเลิกสุรา หรือช่วงแรกของการบำบัด หลักการ CM ยังได้รับการประยุกต์ใช้กับญาติ หรือครอบครัวของผู้ติดสุรา (Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)[1] และสังคมของผู้ติดสุรา (Community Reinforcement Approach (CRA)) โดยเน้นให้สังคม ญาติ และครอบครัวมีทักษะในการจัดการ และให้ความช่วยเหลือผู้ติดสุรา การเสริมแรงทางบวก และส่งเสริมให้ผู้ติดสุราเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา รวมทั้งให้การสนับสนุนผู้ติดสุราตลอดการรักษาบำบัด เป็นต้น

สถานที่ให้บริการให้คำปรึกษา: ผู้ให้คำปรึกษาหรือให้การบำบัดสามารถประยุกต์ใช้หลักการ CM ในการให้การบำบัด รักษารายบุคคล (individual) หรือแบบกลุ่ม (group) ซึ่งพบได้ทั้งในการรักษาบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (outpatient program) แบบผู้ป่วยใน (inpatient program) และการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (residential program)

คุณสมบัติผู้ให้คำปรึกษา: ผู้ให้การบำบัดแบบ CM จำเป็นต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ และได้รับ การอบรมเฉพาะทางในการให้การบำบัดแบบ CM

5. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group) และ กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม หรือ กลุ่มเอเอ (Alcohol Anonymous, AA)

หลักการที่สำคัญ: กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน คือกลุ่มช่วยเหลือกันเอง โดยมีประบวนการคือผู้ติดสุราช่วยเหลือผู้ติดสุรา ด้วยกัน มีด้วยกันหลายแบบ แต่ในประเทศไทย มีสองรูปแบบใหญ่ ๆ คือ กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม หรือกลุ่มเอเอ (Alcohol Anonymous, AA) และชมรมจิตอาสา โดยกลุ่มเอเอ คือกลุ่มบำบัดสุราภาคประชาชน ใช้กระบวนการกลุ่มในการฟื้น สภาพทางจิตวิญญาณ (spiritual recovery) กลุ่มเอเอประกอบด้วยกลุ่มบุคคลผู้ติดสุรา ที่นำประสบการณ์ความหวัง กำลังใจมาแบ่งปันซึ่งกันและกัน เพื่อให้ไปสู่การเลิกสุราได้อย่างยั่งยืน องค์ความรู้ที่สำคัญของกลุ่มเอเอ ได้แก่ หลัก 12 ขั้นตอน และธรรมเนียมปฏิบัติ 12 ข้อ ซึ่งมีใจความสำคัญในภาพรวมสามอย่างคือ 1) ยอมรับ ว่าโรคติดสุราเป็นโรค ที่เรื้อรัง และไม่สามารถควบคุมได้ 2) ยอมจำนน ว่าไม่สามารถมีอำนาจเหนือการติดสุรา ต้องพึ่งพาอำนาจที่เหนือขึ้นไป (higher power) 3) หันกลับมาฟื้นฟูตนเองทบทวนสิ่งที่ผ่านมาและยอมรับขอขมาต่อความผิดที่เคยกระทำ และเข้าร่วม กลุ่มเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นต่อไป ส่วนกลุ่มจิตอาสา คือกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดสุรา โดยมีจุดมุ่งหมายให้เพื่อนช่วย เหลือกันให้เลิกสุราได้สำเร็จ และปรับตัวต่อปัญหาอื่นๆ ได้ดีขึ้น หากมีการกลับไปดื่มก็มีการแลกเปลี่ยนให้ความหวัง กำลังใจเพื่อให้สามารถเลิกได้อีกครั้ง

สถานที่ให้บริการให้คำปรึกษา: กลุ่มเอเอ: ปัจจุบันกลุ่มเอเอในประเทศไทยที่มีการดำเนินกลุ่มอย่างสม่ำเสมอมีด้วยกัน 12 กลุ่ม คือ กลุ่มเอเอ ในศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น จ.ขอนแก่น และเครือข่ายโรงพยาบาลในภาคอีสาน กลุ่มเอเอ ในโรงพยาบาลอำเภอ จ.ยโสธร กลุ่มเอเอ ในโรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่ และเครือข่ายโรงพยาบาลในภาคเหนือ กลุ่มเอเอ

ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มเอเอที่ศูนย์การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยานานาชาติ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังสามารถหาค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องสถานที่ และการเข้าร่วมกลุ่มเอเอ รวมทั้งสายด่วนกลุ่มเอเอ ได้จากเว็บไซต์ http://www.aathailand.org/th/helplines หรือสามารถติดต่อที่เบอร์โทรศัพท์ 085-199-3540 ส่วนกลุ่มชมรมจิตอาสา มีการทำกลุ่มชมรมจิตอาสาอย่างสม่ำเสมอ เช่นที่ โรงพยาบาลจอมทอง จ.เชียงใหม่

คุณสมบัติผู้ให้คำปรึกษา: กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มักจะดำเนินกลุ่มด้วยตนเอง คือผู้ติดสุราช่วยกันเอง

6. การบำบัดเพื่อเสริมสร้างให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve-Steps Facilitation Therapy, TSF)

ในประเทศตะวันตก แม้ว่ากลุ่มเอเอจะได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย แต่ในประเทศไทยการพัฒนากลุ่มเอเอยังไม่แพร่ หลายมากนัก ทั้งนี้ เนื่องจากอุปสรรคในเรื่องของภาษา ขาดการรวมตัวของภาคประชาชน วัฒนธรรมในการแก้ไข ปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันโดยมีหลักของศรัทธา และการพัฒนาปัญญาที่ไม่เหมือนกัน อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ส่งต่อผู้ป่วยเองยังขาดความเข้าใจในหลักการการดำเนินงานของกลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม ในต่างประเทศ TSF จึงได้ถือ กำเนิดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มเอเอ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองตามหลัก 12 ขั้นตอน TSF เน้นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและได้ประโยชน์จากสิบสองขั้นตอนของกลุ่มเอเอ มุ่งเน้นเพื่อประคับประคองให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มเอเอสามารถผ่าน 12 ขั้นตอนเพื่อการบำบัดฟื้นฟูโดยเน้นหลักการพึ่งพาตนเองได้สำเร็จ โดยให้คำ ปรึกษารายบุคคล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการให้คำปรึกษา 12 ครั้ง

สถานที่ให้บริการให้คำปรึกษา: การบำบัดแบบ TSF ยังไม่แพร่หลายในประเทศไทยมากนัก หากแต่มีการใช้หลักการ TSF ผสมผสานกับ MI และ CBT เรียกว่าพฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสาน (Combined Behavioral Intervention: CBI)

คุณสมบัติผู้ให้คำปรึกษา: ผู้ให้การบำบัดแบบ TSF จำเป็นต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ และได้รับการอบรมเฉพาะทางในการให้การบำบัดแบบ TSF อีกทั้งควรมีความเข้าใจโครงสร้าง และหลักการของ กลุ่มเอเอ

รูปแบบการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีด้วยกันหลายรูปแบบ ดังนี้

1. การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือสายด่วน (helpline) เหมาะกับผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่ไม่รุนแรง
2. การรักษาแบบผู้ป่วยนอก (outpatient program) เป็นการบำบัดรักษาในผู้ที่ไม่มีอาการทางกาย หรือไม่มีอาการ ทางจิตเวชแทรกซ้อนที่รุนแรง และเป็นผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี
3. การรักษาแบบผู้ป่วยใน (inpatient program) เหมาะสำหรับผู้ที่มีอาการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รุนแรง มีอาการถอนแอลกอฮอล์รุนแรง มีโรคทางกาย หรือทางจิตเวชแทรกซ้อน หรือมีการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี
4. การรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวแบบพักรักษาตัวในสถานบำบัด (residential program) เหมาะสำหรับผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความลำบากอย่างมากในการเลิกดื่ม หรือต้องการสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว

สำหรับหน่วยงานภาครัฐที่มีบริการให้การบำบัดรักษาการติดแอลกอฮอล์มีดังตารางต่อไปนี้

รายชื่อ	รายละเอียดการบำบัด
สถาบันธัญญารักษ์ (ปทุมธานี)	ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว, CBT การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลสมุทรสาคร (สมุทรสาคร)	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว, CBT การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลสมุทรปราการ (รพ.ปากน้ำ) สมุทรปราการ	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น (นครปฐม)	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว, CBT การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลสวนปรุง (เชียงใหม่)	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่ม AA การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling)การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

รายชื่อ	รายละเอียดการบำบัด
โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่ (เชียงใหม่)	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว, CBT กลุ่ม AA การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (นครสวรรค์)	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ (นครสวรรค์)	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว, การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (ขอนแก่น)	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว กลุ่ม AA การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น (ขอนแก่น)	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว, CBT กลุ่ม AA การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดอุดรธานี (อุดรธานี)	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว, CBT การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

รายชื่อ	รายละเอียดการบำบัด
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (อุบลราชธานี)	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) การบำบัดแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Self help group)
โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา (นครราชสีมา)	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลค่ายสุรนารี (นครราชสีมา)	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (สุราษฎร์ธานี)	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ (สงขลา)	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว การบำบัดแบบกลุ่ม (Group Counseling) การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด สงขลา (สงขลา)	BIs, MI MET, การให้คำปรึกษาครอบครัว การบำบัดเฉพาะรายบุคคล (Individual Counseling) การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
โรงพยาบาลหล่มสัก	ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
โรงพยาบาลวัดโบสถ์	ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
โรงพยาบาลลำปาง	ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

นอกจากนี้ ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาได้ที่โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชหรือคลินิกจิตเวชตามโรงพยาบาลต่าง ๆ และสถานพยาบาลเอกชนเฉพาะทางด้านจิตเวชศาสตร์ต่าง ๆ ทั่วประเทศ และมีกลุ่มเอเอ ให้สามารถไปเข้าร่วมได้ตามโรงพยาบาลต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลบ้านโป่ง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด ขอนแก่น โรงพยาบาลปักธงชัย โรงพยาบาลภูเขียว จ.ชัยภูมิ โรงพยาบาลนางรอง จ.บุรีรัมย์ โรงพยาบาลกุดชุม จ.ยโสธร โรงพยาบาลแม่สอด จ.ตาก โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จ.เชียงราย โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จ.เชียงราย โรงพยาบาล สวนปรุง จ.เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ เป็นต้น

โดยในปีที่ผ่านมา พ.ศ. 2561 ได้มีความพยายามที่จะจัดระบบการดูแลทั้งในส่วนให้การบำบัดรักษาโดยตรงส่วนที่ดูแลในชุมชน และส่วนงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดดูแลรักษา เช่น ด้านสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดให้มีการคัดกรอง (Screenin) และให้การบำบัดอย่างสั้น (Brief Intervention) ปัญหาที่เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ในหน่วยงานทางสาธารณสุขและมีความพยายามที่จะจัดให้การดูแลรักษาดังกล่าวอยู่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขได้มากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการดำเนินการในระดับชุมชนและพื้นที่โดยได้มีการดำเนินการรณรงค์และส่งเสริมให้คนในชุมชนงดเหล้าโดยเฉพาะในช่วงเทศกาลงดเหล้าเข้าพรรษามาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้มีการต่อยอดการทำงานในการจัดตั้งชมรมสำหรับผู้ที่งดเหล้าได้ครบพรรษาหรือได้ตลอดต่อเนื่องเป็นปี อันเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่ติดสุราสามารถ ลด ละ เลิก สุรา โดยจัดเป็นการดูแล และบำบัดในชุมชนได้รูปแบบหนึ่ง ทั้งนี้ ด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา สำหรับการรักษาด้วยยาเพื่อช่วยในการเลิกแอลกอฮอล์นั้น ยังมีที่ใช้อยู่น้อยในประเทศไทย ซึ่งมักจะใช้ต่อเมื่อมีการติดสุรารุนแรงและมีผลแทรกซ้อนแล้ว เช่น มีอาการถอนแอลกอฮอล์ เป็นต้น โดยส่วนใหญ่ของโปรแกรมการบำบัดรักษาจะเน้นการทำจิตสังคมบำบัดเป็นหลักในประเทศไทย

ระเบียบวิธีการประเมิน

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจแบบผสมผสานระหว่างการสำรวจเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและขนาดตัวอย่าง

โดยทำการสุ่มตัวอย่างในการสำรวจเชิงคุณภาพจากผู้บริหาร และผู้ที่มีอำนาจหน้าที่ในหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การศึกษาวิจัย และปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ ตลอดถึงเครือข่ายภาคประชาชน ได้แก่ จิตแพทย์ที่ทำงานด้านสารเสพติดในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรมการแพทย์ และโรงเรียนแพทย์ จากภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศ (เหนือ กลาง ใต้ ตะวันออกเฉียงเหนือ และ กรุงเทพมหานคร) บุคลากรจากสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (ภายใต้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) เครือข่ายป้องกันภัยแอลกอฮอล์ แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา และศูนย์ปรึกษาปัญหาสุราทางโทรศัพท์ (สายด่วนเลิกเหล้า) เป็นต้น โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกจนกว่าข้อมูลจะมีความอิ่มตัว

สำหรับการสำรวจเชิงปริมาณจัดทำโดยเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจการรับรู้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในประชาชนอายุ 11 ปี ขึ้นไป ทั่วประเทศ ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มเชิงชั้นภูมิหลายขั้น (Stratified Multi-Stage Sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างจากจำนวนประชากรในประเทศไทยอายุ 11 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ.

2560 มีจำนวน 55,724,428 คน (กรมการปกครอง 2560) อาศัยหลักความน่าจะเป็นในการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้ผลกระทบจากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นเท่ากับ 4 อัตราการตอบกลับ 0.8 กำหนดสัดส่วนผู้รับรู้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในสัดส่วนที่มากสุด = 0.5 ความคลาดเคลื่อนในการคำนวณ 0.03 จากการคำนวณได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้นทั่วประเทศจำนวน 5,335 คน ทั้งจากในเขตและนอกเขตเทศบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการประเมินระบบบริการบำบัดรักษาผู้ได้รับผลกระทบ โดยมีประเด็นที่สัมภาษณ์ประกอบด้วยความเห็นเกี่ยวกับระบบการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่ม ระบบบริการบำบัดรักษาผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การมีจำนวนที่เพียงพอและเข้าถึงได้ของสถานบริการบำบัดรักษา การมีจำนวนที่เพียงพอของผู้ให้บริการที่มีทักษะเพียงพอในการรักษา การมีรูปแบบการรักษาที่ได้มาตรฐาน และมีทรัพยากรด้านเวชภัณฑ์ที่เพียงพอ และเข้าถึงได้ กลไก การบำบัดรักษา การมีระบบติดตามประเมินผลการรักษาที่ได้มาตรฐาน ระบบการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดถึงการมีนโยบาย แผนงาน โครงการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาของแต่ละหน่วยงาน เป็นต้น
2. คำถามสำรวจการบริการด้านผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสถานพยาบาลของรัฐจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) การเคยเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในช่วงสิบปีที่ผ่านมา 2) การเคยได้รับการคัดกรองแอลกอฮอล์จากสถานพยาบาลของรัฐ ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา และ 3) ความคิดเห็นต่อความสะดวกในการใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐที่ให้บริการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่ม แบ่งคำตอบเป็นสองตัวเลือก คือ เคย และ ไม่เคย ในข้อคำถามสองข้อแรก และ เป็นแบ่งคำตอบเป็น

สามตัวเลือกในข้อสุดท้ายคือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบเพราะไม่รู้จักสถานที่ที่ให้การบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่ม การแปล และวิเคราะห์ผลใช้การรายงานเป็นร้อยละของการได้รับบริการคัดกรองแอลกอฮอล์ในผู้ที่เคยเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในสิบปีที่ผ่านมา ร้อยละของการรู้จักสถานที่ให้การบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่ม และร้อยละของการมีความเห็นว่าสถานพยาบาลของรัฐที่ให้บริการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มมีความสะดวกในการใช้บริการ

ขั้นตอนการศึกษา

1. ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิ์สวัสดิภาพ และป้องกัน ภยันตรายในการวิจัยกับมนุษย์ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ประชุมคณะทำงาน กำหนดกรอบตัวแปร สร้างเครื่องมือในการสำรวจ
3. ประสานงาน จัดทำจดหมายชี้แจงรายละเอียดของโครงการแก่ผู้บริหารหน่วยงานต่างๆ ชุมชนในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อดำเนินการนัดสัมภาษณ์เชิงลึก และการแบบสัมภาษณ์ตัวต่อตัว
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการใช้แบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ตัวต่อตัว และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบตัวต่อตัวเช่นกัน
5. ตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องของข้อมูล นำเข้าข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล ตรวจสอบ ความครบถ้วน ความถูกต้อง ความเชื่อมโยงของข้อมูล
6. วิเคราะห์ประมวลผลข้อมูล และเขียนรายงาน

ขั้นตอนการสัมภาษณ์

สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ทางทีมผู้วิจัยติดต่อประสานงานด้วยวาจา หรือจัดทำจดหมายชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ นัดหมายเพื่อขอสัมภาษณ์เชิงลึก พนักงานสัมภาษณ์จะทักทาย แนะนำตนเองด้วยภาษาที่สุภาพและแสดงความเป็นมิตร เช่น การยิ้มแย้ม เพื่อความเป็นกันเองในการสัมภาษณ์ และทำตามขั้นตอนกระบวนการขอความยินยอมด้วยวาจา จากนั้นจะอธิบายถึงรายละเอียดของโครงการ เช่น วัตถุประสงค์ ความสำคัญ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การรักษาความลับ สิทธิในการเข้าร่วมโครงการ หรือไม่เข้าร่วมโครงการ เป็นต้น หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ จนเป็นที่พอใจแล้วจึงให้ตัดสินใจ หากสมัครใจเข้าร่วมโครงการ พนักงานสัมภาษณ์ จะทำการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวในบริเวณที่สัมภาษณ์จะไม่มีบุคคลอื่นอยู่ด้วย จะมีเพียงอาสาสมัคร และพนักงานสัมภาษณ์เท่านั้น และขณะที่สัมภาษณ์จะไม่มีบุคคลอื่นได้ยินถึงสิ่งที่สัมภาษณ์ในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยจะมีการบันทึกเสียง และการจดบันทึก และจะทำลายทิ้งทันทีหลังจากการวิเคราะห์ผลเสร็จสิ้น โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 1 ชั่วโมง สำหรับการตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณ แบบสัมภาษณ์ตัวต่อตัว จะทำการแนะนำโครงการ และแบบสอบถาม และอธิบายถึงรายละเอียดของโครงการ เช่น วัตถุประสงค์ ความสำคัญ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การรักษาความลับ สิทธิในการเข้าร่วมโครงการ หรือไม่เข้าร่วมโครงการ เป็นต้น โดยถือเป็นสิทธิในการเข้า หรือไม่เข้าร่วมโครงการ และสามารถยุติกระบวนการต่าง ๆ และหยุดให้ข้อมูลได้ทุกเวลา ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้ไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับลักษณะที่ ปรากฏให้มีชัดเจนขึ้น การนำข้อมูลทั้งหมดมาสรุป และบรรยายข้อมูลอย่างละเอียดเพื่อตอบคำถามตามประเด็นการสัมภาษณ์ที่กำหนดให้อย่างครบถ้วน โดยมีขั้นตอน คือ การตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของเนื้อหา การตีความหมาย การแยกแยะข้อมูล การหาความเหมือนและความแตกต่าง การจัดกลุ่ม ประเภท การให้น้ำหนัก การตรวจสอบความถูกต้อง และความแม่นยำของข้อมูล ทำการวิเคราะห์แบบอุปมาน (inductive method) (Anselm L 1988) ตีความสร้างข้อสรุปที่แสดงความสัมพันธ์ของสภาวะแวดล้อม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ โดยรายงานเป็นร้อยละของการได้รับบริการคัดกรองแอลกอฮอล์ในผู้ที่เคยเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในสิบปีที่ผ่านมา ร้อยละของการรู้จักสถานที่ให้การบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่ม และร้อยละของการมีความเห็นว่าสถานพยาบาลของรัฐที่ให้บริการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มมีความสะดวก หรือไม่มีความสะดวก ในการใช้บริการ

ผลการศึกษา

จากโครงการการประเมินผล พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ภายหลังการบังคับใช้เป็นระยะเวลา 10 ปี ในส่วนการประเมินการบริการบำบัดรักษาผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สามารถนำเสนอผลการวิจัยหลักได้ ดังต่อไปนี้

ผลจากการสำรวจเชิงปริมาณ

ซึ่งจัดทำโดยเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจการรับรู้ พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในประชาชนทั่วประเทศ ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มเชิงชั้นภูมิหลายขั้นทั้งจากในเขตและนอกเขตเทศบาล โดยจังหวัดที่ได้จากการสุ่มในการสำรวจ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี สมุทรปราการ ชลบุรี สุรินทร์ ขอนแก่น สกลนคร เชียงใหม่ ลำพูน สุโขทัย กระบี่ สงขลา และพัทลุง ได้จำนวนตัวอย่างตอบกลับ

จากทั่วประเทศทั้งสิ้นจำนวน 5,335 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.7 มีอายุมากกว่า หรือเท่ากับสี่สิบปีร้อยละ 50.3 มีระดับการศึกษาต่ำกว่า หรือเท่ากับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 44.7 ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในช่วงสิบปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 60.8

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานประชากรทั่วไปจากโครงการการสำรวจการรับรู้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

เพศ	กรุงเทพมหานคร	นนทบุรี	สมุทรปราการ	ชลบุรี	สุรินทร์	ขอนแก่น	สกลนคร	เชียงใหม่	ลำพูน	สุโขทัย	กระบี่	สงขลา	พัทลุง	รวม (n (%))
ชาย	218(47.2)	201(47.2)	204(45.8)	232(46.4)	279(48.9)	368(48.8)	236(50)	252(42.4)	75(49.7)	109(49.5)	67(47.9)	201(46.4)	78(47.3)	2520(47.3)
หญิง	244(52.8)	225(52.8)	241(54.2)	268(53.6)	291(51.1)	386(51.2)	236(50)	343(57.6)	76(50.3)	111(50.5)	73(52.1)	232(53.6)	87(52.7)	2813(52.7)
รวม	462(100)	426(100)	445(100)	500(100)	570(100)	754(100)	472(100)	595(100)	151(100)	220(100)	140(100)	433(100)	165(100)	5333(100)

อายุ	กรุงเทพมหานคร	นนทบุรี	สมุทรปราการ	ชลบุรี	สุรินทร์	ขอนแก่น	สกลนคร	เชียงใหม่	ลำพูน	สุโขทัย	กระบี่	สงขลา	พัทลุง	รวม (n (%))
น้อยกว่า 20 ปี	49(10.6)	49(11.5)	51(11.5)	65(13)	75(13.2)	86(11.4)	66(14)	111(18.7)	24(15.9)	23(10.5)	21(15)	57(13.2)	21(12.7)	698(13.1)
20-39 ปี	161(34.7)	143(33.6)	154(34.6)	184(36.8)	206(36.1)	283(37.5)	168(35.6)	261(43.9)	59(39.1)	74(33.6)	59(42.1)	145(33.5)	57(34.5)	1954(36.6)
40-59 ปี	177(38.1)	164(38.5)	188(42.2)	179(35.8)	229(40.2)	385(51.1)	191(40.5)	169(28.4)	53(35.1)	111(50.5)	54(38.6)	169(39)	69(41.8)	2138(40.1)
60 ปี ขึ้นไป	77(16.6)	70(16.4)	52(11.7)	72(14.4)	60(10.5)	0(0)	47(10)	54(9.1)	15(9.9)	12(5.5)	6(4.3)	62(14.3)	18(10.9)	545(10.2)
รวม	464(100)	426(100)	445(100)	500(100)	570(100)	754(100)	472(100)	595(100)	151(100)	220(100)	140(100)	433(100)	165(100)	5335(100)

ระดับการศึกษา	กรุงเทพมหานคร	นนทบุรี	สมุทรปราการ	ชลบุรี	สุรินทร์	ขอนแก่น	สกลนคร	เชียงใหม่	ลำพูน	สุโขทัย	กระบี่	สงขลา	พัทลุง	รวม (n (%))
ม.ต้นหรือต่ำกว่า	143(30.9)	200(46.9)	194(43.9)	223(44.7)	254(44.6)	381(50.5)	217(46.1)	235(39.6)	53(35.1)	94(42.7)	80(57.1)	207(48)	98(59.4)	2379(44.7)
ม.ปลาย/เทียบเท่า/														
ปวช.	123(26.6)	124(29.1)	154(34.8)	163(32.7)	188(33)	218(28.9)	157(33.3)	155(26.1)	47(31.1)	89(40.5)	46(32.9)	144(33.4)	50(30.3)	1658(31.1)
อนุปริญญา/														
เทียบเท่า/ปวส.	86(18.6)	48(11.3)	48(10.9)	56(11.2)	63(11.1)	48(6.4)	54(11.5)	58(9.8)	21(13.9)	28(12.7)	4(2.9)	23(5.3)	10(6.1)	547(10.3)
ปริญญาตรี	103(22.2)	54(12.7)	42(9.5)	57(11.4)	59(10.4)	103(13.7)	42(8.9)	139(23.4)	28(18.5)	9(4.1)	10(7.1)	53(12.3)	7(4.2)	706(13.3)
สูงกว่าปริญญาตรี	8(1.7)	0(0)	4(0.9)	0(0)	5(0.9)	4(0.5)	1(0.2)	7(1.2)	2(1.3)	0(0)	0(0)	4(0.9)	0(0)	35(0.7)
รวม	463(100)	426(100)	442(100)	499(100)	569(100)	754(100)	471(100)	594(100)	151(100)	220(100)	140(100)	431(100)	165(100)	5325(100)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

อาชีพประจำ ที่มีรายได้หลัก	กรุงเทพมหานคร	นนทบุรี	สมุทรปราการ	ชลบุรี	สุรินทร์	ขอนแก่น	สกลนคร	เชียงใหม่	ลำพูน	สุโขทัย	กระบี่	สงขลา	พัทลุง	รวม (n (%))
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	28(6)	12(2.8)	9(2)	4(0.8)	24(4.2)	42(5.6)	15(3.2)	34(5.7)	10(6.6)	1(0.5)	2(1.4)	25(5.8)	5(3)	211(4)
พนักงานบริษัทเอกชน	88(19)	58(13.6)	72(16.2)	50(10)	30(5.3)	68(9)	26(5.5)	72(12.1)	8(5.3)	5(2.3)	13(9.3)	33(7.6)	4(2.4)	527(9.9)
ค้าขายรายย่อย/ บริการรายย่อย	73(15.7)	153(35.9)	131(29.4)	181(36.2)	202(35.4)	76(10.1)	163(34.5)	42(7.1)	20(13.2)	126(57.3)	41(29.3)	122(28.2)	47(28.5)	1377(25.8)
ธุรกิจส่วนตัว / ผู้ประกอบการ	65(14)	23(5.4)	26(5.8)	49(9.8)	52(9.1)	61(8.1)	29(6.1)	118(19.8)	49(32.5)	19(8.6)	8(5.7)	26(6)	8(4.8)	533(10)
ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป	67(14.4)	66(15.5)	100(22.5)	91(18.2)	85(14.9)	154(20.4)	69(14.6)	120(20.2)	23(15.2)	25(11.4)	27(19.3)	83(19.2)	32(19.4)	942(17.7)
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ	56(12.1)	48(11.3)	34(7.6)	46(9.2)	32(5.6)	59(7.8)	24(5.1)	24(4)	4(2.6)	1(0.5)	7(5)	21(4.8)	11(6.7)	367(6.9)
เกษตรกร / ประมง	0(0)	1(0.2)	2(0.4)	0(0)	41(7.2)	120(15.9)	60(12.7)	20(3.4)	4(2.6)	17(7.7)	18(12.9)	34(7.9)	28(17)	345(6.5)
อาชีพอิสระ อาทิ ทนายความ สถาปนิก	20(4.3)	1(0.2)	2(0.4)	4(0.8)	2(0.4)	8(1.1)	2(0.4)	14(2.4)	0(0)	1(0.5)	1(0.7)	4(0.9)	0(0)	59(1.1)
นักเรียน/นักศึกษา	64(13.8)	53(12.4)	60(13.5)	68(13.6)	96(16.8)	140(18.6)	79(16.7)	134(22.5)	32(21.2)	25(11.4)	23(16.4)	70(16.2)	23(13.9)	867(16.3)
ว่างงาน	2(0.4)	11(2.6)	8(1.8)	7(1.4)	6(1.1)	26(3.4)	5(1.1)	17(2.9)	1(0.7)	0(0)	0(0)	14(3.2)	5(3)	102(1.9)
อื่น ๆ *	1(0.2)	0(0)	1(0.2)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0.2)	2(1.2)	5(0.1)
รวม	464(100)	426(100)	445(100)	500(100)	570(100)	754(100)	472(100)	595(100)	151(100)	220(100)	140(100)	433(100)	165(100)	5335(100)

* เจ้าหน้าที่อาสา * ลูกจ้างอบต. * ลูกจ้างอบต.

โดยส่วนใหญ่ของประชากรที่ทำการสำรวจเป็นผู้ที่เคยเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในช่วงสิบปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 60.8 ทั้งนี้ จากจำนวนผู้ที่เคยเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในช่วงสิบปีที่ผ่านมาทั้งหมดจำนวน 3,235 คน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,375 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 ที่เคยได้รับการคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์จากสถานพยาบาลของรัฐ โดยที่เหลือประมาณร้อยละ 57.5 ของผู้เคยเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในช่วงสิบปีที่ผ่านมาไม่เคยได้รับการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการเข้ารับบริการ ตามตารางที่ 2 ทั้งนี้ จังหวัดที่ทำการสำรวจที่มีสัดส่วนของผู้ที่เคยได้รับการคัดกรองเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสถานพยาบาลของรัฐสูงที่สุด คือ จังหวัดสมุทรปราการ ชลบุรี และสงขลา ซึ่งได้รับการคัดกรองเกินกว่าครึ่งในผู้ที่เคยเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐไม่ว่าจะเข้าไปรับบริการด้านใดก็ตาม รองลงมาคือ จังหวัดขอนแก่น กระบี่ สุรินทร์ พัทลุง เชียงใหม่ สกลนคร นนทบุรี และลำพูน (ร้อยละ 29.5-47.9) และจังหวัดที่ทำการสำรวจที่มีผู้ได้รับการคัดกรองต่ำสุดในสถานพยาบาลของรัฐ คือ จังหวัดสุโขทัย ร้อยละ 4.2 และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 15.8

ผลการศึกษาพบว่าประชากรที่สำรวจประมาณร้อยละ 51.9 ไม่รู้ว่ามีสถานพยาบาลของรัฐที่สามารถให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ โดยประชากรที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ สมุทรปราการ นนทบุรี และลำพูน จะมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่รู้ว่ามีสถานพยาบาลของรัฐที่สามารถให้บริการด้านนี้เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดเกินร้อยละ 60 ของประชากรที่ทำการสำรวจ ตามตารางที่ 2 รองลงมาคือ ประชากรที่อยู่อาศัยในจังหวัดชลบุรี สกลนคร สุรินทร์ ขอนแก่น และกรุงเทพมหานคร โดยประชากรที่อยู่ในจังหวัดสุโขทัย พัทลุง สงขลา และกระบี่ มีสัดส่วนของผู้ที่ไม่รู้จักสถานพยาบาลของรัฐที่สามารถให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสัดส่วนที่ต่ำที่สุด อยู่ที่ประมาณร้อยละ 30-40 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลสำรวจความคิดเห็นประชาชนในการใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐในการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากโครงการการสำรวจการรับรู้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

การเคยเข้ารับบริการจากสถาน พยาบาลของรัฐ ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา

	กรุงเทพมหานคร	นนทบุรี	สมุทรปราการ	ชลบุรี	สุรินทร์	ขอนแก่น	สกลนคร	เชียงใหม่	ลำพูน	สุโขทัย	กระบี่	สงขลา	พัทลุง	รวม (n (%))
เคย	202(43.5)	260(61)	352(79.1)	275(55)	280(49.4)	547(72.5)	257(54.4)	263(44.2)	88(58.3)	144(65.5)	103(73.6)	346(79.9)	125(75.8)	3242(60.8)
ไม่เคย	262(56.5)	166(39)	93(20.9)	225(45)	287(50.6)	207(27.5)	215(45.6)	332(55.8)	63(41.7)	76(34.5)	37(26.4)	87(20.1)	40(24.2)	2090(39.2)
รวม	464(100)	426(100)	445(100)	500(100)	567(100)	754(100)	472(100)	595(100)	151(100)	220(100)	140(100)	433(100)	165(100)	5332(100)

การเคยได้รับการคัดกรองแอลกอฮอล์จากสถานพยาบาลของรัฐ ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา

	กรุงเทพมหานคร	นนทบุรี	สมุทรปราการ	ชลบุรี	สุรินทร์	ขอนแก่น	สกลนคร	เชียงใหม่	ลำพูน	สุโขทัย	กระบี่	สงขลา	พัทลุง	รวม (n (%))
เคย	32(15.8)	81(31.2)	225(64.1)	162(58.9)	122(44)	262(47.9)	87(34.1)	90(34.4)	26(29.5)	6(4.2)	49(47.6)	185(53.5)	48(38.4)	1375(42.5)
ไม่เคย	170(84.2)	179(68.8)	126(35.9)	113(41.1)	155(56)	285(52.1)	168(65.9)	172(65.6)	62(70.5)	138(95.8)	54(52.4)	161(46.5)	77(61.6)	1860(57.5)
รวม	202(100)	260(100)	351(100)	275(100)	277(100)	547(100)	255(100)	262(100)	88(100)	144(100)	103(100)	346(100)	125(100)	3235(100)

ความคิดเห็นต่อความสะดวกในการใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐที่ให้ บริการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่ม

	กรุงเทพมหานคร	นนทบุรี	สมุทรปราการ	ชลบุรี	สุรินทร์	ขอนแก่น	สกลนคร	เชียงใหม่	ลำพูน	สุโขทัย	กระบี่	สงขลา	พัทลุง	รวม (n (%))
ใช่	197(42.5)	133(31.2)	101(22.7)	192(38.4)	278(49)	329(43.6)	221(46.8)	143(24)	42(27.8)	152(69.1)	83(59.3)	257(59.4)	102(61.8)	2230(41.8)
ไม่ใช่	51(11)	16(3.8)	52(11.7)	36(7.2)	1(0.2)	82(10.9)	9(1.9)	39(6.6)	12(7.9)	1(0.5)	0(0)	26(6)	9(5.5)	334(6.3)
ไม่ทราบ *	215(46.4)	277(65)	291(65.5)	272(54.4)	288(50.8)	343(45.5)	242(51.3)	413(69.4)	97(64.2)	67(30.5)	57(40.7)	150(34.6)	54(32.7)	2766(51.9)
รวม	463(100)	426(100)	444(100)	500(100)	567(100)	754(100)	472(100)	595(100)	151(100)	220(100)	140(100)	433(100)	165(100)	5330(100)

* ไม่ทราบ เพราะไม่รู้จักสถานที่ที่ให้การบำบัดรักษาชนิดนี้

นอกเหนือจากผู้ที่ไม่รู้ว่ามีสถานพยาบาลของรัฐที่สามารถให้บริการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีผู้ที่ไม่รู้อยู่ประมาณร้อยละ 51.9 ทั่วประเทศนั้น อย่างไรก็ตาม มีผู้ที่รู้จักและมีความเห็นว่า การใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐที่ให้บริการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสะดวกสูงถึง ร้อยละ 41.8 โดยที่เหลือที่รู้จักสถานพยาบาลดังกล่าวและมีความเห็นว่าไม่มีความสะดวกในการไปใช้บริการมีเพียงร้อยละ 6.3 สำหรับจังหวัดที่ประชากรที่ทำการสำรวจมีความเห็นว่าสถานพยาบาลไม่มีความสะดวกในการไปใช้บริการด้านการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด คือ จังหวัดสมุทรปราการ กรุงเทพมหานคร และ ขอนแก่น (ร้อยละ 10.9 – 11.7) ตามลำดับ รองลงมาคือ จังหวัดลำพูน ชลบุรี เชียงใหม่ สงขลา พัทลุง และนนทบุรี (ร้อยละ 3.8 -7.9) โดยพื้นที่ที่ประชากรมีความเห็นว่าการไปใช้สถานบริการนั้นมีความไม่สะดวกในสัดส่วนที่ต่ำที่สุด คือ จังหวัดกระบี่ สุรินทร์ สุโขทัย และจังหวัดสกลนคร (ร้อยละ 0 – 1.9)

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพตามวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการบริการบำบัดรักษาผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จากโครงการการ ประเมินผล พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ภายหลังการบังคับใช้เป็นระยะเวลา 10 ปี และรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยดำเนินการสัมภาษณ์สถานการณ์กลไกระบบการให้บริการการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ ระบบการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่ม ระบบบริการบำบัดรักษาผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การมีจำนวนที่เพียงพอและเข้าถึงได้ของสถานบริการบำบัดรักษา การมีจำนวนที่เพียงพอของผู้ให้บริการที่มีทักษะเพียงพอในการรักษา การมีรูปแบบการรักษาที่ได้มาตรฐาน และมีทรัพยากรด้านเวชภัณฑ์ที่เพียงพอและเข้าถึงได้ การมีระบบติดตามประเมินผลการรักษาที่ได้มาตรฐาน ระบบการเยียวยาผู้ได้รับ

ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดไปจนถึงการมีนโยบาย แผนงาน โครงการ หรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากบุคลากรและผู้บริหาร และผู้ที่มีอำนาจหน้าที่ในหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การศึกษาวิจัย และปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ ตลอดถึงเครือข่ายภาคประชาชน จำนวนทั้งหมด 15 คน ซึ่งสามารถนำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. **ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพรวมของประเทศ**

    1.1 ศักยภาพโรงพยาบาลแต่ละระดับของประเทศในการให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่ม

    1.2 จำนวนสถานพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

    1.3 จำนวนบุคลากรในสถานพยาบาลในประเทศไทย

    1.4 จำนวนทรัพยากรและเวชภัณฑ์เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

    1.5 รูปแบบโปรแกรมการบำบัดรักษาในประเทศไทย

    1.6 รูปแบบระบบติดตามประเมินผลการรักษาในประเทศไทย

2. **ความคิดเห็นที่มีต่อพื้นที่ที่ทำงานอยู่**

    2.1 บทบาทหน้าที่เกี่ยวกับระบบบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

    2.2 ความเชื่อมโยงระหว่างหน้าที่การทำงานของผู้ถูกสัมภาษณ์กับเนื้อหาตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พศ. 2551

    2.3 ลักษณะการทำงานเกี่ยวกับระบบบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่ม

    2.4 ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

2.5 สถานการณ์การมาใช้บริการของผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในสถานพยาบาล

2.6 เหตุผลที่ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จะเข้ารับบริการการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล

2.7 เหตุผลที่ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จะไม่เข้ารับบริการการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล

2.8 ความเชื่อมโยงระหว่างระบบในภาพรวมและในแต่ละพื้นที่

2.9 การดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

2.10 ปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดการดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

2.11 การมีจำนวนที่เพียงพอ และเข้าถึงได้ของสถานบริการบำบัดรักษาปัญหาการดื่ม

2.12 การมีจำนวนที่เพียงพอของผู้ให้บริการที่มีทักษะเพียงพอในการรักษาปัญหาการดื่ม

2.13 การมีรูปแบบโปรแกรมการรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ที่ได้มาตรฐาน

2.14 การได้ดำเนินการตามโปรแกรม หรือระบบการให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่ม

2.15 การมีทรัพยากรด้านเวชภัณฑ์เพียงพอ และเข้าถึงได้ในการบำบัดรักษาปัญหาการดื่ม

2.16 การมีระบบติดตามประเมินผลการรักษาเมื่อผู้เข้ารับการบำบัดกลับบ้านหรือสิ้นสุดการรักษา

2.17 การดำเนินการให้มีระบบการเยียวยาด้านการรักษาพยาบาลผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์

2.18 ปัจจัยที่มีส่วนในการทำให้เกิดระบบการเยียวยาด้านการรักษาพยาบาลผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์

2.19 การมีโครงการหรืองานวิจัยในการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

2.20 โครงการหรืองานวิจัยประเด็นที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ควรดำเนินการเพิ่มเติม

2.21 ปัจจัยที่มีส่วนในการทำให้เกิดการดำเนินการโครงการหรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

ผู้ได้รับการสัมภาษณ์มีมาจากหลากหลายบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวกับระบบบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ให้การบำบัดรักษา นักวิชาการ นักวิจัย นักรณรงค์ ผู้จัดการแผนงาน ผู้ทำหน้าที่ส่งเสริมป้องกัน และอาจารย์ที่สอนเกี่ยวกับด้านนี้ในมหาวิทยาลัย ซึ่งมีลักษณะการทำงานเกี่ยวกับระบบบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยลักษณะการให้ความรู้ผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์และบุคลากรทางการแพทย์ การทำงานวิจัย การบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์หรือผู้มีอาการทางจิตจากแอลกอฮอล์ การฟื้นฟู การส่งเสริมป้องกัน การสร้างกำลังใจ การสร้างกระบวนการชุมชน การติดตามในชุมชน การเฝ้าระวังกลยุทธ์กลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมายที่เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประสานงานสร้างเครือข่ายแนวทางในการส่งต่อ และการดูแลโครงการสายด่วนเลิกเหล้า โดยได้กล่าวถึงความเชื่อมโยงระหว่างหน้าที่การทำงานของตนกับ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งลักษณะเป็นผู้ให้การบำบัดรักษาทั้งแบบสมัครใจ และแบบบังคับบำบัด ผู้ให้ความรู้ให้กับทั้งผู้ให้บริการและผู้มารับบริการบำบัดรักษา ผู้อบรมพัฒนาระบบการบริการบำบัดรักษาและทดลองใช้ ผู้สร้างสภาพแวดล้อมให้ปลอดแอลกอฮอล์ ผู้เฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมาย และเป็นคณะอนุกรรมการด้านบำบัดรักษาตามนโยบายของ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรสาขาต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการบริการบำบัดรักษาผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย และกลไกการสร้างระบบดังกล่าว ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ภาพรวมการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย เมื่อแบ่งออกตามศักยภาพโรงพยาบาลแต่ละระดับ จำนวนสถานพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษา จำนวนบุคลากรในสถานพยาบาล จำนวนทรัพยากรและเวชภัณฑ์เกี่ยวกับการบำบัดรักษา รูปแบบโปรแกรมการรักษา และรูปแบบระบบติดตามประเมินผลการรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย สามารถแบ่งศักยภาพโรงพยาบาลแต่ละระดับของประเทศในการให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ศักยภาพโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ หรือกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะสามารถคัดกรอง ให้คำปรึกษา ทำจิตบำบัดแบบสั้น และบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เบื้องต้นโดยมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแล และสามารถพิจารณาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น เช่น โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการที่ซับซ้อนได้ ศักยภาพโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เป็นกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ รวมถึงโรงพยาบาลจังหวัดจะสามารถให้ความรู้ สามารถให้การบำบัดอาการขาดแอลกอฮอล์ การถอนพิษ และบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์โดยมีพยาบาลที่ได้รับการอบรมทางด้านจิตเวชและสารเสพติดดูแล และสามารถพิจารณาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาจิตเวชร่วม หรือมีโรคทางกายซับซ้อนได้ และกลุ่มสุดท้าย คือ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจิตเวช มีศักยภาพในการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้หลากหลายรูปแบบอย่างมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ทั้งการมีโรคร่วมทางกายและทางจิตเวชที่ซับซ้อน มีการติดตาม ฟื้นฟูทางจิตสังคมโดยมีจิตแพทย์หรือพยาบาลจิตเวชดูแล อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีระบบบำบัดในระดับของการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ชัดเจนนัก และศักยภาพในการบำบัดยังอิงอยู่กับศักยภาพของการบำบัดยาเสพติดอยู่ค่อนข้างมาก เนื่องจากไม่มีสถานบำบัด หรือนโยบายที่ดูแลโดยตรงชัดเจนในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

จำนวนและการเข้าถึงได้ของสถานบริการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศไทยนั้น จัดได้ว่ามีจำนวนที่เพียงพอในระดับของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โดยมีการให้การบำบัดรักษาที่สามารถเข้าถึงได้ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในนั้น จำเป็นต้องพิจารณาถึงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ประกอบ อย่างไรก็ตาม จำนวนของสถานบริการรักษายังขาดแคลนอยู่ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งนี้ ยังมีผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ยังไม่ได้เข้ารับการบริการเป็นจำนวนมาก ซึ่งหากผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับบริการมากขึ้น สถานบริการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีอยู่แล้วนั้นอาจไม่เพียงพอได้ โดยจำนวนสถานพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยโดยรวมมีเป็นหลักร่วมหมื่นแห่ง ซึ่งแบ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวช 13 แห่ง โรงพยาบาลธัญญารักษ์ 7 แห่ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 100 กว่าแห่ง โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 800 กว่าแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 10,000 กว่าแห่ง

สำหรับ *จำนวนบุคลากรในสถานพยาบาลในประเทศไทย* โดยรวมมีเป็นหลักหมื่นคนเช่นเดียวกัน ปัจจุบัน มีจิตแพทย์จำนวน 800 กว่าคน ทั่วประเทศ พยาบาล 20,000 กว่าคน ซึ่งพบว่ายังไม่เพียงพอต่อการให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์มีมาก และยังมีผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ยังไม่ได้เข้าสู่การบำบัดอีกเป็นจำนวนมาก อีกทั้งบุคลากรที่ดูแลปัญหาอันเนื่องมาจากปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นบุคลากรชุดเดียวกับผู้ที่ดูแลปัญหาของยาเสพติดและจิตเวช ซึ่งบุคลากรที่บำบัดยาเสพติดและจิตเวชที่มีอยู่นั้นยังมีจำนวนไม่เพียงพอ ทำให้จำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สอดคล้องกับปริมาณงานทางด้านนี้ ทั้งนี้ ผู้ให้บริการที่มีทักษะเพียงพอในการรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่นั้นไม่ขาดแคลนนักในระดับของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) แต่ในระดับโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นั้นอาจยังมีจำนวนผู้ให้บริการที่มีทักษะยังไม่เพียงพอ ซึ่งบุคลากรมีภาระงานที่มากทำให้ไม่สามารถดูแลปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้เต็มที่นัก นอกจากนี้ *จำนวนทรัพยากรและเวชภัณฑ์* ที่ใช้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยยังมีงบประมาณ ตลอดไปจนถึงจำนวนเตียงเพื่อใช้ในการบำบัดรักษา ยังมีไม่เพียงพอหากผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น รวมถึงเวชภัณฑ์ที่ยังมีไม่เพียงพอเช่นกัน เนื่องจาก ปัจจุบัน ในประเทศไทยมีเพียงยาที่ใช้รักษาอาการถอนพิษที่ครอบคลุมชนิดยาที่สามารถมีให้เลือกใช้ได้ ในขณะที่ยาที่รักษาอาการอยากและช่วยลดปริมาณการดื่มนั้น มีเพียงยา disulfiram เพียงชนิดเดียว ซึ่งไม่ครอบคลุมชนิดยาที่มีการรับรองผล ซึ่งมีให้เลือกใช้ได้ดังที่มีในต่างประเทศ

สำหรับ *รูปแบบโปรแกรมการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์* ในประเทศไทย มีตั้งแต่การคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรอง AUDIT หรือ ASSIST เพื่อนำผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์เข้าสู่กระบวนการรักษา ซึ่งเป็นได้ทั้งรูปแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน สมัครใจหรือบังคับบำบัด ขั้นตอนถัดมาเป็นการถอนพิษ และการฟื้นฟูซึ่งมีในประเทศไทยหลากหลายรูปแบบ ทั้งการบำบัดเป็นรายบุคคล และการบำบัดแบบกลุ่ม ทั้งในภาครัฐและเอกชน เช่น การบำบัดเชิงพุทธ การใช้ยาร่วมกับการทำจิตบำบัด การใช้ FAST Model การใช้ Therapeutic Community การใช้ Cognitive Behavior Therapy (CBT) การใช้ Motivational Enhancement Therapy (MET) การใช้ Motivation Interview (MI) การใช้ Alcoholics Anonymous (AA) การใช้ Peer Support Groups การใช้ Self-Help groups การเข้ากลุ่ม ICOTR การใช้ PMK Model (CBT, MI และ Twelve Steps) การใช้ Matrix Program การฟื้นฟู Cognitive Impaired และการติดตาม ซึ่งรูปแบบระบบติดตามประเมินผลการรักษาในประเทศไทยมีการติดตามเป็นรายบุคคลดังเช่นที่กำหนดในบางหน่วยงานระบุให้มีการติดตามจำนวน 7 ครั้งต่อปี มีการตรวจการกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำทุก 3 เดือน และ 6 เดือน นอกจากนี้ มีการติดตามในรูปแบบซึ่งดำเนินการเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย การติดตามแบบกึ่งบังคับบำบัด การติดตามในชุมชน

โครงการใกล้บ้านสมานใจ โครงการสายด่วนเลิกเหล้า 1413 เป็นต้น ทั้งนี้ รูปแบบการติดตามมีลักษณะขึ้นกับหน่วยงานที่ดำเนินการเป็นหลัก จึงยังไม่มีการติดตามในเชิงระบบทั้งหมดของประเทศ ทั้งนี้ สถานพยาบาลส่วนใหญ่ที่มีโปรแกรมเฉพาะในการบำบัดรักษานั้นได้ดำเนินการตามโปรแกรมที่วางไว้ โดยบางแห่งได้มีการแก้ไข พัฒนา ประเมินผลโปรแกรมร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม ในบางพื้นที่ที่บุคลากรมีภาระงานมากอาจทำให้ไม่ได้ดำเนินการตามโปรแกรมบ้าง และอาจมีบางพื้นที่ได้มีการนำบางส่วนของโปรแกรมที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

โดย *สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบบริการการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์* มีได้ตั้งแต่การให้ความสำคัญในการจัดให้มีสถานที่และกลไกสำหรับดูแลคนไข้แอลกอฮอล์ และการดูแลช่วงวิกฤติในสถานพยาบาล โดยเฉพาะในกรณีที่มีผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับรุนแรง ตลอดไปจนถึงการให้ความสำคัญของการตรวจบำบัดรักษา ที่ส่วนใหญ่จะมีเพียงการตรวจเพื่อวินิจฉัยปัญหา และให้การบำบัดรักษาในเบื้องต้น ซึ่งยังขาดการติดตามผู้ป่วย และการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง โดยยังไม่สามารถเชื่อมระบบการบำบัดรักษาไปกับชุมชนที่อยู่อาศัยหรือกับสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการเบื้องต้นได้ และยังมีผู้ป่วยที่ตรงเข้ามารักษาที่ศูนย์บริการบางแห่งโดยไม่ได้มาตามระบบการส่งต่อ ทั้งนี้ การทำงานในรูปแบบของทีมการดูแล (Care Team) จะสามารถลดภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการถอนพิษเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และลดการเสียชีวิตได้ โดยให้ทำครบวงจรทั้งการบำบัด ฟื้นฟู และติดตามต่อเนื่องจะก่อให้เกิดผลการบำบัดรักษาที่ดี โดยระบบการติดตามควรที่จะมีรูปแบบอื่นนอกเหนือจากการตั้งรับเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ การรณรงค์ส่งเสริมป้องกันก็สามารถที่จะช่วยลดจำนวนผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ โดยมีความเห็นว่าผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จะไม่ได้ถูกมองว่ามีตราบาป ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้มีปัญหายาเสพติดผิดกฎหมายที่ต้องการเข้ารับการบำบัดรักษา

ความคิดเห็นของผู้ได้รับการสัมภาษณ์ต่อสถานการณ์ปัจจุบันในการใช้บริการของผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในสถานพยาบาล พบว่ามีภาวะที่รุนแรงและมีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น อาจเนื่องจากคนไข้ที่มีการใช้สารเสพติดอื่น ๆ มักจะมีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย ผู้ที่มาเพื่อถอนพิษมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอาจเป็นเพราะผู้ที่เลิกการดื่มได้แล้วที่กลับไปใช้ซ้ำอีกยังมีจำนวนมาก ทั้งนี้ การเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาของผู้ที่มีปัญหาการดื่มยังมีไม่มากนักเมื่อเทียบกับผู้ที่มีปัญหาจริง ๆ โดยผู้ดื่มที่ยังไม่ได้มีปัญหามากนักอาจใช้การโทรปรึกษาสายด่วน หรือการปรึกษาแพทย์ทั่ว ๆ ไปก่อนการเข้าบำบัดรักษาเฉพาะ ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากผู้ดื่มมีความรู้สึกเป็นตราบาปในการเข้าสู่กระบวนการรักษาหากไปพบแพทย์เฉพาะทาง เช่น จิตแพทย์ ทั้งนี้ ผู้ที่พบแพทย์เฉพาะทางในการบำบัดรักษาโดยตรง เช่น จิตแพทย์ มักจะเข้าสู่การรักษาอย่างต่อเนื่องเนื่องจากตนเอง หรือคนรอบข้างเห็นความสำคัญของปัญหา

โดย *เหตุผลที่ทำให้ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เข้ารับบริการการบำบัดรักษา* ในสถานพยาบาล อาจเนื่องจากการมีปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาทางกาย ปัญหาทางจิต ปัญหาทางจิตสังคม ปัญหาทางกฎหมาย รวมไปถึงการมีการตระหนักรู้ และการมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง และ *เหตุผลที่ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เข้ารับบริการ* การบำบัดรักษาในสถานพยาบาลอาจเกิดทั้งจากตนเอง ได้แก่ การไม่ตระหนักรู้ถึงปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของตน ความรู้สึกว่ายังได้ประโยชน์จากการดื่ม การเกิดเป็นตราบาป และความรู้สึกว่าเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาได้ และอาจเกิดจากสภาพแวดล้อม เช่น การที่คนรอบข้างไม่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ การไม่มีสถานบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ชัดเจน การเข้าถึงได้ยาก การมีความซับซ้อนของระบบ ตลอดไปจนถึงปัญหาด้านเศรษฐานะและปัญหาเรื่องสิทธิ์การรักษา

ในส่วนของ *ความเชื่อมโยงระหว่างระบบในภาพรวมและในแต่ละพื้นที่* เช่น ระหว่างโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทางกาย ตลอดไปจนถึงการติดตามผลในชุมชน ยังพบว่าขาดความเชื่อมโยงอยู่ เช่น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการบำบัดแล้วเตียงเต็ม หรือการที่โรงพยาบาล

จิตเวชไม่สามารถรับผู้ป่วยที่มีโรคทางกายหนัก ๆ ได้ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีปัญหาในเรื่องของเขตบริการ และเรื่องของสิทธิ์การรักษา การไม่มีระบบ outreach การไม่มีบ้านพักฟื้นหลังให้การบำบัดเบื้องต้นแล้ว และการบริการที่ยังเข้าถึงได้ยาก เนื่องจากการไม่มีบริการด้านการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่แยกให้เห็นได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม พบว่ามีความเชื่อมโยงที่ดีในระหว่างแผนกของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง และระบบในส่วนของการคัดกรอง และการวินิจฉัยในปัจจุบัน ที่ได้รวมอยู่ในกลุ่มของคลินิกโรคไม่ติดต่อ ซึ่งผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจะได้รับการคัดกรองโรค 5 โรคที่เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ โดยปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงโรคติดสุรา ได้ถูกรวมอยู่ในบริการการคัดกรองดังกล่าวจัดเป็นส่วนหนึ่งของการคัดกรองกลุ่มโรคไม่ติดต่อร่วมด้วย ซึ่งรูปแบบการดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน มีการดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ซึ่งจะมีทั้งรูปแบบการซักประวัติ และการใช้แบบคัดกรอง AUDIT และ ASSIST ซึ่งอาจทำอย่างสม่ำเสมอ หรือไม่สม่ำเสมอบ้างแล้วแต่หน่วยงาน และยังไม่ได้ดำเนินการครอบคลุมทั้งประเทศ

โดย *ปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดการดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์* มีทั้งในส่วนของความกระชับของแบบคัดกรอง การใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม ทรัพยากรบุคคล เช่น ความรู้ ทัศนคติและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาของแอลกอฮอล์ของบุคลากร ภาระงานของบุคลากร ความเพียงพอของบุคลากร ตลอดไปจนถึงนโยบาย การติดตามจากบังคับบัญชาหน่วยงาน และสภาพปัญหาและการเชื่อมกับระบบของชุมชน เป็นต้น

สำหรับ การดำเนินการให้มี *ระบบการเยียวยาด้านการรักษาพยาบาล* ผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์นั้น ผู้ได้รับการสัมภาษณ์มีความเห็นที่หลากหลายเกี่ยวกับการมีระบบการเยียวยา โดยส่วนหนึ่งมองว่าเป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุและการกระทำของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอีกส่วนหนึ่งมองว่าเป็นการให้การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาจากการที่ตนเองดื่มโดยตรงและเกิดผลกระทบจากการดื่มของตน

โดยพบว่าหลายแห่งมีระบบการเยียวยา เช่น ในส่วนของข้าราชการทหาร ส่วนของกองทุนช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์ ตลอดไปจนถึงการทำงานร่วมกับฝ่ายสังคมสงเคราะห์เพื่อทำหน้าที่ในเรื่องของการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดหาสถานที่พักฟื้น การออกบัตรผู้พิการ และการใช้สายด่วนเลิกเหล้าในการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ในบางพื้นที่ยังไม่มีระบบเยียวยาด้านการรักษาพยาบาลผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรม ซึ่งปัจจัยที่มีส่วนที่จะทำให้เกิดระบบการเยียวยาด้านการรักษาพยาบาลผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์นั้น มีทั้งในส่วนของการให้ความสำคัญ เช่น การให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว การมีระบบคัดกรองทางด้านจิตสังคมหรือครอบครัว การให้ความรู้เชิงกว้างแก่สังคม การเรียกร้องสิทธิ์ของผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมาย การประชาสัมพันธ์โดยให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์มีความรับผิดชอบต่อผลจากอุบัติเหตุหรือการกระทำของตนมากขึ้น การปรับเปลี่ยนวิธีคิดและค่านิยมของคนในสังคม การมีทรัพยากรที่เพียงพอ เช่น เตียง เวชภัณฑ์ งบประมาณ การติดต่อ และความเชื่อมโยงของระบบ และทัศนคติของบุคลากร การให้กำลังใจและพัฒนาบุคลากร การมีความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากร เป็นต้น รวมไปถึงการตรวจสอบถึงปัญหาของผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์จากบุคลากรผู้ให้บริการ นอกจากนี้ ปัจจัยที่อาจทำให้เกิดระบบการเยียวยา ยังอาจรวมไปถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือของภาคส่วนอื่น เช่น กระทรวงพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ และกลุ่ม NGO อื่นๆ

สิ่งสำคัญท้ายสุดในด้าน *ระบบนโยบายโครงการตลอดไปจนถึงงานวิจัยในการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์* นั้น บางพื้นที่มีได้มีการทำโครงการอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยทำงานร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สถาบันธัญญารักษ์ เป็นต้น โดยมีคณะอนุกรรมการบำบัดรักษาฯ ซึ่งอยู่ภายใต้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 อันมีสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

(สคอ.) เป็นผู้ประสานงาน ซึ่งได้มีบทบาทในการกำหนดนโยบายในส่วนของการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ ในบางหน่วยงานได้มีการดำเนินโครงการวิจัยในส่วนของการบำบัดรักษาของตนเอง เช่น การศึกษากลไกในการเกิดโรคจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการศึกษาในระดับ pre-clinic เช่น ในระดับของสัตว์ทดลองเพื่อศึกษากลไกการเกิดโรค การทำวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ดื่มแอลกอฮอล์ การทำวิจัยเพื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจของผู้มีปัญหาโรคร่วม การทำวิจัยเพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดต่าง ๆ บางพื้นที่มีโครงการในการติดตามและช่วยเหลือผู้เข้ารับการบำบัด และในชุมชน เช่น โครงการสายด่วนเลิกเหล้า โครงการพัฒนาเพื่อช่วยเหลือผู้ดื่ม โครงการประจำปีเรื่องการเลิกเหล้า เป็นต้น

สำหรับ *นโยบายและโครงการต่างๆ ที่ควรทำเพิ่มเติม* รวมถึงการดำเนินงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา ผู้ได้รับการสัมภาษณ์มีความเห็นว่านโยบายการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ควรดำเนินการเพิ่มเติมนั้น ควรมีการทำโครงการวิจัยในมิติทางการบำบัดรักษาเพิ่มเติม เช่น การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาเพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะและสภาพแวดล้อมของคนไทย การวิจัยเรื่องวิธีการดูแลให้มีบริบทที่หลากหลาย การวิจัยวิทยาศาสตร์พื้นฐานหรือความรู้พื้นฐาน การวิจัยทาง pre-clinic เกี่ยวกับความเข้าใจในเรื่องของแอลกอฮอล์ในมิติต่าง ๆ การวิจัยศักยภาพในการบำบัดรักษาของชุมชน การวิจัยเรื่องยาเรื่องสมุนไพรที่สามารถลดการกำเริบซ้ำ และสามารถลดการขาดสุราที่สามารถนำมาใช้ได้ การวิจัยที่ทำร่วมกัน กับผู้บำบัด และโครงการวิจัยในมิติทางสังคม ได้แก่ การวิจัยถึงผลสัมฤทธิ์ที่เกิดจากการดำเนินการโครงการที่มีมาแล้ว เช่น โครงการของ ผรส. การวิจัยเชิงนโยบาย การวิจัยทางเศรษฐกิจหรือผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากแอลกอฮอล์ การวิจัยที่มีผลทำให้เกิดการตระหนักรู้ของผู้ดื่ม การวิจัยในเรื่องของการสร้างทัศนคติเชิงบวกกับ การบำบัดรักษา การศึกษารูปแบบความสำเร็จของคนที่ดื่มประจำหรือดื่มนาน ๆ ครั้ง ที่สามารถเลิกได้ การวิจัยทางมานุษยวิทยาในเรื่องคุณค่าของความเป็นมนุษย์ การวิจัยระบบการติดตามการรักษาที่

เหมาะสมกับคนไทย และการศึกษาวิจัยเชิงลึกในส่วนของสื่อสังคมออนไลน์ที่เป็นประโยชน์ในการเข้าถึงประชาชนให้มากขึ้น

โดย *ปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดการดำเนินการสร้างนโยบายโครงการหรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์* มีได้ ตั้งแต่ปัจจัยจากตัวโรคเองที่มีความซับซ้อนต่างกัน แล้วแต่กรณี เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ที่มีกับไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งทำให้มีกลไกในการวางแผนนโยบาย หรือให้การบำบัดรักษาที่ต่างกัน รวมไปถึงปัจจัยทางทรัพยากร ได้แก่ งบประมาณที่สนับสนุน ศักยภาพของกลุ่มผู้สร้างนโยบาย นักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญ การส่งเสริมให้บุคลากรมีขวัญกำลังใจ การมีบุคลากรที่ช่วยดูเรื่องของนโยบาย โครงการ การวิจัยต่าง ๆ ให้เป็นไปตามกระบวนการ ผลตอบแทน ความก้าวหน้าในอาชีพ นอกจากนี้ ผู้ได้รับการสัมภาษณ์ได้มองไปถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความไม่ย่อท้อ ความมุ่งมั่น การหาพลังเครือข่าย การประสานงานที่ดี และปัจจัยทางนโยบายเอง ได้แก่ การมีนโยบายเชิงบวกที่ชัดเจน และส่งเสริมให้เกิดนโยบายใหม่ๆ รวมทั้งโครงการ และการวิจัย การให้ความสำคัญกับปัญหาเรื่องของแอลกอฮอล์ โดยมีการวิเคราะห์ปัญหา และมองเห็นขนาดของปัญหา มีการกระจายให้แต่ละพื้นที่ได้กำหนดนโยบาย รวมถึงการทำงานวิจัย โดยมีเวทีที่ให้หน่วยงานได้ไปนำเสนอความคิดเห็นในการสร้างนโยบาย โครงการ และงานใหม่ๆ ในการช่วยงานด้านการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น สรุปได้จากตัวอย่างคำตอบจากบทสัมภาษณ์ ดังมีรายละเอียดในด้านภาพรวมของประเทศ และประสบการณ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ทำงานโดยตรงหรือมีส่วนในการผลักดันนโยบายด้านการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพรวมของประเทศ

1.1 ศักยภาพโรงพยาบาลแต่ละระดับของประเทศในการให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลศักยภาพโรงพยาบาลแต่ละระดับของประเทศในการให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และ ระดับตติยภูมิ โดยมีรายละเอียดของศักยภาพการทำงานในแต่ละระดับ ดังนี้

1.1.1 ระดับปฐมภูมิ

พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์กล่าวว่าศักยภาพโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ หรือกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะสามารถคัดกรอง ให้คำปรึกษา ทำจิตบำบัดแบบสั้น และบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เบื้องต้นโดยมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแล และสามารถพิจารณาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการที่ซับซ้อนได้ ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...ในระดับ Primary Care ก็อาจจะดูแลเรื่องของปัญหาการบำบัดได้ในระดับหนึ่งเกี่ยวกับว่าดูแลการถอนพิษได้ในระดับหนึ่งที่ไม่ซับซ้อนมากนักแล้วก็ดูแลเรื่องของการบำบัดในส่วนของการให้จิตบำบัดในแบบสั้นที่ไม่ได้ลงรายละเอียดมากนักหรือในระดับ Primary Care ก็จะมีนโยบายเชิงรุกเช่นการดูแลในชุมชน การเยี่ยมบ้านหรืออะไรในลักษณะที่ยังไม่ซับซ้อนมากนัก"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...โรงพยาบาลประจำตำบลหรืออะไรพวกนี้น่าจะเข้าถึงง่าย ถ้าเป็นระดับสุดท้ายก็ตรงนี้ ขึ้นอยู่กับศักยภาพแต่ละโรงพยาบาลไม่เหมือนกัน คิดว่าทำได้ในระดับหนึ่งแต่น่าจะมีความจำกัดหลาย ๆ อย่างด้วยความไม่มีบุคลากรเฉพาะทางอาจจะดูแลเบื้องต้น

ได้ ส่งต่อได้ แต่น่าจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลในระดับชุมชนหรือฟื้นฟูหลังจากให้คนไข้ได้กลับสู่ชุมชนแล้ว”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

“...รพ.สต. หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับตำบลนี้ส่วนใหญ่แล้วก็จะมีบุคลากรคือเป็นพยาบาลเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการเป็นหลักไม่มีแพทย์ ยกเว้นบางที่จะมีแพทย์ไปเทิร์นแค่อาทิตย์ละครั้งสองครั้ง หรือว่าแล้วแต่ ยกเว้นบางหน่วยที่เป็นเซนเตอร์ใหญ่จริง ๆ เป็นฮับใหญ่จริง ๆ เขาจะมีแพทย์ประจำก็เป็นแพทย์ GP ก็เป็นโอพีดีเฉยๆ อันนี้อันที่หนึ่ง หน้าที่หลักกลุ่มนี้ก็คือว่าเขาดูแลในระดับตำบลซึ่งเขาสามารถรู้ว่าในทั้งตำบลของเขามีกี่คน มีกี่หมู่บ้าน ในแต่ละหมู่บ้านมีแต่ละบ้านมีใครบ้างพูดง่าย ๆ คือมี family folder ของแต่ละคนในบ้าน ในบ้านนี้ประกอบด้วย พ่อ แม่ พี่ น้อง กี่คนมีคนไหนป่วย คนไหนไม่ป่วย คนไหนเป็นโรคอะไรบ้าง พูดง่าย ๆ คือเรามีระบบแบบนี้ mapping คนไทยทั้งประเทศในระดับตำบล พอถึงระดับตำบลถ้าเกิดมีปัญหาอะไรเบื้องต้นเขาก็รักษาที่นี่ แต่ถ้าเกิดว่าเขารักษาไม่ได้เขาก็จะไประดับถัดไปก็คือโรงพยาบาลอำเภอ...รพ.สต. อย่างน้อยก็ต้องคัดกรองได้ให้การบีเอ บีไอ ได้ ให้การทำใกล้บ้านสมานใจดูแลได้เบื้องต้น คนไข้มีอาการขาดสุราสามารถคอนซัลท์ได้”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

“...ระดับแรกก็คือเป็นกลุ่ม Primary ก็คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในกลุ่มนี้จะสามารถให้มีความสามารถในการคัดกรอง การวินิจฉัยและประเมินอาการข้างต้นที่น่าจะเป็นผลจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้ เช่น ภาวะเสี่ยง ภาวะติด หรือมีภาวะถอนพิษสุราหรือมีอาการข้างเคียงอื่นที่เกิดจากการดื่มสุราได้ และสามารถมีศักยภาพในการพิจารณาส่งต่อไปยังระดับของโรงพยาบาลที่สูงขึ้นเพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...รพ.สต. ที่เป็น PCU พวกนี้เขาก็ได้คัดกรอง ทำคัดกรองแล้วก็ส่งต่อแล้วก็ทำ brief Intervention บำบัดอย่างย่อได้ โดยเรียกเขาว่าพยาบาลที่มีการอบรมต่อเนื่องในเรื่องของการบำบัดผู้ติดยาเสพติด ก็จะช่วยในเรื่องของการคัดกรองแล้วก็บำบัดอย่างย่อ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...รพ.สต.ก็อาจจะเป็นการให้คำแนะนำเบื้องต้นหรือว่าการบำบัดรักษาเบื้องต้นแล้วก็ส่งต่อ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...โรงพยาบาลขนาดเล็กยิ่งไม่มีจิตแพทย์ยิ่งไม่อะไรก็คือเขาก็จะอาศัยทีมสุขภาพจิตซึ่งอาจจะมีพยาบาลเป็นหลักอย่างเดียว"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...รพ.สต. โรงพยาบาลอำเภออะไรต่าง ๆ ในชุมชนก็อาจจะมีแค่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเรื่องของการดูแลคนไข้ที่ดื่มสุราก็ถ้าเกิดตามพวกโรงพยาบาลขนาดกลาง ขนาดเล็กก็อาจจะไม่มีในเรื่องของการถอนพิษสุรา"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...โรงพยาบาลเหมือนส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ โดยระดับนี้ก็จะมีตั้งแต่เบื้องต้นเลยที่ใกล้กับชุมชนที่เขาอยู่ อันนั้นเขาก็จะดูในระดับของผู้เริ่มใช้หรืออะไรทั่วไปในแง่ของการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ในตามศักยภาพเหล่านั้น...โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนทั่วไปก็อาจจะเป็นเหมือนคุณพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการเทรนฝึกเบื้องต้นในการให้คำปรึกษา"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

1.1.2 ระดับทุติยภูมิ

พบว่าผู้ถูกสัมภาษณ์กล่าวว่าศักยภาพโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ หรือกลุ่มโรงพยาบาลจังหวัด และ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ขนาดใหญ่ และเล็ก จะสามารถให้ความรู้ ถอนพิษ และบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์โดยมีพยาบาลที่ได้รับการอบรมทางด้านจิตเวชและสารเสพติดดูแล และสามารถพิจารณาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาจิตเวชร่วม หรือมีโรคทางกายซับซ้อนได้ ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...โรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ที่เคยเห็นก็จะรักษาในภาวะที่เป็น emergency case หรือมี complication ทางด้านโรคทางกาย อย่างเช่น โรคตับ upper GI breeding ถึงได้รับการรักษา แต่ถ้าในเรื่องการบำบัดส่วนใหญ่ก็ยังไม่ชัดเจนนัก"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...แบบที่ 2 ก็จะเป็นโรงพยาบาลที่ใหญ่ขึ้นมาหน่อย ถ้าเกิดว่าในระดับ primary care ดูแลไม่ได้แล้ว อาการซับซ้อนมากขึ้นก็มักจะส่งต่ออย่างเช่น โรงพยาบาลจังหวัด หรือว่าโรงพยาบาลอำเภอที่มีขนาดใหญ่ขึ้นมามากขึ้น มีบุคลากรมากขึ้นก็อาจจะดูแลการถอนพิษได้ในระดับที่ค่อนข้างดี แล้วก็มีการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องของการดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูหรือให้การบำบัดรักษาทางจิตบำบัดเกี่ยวกับเรื่องของแอลกอฮอล์ได้ซับซ้อนมากขึ้น"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...โรงพยาบาลอำเภอก็จะเป็นโรงพยาบาลที่ดูแลในระดับอำเภอมีแบบผู้ป่วยในด้วยก็จะมีขนาดตั้งแต่เขาเรียกเป็น F1 F2 F3 M1 M2 S1 S2 ก็เหมือนกับขนาดที่เล็กถึงใหญ่ขึ้นตั้งแต่มี 30 เตียง 60 เตียง 90 เตียง 120 เตียง เป็นขนาดที่ใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ ในขนาดเล็กสุดก็จะมีแพทย์ประจำ มีคนไข้ใน แพทย์อาจจะ 1 หรือ 2 คน แต่พอขนาดก็คือใหญ่ขึ้น ๆ พอใหญ่ขึ้นก็จะแล้วแต่ว่าจะมีเฉพาะทางมากขึ้นจะมีหมอที่เฉพาะทางมากขึ้นแต่อย่างน้อยเนี่ยในระดับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งจะมีพยาบาลที่รับการอบรมผ่านทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวช และทำงานด้านยาเสพติดหรือสุราจะต้องมีอย่างน้อย 1 คนอยู่ อยู่ที่จุดบริการนั้นส่วนใหญ่จะมีแต่ว่าก็ไม่เกือบ 100% ...ระดับ รพช. จริง ๆ ทำได้ทุกอย่างที่พูดไปทำ

ได้ทั้งหมดเลย แต่กรณีที่คนไข้วุ่นวาย หรือมีปัญหาจิตเวชร่วมก็ต้องส่งต่อ หรือมีโรคทางกายซับซ้อนก็ว่าไป"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่มีจิตแพทย์สามารถให้การบำบัดผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีภาวะในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มติด หรือกลุ่มที่มีอาการถอนพิษสุราเบื้องต้นได้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลที่จำนวนเตียงประมาณ 60 30 120 เรียกว่าแค่ถอนพิษ อย่างมากก็แค่ถอนพิษ แต่ว่าระดับการถอนพิษผู้ป่วยหมายถึงว่ารักษาผู้ขาดสุรา คิดว่าทำได้แต่บำบัดฟื้นฟู ส่งเสริม ติดตามเนี่ยน้อย"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...โรงพยาบาลที่สามารถบำบัดได้ก็คือโรงพยาบาลระดับ รพช. ขึ้นไปก็สามารถบำบัดได้ที่ค่อนข้างชัดเจน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

1.1.3 ระดับตติยภูมิ

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์กล่าวว่าศักยภาพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจิตเวช จะสามารถบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้หลาย ๆ รูปแบบอย่างมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ทั้งการมีโรคร่วมทางกาย และทางจิตเวชที่ซับซ้อน มีการติดตาม ฟื้นฟูทางจิตสังคมโดยมีจิตแพทย์ หรือพยาบาลจิตเวชดูแล แต่ยังไม่ค่อยมีระบบบำบัดในระดับของการฟื้นฟูสมรรถภาพและศักยภาพในการบำบัดก็ยังอิงอยู่กับศักยภาพของการบำบัดยาเสพติดเพราะไม่มีสถานบำบัด หรือนโยบายที่ดูแลโดยตรงชัดเจน ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...โรงพยาบาลจังหวัดก็จะมีการบำบัดที่เพิ่มมากขึ้น คือ อาจจะมีการบำบัดแบบ โอพีดีเคสขึ้นมา แต่สุดท้ายก็คือถ้าได้รับการแอดมิทก็เป็นเรื่องมี indication ทางกายเข้ามาเกี่ยวข้อง แล้วก็ถ้าเป็นโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต ก็ถ้าเป็นแอลกอฮอล์ล้วน ๆ อย่างเช่น alcohol dependence โดยที่ไม่มี complication ที่มี indication ในการแอดมิทไม่ว่าจะเป็น alcohol-induced psychosis จน suicide ก็จะไม่ได้แอดมิท ก็จะเป็นการรักษาแบบโอพีดีเคส ก็จะแตกต่างกันไปตามบริบทของระดับของโรงพยาบาลแต่ละที่"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...Tertiary Care อาจจะเป็นโรงพยาบาลใหญ่เลย อย่างเช่นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อันนี้ก็จะมีการดูแลในระดับที่ซับซ้อนอย่างมากแล้วก็มีการให้การบำบัดรักษาแบบหลายๆรูปแบบสามารถให้การดูแลในคนที่มีปัญหาเกี่ยวกับดื่มแอลกอฮอล์แบบติดแอลกอฮอล์แล้วก็มีโรคร่วมอื่น ๆ ทางจิตเวชและทางกายที่มีปัญหาซับซ้อนได้เป็นอย่างดี"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยน่าจะมีศักยภาพพร้อมทางด้านของการบำบัดโรคทางกายแล้วก็โรคที่เป็นโรคร่วมกับการเกิดปัญหาเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ ยกตัวอย่างเช่น โรคตับหรือว่าโรคที่แบบเกิดผลข้างเคียง ที่มีอันตรายจากแอลกอฮอล์น่าจะมีศักยภาพทางด้านนี้ เพียงแต่ว่าศักยภาพทางด้านการดูแลทางด้านจิตเวชในระดับพื้นฐานน่าจะมีจิตแพทย์ในเกือบทุกที่แล้ว ถ้าในระดับที่ลึก ๆ เช่นการดูแลเรื่องการติดตามหรืออะไรอย่างนี้ต่อเนื่องลงไปในชุมชนตรงนี้คิดว่าน่าจะยังมีปัญหาอยู่ ถ้าเกิดโรงพยาบาลไม่มียูนิตที่จะดูแล ถ้าในส่วนของโรงพยาบาลทางกรมสุขภาพจิต หรือว่าโรงพยาบาลที่เป็นสถานพยาบาลที่บำบัดเกี่ยวกับสารเสพติดคิดว่าน่าจะทำส่วนหลังได้ดีกว่าในส่วนแรกนี้คิดว่ายังไม่ค่อยชัดเจนว่าเขาทำได้เต็มที่ดีไหม คิดว่ายังไงก็โรงพยาบาลฝ่ายกายอาจจะทำหน้าที่ตรงจุดนี้ได้ดีกว่าถ้ามองทางด้านการบำบัดโรคทางกายด้วย เขาจะมีข้อจำกัดถ้ามีโรคแทรกซ้อนทางกายเยอะ แต่ถ้าเป็นระดับที่เป็นโรคทางจิตเวชเท่านั้นไม่ซับซ้อนมากแล้วก็ในระดับของชุมชนนี่คิดว่าโรงพยาบาลจิตเวชกับโรงพยาบาลที่เป็นสถานบำบัดนี่ทำได้ดี

กว่ามาก เพราะว่าเขาจะมียูนิตที่ดูแลโดยเฉพาะมีสาขาวิชาชีพที่ดูแลแล้วก็เขาสามารถที่จะเชื่อมไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...โรงพยาบาลประจำจังหวัด ระดับจังหวัดก็จะเป็นโรงพยาบาลทั่วไปหรือถ้าใหญ่มากก็จะเป็นโรงพยาบาลศูนย์สำหรับที่จังหวัดเล็ก ๆ สามารถส่งมาที่นี่ได้ก็จะมีหมอที่เฉพาะทางทุก ๆ ด้าน มีผู้ป่วยในผู้ป่วยนอกก็ว่าไป แล้วก็อันนี้คือระดับของประเทศนั้นคือใหญ่สุดก็คือในแต่ละพื้นที่นี่จริง ๆ ไม่ต้องเข้ากรุงเทพหรอก ก็คือขึ้นอยู่กับว่าจังหวัด...มีโรงพยาบาลที่ใหญ่สุดตรงนั้น โรงพยาบาลศูนย์ตรงไหนใหญ่ก็รักษาที่ตรงนั้น ถ้าหลังจากตรงนั้นมีตรงไหนได้อีกก็คือเกินขีดความสามารถ ก็จะส่งเข้าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยในแต่ละพื้นที่ก็ว่าไป"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...หากว่าอาการถอนพิษสุรานั้นเป็นอาการถอนพิษสุราที่รุนแรง หรืออาการ delirium ร่วมกับมีอาการทางจิตเวชอื่นร่วมด้วยหรือมีภาวะ comorbidity ก็คือภาวะโรคร่วมอื่นทางจิตเวชจำเป็นจะต้องส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่สูงขึ้น คือ ในระดับที่สาม เป็นโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ที่มีจิตแพทย์ในกลุ่มนี้สามารถให้การรักษาพยาบาลได้ตั้งแต่กลุ่มที่มีภาวะถอนพิษสุรา หรือภาวะเสี่ยงที่จะเกิดจากการติดสุราอื่น ๆ ซึ่งอาจจะมีผลกระทบ เกี่ยวข้องกับภาวะโรคทางกายต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดัน โรคหัวใจ โรคตับและภาวะเสี่ยงทางกายอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาจากการดื่มสุรา รวมทั้งมีปัญหาแทรกซ้อนจากการดื่มสุราซึ่งมีอาการทางจิตในกลุ่มนี้จะรักษาได้ แต่ถ้าหากว่าโดย settings ศักยภาพ หรือสถานพยาบาลหรือทีมบุคลากรที่ไม่สามารถดูแลคนไข้จากที่มีปัญหาสุราร่วมกับอาการทางจิตที่มีอาการรุนแรงได้นั้น ก็จะถูกส่งต่อมายังโรงพยาบาลเฉพาะก็คือ โรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งจะมีทีมบุคลากรที่ให้การดูแล และมี settings สถานที่ บุคลากรที่เพียงพอในการดูแลคนไข้ในกลุ่มที่มีปัญหาของสุราที่มีอาการทางจิตร่วมได้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...ศักยภาพของโรงพยาบาลระดับเอ ที่มันเป็นระดับจังหวัดใหญ่ ๆ ก็สามารถที่จะบำบัดผู้ติดสุรานี้ได้ตั้งแต่ถอนพิษ แล้วก็ติดตามแล้วก็ให้การฟื้นฟูทั้งด้านจิตสังคมได้บ้างแต่ก็ไม่ได้ทุกโรงพยาบาลระดับเอ ทำได้เพราะว่าอัตรากำลังของบุคลากรฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษานี่ส่วนใหญ่จะอยู่ในมือของจิตแพทย์ แล้วบางจังหวัดมันก็ขาดจิตแพทย์ระดับของ S ก็สามารถที่จะดูแลในเรื่องของถอนพิษสุราแล้วก็บำบัดเบื้องต้นฟื้นฟูนิดหน่อย ให้คำปรึกษาติดตามได้ แต่พอถึงระดับที่ลงมาคือ M นี่ เฉพาะ M1 จะมีจิตแพทย์แต่ M2 ไม่มี M2 มี เมด เด็ก เพราะฉะนั้น แพทย์ที่อยู่ระดับ M1 M2 นี่ถอนพิษได้แต่ว่าฟื้นฟูจิตสังคมอาจจะมีปัญหาถ้าในหน่วยงาน M1, M2 M2 จะไม่มีจิตแพทย์ M1 มีจิตแพทย์ก็พอดูแลฟื้นฟูสอนจิตสังคมได้ แต่ M2 ไม่มีดังนั้นเขาอาจจะถอนพิษได้แล้วก็ดูแลแบบเบื้องต้นแล้วส่วนใหญ่ก็ดูแลแล้วก็ปล่อยกลับบ้านแล้วก็กลับไปติดใหม่ ถ้าส่วนใหญ่กลุ่มผู้ป่วยพวกนี้จะไม่ค่อยได้รับการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง...S คือโรงพยาบาลจังหวัดขนาดกลางจะมีจิตแพทย์ได้ยกตัวอย่างโรงพยาบาล นี่ เขาก็จะสามารถบำบัด ถอนพิษได้ ติดตามได้บ้าง ฟื้นฟูได้บ้าง แต่ก็ไม่มีจิตแพทย์เขาก็ยังขาด เพราะบางแห่งของ S ก็ยังไม่มีจิตแพทย์ เพราะจิตแพทย์ไม่สามารถที่จะครอบคลุมถึงโรงพยาบาลอำเภอ ได้แค่จังหวัด มีบางแห่งที่เป็น M1 ซึ่งมีจิตแพทย์อยู่แต่ก็ไม่ได้หมายความว่ามีทุกแห่ง ก็ยังขาดจิตแพทย์อยู่ แล้วงานของการบำบัดรักษาสุราส่วนใหญ่เนี่ยมันจะอยู่ที่มือของจิตแพทย์"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...รพท. หรือ รพศ. นี่ก็คงสามารถบำบัดได้อย่างมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ก็คือมีทั้งจิตแพทย์หรือพยาบาลจิตเวชที่จะบำบัดเรื่องของยาเสพติดแล้วก็สุราได้ที่เป็นแบบเฉพาะทางจริง ๆ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...โรงเรียนแพทย์ หรือว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์อะไรอย่างนี้อาจจะมีจิตแพทย์หรือว่ามีแพทย์อายุรกรรมอะไรแบบนี้ที่มีความเชี่ยวชาญหรือดูแลปัญหาเหล่านี้โดยตรง"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...โรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัดนี่ อาจจะมีจิตแพทย์...โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัดอย่างนี้ ก็อาจจะมีในเรื่องของการถอนพิษสุรา แต่ว่าแม้แต่ขนาดใหญ่จริง ๆ ก็ตาม บางทีมันไม่มีในเรื่องของวอร์ดสุราแยก ก็จะมีคนไข้ถอนพิษสุราก็จะมีอาการพวกหูแว่ว อาการทางจิต โรคซึมเศร้า โรคอาการฆ่าตัวตาย เขาก็จะไม่ค่อยกล้าแอดมิท ก็ต้องรีเฟอร์เข้าโรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น พวกโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิตของกรมการแพทย์ที่เป็นโรงพยาบาล Tertiary"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...โรงพยาบาลศูนย์ จะเป็นแบบผู้ติดอะไรอย่างนี้ แล้วก็มีการทำกลุ่มมีแพทย์เฉพาะทางนี่คือโรงพยาบาลศูนย์ในการดูแล แล้วก็ในระดับที่สูงขึ้นมาก็เป็นโรงพยาบาลเฉพาะด้านเฉพาะทาง อย่างเช่นโรงพยาบาลที่สังกัดกรมสุขภาพจิต หรือว่าอย่างเป็นโรงพยาบาลในกรมการแพทย์ที่ดูแลเรื่องยาเสพติดโดยตรง อันนี้ก็คือจะมีศักยภาพในการดูแลผู้ติดสารเสพติดที่มีโรคแทรกซ้อน อย่างของโรงพยาบาลทางกรมสุขภาพจิตก็จะเป็นโรงพยาบาลจิตเวชอะไรอย่างนี้ รุนแรง แต่ของอย่างโรงพยาบาลในกรมการแพทย์หรือว่าในศูนย์ของธัญญารักษ์ก็จะมีทั้งด้านทางกายแล้วก็ทางจิตเวช อย่างนี้เป็นต้น ซึ่งอาจจะมีความต่างในแง่ของบุคลากร ทั้งในแง่ของจำนวนแล้วก็มีความเฉพาะด้าน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...สถานบำบัดยาเสพติดของกรมการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัดที่อาจจะมีจิตแพทย์อยู่ แต่ก็ไม่ค่อยมีระบบการบำบัดในระดับของฟื้นฟูสมรรถภาพ ก็เรียกได้ว่าการบำบัดแอลกอฮอล์นี่มันไม่มีเจ้าภาพ มันไม่มีสถานบำบัด หรือว่านโยบายที่ดูแลเรื่องนี้โดยตรงชัดเจน มันก็ยังอิงอยู่กับศักยภาพของการบำบัดยาเสพติด ที่ไหนมีการบำบัดยาเสพติด ก็มีการบำบัดแอลกอฮอล์ไปด้วย"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

1.2 จำนวนสถานพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลจำนวนสถานพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในปัจจุบันแตกต่างกันไป โดยมีทั้งที่มองจำนวนสถานพยาบาลที่ให้การบำบัดได้เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่มองจำนวนสถานพยาบาลที่กระจายอยู่ทั่วประเทศตามโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งแบบเฉพาะทาง และทั่วไป ในสถานบริการขนาดต่าง ๆ โดยกล่าวว่ามีโรงพยาบาลจิตเวช 13 แห่ง โรงพยาบาลธัญญารักษ์ 7 แห่ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 100 กว่าแห่ง โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 800 กว่าแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 10,000 กว่าแห่ง ทั่วประเทศ ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...โรงพยาบาลเฉพาะทางก็เข้าใจว่าจะเป็นโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ 10 กว่าแห่งของกรมสุขภาพจิตแล้วก็มีโรงพยาบาลที่เป็นสถานบำบัดยาเสพติดนะครับอย่างเช่นโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ในแต่ละที่ต่าง ๆ เช่น ที่ธัญญารักษ์ตรงรังสิต แล้วก็ธัญญารักษ์ที่อยู่ทางเชียงใหม่ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออะไรพวกนี้ ก็พวกศูนย์บำบัดต่าง ๆ อันนี้อาจจะยังไม่นับพวกคลินิกย่อย ๆ ที่ดูแลอีก"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...สำหรับโรงพยาบาล การให้บริการแบบ Tertiary Care เขาเรียกว่าแบบเฉพาะทาง ก็จะมีโรงพยาบาลจิตเวช 13 แห่ง ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ของ ธัญญารักษ์ สังกัดกรมการแพทย์มีแม่ฮ่องสอน อุดร ขอนแก่น เจ็ดแปดแห่งมั้งสำหรับธัญญารักษ์ แล้วก็มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ก็นับไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีกี่ที่ก็ว่าไป อันนี้คือเป็นโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ที่เป็น เรียกว่าเป็น Supra-tertiary หรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง ในการให้การดูแลแบบเชิงลึกได้ แต่ที่เหลือก็คือระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลศูนย์ทุกที่นี่สามารถให้การบริการได้ โรงพยาบาลศูนย์หลาย ๆ ที่ มี IPD ด้วยสามารถให้การดูแลตรงนี้ได้คือ IPD จากจิตเวชโดยตรง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ถ้าใน

ประเทศไทยก็น่าจะมีประมาณ 100 กว่าแห่งเกือบร้อย โรงพยาบาลชุมชนประเทศไทยก็มีประมาณเกือบ 800 กว่าแห่ง รพ.สต. นี่ไม่แน่ใจว่าตัวเลขมีอีกเยอะเป็นหลักหมื่น"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...สถานบำบัดในประเทศไทย ก็ไม่ต่ำกว่าสองสามพันมั้ง ทุกจังหวัดมันก็มีโรงพยาบาลจังหวัดนะ อย่างน้อยก็ 77 จังหวัด แล้วก็บวกโรงพยาบาลชุมชนอะไรต่าง ๆ คิดว่ามันเป็นหมื่นน่ะ...คิดว่ามันเป็นหมื่น คิดว่าไม่ต่ำกว่าหมื่นแห่ง"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...รพ.สต. ทำได้ตามเกณฑ์มาตรฐานนี่ ที่คิดก็น่าจะประมาณ 10.000 กว่าแห่งทั่วประเทศ แต่ถ้าเกิดนับตั้งแต่ รพช. รพท. ที่ให้การบริการแบบเฉพาะทางได้ เพราะว่าจะถูก assign ให้มีพยาบาลจิตเวชหรือยาเสพติดอยู่ด้วยนี่ก็จะประมาณ 800 ถึง 900 แห่งทั่วประเทศไทย"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...สังกัดในเรื่องของกระทรวงสาธารณสุข จำตัวเลขไม่ได้นะ ก็ประมาณสักเจ็ดแปดร้อยโรงพยาบาล แล้วก็อาจจะสังกัดหน่วยงานอื่น ๆ เช่น กระทรวงกลาโหม มหาวิทยาลัย ของ กทม. แล้วก็ของพวกกรมการแพทย์อีก แล้วก็มีสถานพยาบาลที่เป็นพวกโรงพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนบำบัดผู้ป่วยสุราแล้วก็สารเสพติดก็มี"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...สถาบันธัญญารักษ์แล้วก็ศูนย์สังกัดภูมิภาคก็รวมศูนย์ใหญ่ก็มีแบบ 7 แห่ง แล้วก็ถ้าในสังกัดของกรมสุขภาพจิตอันนี้ไม่แน่ใจจริง ๆ แต่ก็น่าจะมากกว่าสิบ อันนี้คือไม่แน่ใจแต่ว่าอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ รพ.สต. ที่บอกว่าเป็นเหมือนกับเบื้องต้นเลยสำหรับกลุ่มผู้ใช้ที่เข้าถึงชุมชนอะไรอย่างนี้ ก็น่าจะเป็นหลักแบบหลายพันนะ คือ ขอโทษที่อาจจะไม่ได้แบบแน่ใจในจำนวนที่แน่นอน แต่ว่าในด้านของโรงพยาบาล

ชุมชนจะเป็นหลักร้อยน่ะห้าหกร้อยถึงเกือบพัน แล้วก็โรงพยาบาลศูนย์ในแต่ละภูมิภาคนี้ ก็อาจจะแบบสี่สิบห้าสิบได้”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

1.3 จำนวนบุคลากรในสถานพยาบาลในประเทศไทย

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ ให้ข้อมูลจำนวนบุคลากรในสถานพยาบาลในประเทศไทยโดยกล่าวว่ามีจิตแพทย์ 800 กว่าคน พยาบาล 20,000 กว่าคน ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวนมากในประเทศไทย และยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการบำบัดอีกเป็นจำนวนมาก อีกทั้งบุคลากรที่ดูแลปัญหาของแอลกอฮอล์ก็จะเป็นบุคลากรที่ดูแลปัญหาของยาเสพติดผิดกฎหมายและจิตเวช ซึ่งบุคลากรที่ให้การบำบัดรักษาปัญหาจากการใช้ยาเสพติดผิดกฎหมาย และโรคทางจิตเวชก็ยังมีไม่เพียงพอทำให้บุคลากรไม่สอดคล้องกับปริมาณงาน ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“...บุคลากรที่ดูแลปัญหาของแอลกอฮอล์ก็จะเป็นบุคลากรที่ดูแลปัญหาของยาเสพติด ซึ่งปัญหายาเสพติดก็จะอยู่ในภาคส่วนของจิตเวช ซึ่งต้องยอมรับว่าจริง ๆ แล้วจิตเวชในหลายๆโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลชุมชน บุคลากรที่ดูแลในเรื่องนี้ยังขาดอยู่ แล้วก็อาจจะต้องทำงานหลายหน้างานก็เลยคิดว่าบุคลากรที่ดูแลปัญหาเรื่องแอลกอฮอล์ในประเทศไทยน่าจะยังไม่เพียงพอ”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

“...จำนวนบุคลากรอาจจะยังอยู่ในสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อยอยู่เมื่อเทียบกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศน่ะ”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...จำนวนจิตแพทย์ปัจจุบันที่ทำงานจริง ๆ มีราว ๆ สัก 800 ถึง 1000 คน...ทรัพยากรบุคคล เราอาจจะมีบุคลากรระดับหนึ่งเพียงพอในระดับที่ดูแลทั่วไปแต่ถ้าคนที่ดูแลทางด้านเฉพาะทางคนที่ได้รับการฝึกอบรมคนที่ดูแลเฉพาะทางเกี่ยวกับเรื่องแอลกอฮอล์เนี่ยคิดว่ายังไม่ครอบคลุมหรือมีแต่อาจจะยังขาดความมั่นใจ ขาดศักยภาพ หรือขาดองค์ความรู้ ในการดูแลทำให้บางทีไม่สามารถที่จะดูแลพื้นฐานได้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...อัตราส่วนของจิตแพทย์ต่อประชากร 100,000 คน อยู่ที่ประมาณ 0.8 หรือ 0.9ไม่แน่ใจ ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งมันก็ไม่เพียงพอหรอก พูดง่ายๆ คือ คน 100,000 คนเจอหมอ 1 คนน่ะ ซึ่งมันยังไงก็ไม่พอ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...บุคลากรที่ได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้ทักษะเกี่ยวกับเรื่องของการคัดกรอง บำบัด วินิจฉัย และในเรื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ตรงนี้ในบ้านเรายังมีไม่มากพอเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...จิตแพทย์ที่จะดูแลก็จะมีแค่ 800 กว่าคนทั่วประเทศ ตอนนี้จิตแพทย์มีนิดเดียว แต่พยาบาลก็มีช่วย แพทย์ทั่วไปก็ช่วยได้ เพราะฉะนั้นถึงบอกว่าถ้าจะพูดถึงครบทั้งติด เขาเรียกว่าฟื้นฟูจิตสังคมเนี่ย อาศัยจิตแพทย์กับพยาบาลจิตเวช ซึ่งอันนี้ก็จะมีบุคลากร พยาบาลจิตเวชช่วยได้แล้วก็มีพยาบาลที่ถูกอบรมด้านยาเสพติดก็มาช่วยได้ซึ่งก็คิดว่าถ้าบวกแพทย์บวกพยาบาล ซึ่งพยาบาลก็มีอยู่ประมาณ 20,000 กว่า ซึ่งก็มีอยู่ไม่มาก รวม ๆ แล้วบุคลากรทั้งหมดที่จะมาเกี่ยวข้องกับเรื่องของผู้ใช้สารผู้ใช้สุราเนี่ยคิดว่าไม่เพียงพอกับผู้ติดสุรา เพราะผู้ติดสุราตอนนี้มีอยู่ประมาณ 7,500,000 สมมตินะตอนนี้ที่ระบุนะอันนี้ under

ประมาณ 7,500,000 แต่มีคนที่ดูแลรักษานี่ไม่ถึงแสนน่ะ ประมาณสัก 30,000 ได้มั้งและยัง cover ไม่พอ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...จิตแพทย์เองก็อยู่แค่หลักร้อยอยู่น่ะ ก็คือประมาณถ้าอยู่ใน สป. เองเนี่ยก็น่าจะประมาณตอนนี้ที่มีข้อมูลอยู่น่าจะประมาณ 500 กว่าคนทั่วประเทศ ส่วนพยาบาลก็อยู่ในหลักพันคือประมาณห้าหกพันคนอยู่ทั่วประเทศ แต่ข้อมูลของนักจิตวิทยานี้ไม่ทราบชัดเจน แต่ก็ยังเป็นส่วนที่ขาดแคลนอยู่เพราะว่าจำนวนทรัพยากรของบุคลากรเองนี้จะถูกนับซ้ำเพราะว่างานของจิตเวชไม่ได้บำบัดสุราเพียงอย่างเดียว ก็ถ้าเกิดถามว่ายาเสพติดมีไหม สุรามีไหม จิตเวชมีไหม หรือจิตเวชเด็กมีไหม คือ มี แต่ว่าทุกคนจะทำงานซ้ำกันหมดเลย ฉะนั้นปริมาณงานเองมันก็จะถูกซ้ำไปด้วยแล้วก็ที่ผ่านมาบุคลากรตรงนี้ก็ยังทำให้ถูกบิดเบือนในแง่ของจำนวนทำให้ไม่พอเพียง คิดว่าเรื่องของจำนวนบุคลากรนี้เนื่องจากมันมีการคำนวณที่ผิดพลาดทำให้บุคลากรไม่สอดคล้องกับปริมาณงานอยู่"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...คิดว่าปัจจุบันมันขาดมาก เพราะว่ากลุ่มของบุคลากรที่ใช้นี้น่าจะเป็นกลุ่มเดียวกับของสุขภาพจิตซึ่งสุขภาพจิตก็ยังขาด ยาเสพติดก็อยู่กลุ่มเดียวกันในแทรคนี้ก็คิดว่ามันยังขาดอยู่พอสมควร"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...ถ้าเกิดเป็นการดูแลด้านสุราเท่าที่รู้ก็คือ มีไม่เพียงพอกับจำนวนของบุคคลรับการบำบัด ปกติเจ้าหน้าที่ที่ดูแลเขาจะไม่ได้ดูเรื่องสุราอย่างเดียว เขาจะดูเรื่องสุรา สารเสพติดตัวอื่นแล้วก็ อาการทางจิตเวช เขาก็จะดูหลายงาน แล้วก็ถ้าเกิดบุคลากรมันก็จะมีหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ แพทย์จริง ๆ ถ้าเกิดดูในเรื่องของตัว specialist เช่น จิตแพทย์อะไรอย่างนี้ หรือจิตแพทย์เด็กแล้วก็วัยรุ่น ถ้าเกิดว่าของประเทศไทยมันก็ยังมีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยอยู่ แล้วก็พยาบาล พยาบาลที่เป็นเฉพาะทางด้านจิตเวช ก็ยังไม่

เพียงพอแล้วก็นักจิต นักสังคม นักกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ คือ ตามจริงผมคิดว่าเจ้าหน้าที่เขามีในระดับนึงแหละแต่ในเรื่องของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัดสุราเนี่ย ในเรื่องของที่จะชักนำเข้าสู่กระบวนการรักษาเนี่ยมันยังไม่ได้ดีเท่าไหร่ มันยังขาดแกปอยู่ก็คือ กลุ่มก็คือเหมือนกับเจ้าหน้าที่บุคลากรที่เป็นโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยตั้งรับ แต่พวกหน่วยต่าง ๆ เช่น อสม. หรืออะไรต่างๆ พวกนี้ ที่จะต้องชักจูงคนที่ดื่มสุราในระดับต่าง ๆ ที่มีปัญหาเข้ามามันก็ยังไม่ได้เพียงพอ ทำให้ตามจริงเหมือนกับว่าโรงพยาบาลตามแต่ละที่นี่มีคนไข้บำบัดสุราน้อย คือเหมือนกับเจ้าหน้าที่สามารถดูแลได้ ดังนั้นพอเทียบจำนวนคนที่ดื่มสุราไม่ว่าจะเป็นกลุ่มพวกที่แบบเสพติดรุนแรงหรือว่าแบบมีกลุ่มเสี่ยงสูงนี่ก็ยังไม่ได้รับการบำบัดก็มี แต่ถ้าเกิดเอากลุ่มคนนั้นเข้ามาจริง ๆ บุคลากรไม่พออยู่แล้ว ตอนนี้มันเหมือนกับพอเพราะว่าคนที่ดื่มสุราที่เข้ามาบำบัดจริง ๆ ไม่ได้มาก แต่ถ้าเกิดว่าเราเอากลุ่มที่ตั้งแต่มีความเสี่ยงสูงดื่มอันตรายเข้ามาบำบัดจริง ๆ นี่ คิดว่าไม่พอ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...ด้วยกรอบจริง ๆ มันก็ดูเหมือนจะพอ มีแบบในแต่ละที่ที่แบบอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีคนที่ผ่านการเทรนฝึกอบรมชุมชนมีพยาบาลทางด้านที่เทรนมาบ้าง อะไรอย่างนี้นะคะ ยาเสพติดหรือว่าจิตเวชอย่างเนี่ยนะคะ แต่ว่าแต่โดยลักษณะการทำงานจริง ๆ แล้วนี่ ด้วยจำนวนคนไข้อะไรอย่างนี้ ก็อาจจะถ้าตามแบบตามเชิงที่เคยพูดคุยเวลาไปสอนคนมาอบรมอะไรอย่างนี้เนอะ เขาก็บอกมันค่อนข้างขาดแคลน แต่ปริมาณจริง ๆ ด้วยความที่ไม่ได้ทำบริหารโดยตรงก็เลยอาจจะให้ข้อมูลแบบได้ไม่ชัดเจนนัก แต่เท่าที่ทราบเขาก็บอกว่ามันก็ใกล้เคียงกับการจะพอนะ แต่ว่าที่เคยพูดคุยก็คือเขาก็จะบอกว่าภาระงานแล้วก็จำนวนคนไข้นี่ มันก็ค่อนข้าง workload เยอะเหมือนกัน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...บุคลากรที่บำบัดยาเสพติด บำบัดจิตเวชก็ไม่เพียงพออยู่แล้ว แล้วเขามีภาระงานต้องบำบัดแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นปัญหาระดับใหญ่ของประเทศ ก็ไม่เพียงพอ

แน่นอน แล้วข้อเท็จจริงก็คือ คนไข้ที่มีปัญหาแอลกอฮอล์ ก็ยังไม่ได้เข้าสู่การบำบัดอีกเป็นจำนวนมาก จากการ survey ของกรมสุขภาพจิต ก็พบว่าคนไข้แอลกอฮอล์ที่เข้าสู่บริการก็มีเพียงแค่ 2 ถึง 3% อีกจำนวนมาก อีก 90 กว่า% นี่ไม่ได้เข้าสู่การบำบัด ถ้าคนกลุ่มนี้ซึ่งมีปัญหาจากสุราและเข้าสู่การบำบัดจริง ๆ นี้ โอ้ บุคลากรนี้รองรับไม่ไหวแน่นอน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

1.4 จำนวนทรัพยากรและเวชภัณฑ์ที่ใช้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลจำนวนทรัพยากรและเวชภัณฑ์ที่ใช้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยโดยกล่าวว่างบประมาณมีไม่เพียงพอ จำนวนเตียงมีไม่เพียงพอ เวชภัณฑ์มีไม่เพียงพอเนื่องจากมีแค่ยาที่ใช้รักษาอาการถอนพิษ แต่ยาที่รักษาอาการอยาก และยาสำหรับการบำบัด คือ naltrexone และ acamprosate ยังไม่มี ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...จำนวนทรัพยากรและเวชภัณฑ์ในการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยจริง ๆ แล้วมองว่าค่อนข้างจะเพียงพอเพราะว่าจริง ๆ แล้วเวชภัณฑ์หรือทรัพยากรนี้ก็คือ ถ้ามองก็คือมองว่ามองถึงเรื่องยาตัว supplement อื่น ๆ การรักษาคนไข้แอลกอฮอล์นี้ ยาหรือ supplement อื่น ๆ ก็คือตัวพื้นฐานทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นโฟลิก บีวัน เบนโซไดอะซีปีนกินหรือว่าฉีด คิดว่าน่าจะเพียงพอ แต่ถ้าเป็นเวชภัณฑ์เกี่ยวกับจำนวนเตียงที่ได้ admit เนี่ย คิดว่าไม่เพียงพอ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...ทรัพยากรและเวชภัณฑ์นี่ถ้าเกิดว่าเท่าที่ทราบในโรงพยาบาลที่ยังมีขนาดเล็กอยู่ ส่วนใหญ่ก็จะมีแค่ในช่วงถอนพิษที่พอให้การดูแลรักษาได้ แต่ว่ายาในช่วงการลดความอยากของปัญหาแอลกอฮอล์หรือยาที่จะช่วยเหลือในเรื่องของการลดการดื่มการบำบัด

จิตบำบัดหรืออะไรแบบนี้ก็ยังค่อนข้างน้อยมากในประเทศไทย ส่วนใหญ่ก็จะอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ในประเทศเท่านั้น"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...เรื่องของเวชภัณฑ์ เรื่องอะไรพวกนี้ คิดว่ายาในการรักษาหลักของเรื่องแอลกอฮอล์ก็ยังไม่มีในปัจจุบัน ที่อยู่ในบัญชียาหลักมีแต่ยาที่เป็นยารอง ไม่ใช่ยาที่ต่างประเทศใช้เป็นยาหลัก พวกนี้ยังไม่ได้เข้าสู่ระบบของบัญชียาในประเทศไทย ซึ่งยารองก็อาจจะใช้ได้บ้างในหลาย ๆ ที่ตอบสนองต่อยา หรือมีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...เรายังไม่มียารักษาสุราเพื่อลดอาการ craving เรามีแต่ยาที่รักษาเพื่อรักษาอาการ detoxification อาการขาดสุราเฉย ๆ คือ เราก็ใช้ตัว diazepam ในการรักษา ซึ่งนี่เป็นยา local มากก็เป็นยาเก่า พื้นฐาน โบราณอันนี้เป็นประเด็นสำคัญว่าแต่เดิมเขาบอกเขารักษาเรื่องคนไข้ขาดสุราไม่ได้ แต่พอตอนหลัง จริง ๆ ไม่ได้ใช้ยาสูงส่งอะไรเลยเป็นยาธรรมดานี่แหละก็รักษาได้แล้ว ตอนนี้ปัญหาอยู่ที่บุคลากร แพทย์ พยาบาลอาจจะขาดความรู้ทักษะที่เพียงพอ ความมั่นใจในการให้ยาที่ปริมาณเพียงพอ ที่ผ่านมาน่าจะเป็นประเด็นนี้ประเด็นหลักมากกว่าทำให้เขาควบคุมอาการคนไข้ไม่ได้ ปัญหาไม่ได้อยู่ที่ไม่มียา แต่ปัญหาคือบริหารยายังไม่เหมาะสมแต่ถ้าเกิดหลังจากปัญหาเรื่องยา สำหรับ กระบวนการ detox ด้วย diazepam เรียบร้อยแล้วนี่ ถามว่าเราขาดอะไรไหม ต้องบอกว่าถึงวันนี้มันมียาที่ FDA ของอเมริกา องค์การควบคุมอาหารและยาของอเมริกาเขา approve ยาที่สำหรับลดอาการติดเหล้าได้ เขามีอยู่สามสี่ตัวที่จะ approve ตัวที่ 1 ก็คือ ตัว disulfiram คือ ยาเลิกเหล้าหรือยาตัดเหล้าที่เรารู้จักกัน ซึ่ง disulfiram จริง ๆ แล้วมันไม่ใช่เป็นยาตัดเหล้า แต่ก็เป็นยาที่พอกินไปแล้วทำให้คนที่ดื่มเหล้าเข้าไปมันไป block เอนไซม์ แล้วทำให้มี toxic เกิดขึ้นในร่างกาย เกิดอาการแบบแย่อะไรแบบนี้ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้เขาไม่กลับมาใช้อีก ซึ่งตัวนี้แพทย์แทบจะไม่ให้คนไข้ใช้เลย เพราะมันไม่ได้เกิดประโยชน์อะไร แต่บ้านเราก็ประหลาดมากคือยานี้ไม่มีขาย

ในโรงพยาบาล แต่มีขายตามร้านขายยา เอาไว้ให้ญาติไปซื้อแล้วไปแอบให้กินซึ่งเราก็จะบอกว่าอันนี้มันอันตรายมาก เพราะว่าการไป block เอนไซม์ ทำให้เกิดสารพิษขึ้นในร่างกายในคนที่สุขภาพไม่แข็งแรงอาจจะถึงแก่ชีวิตได้ อันนี้ก็เป็นอันนึงที่เราพยายาม announce ว่าอันนี้ไม่ควรจะมีให้ร้านขายยาขายตามทั่วไป อันที่ 2 ก็คือว่ามันมียากลุ่มพวก naltrexone, acamprosate ซึ่งก็เป็นยาที่เขาพรูฟแล้วว่าได้ผลในต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยก็ไม่มี available คือยังไม่มีใช้น่ะ ถามว่าขาดก็คือขาดพวกนี้ ตอนหลังก็มียาใหม่มาอีกเราก็ยังไม่มีใช้เนื่องจากเหตุผลการนำมาใช้มันก็อาจจะเรียกว่า คนนำเข้าไม่คุ้มทุนในการนำเข้า และอันที่ 2 คือ พอเราจะมีเกณฑ์ในการเข้าเนี่ย effective มันไม่เหมือนกับยาปฏิชีวนะ ถ้ามีเชื้อนี้มา 99% คนที่กินยานี้แล้วหาย อีกคนนึงอาจจะไม่หาย มันก็โอเค แต่ของเราเนี่ยเอายานี้ให้กิน แล้ว ให้ไป 7 คน ดีขึ้น 1 คนอย่างเนี่ยคือเขารู้สึกว่ามันไม่คุ้มมั้ง แต่ว่าอันนี้มันคือ chronic disease ที่มันแตกต่างกัน แล้วก็ส่วนทรัพยากรก็คงจะเป็นเรื่องของการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานตรงนี้ค่อนข้างจำกัด"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...ไม่เพียงพอเลย ไม่ว่าเตียงก็ถูกจำกัด เวชภัณฑ์ เช่น ยาป้องกันการกลับไปติดซ้ำอะไรอย่างนี้ เช่น พวก naltrexone, acamprosate ก็ไม่มี เราต้องใช้ยาทางจิตเวชมาบำบัดรักษาซึ่งยาจิตเวชก็มีข้อจำกัดในเรื่องของมัน เอามาแค่ถอนพิษ แต่เอามาบำบัดป้องกันการกลับมาติดซ้ำมันไม่มีอย่างนี้ ก็ยังขาดเยอะ เวชภัณฑ์ก็ไม่พอ ยาบางตัวก็ถูกลิมิตด้วยเรื่องของบัญชียาหลักอะไรนี้ มันใช้ไม่ได้น่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...ตัว acamprosate ก็ยังไม่มีในประเทศไทย ฉะนั้นก็จะเป็นยาบางตัวที่ถูก up level list คือถ้าเกิดเป็นตัว detox น่ะครับ เราก็ใช้กลุ่ม benzodiazepine ซึ่งเป็นตัว drug replacement เอง ก็มีอยู่แต่พอเป็นฝั่งเชิง rehabilitation นี้ในเรื่องของการลดความอยากหรือตัวงานวิจัยอย่างเช่น naltrexone หรือ acamprosate เอง ยังไม่มีในประเทศไทยหรือ

มีแต่ว่ายังไม่ถูกส่งเสริมให้ใช้มากนะ คือในโรงเรียนแพทย์ก็มีสอนให้ใช้ แต่พอเข้ามาในประเทศไทยจริง ๆ หรือว่าในการทำงานจริงกลับไม่มียาพวกนี้ available อยู่เลยก็สะท้อนถึงความล้าหลังของประเทศไทยอยู่ในเรื่องนี้น่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...เงินที่เป็นงบประมาณที่ดูแล แล้วของคือเงินก็เอาไปซื้อของที่เกี่ยวข้อง ก็เข้าใจว่ามันขาดเหมือนกัน ในขณะที่รัฐบาลก็พยายามจะเข้าใจว่าคงพยายามจะสนับสนุน แต่ว่ามันไม่น่าจะเพียงพอในปัจจุบัน คือ เขาอาจจะไปให้ความสำคัญกับการดูแลในแง่ของควบคุมใช้กฎหมาย ยกตัวอย่าง เช่น เอาแค่เรื่องสิทธิ์ก่อน สิทธิ์การรักษามันก็ต่างกันแล้ว จะประกันสังคม จะเป็น สปสช. หรืออะไรอย่างในการเข้าถึง สมมติอย่างประกันสังคมนี่เท่าที่ทราบ คือถ้าเราไปวินิจฉัย โรคเกี่ยวกับหรือว่าเป็นโรคติดสุราบางสิ่งก็ไม่ให้เบิก ถ้าเป็นโรคนี่ เหมือนเป็นโรคกระทำตนเอง มันก็จะมีปัญหาในการรักษา ส่วนเวชภัณฑ์นี้ ยาที่เราควรจะมีเพื่อรักษาโรคการติดสุราได้นี่ก็ไม่มีเลยในประเทศไทย มีอยู่ตัวนึง แต่มันใช้ยากแต่เอาจริง ๆ คือเราล้าหลังกว่าประเทศอื่นและเราควรจะมีมาตั้งนานแล้ว คิดว่ามันขาดแคลนเยอะ ถ้าจะทำให้การดำเนินงานมันได้ผลน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...เตียงของผู้ป่วยสุราจริง ๆ เช่น ในการถอนพิษยา มันก็จะมีพวกภาวะเสี่ยง เช่น ภาวะชัก สับสนง่าย ตามพวกโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ระดับเล็ก ระดับกลางนี่มันไม่มีอยู่แล้ว โรงพยาบาลขนาดใหญ่ก็ยังไม่มีฝ่ายจิตเวช หรือแม้ว่ามีจริง ๆ เขาก็ยังฝากไว้กับหมวดอายุรกรรม เพราะฉะนั้น จำนวนเตียงจริง ๆ มันก็จะมีเฉพาะในโรงพยาบาลที่เป็นพวก tertiary ที่มีเตียงเฉพาะแยก เรื่องของเตียงก็คือก็ยังขาด แล้วเวชภัณฑ์ยาบางตัวก็มีไม่หมด หมายถึงมีไม่ครบทุกรูปแบบ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...ในสถาบันนะคะก็คือก็ค่อนข้างที่จะไม่ได้ขาดแคลนเพราะว่า หนึ่งก็คือ มีจำนวนเตียง อย่างตรงนี้ก็มีวอร์ดตึกผู้ป่วยสุราสองวอร์ดด้วยกัน แล้วก็มีตึกเหมือนกับพิเศษด้วยอะไรอย่างนี้ แต่อาจจะไม่ได้เป็นแบบแยกพิเศษโดยตรง หรือพิเศษของสุราอะไรอย่างนี้ แล้วก็เรื่องของบุคลากรก็มีพยาบาลที่จบทางด้านยาเสพติด พยาบาลด้านจิตเวชเรื่องยาและเวชภัณฑ์ก็มีครบตาม item แต่ว่าถ้าเอาจริง ๆ น่ะบางทีแล้วจำนวนผู้ป่วยถ้าในช่วงที่เต็มจริง ๆ ศักยภาพของจำนวนพยาบาลคิดต่ออัตราของคนไข้ด้วยกรอบ ไม่แน่ใจว่าปกติมันจะประมาณ 6 ต่อ 1 หรือ 5 ต่อ 1 แถว ๆ 10 กว่าเตียงต่อพยาบาลขึ้นเวร บางที 3 หรือ 2 คนก็บวกลบเหมือนกันนั่นแหละ แต่ว่าถ้าเรื่องยาเรื่องเวชภัณฑ์เรื่องอะไรด้วยความเป็นสถาบันก็ค่อนข้างมีความพร้อมระดับนึง จำนวนเตียงก็ไม่ ตึกอย่างของสุราเองก็ได้ไม่แบบเต็มจนแน่นจนล้นจนรออะไรแบบนี้ ไม่เหมือนกับกลุ่มของ stimulant หรือกลุ่มอะไรที่ค่อนข้างแบบเยอะมาก ประมาณนั้น ในทางปฏิบัติจำนวนก็ดูเหมือนพอ แต่ด้วยภาระงานอย่างนี้ ก็จะค่อนข้างหนักเหมือนกัน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...คนไข้จำนวนมากไม่ได้เข้าสู่การบำบัด เพราะฉะนั้น ถ้าเกิดว่าคนไข้เข้าสู่การบำบัดทรัพยากรไม่พอแน่นอนนะ ไม่พอแน่นอน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

1.5 รูปแบบโปรแกรมการรักษาในประเทศไทย

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลรูปแบบโปรแกรมการรักษาในประเทศไทยโดยกล่าวว่ามีตั้งแต่การคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรอง AUDIT หรือ ASSIST เพื่อนำผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์เข้าสู่กระบวนการรักษาซึ่งเป็นได้ทั้งรูปแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน สมัครใจหรือบังคับบำบัด มีการถอนพิษ การฟื้นฟูซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การบำบัดรายบุคคล การบำบัดกลุ่ม การบำบัดเชิงพุทธ การใช้ยาร่วมกับการทำจิตบำบัด การใช้ FAST Model การใช้ Cognitive Behavior Therapy (CBT) การใช้ Motivational Enhancement

Therapy (MET) การใช้ Motivation Interview (MI) การใช้ Therapeutic Community การใช้ Alcoholics Anonymous (AA) การใช้ Peer Support Groups การใช้ Self-Help groups การฟื้นฟู Cognitive Impaired และการติดตาม ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...รูปแบบการรักษาในประเทศไทยก็มีตั้งแต่รูปแบบโปรแกรมที่ full course ตั้งแต่ช่วง detox จนกระทั่งเข้ากลุ่มทาง psychosocial แล้วก็ rehabilitation การติดตามเคส"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...รูปแบบโปรแกรมการรักษาในประเทศไทยขณะนี้ก็จะมีหลายรูปแบบ แต่โดยส่วนใหญ่ที่เป็นรูปแบบที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดก็จะเป็นในเรื่องของการใช้ยาร่วมกับการทำจิตบำบัด โดยที่อาจจะแบ่งเรื่องของปัญหาการดื่ม เช่น อันแรกก็จะเป็นเรื่องของการถอนพิษ ก่อนถอนพิษสุราเช่นมีการมือสั่น มีอาการชัก หรืออะไรหลังจากที่เลิกดื่ม หลังจากที่ตรงนั้นโอเคขึ้น เราก็จะเข้าสู่ที่เฟสสองคือเฟสของการให้การรักษาเพื่อลดการกลับไปดื่มซ้ำก็จะใช้ในเรื่องของยาเพื่อลดความอยากสุราแล้วก็เน้นเรื่องการทำจิตบำบัดเพื่อปรับความคิดปรับพฤติกรรมในการที่ให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มเนี่ยได้มีแนวทางการแก้ไขว่าทำอย่างไรเขาจะไม่กลับไปดื่มซ้ำอีกนะคะ ซึ่งในเรื่องรูปแบบการรักษาที่ช่วยให้ไม่กลับไปดื่มซ้ำเนี่ยก็จะมีหลายรูปแบบนะคะตามโรงพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลซึ่งรูปแบบที่ใช้กันมากก็จะเป็นในรูปของ CBT หรือว่า Cognitive Behavior Therapy หรือว่าเป็นรูปแบบปรับความคิดและพฤติกรรมอีกอันหนึ่งที่ใช้กันมากก็จะเป็นเรื่องของ Motivational Enhancement Therapy หรือว่าการที่พยายามให้ผู้ที่รับการบำบัดเกิดแรงจูงใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตัวเองเพื่อที่จะดีขึ้นแล้วก็หยุดการใช้หรือว่าหยุดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้มากขึ้น"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...มีโปรแกรมบำบัดหลายรูปแบบ ยกตัวอย่างเช่น มีทั้งการบำบัดแบบเดี่ยว การบำบัดแบบกลุ่ม แล้วก็แต่ละที่ก็จะมีโมเดลในการบำบัดของตัวเอง ของทางพวก

แผนของสุราของไทย เขาก็พยายามจะคิดรูปแบบ program based สำหรับการบำบัดว่าจะต้องมีรูปแบบอะไรยังไงบ้าง ยกตัวอย่างเช่นมีการบำบัดรายบุคคล Individual มีการบำบัดแบบกลุ่ม มีกลุ่มที่ญาติเข้ามาเกี่ยวข้องหรือใช้เทคนิคในการบำบัดเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น เทคนิคของ CBT ในการบำบัด หรือ Motivation Interview ในการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจอะไรพวกนี้แล้วก็อาจจะมีโมเดลในการติดตามในการเยี่ยมบ้าน หรือการนัดมาทำต่อเนื่องอะไรอย่างนี้ เป็นระยะน่ะ เข้าใจว่ารูปแบบนี้คงขึ้นอยู่กับแต่ละที่นำไปปรับใช้ว่าแต่ละที่ว่าที่ไหนเหมาะกับทำโมเดลแบบไหนน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...ก็คือเหมือน ๆ กันคือใครจะใช้ชื่ออะไรก็ตามหลักการมันก็เหมือนกัน ว่าอันที่หนึ่งดูแลกลุ่มคนที่ยังไม่มีปัญหาก็คัดกรองกระบวนการรักษา ถ้าเขาเข้ามาสู่กระบวนการรักษาแล้ว เสร็จแล้วก็ทำอย่างไรคนที่มีอาการขาดสุราก็ detox ส่วนคนที่ detox แล้วทำอย่างไรในช่วงที่การรักษาต่อเนื่องทำอย่างไรไม่ให้เขากลับไปใช้ซ้ำ ก็มีการ psychosocial intervention อันนี้อันที่สี่คือไปในชุมชนหลัก ๆ ก็ไม่พ้นจากสี่กรอบนี้ เพียงแต่ว่าใครทำ intervention อะไรจะเรียกชื่ออะไร ยกตัวอย่างเช่นการบำบัดในชุมชน หรือว่าการบำบัดเชิงพุทธ ก็มีโดยใช้วัดในการมีส่วนร่วมในการทำในชุมชน คนก็บอกว่าแทนที่จะนอนโรงพยาบาลไปวัดดีกว่า ไปวัดพระก็ให้กระบวนการบำบัดเหมือนเรานี่แหละ เพียงแต่ว่าใส่ชุดขาวอะไรอย่างนี้ มีกระบวนการบำบัดทางจิตใจมันก็ทำได้ดีกว่า อันนี้ก็เป็นอันนึงที่เราสนับสนุน แล้วในโครงการก็ทำว่าเราก็สามารถให้พระช่วยในการบำบัดได้ดีกว่าในโรงพยาบาลด้วยซ้ำ เพราะจริง ๆ แล้วสิ่งที่เรากลัวมากก็คือในเรื่องของอาการขาดสุรา พอเราให้พยาบาลไปช่วยบำบัดอาการขาดสุรา ที่เหลือมันก็ใช้กระบวนการอื่นในการเสริมจิตใจได้เหมือนกัน บำบัดเชิงพุทธก็ได้ บำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วมก็ได้ ชุมชนก็มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลเขาแล้วก็มี FAST model มีหลาย model มาก ๆ เลยหลักการคล้าย ๆ กันส่วนเรื่องของการบำบัด treatment นี้ ก็มีหลายอย่าง MET CBT จะกี่ T ได้หมด ขึ้นอยู่กับคนไข้เป็นแบบไหนอย่างไร

นอกจากนี้ ก็จะมีถามว่าเรามีโปรแกรมที่ available ทั่วไปๆ แล้วมันก็จะมีโปรแกรมแบบไฮโซอยู่บ้างอย่างเช่นถ้าใครพอรู้จักเรื่องเดอะเคบิน ...ก็จะไปสำหรับไปอยู่ 30 วัน retreat ประมาณนั้น แต่หลักการก็คล้าย ๆ กัน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...รูปแบบโปรแกรมการรักษาในประเทศไทยนี้มีหลากหลายรูปแบบ แต่ส่วนกรมสุขภาพจิตที่ได้มีการคอนแทคเอง แล้วก็ได้มีการใช้โปรแกรมในการบำบัดรักษา ก็คือในเรื่องของโครงการ ผรส. แผนพัฒนาระบบสุขภาพในการดูแลคนไข้สุรา ซึ่งมีการพัฒนาโดยได้รับทุนจาก สสส. ในการพัฒนารูปแบบการดูแลบำบัดรักษาในทุกระดับในประเทศไทย โดยมีการพัฒนาโปรแกรมใน 4 module ด้วยกัน ก็คือในเรื่องของการคัดกรอง วินิจฉัย บำบัด แล้วก็ฟื้นฟูติดตาม มันจะเป็นวงล้อ ซึ่งในแต่ละ module เนี่ย ก็จะมีโปรแกรมเฉพาะของแต่ละ module"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...ภาพรวมประเทศนี้ เราก็ follow ตามเกณฑ์มาตรฐานของสากล ก็จะมีตั้งแต่เรื่องของคัดกรองด้วยเครื่องมือคัดกรอง เช่น AUDIT หรือไม่ก็ ASSIST ให้การบำบัดอย่างย่อ ตามด้วยการบำบัดอย่างสั้น แล้วตามมาด้วยเรื่องของรักษาการขาดสุรา ถอนพิษสุรา จากนั้นก็จะมีเรื่องของการติดตามอย่างต่อเนื่องให้ทางกลุ่ม AA ซึ่งก็มีไม่ได้มาก ไม่ได้มีกระจายทั่วประเทศไทย กลุ่ม AA ก็ยังไม่ได้มาก ที่ดำรงไว้แล้วก็คงอยู่น่ะมีไม่มาก แล้วก็จะมีเรื่องของจิตสังคมบำบัด Matrix โปรแกรมอะไรต่าง ๆ ก็ทำไม่ได้มาก ที่เขาทำอยู่ มีชุมชนบำบัดซึ่งส่วนใหญ่ใช้ในยาเสพติดมากกว่าที่จะใช้ในการบำบัดสุรา ฉะนั้นโปรแกรมการบำบัดรักษาบางทีก็จะมีเรื่องของการให้คำปรึกษาครอบครัวแล้วก็ส่วนใหญ่เน้นการติดตามอย่างต่อเนื่องระยะยาว โดยการสร้างแรงจูงใจ สัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ เสริมแรงจูงใจ และก็ให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวัน ฝึกทักษะการแก้ปัญหาแล้วก็พยายามให้คนไข้หลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นให้เกิดการอยากดื่มอะไรแบบนี้ แล้วก็มีการปรับแนวคิด เรียกว่า CBT เพราะบางแห่งทำได้ ไม่ได้ทำได้

ทุกแห่ง มันต้องอาศัยนักวิชาชีพ ฝึกอบรมด้านการปรับแนวคิด ก็จะมีระบบการดูแลอยู่แต่ว่าไม่เท่ากัน ก็คือระดับ M1 M2 ไม่ได้ทำ พวกเนี่ยที่อาจารย์พูดที่เป็น CBT rehab AA แต่ว่าถ้าเป็นโรงพยาบาลระดับ A ที่เป็นจังหวัดใหญ่ ๆ นี่ อาจจะมี AA group ทั่ว ๆ ไป"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...รูปแบบการรักษาหลัก ๆ ก็จะเป็นเรื่องของ Motivation Interview หรือทำ group นะ Self-Help Group ต่าง ๆ หรือว่า Peer Group ต่าง ๆ ที่ทำกันอยู่ อันที่สองก็คือจะเป็นการแบบรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นการทำ rehabilitation แบบเต็มสตรีมเลยทั้งเรื่องของการทำกิจกรรมบำบัดร่วมด้วย แล้วก็การ admit แบบผู้ป่วยในมี activity daily life ที่ต้องถูก control เป็นหลักเพื่อปรับพฤติกรรมในระยะยาว"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...Primary ก็คือการเข้าไปป้องกันก่อนที่จะไม่ให้ปัญหาลุกลาม ซึ่ง พ.ร.บ. ก็คงเป็นส่วนนึงเพราะว่ามันช่วยได้ Secondary นี่ก็จะเป็นระดับของโรงพยาบาลที่ขึ้นมา โปรแกรมการรักษาพอเข้าสู่สถานพยาบาลแบบสมมติว่ามีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว การดูแลคนไข้ติดสุรานี้ก็มีทั้งทางกาย ทางจิตใจ เรื่องร่างกายก็จะเป็นเรื่องทางกายไป เช่น โรคที่เกิดจากการดื่ม ก็มีข้อจำกัดตามนี้ เพราะว่ามันมีทั้งแบบเพราะพวกนี้ก็ใช้ทรัพยากรเยอะเหมือนกันเนอะ แต่ว่าเรื่องของถ้าทางจิตเวชหรือในส่วนที่เกี่ยวข้องแล้วดูก็คือคนที่รักษาเพื่อหยุดสุราก็จะมีช่วงแรกก็จะเป็นการรักษาระยะถอนพิษ ทำยังไงให้เขาผ่านช่วงนี้แล้วก็ไม่กลับไปใช้ เพราะว่าคนส่วนหนึ่งก็คือเขาอยากจะเลิกแต่ว่ามันหยุดไม่ได้ในช่วงแรก โปรแกรมในช่วงนี้ ในประเทศไทยก็มีแบบนี้แต่มันอาจจะมีเป็นที่ ๆ แล้วก็บางที่เขาก็อาจจะไม่ได้เข้าใจทั้งหมดโดยเฉพาะถ้าโรงพยาบาลระดับขนาดเล็กน่ะ เขาอาจจะดูแลในระดับเบื้องต้นอะไรอย่างนี้ แล้วก็ข้อจำกัดอีกอันหนึ่งก็คือพอโรงพยาบาลที่ระดับเล็กน้อยลงไปหน่อยคือก็จะไม่มีหมอเฉพาะทาง ก็จะเป็นแพทย์อายุรกรรม ซึ่งบางทีเขาก็ยังขาดองค์ความรู้พวกนี้ นอกเหนือจากนี้ยังมีผลเขาเรียกว่าผลแทรกซ้อนจากอาการถอนอีก ซึ่งบางทีก็เป็นทั้งอาการทางจิตเวช ก้าวร้าว หลอนประสาท ซึ่งพวกนี้ก็องค์ความรู้ของแพทย์ถ้าพูดถึงแพทย์ทั่วไปก็มีแต่เหมือนกับไม่ค่อย

อยากยุ่งกับมัน ไม่ค่อยอยากจะอะไรทำให้ข้อจำกัดในการรักษานี้แพทย์ทั่วไปก็เลยมองว่ามันเป็นเรื่องของจิตเวชหรือจิตแพทย์ที่ดูแลซึ่งหมอคิดว่าเรื่องนี้เป็นอุปสรรคใหญ่เนอะ จริง ๆ แล้วมันควรจะเป็นแพทย์ทั่วไปเลยที่ต้องเห็นว่าเป็นหน้าที่ ถัดขึ้นมาก็เป็นเรื่องของการฟื้นฟูเพื่อทำยังไงไม่ให้กลับไปใช้ซ้ำ ซึ่งในประเทศไทยก็เอาจริง ๆ ก็คือมันก็ตาม level ที่มีตามศักยภาพของโรงพยาบาล บางที่ก็มีเรื่องของการป้องกันการกลับใช้ซ้ำในระดับนี้ ที่ไม่ให้กลับไปใช้ซึ่งเราเรียกว่า รักษาการติดสุราเลย โรงพยาบาลใหญ่ ๆ หรืออะไรอย่างนี้โปรแกรมก็ฟูล ในบางที่ก็ไม่ได้ ทำถึงแค่เมื่อกี้นี้ โอเค ถอนพิษกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ให้คำแนะนำ ดูแลทางจิตสังคมอย่างง่าย ติดตามแบบนี้ก็มีในระดับนึงนะคะ จริง ๆ รูปแบบโปรแกรมการรักษาในประเทศไทยนี้ จริง ๆ ก็มีความทันสมัยที่ใกล้เคียงกับต่างประเทศ เพียงแต่มันอาจจะยังไม่ได้เป็นได้ทุกที่เพราะเราขาดคน ขาดงบประมาณ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...แบ่งตามรูปแบบอาจจะเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ถ้าเกิดเป็นผู้ป่วยนอกก็คนไข้ประเมินอาการและอาการถอนพิษไม่รุนแรงมากก็สามารถรับยาแล้วก็ถอนพิษที่บ้านได้ ผู้ป่วยในก็คือกลุ่มผู้ป่วยที่ประเมินแล้วมีความเสี่ยงในการถอนพิษสูง อาจจะเช่น ภาวะชัก เกร็ง หูแว่ว ประสาทหลอนหรือว่ามีโรคร่วมอาการรุนแรง การฆ่าตัวตาย ก็อาจจะต้องรับไว้นอนในโรงพยาบาล แล้วก็นอนโรงพยาบาลก็มีแบบระยะสั้น ระยะยาว ระยะสั้นก็คือถอนพิษเสร็จแล้วก็กลับไปฟื้นฟูที่บ้าน ระยะยาวก็คือถอนพิษเสร็จ แล้วก็ต้องฟื้นฟูในสถานพยาบาลต่อ แล้วก็อีกรูปแบบนึงก็คือแบ่งตามระบบ ระบบการบำบัดก็มีอยู่สองแบบ ระบบสมัครใจ ระบบต้องโทษ แต่ระบบต้องโทษของสุราเนื่องจากมันไม่ใช่สารเสพติดที่ผิดกฎหมายก็ไม่มี ก็แต่ถ้าเกิดเป็นระบบสมัครใจก็คือเหมือนกับญาติหรือผู้ป่วยมาเอง แต่มาเจออีกแบบนึง เช่น คนไข้ที่ไม่ยอมรับเรื่องของตัวสุราแต่มีปัญหา เช่น ดื่มแล้วเมาอาละวาด แล้วก็คือเหมือนกับญาติอยากให้มานอน มันก็มีในเรื่องของตัวกฎหมายที่บังคับใช้ เช่น ใช้กฎหมายจำไม่ได้ว่ามาตราไหน ถ้ามาตรา 56 อะไรอย่างนี้ที่จะบังคับ ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและก็เข้าบำบัดเป็นคำสั่งตามคำสั่งศาลก็มี"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...ขั้น detoxification หรือถอนพิษยา ฟื้นฟูสมรรถภาพ แล้วก็ติดตามการรักษาซึ่งแต่ละที่ก็คงจะยึดหลักการของการบำบัดตามขั้นตอนต่าง ๆ ที่มีความคล้ายคลึงกัน แต่ว่าในลักษณะของการใช้รูปแบบ อย่างในช่วงของ detox นี่ มันอาจจะมีความต่างกันในแง่ของถ้าเกิดเป็นต้องแยกระดับคนไข้ก่อนว่าเป็น ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด ติดรุนแรง ติดโรคร่วมอะไรไหม ถ้าเกิดผู้ป่วยเองมีอาการค่อนข้างหนักในช่วงนั้น ก็อาจจะต้องมีการพึ่งระบบของยา หรือการรักษาที่ใช้ความเชี่ยวชาญหรือว่าอย่างเช่น ติดสุราแล้วก็มีโรคร่วมอาจจะต้องถอนพิษยาในสถานบำบัดที่มีผู้เชี่ยวชาญนิดนึง แล้วก็ส่วนของโปรแกรมการรักษาทางด้านจิตสังคมนี้ มันก็ต้องอาศัยหลากหลายกระบวนการประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นกระบวนการของการสร้างแรงจูงใจ ให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจ หรืออาจจะใช้ในเรื่องของ Cognitive Behavioral Therapy เข้ามา หรือว่าจะเป็นกระบวนการกลุ่มบำบัด แล้วก็ในเรื่องของธัญญารักษ์ ก็จะมีกระบวนการของเรื่องประยุกต์ของ TC บวก FAST model ที่ฟื้นฟูระยะยาวใช้กระบวนการของ Therapeutic Community ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้แล้วก็มีขั้นตอนของการแบบติดตามการรักษา"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...รูปแบบโปรแกรมการรักษานี้ ก็น่าจะพอแบ่งเป็น 3 ส่วนใหญ่ ๆ ก็คือการคัดกรองผู้ป่วยสุรา อันนี้ก็หลายปีหลังนี่ก็มีความชัดเจน ไม่ว่าจะใช้ AUDIT ใช้เครื่องมือ ASSIST ก็มีความชัดเจนแล้ว มีการนำไปใช้ในสถานบำบัดในวงกว้าง ในส่วนที่สองเรื่องการถอนพิษ ในช่วงหลายปีหลังนี้ จากแผนงานพัฒนาของ ผรส. ก็มีการศึกษาชัดเจน มีรูปแบบชัดเจน และมีการเผยแพร่ออกไป คิดว่าสถานพยาบาลต่าง ๆ ก็เข้าใจวิธีการถอนพิษ และสามารถปฏิบัติได้ดีขึ้น มีองค์ความรู้ มีการเผยแพร่ มีการฝึกทักษะ ก็มีความชัดเจนขึ้น ส่วนที่สามเรื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพ อันนี้ยังไม่ค่อยชัดเจนน มีความชัดเจนบ้าง อย่างเช่น เรื่องของการเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนความคิด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนะครับ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

1.6 รูปแบบระบบติดตามประเมินผลการรักษาในประเทศไทย

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลรูปแบบระบบติดตามประเมินผลการรักษาในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบชัดเจน โดยกล่าวว่ามีการติดตามระดับหน่วยงานเป็นรายบุคคล เช่น บางหน่วยงาน มีการติดตามจำนวน 7 ครั้งต่อปี มีการตรวจการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำ หลังเข้ารับการบำบัดรักษาเป็นระยะเวลาตามกำหนด เช่น ทุก 3 เดือน และ 6 เดือน การติดตามแบบกึ่งบังคับบำบัด การติดตามในชุมชน ใกล้บ้านสมานใจ สายด่วนเลิกเหล้า 1413 แต่ยังไม่มีการติดตามในเชิงระบบทั้งหมดในระดับประเทศ ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...รูปแบบการติดตามประเมินผลการรักษาในประเทศไทย ถ้าเป็นของกรมสุขภาพจิตเขาก็จะใช้การตามหลังจากออกจากโรงพยาบาลตาม 3 เดือน ว่าหยุดใช้มั้ย อันนี้เป็นตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...รูปแบบการติดตามประเมินผลเนี่ยจริง ๆ น่าจะมีอยู่หลายรูปแบบ ส่วนใหญ่ก็ถ้าเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ก็น่าจะคิดว่ามีรูปแบบการติดตามประเมินผลในโรงพยาบาลของแต่ละส่วนอยู่แล้วว่าผู้ที่เข้ามารับการรักษามีอัตราการกลับไปดื่มซ้ำมากน้อยแค่ไหน ผู้ที่เข้ามารับการรักษามีอัตราของการที่กลับไปดื่มซ้ำจนถึงขั้น จะต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลมากน้อยแค่ไหน หรือว่าถ้าเป็นโรงพยาบาลที่ใหญ่ ก็นอกจากการติดตามจากโดยทั่วไปแล้วก็ยังมีการติดตามในรูปแบบของการวิจัย ส่วนใหญ่ก็จะเป็นรูปแบบการติดตามในลักษณะนี้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...ที่ผ่านมาจะเป็นการติดตามประเมินผลตามคนไข้เป็นราย ไม่ได้มีการติดตามเชิงระบบทั้งหมดว่าทั้งระบบเป็นยังไงคนไข้ดีขึ้น หรือแย่ลงยังไง พูดง่าย ๆ คนไข้รักษาก็รักษาดีขึ้น ไม่ดีขึ้นก็ประเมินตามนั้นแต่ไม่มีการ record ไม่มีการรายงาน ซึ่งตรงนี้เราหา

ตัวเลขค่อนข้างยาก ว่ารักษาแล้วหายไปเท่าไร หรือว่าเท่าที่รู้คือมี admit กลับมารักษาใหม่เท่าไร เป็นผลลัพธ์ที่พยายามทำตอนนี้คือในแบบบันทึก พอได้นิดนึงก็คือว่ามีการประเมินแล้วก็มีการติดตาม 3 เดือน 6 เดือนว่าเป็นอย่างไรบ้าง รู้สึกว่าไม่ติดตามแต่ประเมินว่าเป็นอย่างไรแล้วก็ส่งเข้ากระบวนการหรือเปล่า คิดว่ากระบวนการติดตามเพื่อดูผลลัพธ์นี้เป็นเฉพาะของหน่วยงานยังไม่สามารถรายงานเป็นรูปแบบของประเทศได้ และที่สำคัญเรายังไม่มีการประเมินติดตามคือตอนนี้เหมือนกับพยายามเซ็ทระบบให้มันเกิด ถ้าเซ็ทระบบให้มันเกิดแล้วสิ่งที่ต้องทำต่อคือว่าเกิดแล้วตกลงได้ทำตามที่ว่าจริง ๆ หรือเปล่า ซึ่งในภาษาอังกฤษใช้คำว่า feasibility test ก็หมายความว่า ดูว่าแม่นตรงตามโปรแกรมที่เรากำหนดไหม ซึ่งอันนี้ยังค่อนข้างอยากจะปล่อยไว้สักระยะนึง คือเหมือนกับว่าเราต้องตรวจว่าคุณได้ทำอย่างเช่นว่าไหม เขาว่าโปรแกรมบำบัดคนนี้ได้ทำ 3 ครั้ง 6 ครั้งอย่างที่ว่าไหม มันก็เหมือนกับไปตรวจละเอียดเพิ่มเติมมากขึ้นว่า input คุณมีคนไข้แล้ว process คนนี้ทำตามไหม outcome ตกลงคนไข้ดีขึ้นหรือเปล่า แต่คิดว่าคงต้องใช้เวลาสักพักหนึ่งให้ระบบมัน fit in ก่อนแล้วค่อยประเมินว่า process เป็นไปตามนี้ไหม แต่ระหว่างนี้อาจจะต้องค่อย ๆ เป็นเขาเรียกว่าเป็นนิเทศ supervise ไปก่อน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...โปรแกรมติดตามมีหลากหลาย เช่น ใกล้บ้านสมานใจ ใกล้บ้านใกล้ใจอะไรอย่างนี้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...ยังไม่มีรูปแบบแน่นอนแล้วแต่บุคคล แล้วแต่แพทย์ผู้รักษาว่าจะเอาแบบไหน บางทีก็ติดตามแบบเหมือนกับดูแลคนไข้ทั่วไป แต่บางคนก็มีระบบติดตามที่ชัดเจน มีการเยี่ยมบ้าน แล้วบางทีก็จะมี อสม. หรือไม่ก็ รพ.สต. ที่ช่วยรับดูแลต่อ แต่ส่วนใหญ่ไม่มีระบบแน่นอน ติดตามการประเมินผลขึ้นกับความสนใจรายบุคคล"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...ส่วนใหญ่ก็ยังเป็นแบบระบบ individual อยู่ ยังติดตามการประเมินรักษาโดยการนัด follow up จากแพทย์หรือพยาบาล แล้วก็อาจจะส่งต่อให้ติดตามใน รพ.สต. ได้อยู่บ้าง"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...รูปแบบประเมิน ระบบติดตามประเมินผลด้วย เราน่าจะอ่อนตรงนี้เยอะ... คือเราติดตามประเมินผลแบบได้ในระดับหนึ่ง... เหมือนกับระบบการดูแลรักษามันมี 2 ก้อน ก้อนที่ขึ้นกับกระทรวง ก้อนที่เป็นโรงเรียนแพทย์มันก็จะเป็นมหาวิทยาลัย เราขาด contact กับโรงเรียนแพทย์ เราขาด contact กับแบบพื้นน่ะค่ะ บางทีรู้สึกเรามีปัญหาตรงนี้เยอะนะ คือเราขาดความเชื่อมโยงกับระบบสาธารณสุขอีกอันนึง คิดว่าตรงนี้ ตัวเองทำงานมาตั้งหลายปีก็งงนะ มุมมองในแง่นี้คือแบบมันลงไปได้ไม่สุด เพราะเราบางทีส่งไปพื้นที่ไหน บางทีเราก็งงว่าใครควรจะดูแลต่ออะไรอย่างไร แต่ว่าเข้าใจว่าระบบติดตามประเมินผลนี่ถ้าเป็นแทรคของสาธารณสุขที่เป็นอีกก้อนหนึ่งนี่คิดว่าเขามีการเชื่อมโยงภายใน อันนั้นคิดว่าเขาก็ทำโอเคนะ เพียงแต่คิดว่าขาดความเชื่อมโยงระหว่างระบบของกระทรวงอันนึง กับระบบที่เป็นอันนี้อันนึงอะไรอย่างนี้ ซึ่งมันน่าจะมาเชื่อมกันทั้งในแง่ของการใช้วิชาการแล้วก็ในแง่ของ service แนว ๆ นี้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...รูปแบบการติดตามก็มี ถ้าเกิดติดตามแบบระบบสมัครใจ ส่วนใหญ่ก็โดยทั่วไปก็จะเหมือนกับยาเสพติดตัวอื่น ๆ ก็ส่วนใหญ่ก็ติดตามประมาณ 7 ครั้งใน 1 ปี แล้วก็ดูในเรื่องของตัวชี้วัดเช่นในเรื่องของการไม่กลับไปดื่มซ้ำในช่วง 3 เดือน หรือดูในเรื่องของอัตราการคงอยู่ เป็นดู retention rate แล้วการติดตามนี้จะมีหลายแบบ เช่น การติดตามโดยให้คนไข้ walk in เข้ามาแล้วก็มาติดตามที่โรงพยาบาลเอง หรือการที่เจ้าหน้าที่ ไปติดตามที่ในชุมชน หรือการติดตามอื่น ๆ คือ การไปเยี่ยมบ้าน หรืออาจจะเป็นในเรื่องของการติดตามโดยการใช้โทรศัพท์ การใช้พวก Line พวก application ต่าง ๆ ที่มีหรือจดหมายถ้าเกิดติดต่อไม่ได้ แล้วก็การติดตาม ติดตามจากตัวผู้ป่วยเอง หรือว่าติดตามจากในเรื่องของกับบุคคลรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว คนในชุมชน การติดตามนอกจากดูจากในเรื่องของการดื่มสุราและก็ดูใน

เรื่องของการติดตามอย่างอื่น เช่น ติดตามในเรื่องของกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน เขากลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้เป็นแบบปกติสุขไหม การมีงานทำการมีอาชีพ การดูโรคร่วมต่าง ๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเวช ได้การรับการดูแลกินยาอย่างต่อเนื่องไหม"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...มีการแบบติดตามประเมินผลหลังการบำบัดเมื่อมีการทั้งในเรื่องของ intention ว่าการมาติดตามมาครบตามจำนวนไหม รวมถึงการที่กลับไปใช้ซ้ำไหม ถ้าเกิดเป็นอย่างของโรงพยาบาลเองก็จะมีแบบเหมือนกับแผนกติดตามก็คือติดตามทั้งมาพบแพทย์แล้วก็เข้าสู่ศูนย์ที่จะติดตามเอง หรือรวมถึงถ้าเกิดสมมติบางทีเราก็ส่งกลับเหมือนย้อนกลับโรงพยาบาลที่ส่งมาหาเรานะ เขาก็จะมีกระบวนการในการติดตามตามระยะเวลาอะไรอย่างนี้ของเค้า แต่ว่าก็เท่าที่เห็นนะ โดยส่วนตัวก็ยังไม่ได้เห็นว่าอย่างกฎหมายในของสุราที่เข้ามาติดตามร่วมด้วยเหมือนกับอย่างของสารเสพติดผิดกฎหมายประเภทอื่น ที่บางทีอาจจะถูกส่งมาโดยกระบวนการทางกฎหมายเป็นกึ่งบังคับบำบัดรักษาหรือว่าเป็นคุมประพฤติส่งมา ซึ่งก็อาจจะมีระบบติดตามที่ออกไปอะไรอย่างนี้ ก็จะเห็นเป็นระบบ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...ระบบติดตามของแอลกอฮอล์ก็เป็นปัญหาเช่นเดียวกับยาเสพติดและจิตเวช ก็คือ โดยส่วนใหญ่ก็ติดตามไม่ค่อยได้ ระบบติดตามของเราก็ยังเป็นระบบที่เรียกว่าตั้งรับ คนไข้กลับมาหาเรา มารายงานอาการ รายงานสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่คนไข้ก็ไม่ค่อยได้กลับมา เพราะฉะนั้นการติดตามเชิงรุกจึงเป็นสิ่งสำคัญ อย่างเช่น การโทรศัพท์ติดตาม การติดตามโดยผ่านสื่อสารสนเทศต่าง ๆ แล้วก็การเยี่ยมบ้าน ซึ่งโดยภาพรวมของระบบยังทำน้อยอย่างที่โรงพยาบาล ได้ทำโครงการสายด่วนเลิกเหล้า 1413 สายด่วนเลิกเหล้าหรือศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา ใช้สายด่วนนี้ในการติดตามคนไข้ด้วย ซึ่งก็อยู่ในการศึกษาวิจัยว่าการโทรติดตามนี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดเพิ่มขึ้นไหม และขณะเดียวกันก็ทำให้เรารู้ผลลัพธ์ของผู้ที่มีปัญหาจากสุราที่เข้าสู่ระบบการบำบัดด้วย อันนี้ก็เป็นโครงการศึกษาวิจัยที่กระทำอยู่ โดย

ตัวสายด่วนเองก็เป็น intervention ที่มีประสิทธิภาพด้วยตัวของมันเอง ช่วยทั้งผู้ดื่มแล้วก็ญาติ แล้วขณะเดียวกันก็ใช้เป็นการติดตามคนไข้ได้ด้วย ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการติดตาม แล้วก็ผลลัพธ์ของการบำบัด อันนี้ก็ยังอยู่ในการศึกษาวิจัยอยู่ แล้วก็หวังว่า สายด่วนนี้น่าจะถูกยกระดับขึ้นเป็นระดับชาติ เพื่อใช้เป็นระบบการติดตามของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราหรือญาติ เพื่อช่วยให้ระบบนี้มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพดีขึ้น แล้วก็มีผลลัพธ์จากการบำบัดให้เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2. ความคิดเห็นในระดับพื้นที่ที่ทำงานอยู่

2.1 บทบาทหน้าที่เกี่ยวกับระบบบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับระบบบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์โดยกล่าวว่ามีทั้งบทบาทหน้าที่ผู้บำบัดรักษา นักวิชาการ นักวิจัย นักรณรงค์ ผู้จัดการแผนงาน ผู้ส่งเสริมป้องกัน และอาจารย์

2.2 ความเชื่อมโยงระหว่างหน้าที่การทำงานกับ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลความเชื่อมโยงระหว่างหน้าที่การทำงานกับ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยกล่าวว่ามีความเชื่อมโยงในลักษณะเป็นผู้ให้การบำบัดรักษาทั้งแบบสมัครใจ และแบบบังคับบำบัด ผู้สร้างสภาพแวดล้อมให้ปลอด

แอลกอฮอล์ ผู้เฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมาย ผู้อบรมพัฒนาระบบและทดลองใช้ ผู้ให้ความรู้ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการบำบัดรักษา และเป็นคณะอนุกรรมการด้านบำบัดรักษาตามนโยบายของ พ.ร.บ. เป็นต้น

2.3 ลักษณะการทำงานเกี่ยวกับระบบบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลลักษณะการทำงานเกี่ยวกับระบบบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์โดยกล่าวว่าการทำงานเป็นไปในลักษณะการให้ความรู้ผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ และบุคลากรทางการแพทย์ การทำงานวิจัย การบำบัดรักษา Alcohol Use Disorder, Alcohol-Induced Psychosis การฟื้นฟู การส่งเสริมป้องกัน การสร้างกำลังใจ การสร้างกระบวนการชุมชน การติดตามในชุมชน การเฝ้าระวังกลยุทธ์ธุรกิจ การเฝ้าระวังการทำผิดกฎหมาย การประสานงานสร้างเครือข่ายแนวทางในการส่งต่อและการดูแลโครงการ 1413 สายด่วนเลิกเหล้า

2.4 ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์โดยกล่าวว่ากรณีที่มีผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์หนัก ๆ การมีตึกสำหรับดูแลคนไข้แอลกอฮอล์และการดูแลช่วง intensive เป็นสิ่งที่สำคัญ การตรวจส่วนใหญ่จะได้แค่การวินิจฉัยปัญหา การบำบัดรักษาในเบื้องต้นแต่การติดตามผู้ป่วยและการฟื้นฟูต่อยังมีช่องว่างที่ยังเป็นปัญหาอยู่ และยังไม่สามารถที่จะลงไปเชื่อมกับทางชุมชนหรือทางสถานพยาบาลที่บริการเบื้องต้นได้เต็มที่ การทำงานในรูปแบบของ care team สามารถลดภาวะเสี่ยงหรือแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุราและเรื่องของการ

เสียชีวิตได้ ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยมีตราบาป ระบบยังมีปัญหาในเรื่องการส่งต่อและการเชื่อมโยง มีผู้ป่วยที่ตรงเข้ามารักษาที่ศูนย์บริการโดยไม่ได้มาตามระบบ การรณรงค์ส่งเสริมป้องกันช่วยลดจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดได้ การทำครบวงจรทั้งบำบัด ฟื้นฟู ติดตามจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดี และระบบการติดตามต้องมีรูปแบบอื่น นอกเหนือจากการตั้งรับคนไข้ที่มาที่สถานบำบัด คือ ต้องมีเชิงรุก เป็นต้น

2.5 สถานการณ์การมาใช้บริการของผู้ที่มีปัญหาการดื่ม แอลกอฮอล์ในสถานพยาบาล

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลสถานการณ์ การมาใช้บริการของผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ในสถานพยาบาลโดยกล่าวว่าส่วนใหญ่ที่จะมารักษา จะมีภาวะที่รุนแรง เช่น เรื่องของ psychotic symptom หรือ withdrawal symptom เป็นต้น การเข้าสู่การรักษาของผู้ที่มีปัญหาการดื่มยังไม่มากนักเมื่อเทียบกับผู้ที่มีปัญหาจริง ๆ หากยังไม่ได้มีปัญหามากนักก็จะใช้การโทรเข้ามาปรึกษาสายด่วน หรือการปรึกษาแพทย์ทั่ว ๆ ไปก่อนการเข้าพบจิตแพทย์ เนื่องจากอาจทำให้รู้สึกเป็นตราบาปในการเข้าสู่การรักษาอยู่ในระดับหนึ่ง ผู้ที่เข้ามาพบจิตแพทย์โดยตรงเลย มักจะทำการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากตนเอง หรือคนรอบข้างเห็นความสำคัญของปัญหามากกว่าผู้ที่ถูกส่งต่อมาจากหมอทางฝ่ายกาย ปัจจุบันมักจะพบผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์มีปัญหาซับซ้อนมากขึ้นเนื่องจากเกิน 80% ของคนไข้ที่มีการใช้สารเสพติดอื่น ๆ มักจะมีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย ผู้ที่มาถอนพิษแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และผู้ที่เลิกไปได้แล้ว ก็กลับมาใช้อีกมีจำนวนอยู่พอสมควร ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"..ส่วนใหญ่ที่จะมารักษาเลยคือต้องมีภาวะที่รุนแรงแล้วไม่ว่าจะเป็นเรื่องของ psychotic Symptom หรือ withdrawal symptom..."

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...การเข้าสู่การรักษาของคนที่มีปัญหาการดื่มนี้ ยังไม่มากนักเมื่อเทียบกับคนที่มีปัญหาจริง ๆ เนื่องจากอาจจะการดื่มแอลกอฮอล์นี้ดูเหมือนกับเป็นเรื่องราวที่เกิดในชีวิตประจำวันทั่ว ๆ ไปได้ ไม่ได้เหมือนกับสารเสพติดอื่น ๆ ที่ดูเป็นปัญหาอย่างมาก อันที่สอง ก็คือการเข้าสู่การรักษานี้ บางทีก็ทำให้เกิด stigma กับตัวของคนที่เข้าสู่การรักษาอยู่ในระดับนึง ดังนั้น ส่วนใหญ่ผู้ที่มีปัญหา ถ้ายังไม่ได้มีปัญหามาก เขาก็มักจะเลือกวิธีการรับบริการ เช่น การโทรเข้ามาปรึกษาสายด่วน หรือว่าการที่เขาอาจจะปรึกษาแพทย์ทั่ว ๆ ไปก่อน โดยที่การก้าวเข้ามาพบจิตแพทย์เพื่อการบำบัดยาเสพติดนี้ ก็อาจจะยังน้อยอยู่ถ้าเทียบกับคนที่มีปัญหาจริง ๆ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มา...มีสองส่วนก็คือ ส่วนหนึ่งก็คือคนไข้ที่อยู่ตามแผนกทั่วไป ส่วนนี้น่าจะประมาณสัก 80% ของคนไข้ทั้งหมด ส่วนที่เหลือนี่คือส่วนที่มาด้วยปัญหาทางจิตเวช หรือว่ามาด้วยปัญหาแอลกอฮอล์โดยตรงที่ไม่มีปัญหาโรคทางกายอื่น ๆ ส่วนที่มาทางจิตเวชโดยตรงนี้มักจะติดตามแล้วก็มักจะรักษาต่อเนื่อง เนื่องจากด้วยตัวคนไข้และญาติเห็นความสำคัญของปัญหาแล้วก็เข้ามาที่ระบบจิตเวชโดยตรงแล้วก็ติดตามได้ค่อนข้างสม่ำเสมอเมื่อเทียบกับส่วนแรก ซึ่งส่วนแรกนี้ ถ้าคนมีปัญหาตั้งแต่การวินิจฉัย การ detect ปัญหา แล้วก็การส่งต่อผู้ป่วยนี้ ผู้ป่วยส่วนมากไม่ยอมมา ก็คือน่าจะไม่ถึงครึ่งของคนไข้ที่มาจากฝ่ายกายนี้จะไม่ยอมรับว่าตัวเองนี้มีปัญหาทางจิตเวชแล้วก็ไม่ยอมรับที่จะมาที่แผนกจิตเวชเพราะเขาคิดว่าเขาไม่ได้มีปัญหา อีกส่วนนึงก็น่าจะเป็นปัญหาของระบบของเราด้วยที่เอาการรักษาแอลกอฮอล์ ไปอยู่ในคลินิกของจิตเวช ทำให้คนส่วนหนึ่งไม่อยากที่จะเข้ามาก็เลยคิดว่าสถานการณ์โดยรวมของการรักษานี้มันยังเป็นปัญหามาก เพราะคิดว่าคนส่วนมาก

ยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาที่แท้จริงที่เต็มที่ แล้วก็หมอที่ดูแลฝ่ายกายมีเวลาน้อยในการที่จะเน้นแล้วก็ให้ความสำคัญถึงปัญหาเรื่องของแอลกอฮอล์"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...พูดถึงในรอบ 10 ปีที่ทำงานมาเกี่ยวกับคนไข้สุรา ในช่วง 5 ปีแรกนี้ปัญหายังไม่ซับซ้อนมาก อาจจะด้วยสภาวะสังคมและปัญหาโดยส่วนตัวคนไข้เอง ฉะนั้นในช่วงแรกเราจะเจอแต่ปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียวในช่วง 5 ปีแรก ซึ่งการบำบัดรักษาก็ไม่ซับซ้อนมากนักก็คือบำบัดเรื่องของสุรา บำบัดเรื่องของภาวะโรคร่วมทางจิตก็จบ แต่ใน 5 ปีหลัง เราพบว่าความซับซ้อนมันเกิดขึ้นอาจจะด้วยสภาพสังคมด้วย ฉะนั้นในช่วงหลังเราจะไม่ค่อยพบคนไข้สุราที่มาบำบัดรักษาด้วยโรคสุราเพียงอย่างเดียว แต่มักจะมีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วยเราเรียกว่าเป็น poly substance เช่น สุราบวกแอมเฟตามีนบวกกัญชาบวกตัว tramadol หรือแม้แต่เป็นการดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ใช่ผลิตภัณฑ์ที่เป็นตัวแอลกอฮอล์เองโดยตรง เช่น คนไข้มักจะมาด้วยการดื่มแอลกอฮอล์ที่เจอในผลิตภัณฑ์อื่น ๆ พวกกลุ่มสมุนไพร ยาพญานาค ยาบำรุงกำลัง ยาเสริมกำลัง ซึ่งมันเป็นไปตามวิถีชีวิตของคนไข้ที่เขาอยู่กับสารพวกนี้อยู่แล้ว แล้วก็เป็นแอลกอฮอล์ที่ถูกกฎหมาย มีการวางขายได้โดยที่ไม่ได้มีการใช้ช่องโหว่ของกฎหมายใน พ.ร.บ. ทำให้มันมีการขายได้อย่างแพร่หลายมากขึ้น มันตีขึ้นว่าเป็นยาแผนโบราณ หรือไม่ก็เป็นกลุ่มพวก spirit ก็คือกลุ่มพวกเครื่องดื่ม OTOP พวกเหล้าเหล้าพื้นบ้าน กระแช่ อุ อะไรพวกนี้ ซึ่งพวกนี้มันหาซื้อได้ง่ายแล้วก็ถูกผลิตใช้ในชุมชน มันก็เป็นช่องโหว่ของกฎหมายตัวนึงเหมือนกันที่ทำให้ผลิตภัณฑ์ที่มีแอลกอฮอล์ร่วมนี้ยังคงแพร่หลายมาก งั้นคนไข้ก็จะสามารถเข้าถึงได้ง่ายและร่วมกับมีสารเสพติดอื่นที่ร่วมด้วยก็เลยทำให้เวลาที่เกิดโรคมันก็เลยรุนแรงแล้วก็ซับซ้อน การหายทุเลาก็ช้า"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...เยอะ... เรียกว่ามีทุกวัน แล้วก็ติดเตียงเรียกว่าเป็น Top 5 ของการ admit เลยในการที่ผู้ป่วยมาถอนพิษเหล้า สถานการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี มันอาจจะเป็นได้ว่าหนึ่ง

เนี่ย ปัญหามากขึ้นหรืออันที่สองก็คือคนไข้บอกต่อ ๆ กันว่าทางนี้รักษาได้ก็เลยมา มันก็เลยเพิ่มขึ้นก็เป็นไปได้...แล้วก็ consult ก็มีทุกวัน คนติดสุราเลิกสุราเยอะขึ้นเรื่อย ๆ ทุกวัน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...แนวโน้มเพิ่มขึ้นเพราะว่าจากตัว group ที่ทำเองก็ถูกขยายมากขึ้น"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...คิดว่ามีมากพอ ๆ กับที่อื่น ก็มีมาเรื่อย ๆ อยู่เนือง ๆ มีทั้งแบบมาเอง มีทั้งกรณีที่เป็นแทรกซ้อนหมายถึงว่าเป็นเพราะว่าเป็นปัญหาสุขภาพแล้วก็เลยถูกส่งมาให้ดูแล คิดว่าเป็นไปตามภาพรวมของประเทศอื่น ๆ ไม่ใช่หมายถึงภาพรวมของประเทศเรา แล้วก็อีกอันนึงที่เกี่ยวข้องก็คือมันก็จะเป็นว่า ใช้หมายถึง รักษาแล้วก็กลับมารักษาอีกหมายถึงเลิกไปได้แล้ว แล้วก็กลับไปใช้อีก กลับมาก็จะเป็นคนไข้ เป็นลูกค้าของเราที่วนเวียนไปมาอะไรอย่างนี้หน้าตาก็จะเป็นอย่างนั้นอยู่พอสมควร"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...ปกติถ้าเกิดเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยของในโรงพยาบาลก็จะถือว่าน้อย เพราะว่าปกติกลุ่มที่มารักษาจริง ๆ เยอะจะเป็นพวกกลุ่ม methamphetamine โดยส่วนใหญ่ ร้อยละประมาณ 80 ถึง 90 เลย สุราก็จะมีบ้างแล้วก็สุราถ้าเกิดว่าที่มาส่วนใหญ่จะเป็นในพื้นที่ใกล้เคียง แต่เนื่องจากที่มันเป็น Tertiary ก็จะมีการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลต่างจังหวัดหรือว่าบางครอบครัวก็คือมากันเองไม่ได้มีการส่งตัวมา แต่ก็คือส่วนใหญ่ที่มานี้ ก็จะเป็นกลุ่มที่เป็น chronic เป็นกลุ่มพวกที่มีลักษณะเป็นการดื่มที่แบบอันตราย ก็คือมีความเสี่ยงสูงแบบติดแล้วติดเยอะ ก็จะเลิกยาก รวมกับกลุ่มพวกที่มีโรคร่วม เช่น เป็นโรคจิตเวชแล้วก็มีหูแว่วประสาทหลอนแล้ว มีโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตายอย่างนี้ก็จะเป็นกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อนกว่าที่อื่น ๆ ส่วนใหญ่ที่มาโรงพยาบาลเลยนี้ ไม่ค่อยมีพวกดื่มแบบพวกต่ำ ๆ หรือว่าปานกลางส่วนใหญ่ก็จะเป็นกลุ่มที่มีระดับการเสพติดแบบรุนแรงแล้วก็มีโรคร่วม"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...โดยมาก สถานการณ์ก็จะเป็นกลุ่มที่มีความโรคแทรก ยุ่งยาก ซับซ้อน ถูกส่งต่อมาตามระบบด้วยส่วนนึง แล้วก็อาจจะมีทั้งคนไข้ที่ walk in เข้ามาด้วย แล้วก็ถ้าเกิดเป็นโซนที่ตัวเองดูเฉพาะเลยนี่ เด็กและวัยรุ่นนี่ ก็คือ estimate คร่าว ๆ ประมาณแบบเกิน 80% ของคนไข้ที่มีการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ก็มักจะมีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย แต่ว่าอันนี้คือใช้นะไม่ได้ประเมินว่าติดรุนแรงหรืออะไรอย่างไร ก็คือมีใช้ร่วมด้วย แล้วก็มีได้ทั้งระดับของผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด..."

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...จะมาจากหลากหลายช่องทาง ก็คือมาจากคนไข้ walk in มา ญาติพามา หรือมีการปรึกษามาจากแพทย์แผนกอื่น เนื่องจากเขามีโรคแทรกโรคร่วม แต่มีปัญหาสุราอยู่ด้วย ก็ถูกปรึกษามา อีกช่องทางหนึ่งก็มาจากสายด่วนเลิกเหล้า ซึ่งจากคนที่โทรเข้ามารับบริการ เราก็แนะนำเชื่อมโยงเข้าสู่การบำบัดรักษา แล้วก็อีกช่องทางหนึ่ง ก็คือการรณรงค์ในสังคมในวงกว้าง ไม่ว่าจะเกิดจากโครงการเลิกเหล้าเข้าพรรษาของ สสส. หรือการรณรงค์ของเราเอง ซึ่งปัจจุบันเราก็ทำการรณรงค์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น ก็จะทำให้สังคมรับรู้ว่าเราทำการบำบัด ขณะเดียวกันเราก็ให้ข้อมูลด้วยว่ามีที่ไหนบำบัดด้วย เขาใกล้ที่ไหนสะดวกที่ไหน เขาก็ไปที่นั่น ในส่วนที่เขามาหาเรา เราก็ดึงเขาเข้าสู่การให้คำปรึกษาทางสายด่วน 1413 หรือว่าจะมาพบจิตแพทย์ที่โอพีดี ก็จะเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเรื่องของการถอนพิษ ฟื้นฟู ติดตามผล..."

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.6 เหตุผลที่ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จะเข้ารับบริการการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลเหตุผลที่ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จะเข้ารับบริการการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลโดยกล่าวว่าเกิดจากการมีปัญหาทางกาย เช่น ตับแข็ง เป็นต้น การมีปัญหาทางจิต เช่น ซึมเศร้า หูแว่ว ประสาทหลอน เป็นต้น การมีปัญหาทางจิตสังคม เช่น การทะเลาะวิวาท คนรอบข้างเห็นว่าเป็นปัญหา กระทบการทำงาน การมีปัญหาทางการเงิน เป็นต้น การมีปัญหาทางกฎหมาย เช่น การขับรถเกิดอุบัติเหตุ ฯลฯ การตระหนักรู้ และการมีแรงจูงใจ เช่น การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา เป็นต้น ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...คนไข้ Alcohol Use Disorder ที่เข้ามาบำบัดในสถานพยาบาลที่ดูแลอยู่ ส่วนใหญ่คือแรงจูงใจที่จะทำให้มารับการรักษานี้คือต้องมีผลกระทบเกิดขึ้นถึงจะมารับการรักษา ไม่ว่าจะเป็น withdrawal symptom หรือ psychotic symptom แต่ถ้าเป็นเรื่อง organic symptom ที่เกิดจาก complication ก็ส่วนใหญ่เขาจะไปหาในที่ที่เขา work up เจอว่าเขามีปัญหาทางกาย"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...โดยส่วนใหญ่ คนที่เข้ามารับการรักษาบำบัดในโรงพยาบาลในแผนกจิตเวชแล้วก็คือคนที่ค่อนข้างอาการหนักระดับหนึ่ง หรือถ้าเกิดไม่ได้เป็นการใช้แอลกอฮอล์ที่ทำให้หนักระดับหนึ่งก็ส่วนใหญ่ก็จะมีโรคร่วมอื่น ๆ เช่น เกิดอาการทางอารมณ์บางอย่าง เช่น อาการซึมเศร้าร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ หรือเกิดอาการทางจิตที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ หรือว่าเกิดอาการทางกายบางอย่าง เช่นเกิดภาวะตับแข็งหรืออะไรอื่น ๆ ส่วนใหญ่ก็จะเป็นคนที่ค่อนข้างจะมีปัญหาชัดเจนแล้ว ถึงก้าวเข้าสู่ในสถานพยาบาล"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...เหตุผลแรกเนี่ยเป็นปัญหาเรื่องทางกายที่กล่าวไปก็คือเป็นปัญหากลุ่มใหญ่สุดมีโรคทางกายที่เกิดจากปัญหาสุรา หรือมีโรคทางกายที่อาจจะไม่เกี่ยวข้องแต่ว่าเขาซักประวัติได้ว่ามีปัญหาโรคร่วม คือ โรคติดสุรา ก็จะเข้ามาสู่การบำบัด อันที่ 2 คือมีปัญหาทางจิต เนื่องมาจากการดื่มสุราหรือโรคทางจิตแล้วก็มีปัญหาสุราเป็นโรคร่วมก็จะเข้ามา อันที่ 3 คือเข้ามาด้วยปัญหาเรื่องของ psychological ที่เป็นพวกปัญหาทางฝั่งจิตใจแล้วก็สังคมซึ่งเป็นผลกระทบจากการดื่มสุรา อันนี้จะต่างจาก ขอแยกเน้นจากข้อที่ 2 ก็คือจะเป็นปัญหา เช่น พอดื่มสุราแล้วมีการเมา ทะเลาะ อาละวาดอะไรพวกนี้ ก็มักจะนำมาสู่ เช่น การนำตัวมาส่งมารักษาอะไรด้วยปัญหาที่มันเป็นผลกระทบจากการดื่มสุราแล้ว ส่วนปัญหาที่ 4 ก็จะเป็นเรื่องของพวกอาจจะเกี่ยวข้องกับทางกฎหมายต่าง ๆ เช่น มีคดีความหรือมีอะไรที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุรา เช่น การขับรถ หรืออุบัติเหตุอะไรพวกนี้ ก็ผู้ป่วยส่วนหนึ่งก็จะถูกนำตัวมาส่งแล้วก็รักษา คิดว่าเหตุผลที่มาด้วยปัญหาเหล่านี้ก็คือมักจะเป็นปัญหาสำคัญหลัก หรือเป็นพวก Chief Complaint ของคนไข้มากกว่าที่ทำให้คนไข้มาสู่การรักษาได้ อย่าง 2 อันแรก อันที่ 3 อันที่ 4 มักจะมาโดยคนอื่น เช่น ญาติ หรือกฎหมาย refer มาทำให้เข้าสู่การรักษา ก็เลยคิดว่าเหตุผลน่าจะมีทั้ง 2 ส่วน ทั้งส่วนที่คนไข้เข้ามาเอง ตระหนักด้วยตัวเองกับส่วนที่เป็นส่วนที่ทางสังคมเป็นผู้ตระหนักหรือคนอื่นเป็นคนตระหนักแล้วก็นำคนไข้มาสู่ระบบการดูแลรักษา"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...เหตุผลส่วนหนึ่งก็เป็นเหตุผลของสุขภาพตัวเองครับว่า ไม่ไหวแล้ว แย่แล้วอะไรอย่างนี้ หรือว่าทั้ง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดอะไรอย่างนี้ อันนี้คือเหตุผลของตัวเอง ส่วนเหตุผลของคนรอบข้าง เช่น ลูกขอให้งดดื่ม ขอให้เลิก ภรรยาขอให้เลิก แม่ขอให้เลิก อันนี้ก็มี 2 เหตุผลเท่านั้นที่จะทำให้คนเดินทางเข้าไปสู่กระบวนการรักษาบำบัด"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 4

"...เมื่อเขาเกิดปัญหา เช่น คนดื่มจะเข้าการรักษาเมื่อรู้สึกว่าตัวเองเป็นปัญหาหรือคนรอบข้างรู้สึกว่าเขาเป็นปัญหา เช่น เริ่มคลุ้มคลั่ง เริ่มสติไม่อยู่กับเนื้อกับตัว

เริ่มแบบต้องดื่มเหล้าตลอดเวลา เขาก็จะเริ่มเข้าไป ได้เคยไปคุยกับวัยรุ่นเขาบอกว่าเขาจะสังเกตดูว่ามือเขาจะสั่นไหม หรือเขาจะต้องดื่มทุกวันไหม เพราะฉะนั้น เขาจะเข้าสู่ระบบการบำบัดเมื่อเขารู้สึกว่ามันเป็นการดื่มเหล้ามันเป็นปัญหา ซึ่งปัญหามันก็จะมีสองแบบ คือปัญหาแบบเฉียบพลัน เช่น ประสบอุบัติเหตุทะเลาะวิวาท กับปัญหาระยะยาว ส่วนมากถ้าคนควบคุมตัวเองได้ไม่ไปดื่มแบบดื่มแล้วอยู่บ้าน ดื่มแล้วไม่ขับอย่างนี้เขาก็จะเข้าสู่ระบบบำบัดเมื่อเขามีปัญหาต่อสุขภาพในระยะยาวต่อร่างกาย ซึ่งมันก็ขึ้นอยู่ที่เขา หรือนอกจากคนรอบข้างรู้สึกว่าแย่แล้ว ก็มีอยู่สองปัจจัย เพราะฉะนั้นคนจะพาเข้าระบบบำบัดก็จะมีตัวเขาเองกับคนรอบข้างเท่าที่ฟังมาส่วนมากจะเป็นคนรอบข้างที่รู้สึกว่าเป็นปัญหาแล้ว"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 5

"...สุขภาพมันไม่ได้แล้ว แล้วก็อาจจะส่งผลกระทบกับคนรอบข้างที่เขาจะต้องมาเสียเวลาดูแลรักษาคนเหล่านี้ เขาก็ต้องพากันมา ปล่อยไว้ก็ตายน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 6

"...น่าจะได้รับผลกระทบจากการดื่ม อันนี้ก็คิดเอานะ เพราะว่าไม่ได้ทำโดยตรงหรือครอบครัวเห็นว่ามีปัญหาก็เลยพาไป"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 7

"...เหตุผลหลัก ๆ ก็คือ หนึ่งคนไข้มักไม่ค่อยยอมรับตัวเองว่า ตัวเองมีภาวะเรื่องของการติดเหล้า หรือติดแอลกอฮอล์ มักจะถูกส่งมาด้วย สองกรณี กรณีแรกก็คือมีผลกระทบที่เป็นโรคเกิดขึ้นกับตัวเขาเอง ไม่ว่าจะเป็นโรคทางจิตเวชหรือโรคทางกายอื่น ๆ อย่างที่กล่าวไปแล้ว สองมีผลกระทบต่อ function หน้าที่การทำงานหรือปัญหาทางด้านกฎหมายอื่น ๆ ที่ถูกนำส่งโดยที่เจ้าตัวไม่เต็มใจ เช่น หน่วยงานทางด้านศูนย์นำส่งเนื่องจากคนไข้ไม่สามารถทำงานได้ ศาลปกครอง ศาลยุติธรรม ศาลคดีเด็กและเยาวชน ทำหนังสือ

ขอความอนุเคราะห์บำบัดเนื่องจากผู้ป่วยไปก่อเหตุความรุนแรงจากการดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัวหรือสังคมเป็นต้น”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

“...ส่วนใหญ่เป็นเรื่องสุขภาพนะ ส่วนใหญ่ที่มาหาเป็นเรื่องสุขภาพ คือรู้สึกว่าสุขภาพแย่ลงเขาก็เลยมาหา ส่วนที่สองก็เป็นเรื่องของถูกขอร้องให้มาไม่ว่าจะนายหรือคนใกล้ชิดขอร้องให้มา เพื่อช่วยให้เขาหยุดดื่ม อย่างน้อยหยุดดื่มชั่วคราวแล้วก็เพื่อให้เราได้ติดตาม ประเด็นส่วนที่สามที่จะมาก็คือ หมอ med ส่วนใหญ่เป็นเรื่องสุขภาพนะ แล้วก็ถูกบังคับ แล้วอันที่สาม ก็คือ เหตุผลอันที่ 3 ก็คงจะเป็นความเดือดร้อนเรื่องเงินทอง เช่น เงินทองไม่พอใช้ ไม่มีเงินซื้อเหล้าแล้ว ตกงานแล้ว คือมันยากแล้วลำบากแล้วอย่างนี้เค้าก็มา แต่ว่า 80-90% เป็นเรื่องสุขภาพ”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

“...ก็ส่วนหนึ่ง คือ จากตัวโรคร่วมที่เขามีปัญหาเข้ามาแล้วก็ได้รับการปรึกษาจากแพทย์แผนกอื่นเพื่อมาบำบัดรักษาร่วมกัน อันที่สาม คือ ตัวญาติเองเห็นปัญหาและต้องการพามา”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

“...ถ้าเรียงตามลำดับมากน้อย อันดับที่หนึ่งคิดว่า เป็นเพราะคนอื่นเห็นว่าเป็นปัญหาแล้วก็พยายามเอาเขามา หมายถึงถ้าเทียบกับการที่เขารู้สึกว่ามีปัญหา คิดว่ามันอาจจะน้อยกว่า อันดับที่สองรองลงมาบางคนก็คิดว่าเป็นปัญหาละ ต้องการความช่วยเหลือก็จะมา แต่ตรงนี้นี้อาจจะมาด้วยสถานการณ์แวดล้อมที่บังคับอีกก็ได้ เช่น เขาเจ็บป่วยจนไม่ไหวอะไร ก็จะมา หรือว่ามีปัญหาการเงินการทอง... แล้วก็บางทีก็จะเป็นกลุ่มของคนที่มีปัญหาการดื่มอีก ก็อาจจะมีมาด้วยเพราะว่าต้องเข้ามา เช่น ประสบอุบัติเหตุ ปัญหาการดื่มก็

จะถูกส่งมาปรึกษาได้ หรือคนที่พอประสบอุบัติเหตุ มีการหยุดสุรากะทันหันพวกนี้เขาก็จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล แล้วก็จะเป็นกลุ่มที่รองลงมา"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...ส่วนใหญ่ก็จะมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น เป็นโรคตับ หรือว่ามาด้วยโรคอื่น เช่น มีเรื่องการอ่อนแรง มีหูแว่ว ตอนที่ว่าไม่ได้ดื่มเนี่ยประมาณตอนนั้นอาจจะเป็นไข้เป็นอะไรอย่างนี้ สองสามวันอ่อนเพลียท้องเสีย พอไม่ดื่มแล้วก็เกิด หูแว่ว ประสาทหลอน ญาติก็พามา แล้วก็อีกอันหนึ่งก็คือในเรื่องของแรงจูงใจจากในครอบครัว เช่น อย่างวันพ่อ วันแม่ อย่างวันแม่ก็จะเจอคนที่ดื่มเหล้านาน ๆ ก็จะมาเลิกเหล้าให้แม่ แล้วก็เรื่องศาสนาได้ เช่น ในเรื่องของเข้าพรรษา ก็จะมีบางกลุ่มที่อยากมาเลิกเหล้าเข้าพรรษา บางคนก็เรื่องของครอบครัว เช่น ในเรื่องของแบบ อยากทำเพื่อลูก ลูกจะรับปริญญาอะไรพวกนี้ หรือว่าลูกเกิดใหม่อะไรอย่างเนี่ย หรือว่ามีปัญหาเช่น ถ้าเกิดไม่เลิกเหล้า เมียจะหย่า ก็จะเจอแรงจูงใจจากคนในครอบครัวก็จะเยอะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...อันนี้ก็ต้องแยกว่าเข้ามา เค้าเข้ามาเองด้วยความเต็มใจของเขาหรือว่าเป็นญาติพบผลกระทบแล้วเข้ามา ก็คือส่วนหนึ่งก็ต้องยอมรับว่ามีจากที่เขาอาจจะยังไม่เต็มใจ แต่ญาติได้รับผลกระทบจากอารมณ์ใจคอที่เปลี่ยนแปลง แต่ว่าถ้าเป็นตัวคนไข้เองโดยมากก็มักจะเริ่มรู้สึกว่ามี impact หรือผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ จนรู้สึกว่าอยากที่จะเลิกก็จะเข้ามาปรึกษา แต่ส่วนหนึ่งก็เป็นจากคนรอบข้างที่เห็นแล้วก็พยายามนำคนไข้เข้ามา"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...ส่วนใหญ่ก็มีผลกระทบ มีโรคแทรกมีโรคร่วมทางกายทางจิต แล้วก็อีกส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ดื่มเข้าสู่การบำบัด ก็คือการรณรงค์ผ่านสื่อต่าง ๆ ทำให้เกิดการตระหนักรู้มากขึ้นเร็วขึ้น ก่อนที่จะรอให้ถึงมีโรคแทรกโรคร่วมถึงจะมา เพราะฉะนั้นเราจะพบว่าคนที่เข้าสู่

การบำบัด หลังจากที่เรามีการรณรงค์ อย่างเช่น โครงการเลิกเหล้าเข้าพรรษาที่ สสส. ทำทุกปี ก็เป็นสร้างความตระหนักรู้ให้กับสังคม โดยเฉพาะผู้ดื่ม ผู้ดื่มก็มารับบริการ โทรมาสายด่วนมากขึ้น มาที่โอพีดีเพื่อเลิกเหล้าเลิกยาเสพติดมากขึ้น แล้วก็ญาตินะ ญาติก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ให้ผู้ดื่มเข้าสู่การบำบัด เพราะว่าตอนแรกผู้ดื่มอาจจะไม่มา แต่ญาติเดือดร้อน เพราะได้รับผลกระทบจากผู้ดื่ม ก็จะมาแสวงหาความช่วยเหลือ เพราะฉะนั้นเขาก็จะโทรมาที่สายด่วน หรือมาพบแพทย์ที่โอพีดีเพื่อปรึกษาเรื่องของผู้ดื่ม อันนี้ก็เป็นเหตุปัจจัยใหญ่ ๆ ที่ช่วยให้ผู้ดื่มเข้าสู่บริการ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.7 เหตุผลที่ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จะไม่เข้ารับบริการการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลเหตุผลที่ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จะไม่เข้ารับบริการการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล โดยกล่าวว่าเกิดจากการไม่ตระหนักรู้ถึงปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของตน คนรอบข้างไม่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ การไม่มีสถานบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ชัดเจน และเข้าถึงได้ยาก ความซับซ้อนของระบบ เช่น การที่อาจจะต้องไปพบแพทย์หลาย ๆ แผนก เป็นต้น ปัญหาด้านเศรษฐานะ เช่น ค่าเดินทาง ขาดรายได้ เป็นต้น ปัญหาเรื่องสิทธิ์การรักษา การเกิดเป็นตราบาป ความรู้สึกว่ายังได้ประโยชน์จากการดื่ม และความรู้สึกว่าไม่สามารถรักษาได้ ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...อย่างแรกเลยที่คิดว่าเขาไม่เข้ารับบริการบำบัดรักษาเนี่ยอย่างแรกเลย คือ เรื่อง insight การรับรู้ความเจ็บป่วยอาจจะมีการ minimization คิดว่าตัวเองไม่ติด คิดว่าการดื่มของตนเองไม่ได้เกิดปัญหา สอง ถึงรู้ว่าเป็นปัญหาแล้วแต่ก็อาจจะมีตัว stage of change แบบ 2 ก็คืออาจจะลังเล รวมถึง สาม ก็คือ การรักษาการบำบัดนี่ สถานที่ในการ

บำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่แน่ชัดจริง ๆ นี้ยังไม่มีแยกออกมาเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน คือ ก็จะไปอยู่ใน 2 ที่ที่เห็นก็คือในโรงพยาบาลทางกาย แล้วก็โรงพยาบาลทางจิต ถ้าเขาไปโรงพยาบาลทางกายเขาก็จะคิดว่า เขาก็ยังไม่ได้เป็นโรคตับ เขาก็ยังไม่ได้เป็นโรคอะไรหนัก ๆ เลยเขาก็จะไม่ไป แต่ถ้ามาโรงพยาบาลจิตเวช เขาจะคิดว่าฉันก็ยังไม่มีหูแว่วนะ ฉันก็ยังไม่ได้เป็นบ้า ดังนั้น ในการที่เลิกก็อาจจะต้องขึ้นอยู่กับ insight แล้วก็สถานที่ในการรักษาที่โดยตรงที่ separate ออกมาจากฝ่ายกาย แล้วก็ฝ่ายจิต"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...ส่วนใหญ่อย่างที่บอกไปว่าอันที่หนึ่ง ถ้าเกิดไม่ได้มีปัญหาจริง ๆ เขาก็มักจะเลือกการบริการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นที่ไม่ก้าวเข้ามาในสถานพยาบาล เช่น เป็นในรูปของสายด่วนมากกว่า อย่างหนึ่งที่ไม่เข้ามา ก็แอลกอฮอล์นี่ดูเหมือนกับใคร ๆ ก็ดื่ม ดังนั้น ก็ต้องเป็นปัญหาหนักมากจริง ๆ ถึงก้าวเข้ามา อีกอันหนึ่งก็คือ การก้าวเข้ามาในสถานพยาบาลก็จะเกิดการตีตราระดับหนึ่งแล้วว่า โอเค คุณเป็นคนที่ป่วยด้วยการติดเหล้า หรือป่วยด้วยปัญหาทางจิตเวชบางอย่าง ก็อาจจะเป็นเหตุผลหลักในการที่เขายังไม่ได้ก้าวเข้ามารับการรักษา"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...คิดว่าปัญหาที่สำคัญที่สุดก็คือเขาไม่เห็นหรือไม่เข้าใจความสำคัญของปัญหา หรือเขาไม่มีแรงจูงใจในการจะเข้ามาสู่การรักษา เราอาจจะคิดว่า เช่น มันไม่ใช่เรื่องที่จะต้องรักษา คิดว่าไม่ใช่ปัญหาสำคัญที่เขาจะนำไปสู่การรักษาเป็นเรื่องธรรมดาของสังคมก็เป็นพวกความเชื่อทัศนคติอะไรบางอย่าง นี่เป็นปัจจัยส่วนตัวของคนไข้เอง ส่วนที่ 2 คิดว่าน่าจะเป็นเรื่องของความซับซ้อนของระบบด้วย ถ้าเน้นเฉพาะพื้นที่ที่ดูแล ด้วยความที่ระบบหรือแผนกมันมีความจำเพาะแล้วก็มีแผนกย่อย ๆ ที่เป็นเฉพาะทางเยอะเลยทำให้คนไข้คนหนึ่งต้องถูกดูแลโดยหลายหมอ หลายแผนก หลายคนมาก ซึ่งคนไข้บางคนด้วยความซับซ้อนของระบบคนไข้ก็อาจจะเลือกที่จะไม่แล้วก็เลือกที่จะดูแลในระบบหรือว่าคิดว่าสิ่งที่สำคัญของตัวคนไข้

ก่อน ก็เลยทำให้การแยกแผนกก็อาจจะเป็นเหตุผลนึงที่ทำให้เข้าไม่ถึงการบริการ อันที่ 3 น่าจะเป็นเรื่องของพวกของ socioeconomic problems ต่าง ๆ เช่น ปัญหาทางจิตสังคม ปัญหาเรื่องเศรษฐานะหรือเรื่องสิทธิ์การรักษา ซึ่งอย่างที่บอกไป ก็คือมันไม่ค่อยครอบคลุม อีกอย่างหนึ่งก็คือ คนไข้กลุ่มนี้บางส่วนก็มีปัญหาเรื่องเศรษฐานะด้วย การเข้ามารักษาหลายแผนกมากขึ้นก็บ่งถึงการเดินทาง ค่าเดินทาง ค่าเสียเวลาในการที่เขาต้องขาดงาน ลางาน เขาก็เลือกที่จะไม่มาด้วยปัญหาพื้นฐานพวกนี้ด้วย แล้วก็ระบบการดูแลของสุขภาพเราที่ยังแยกส่วนอยู่หลายแผนกนี้ด้วย ก็น่าจะเป็นหลาย ๆ สามสี่ปัจจัยนี้ ที่ทำให้เขาเข้าไม่ถึงการบำบัดรักษา"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...ด้วยเหตุผลที่เขาคิดว่าเขาควบคุมยาเสพติดเหล่านั้นได้ แอลกอฮอล์ก็เป็นยาเสพติดอย่างนึง เขาคิดว่าเขาไม่ติด เขาคิดว่าเขาโอเคที่จะอยู่กับมันได้แบบผมไม่ติดอะไรอย่างเนี้ย แต่จริง ๆ แล้วเขาติดแล้วก็ไม่เข้ารับบริการ อาจด้วยสภาพแวดล้อมหรือคนรอบข้างอาจจะไม่ได้ชี้ชวนหรือนำพาเขาไปมาก แล้วก็ทัศนคติต่อสังคมในการที่จะเดินเข้าไปรักษาพยาบาล มันเหมือนเราจะเดินไปคลินิกนิรนามเพื่อไปตรวจ HIV นี่ตั้งแต่จะเดินไปก็รู้สึกว่า เอ้ย ไปทำอะไรมารึเปล่าอะไรอย่างเนี้ย แต่จริง ๆ แล้วไม่ใช่ อาจจะไปโดนบาดมา หรืออะไรอย่างเนี้ย แต่ว่าทัศนคติก็บอกเราแล้วว่าฉันเป็นผู้มีปัญหา แต่ทำอย่างไรที่จะเปลี่ยนทัศนคติตรงนั้นว่า เอ้ย มันไม่ได้เป็นผู้มีปัญหาหรอก มันเป็นการเข้าไปเหมือนเข้าไปเช็ครถน่ะ ตรวจสภาพรถปกติ มันต้องเป็นแบบ friendly มากกว่า รถมีปัญหาแล้วเอาไปเข้าคนมองปุ๊ป โห ไอ้นี่มีปัญหา ซึ่งมันจะตามมาด้วยการนินทาอะไรอย่างนี้ มันก็เลยทำให้เขาเกิดภาวะที่ไม่อยากเข้าไปตรงนั้นเพราะว่า ฉันไม่อยากเป็นผู้มีปัญหา"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 4

"...เขารู้สึกว่าเขากลัว แล้วเขารู้สึกว่าเขาโดนทำให้เขาเลวร้ายซ้ำลงไปอีก เพราะทุกวันนี้สังคมก็มองเขาเป็นปัญหาสังคมเป็นพวกที่แย่ ๆ อยู่แล้ว ถ้ามาแล้วเขาจะต้อง

แย่ไปกว่าเดิมเขาก็รู้สึกไม่อยากมา แต่ถ้ามาแล้วเขารู้สึกเป็นมิตร เป็นเพื่อน เป็นพี่ เป็นน้อง เขาก็อยากมาน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 6

"...ไม่ถึงหรือไม่อยาก คนมีปัญหาก็ไม่คิดว่าตนมีปัญหาแต่เข้าไม่ถึงนั่นแหละ เช่น ไกล ทรัพยากรไม่พอ ไม่มีค่ารถ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 7

"...คิดว่าเขาน่าจะคิดว่าเขาไม่น่าจะรักษาได้ เมื่อพออาการดีขึ้นนิดหน่อยแล้วก็ปล่อย ๆ ไปไม่สนใจน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...ด้วยเหตุผลในเรื่องของการเกิด stigma ก็คือตราบาป โดยเฉพาะในส่วนของโรงพยาบาลจิตเวช ตัว attitude หรือทัศนคติของคนที่จะเดินเข้ามาขอรับการรักษาจากจิตแพทย์หรือโรงพยาบาลจิตเวชยังเป็น attitude ด้านลบอยู่ด้วยความคิดว่าเป็นโรคจิตโรคบ้าละ จะไม่หายขาด กลัวมีผลกระทบต่อการทำงาน หน้าที่ หน้าตาทางด้านสังคม แต่ถ้ากับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์นี่ ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหา แต่โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปไม่มี setting ที่เหมาะสมในการที่จะให้คนไข้ admit เพื่อบำบัดในเรื่องของสุราโดยตรง"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...เขาไม่ตระหนักว่าเขามีปัญหา เขาไม่คิดว่านี่เป็นปัญหา แล้วก็อันที่สาม เขายังสนุกกับการดื่มอยู่ ได้ประโยชน์จากการดื่มอยู่ แล้วก็อันที่สี่ก็คงจะเป็นว่า เขายังมีเงินใช้อยู่ มีคนเลี้ยงเหล้าอยู่ เขาก็ไม่คิดว่าจะต้องกลับมารักษา ยังมีเงินซื้อเหล้าอยู่ มีคนเลี้ยง"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...น่าจะเป็นเพราะเค้าไม่เห็นปัญหาในตัวเองมากกว่านะ หรือว่าคิดว่าไม่ได้ติดสุราเท่าไหร่นะ ยังสามารถควบคุมตัวเองได้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...เขาคิดว่ามันไม่ใช่ปัญหา อันนี้เป็นอันแรกเลยที่ไม่เป็นไรไง ไม่เห็นจะต้องรักษา ไม่ใช่โรคไม่ใช่อะไร เดี๋ยวก็หยุดได้เอง อันนี้คิดว่าเป็นปัญหาหลัก อันที่สองก็คือมันแพ้ใจตัวเอง คืออาจจะคิดว่าเป็นปัญหาแต่มันก็เลิกไม่ได้ก็ปล่อยมันไป แล้วก็แต่อีกอันหนึ่งถ้าพูดถึงการให้บริการ คิดว่ามันจะเป็นอุปสรรคเลยก็คือมันเข้าถึงยากหรือเปล่า บางทีหมายถึงเราก็อยากจะดูแลแต่ว่าเขาก็มายากบ้างอะไรบ้าง ทั้งต้องทำงาน ต้องอะไร เพราะนี่จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ขาดการติดตาม แล้วก็กลับไปใช้ซ้ำ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...ส่วนใหญ่ก็หนึ่งล่ะ ไม่คิดว่าตัวเองติด แล้วยังก็ไม่คิดว่ามีปัญหา คิดว่าถ้าเกิดจะเลิกเมื่อไหร่ก็พร้อมที่จะเลิก การรับรู้ในเรื่องของการเสพติดยังน้อยอยู่คิดว่าตัวเอง control กับปริมาณการดื่มได้ คือ มันไม่ได้เป็นปัญหาสำหรับตัวเขา แล้วก็ในเรื่องของความหมายของการติดของคนไข้กับหมอมันต่างกัน อย่างของเรา เราก็มีเกณฑ์ประเมิน แต่ของเขา บางทีการติดของเขา เขาก็ไม่ได้รู้ตัวเองเลย แล้วก็ลักษณะของ defense mechanism กลไกทางจิตของเขาพวกนี้ ก็จะลักษณะเป็นพวก denial ก็คือเหมือนกับ ไม่ยอมรับ ปฏิเสธ projection อื่น ๆ เช่น ต้องดื่มเพราะว่าไม่งั้นไม่ดื่มนอนไม่หลับ ไม่ดื่มแล้วทำงานไม่ได้ หรือว่าไม่ดื่มแล้วก็เหมือนกับว่าดื่มเพื่อคลายเครียด แล้วก็อื่น ๆ บางคนก็เคยพยายามเลิก แต่เลิกด้วยตนเองไม่ได้ เลิกแล้วมันล้มเหลวเค้าก็จะกลัวการเลิกก็ไม่กล้าเข้าสู่กระบวนการบำบัด เรื่องเงินบางคนก็คือเขามาเจอเรามันเป็นปัญหาเรื้อรังละ เป็นหนี้เป็นสิน พอจะเข้ามาจริง ๆ บางทีก็ไม่ได้มาแบบระบบส่งตัวเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษา บางคนทำประกันสังคม ประกันสังคมเขาไม่ส่งให้ก็ไม่สามารถจะเข้าสู่กระบวนการบำบัดได้ บำบัดจริง ๆ ต้องนอนโรงพยาบาลก็จะใช้ cost ค่อนข้างสูง ก็จะมีปัญหาเรื่องของการเงิน เรื่อง financial หรือบางคนเข้ามาบำบัดแล้ว

คือถ้าเกิดต้องเข้ามาบำบัด เขาก็จะขาดรายได้ ถ้าเกิดสมมติแบบติดรุนแรง ถ้าเกิดต้องนอนโรงพยาบาลเวลาเป็นเดือนหรือว่าสามสี่เดือนก็จะมีปัญหาได้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...ส่วนหนึ่งยังไม่อยากหยุดดื่ม ก็คืออาจจะยังไม่เห็นความสำคัญว่าการดื่มนั้นส่งผลกระทบอย่างไร ต่อร่างกายต่อสภาพจิตใจ แล้วก็สังคมสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น ก็เลยอาจจะยังไม่เห็นความสำคัญตรงนี้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...อันนี้ก็จากประสบการณ์ที่เราให้คำปรึกษาผู้ดื่มแล้วก็ญาตินะ แล้วก็จากสายด่วนที่เราพูดคุยกับ case สิ่งที่เราพบก็คือว่า ผู้ดื่มไม่รู้ว่าการติดสุรานี้เป็นโรค เป็นการเจ็บป่วย เขาก็จะเข้าใจว่ามันเหมือนพฤติกรรมอะไรที่เราทำซ้ำ ๆ คือเป็นเรื่องของนิสัย เขายังไม่ได้มองว่าเป็นเรื่องความเจ็บป่วย เพราะฉะนั้นถ้าไม่เจ็บป่วยก็ไม่จำเป็นต้องรักษา ก็จะไม่ได้มีมุมมองในเชิงของความเจ็บป่วยหรือเป็นโรค อันที่สองก็คือว่า เมื่อไม่รู้ว่าเป็นโรคหรือถ้ารู้ว่าเป็นโรค ก็ไม่รู้ว่าใครรักษา ไม่รู้ว่าจะไปหาหมอด้านไหน เราเป็นโรคหัวใจเราก็ไปหาหมอหัวใจ เราเป็นโรคจิตเราก็ไปหาจิตแพทย์ เราติดยาเสพติดเราก็ไปหาหมอรักษายาเสพติด แต่พอเราเป็นสุรา เอ๊ะ เราไปหาใคร อันนี้เป็นพื้นฐานนะ คนไข้ก็ยังไม่รู้ ญาติเองก็ไม่รู้...อันนี้คือปัจจัยพื้นฐาน ถัดไป ตัวโรคติดสุราเอง ตัวคนไข้ก็ไม่รู้ว่าตัวเองติด ภาวะติดนี้ กว่าจะรับรู้ได้ว่าติดก็คือมีโรคแทรก โรคร่วมจำนวนมาก ตอนติดน้อย ๆ ติดกลาง ๆ นี้ คนไข้ก็มักไม่รู้ว่าตัวเองติด การไม่รู้ว่าตัวเองติดมันก็เป็นอาการเด่นอันหนึ่งของภาวะติดสุรา ของโรคติดสุรา ก็คือตัวโรคเองก็เป็นอุปสรรค กว่าจะรู้สึกตัวว่าตัวเองติดก็มักจะค่อนข้างสายแล้ว คนไข้ก็จะเข้าสู่การบริการน้อย ถัดมาก็เป็นความรู้ของญาติ ซึ่งญาติเองก็ขาดความรู้ความเข้าใจเช่นเดียวกับตัวคนไข้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.8 ความเชื่อมโยงระหว่างระบบในภาพรวมและในแต่ละพื้นที่

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลความเชื่อมโยงระหว่างระบบในภาพรวมและในแต่ละพื้นที่โดยกล่าวว่าการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทางกาย และการติดตามผลในชุมชนยังเป็นปัญหา เช่น การส่งไปแล้วเตียงเต็ม การที่โรงพยาบาลจิตเวชไม่สามารถรับผู้ป่วยที่มีโรคทางกายหนัก ๆ ได้ เป็นต้น ปัญหาในเรื่องของเขตบริการ และเรื่องของสิทธิ์การดูแลคนไข้ การที่ยังไม่มีระบบ outreach ไม่มีบ้านพักฟื้น และบริการที่เข้าถึงได้ยาก เนื่องจากยังไม่มีบริการที่แยกออกมาอย่างชัดเจน แต่ก็มีความเชื่อมโยงที่ดีในระหว่างแผนกของโรงพยาบาล และในส่วนของการคัดกรองและการวินิจฉัยที่ให้ไปรวมอยู่ในกลุ่มของคลินิกโรคไม่ติดต่อ ซึ่งจะได้รับการคัดกรอง 5 โรคโดยโรคสุราก็เป็นหนึ่งในนั้น ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...จริง ๆ เลยก็คือต้องยอมรับว่าระบบการเข้าถึงของผู้ที่มีปัญหา Alcohol Use Disorder คนที่มีปัญหาโดยที่ยังไม่มี complication ต่าง ๆ ก็อาจจะเข้าถึงได้ค่อนข้างยาก เพราะว่า หนึ่ง ตัว insight สอง คือบริการที่ยังไม่แยกออกมาอย่างเข้าถึงง่ายส่วนใหญ่ ถ้าไม่มี complication อะไร ผู้ที่ใช้ Alcohol Use Disorder ก็ไม่ได้ walk in เข้ามารับการรักษา ส่วนเรื่องการเชื่อมโยงนี้ เป็นสิ่งสำคัญเพราะว่าการเชื่อมโยงนี้ จากที่มี ไม่แน่ใจว่าเคยมีการเขียนผังการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทางกาย โรงพยาบาลทางจิต ภาครัฐ ภาคเอกชน หรือว่าหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ตำรวจ ไม่แน่ใจว่าเคยมีการวางระบบชัดเจนหรือเปล่า แต่ว่าพอปฏิบัติงานจริง ๆ แล้วการเชื่อมโยงนี้ ค่อนข้างเป็นปัญหาหลักเลย ไม่ว่าจะเป็นรักษาใน โรงพยาบาลจิตเวช แล้วมี complication ทางกายตามมา ไม่สามารถส่งต่อออกโรงพยาบาลทางกายได้ หรือ case ที่รักษาแล้วส่งออกไปสู่ชุมชน การติดตามโดยของภาคสาธารณสุขอาจจะขาดความเชื่อมโยงกัน ดังนั้น ทำให้หลายๆ case ที่มารักษาเรื่อง Alcohol Use Disorder ไม่ได้รับการติดตามที่เหมาะสมจากหลายๆ ส่วน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...เนื่องจากว่าตรงนี้ที่ทำงานอยู่เนี่ยก็คือเป็นโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งก็ค่อนข้างจะมีครบในเรื่องของการดูแลในทุกแผนก ดังนั้น ส่วนใหญ่ก็จะไม่ได้ส่งต่อไปในสถานพยาบาลอื่น ๆ ในเรื่องของการรับ refer หรือว่ารับจากที่อื่นเข้ามาสู่โรงพยาบาลก็จะมีบ้าง..."

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...ถ้าเป็นของในเฉพาะที่พื้นที่...ก็มีแค่ระบบเชื่อมโยงในระหว่างแผนกในสถานพยาบาล นั่นก็คือการส่งปรึกษาในระหว่างแผนก อันนี้ค่อนข้างชัดเจน แล้วก็ทำอยู่เยอะ เพียงแต่ว่าคนไข้กว่าครึ่งก็คือแม้ว่าหมอส่งมาตรวจแต่เขาเลือกที่จะไม่มาคือระบบเนี่ยมันมีแล้วก็ได้ ระบบส่งต่อก็มีอยู่ในกรณี เช่น คนไข้ดีขึ้นแล้วหรือคนไข้มีสิทธิ์การรักษาที่อื่นเราก็มีการ refer ส่งคนไข้กลับไปยังที่ที่เขาเป็นพื้นที่ที่เขารักษาอยู่ต่อเนื่อง แต่ระบบการบำบัดรักษาในชุมชนและการติดตามผลในชุมชนนี่ต้องยอมรับว่ายังไม่ได้ทำตรงนั้นอย่างชัดเจน แต่จะเป็นที่เหมือนโรงพยาบาลปฐมภูมิมากกว่าที่เขาจะมีลิงค์ลงไปแต่ว่าทางแผนกจิตเวชกับปฐมภูมิไม่ได้มีความเชื่อมต่อกันส่วนระบบติดตามผล เรามีระบบ follow up ก็คือนัดเคสมา follow up แล้วก็โทรศัพท์เพื่อติดตามผลเฉพาะเคสที่เข้ามาสู่ระบบในการรักษาของคลินิกจิตเวชที่เป็นคลินิกเลิกสุราอยู่ แต่ว่าก็ยังไม่ได้ลิงค์ลงไปในเรื่องของการเยี่ยมบ้านหรืออะไรอย่างนี้ พูดง่าย ๆ ก็คือทำเฉพาะเท่าที่ทรัพยากรบุคคล และเวลาพอจะทำได้ ยังไม่ได้ลงไปถึงแบบระดับชุมชนหรือเชื่อมโยงอย่างแท้จริง"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...ในส่วนของความเชื่อมโยงในภาพรวม ตอนนี้ในกระทรวงสาธารณสุข แผนงานของ ผรส. มีอยู่ 4 module ได้ถูก implement เข้าไปในระบบการทำงานของภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องของการคัดกรอง วินิจฉัย บำบัดรักษา ฟื้นฟูและติดตามแล้ว ฉะนั้น ในตอนนี้พบว่าความเชื่อมโยงค่อนข้างจะดี งานคัดกรองหรืองานวินิจฉัยจะไปรวมอยู่ในกลุ่มของคลินิก NCD ก็คือ คลินิกโรคไม่ติดต่อ ฉะนั้น ตอนนี้ถ้าเป็นไปตามนโยบาย

คนไข้ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อทั่วไปที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จะได้รับการคัดกรอง 5 โรค โรคสุราก็จะเป็นหนึ่งในนั้นด้วย ซึ่งอันนี้ก็จะทำให้การเข้าถึงเพิ่มมากขึ้น ในเรื่องของการบำบัดรักษาก็เช่นเดียวกัน มีเรื่องของตัว CPG (Clinical Practice Guideline) หรือแนวปฏิบัติสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป สำหรับพยาบาล สำหรับผู้ปฏิบัติงานระดับตัว อสม. ในการที่จะดูแลคนไข้แอลกอฮอล์ในแต่ละระดับได้ ซึ่งน่าจะสร้างความเชื่อมั่นให้กับเขาได้ เพียงแต่เราอาจจะต้องไปเหมือนกับไป boost น่ะ ไป refresh เขาบ่อย ๆ ทุกปี ทำให้เขาไม่หลุด แล้วก็ไม่หลงลืมในการใช้แนวปฏิบัติตรงนี้ แล้วก็สุดท้ายก็คือเรื่องของนโยบายตัว policy ที่จะส่งผลให้การดำเนินงานไม่ว่าจะเป็นการคัดกรอง การเข้าถึง การบำบัดรักษาและติดตามเป็นไปอย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งตอนนี้ policy หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนี้น่าจะมีในส่วนของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมาก ซึ่งตรงนี้ไม่ทราบปัญหาแต่รู้ว่ามันมีในเรื่องการแบ่งหน้าที่การรับผิดชอบ ซึ่งมีผลต่อในเรื่องของ workload ความดีความชอบ ของคนที่ดูแลปฏิบัติงานเรื่องนี้ด้วย"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...ไม่ค่อยดีนัก หนึ่ง ประเทศเรายังไม่มี outreach ยังไม่มีบ้านพักฟื้นคนเมา แล้วก็ช่วยทำให้เขาตระหนักรู้ถึงการดื่ม อันนี้ยังไม่มี อันที่สองเรามีระบบส่งต่อระหว่าง รพ.สต. ถึงโรงพยาบาล เฉพาะทางสารเสพติด มีแต่ว่าคนไข้ไม่ไป คนไข้ไม่อยากไป คนไข้บอกไม่สนใจก็อยู่ที่พื้นที่ อันที่สองเนี่ย เวลาส่งไปเตียงเต็ม เตียงไม่ available บางแห่งเนี่ย... เขาก็จะมีลิมิตว่าเขาไม่สามารถรับ เคสทางกายหนัก ๆ เพราะเขาไม่มีหมอ med หรือเขาไม่มีจิตแพทย์เพียงพอ ที่จะมีตึกที่ดูแลผู้ที่มีโรคจิตร่วมด้วย เขาก็จะส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช ก็จะมีปัญหาว่าไม่สามารถรับคนไข้ติดสารเสพติด ติดสุรา พร้อมกับมีโรคจิตด้วย คือมันยังมีแกปอยู่ แล้วระบบส่งต่อมันก็ยังมีข้อจำกัด แล้วก็บางครั้งโรงพยาบาลเอง คือว่าเราก็จะมีลิมิตเรื่องเตียง เราก็อยากส่งไปทั้งสองแห่ง แต่เขาก็มองโรงพยาบาลเราว่ามันมี expert อยู่ เขาก็บอกว่าทำไมจะต้องส่งไปหาเขาซึ่งไม่ expert มันก็เป็นความยังไม่ต่อเนื่องกัน ได้พยายามสร้างระบบให้มันเชื่อมโยงกันอยู่ โดยการที่เราบอกว่าเราไม่มีเตียงแต่ว่าเรามีคน เรายินดีไปช่วยเขา และใน

บางแห่งที่ข้างนอกอาจารย์บอกว่า แล้วที่อื่นเป็นยังไง ก็คือตอนนี้อย่างโรงพยาบาลหนึ่งเขาสามารถที่จะเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลชุมชน แล้ว รพ.สต. ส่งชุมชน ชุมชนส่งมาที่โรงพยาบาลจังหวัดจะมีระบบช่วยเพราะว่ามันจะมี เขาเรียก guideline น่ะ CPG อะไรอย่างนี้เค้าจะทำให้ส่งต่อมาได้ แต่ว่าส่งต่อเฉพาะถอนพิษ ถ้าส่งต่อในแง่ของฟื้นฟูบำบัด อะไรต่าง ๆ อย่างนี้คือ ติดตามยังไม่มี คือโรงพยาบาลจิตเวชเขาจะมีลิมิตว่าเขาจะรักษาผู้ป่วยจิตเวชเป็นหลัก ถ้าเป็นสารเสพติดอย่างเดียวเขาก็ไม่เอา แล้วสารเสพติดแล้วก็มีอาการทางจิตไม่มากเขาก็ไม่เอาต้องส่งไปทางโรงพยาบาลเฉพาะทางสารเสพติด ทางโรงพยาบาลก็จะรักษาคนไข้โรคจิตไม่ได้ มันก็จะมีความเขาเรียกว่ามีข้อจำกัดของสถานพยาบาลแต่ละที่ ทั้งเรื่องของขีดความสามารถแล้วก็เรื่องเตียงด้วย เตียงไม่พอ ขีดความสามารถก็ไม่มี"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...เรื่องของระบบ outreach กับ ระบบบำบัดในสถานพยาบาล ระบบส่งต่อ ระบบบำบัดนี่ก็ติดตามผล ณ ตอนนี้ก็มีความเชื่อมโยงกันแต่อยู่ในระดับของการทำงานแบบแต่ละ setting ที่แยกกันน่ะ เพราะว่าตัวบุคคลเองกับสถานพยาบาลเองก็ยังไม่ได้มี network ที่เชื่อมโยงกัน ได้จาก NGO หรือว่าในเครือข่ายชุมชนอะไรชัดเจนเท่าไหร่ หรือแม้กระทั่งการบำบัดรักษาชุมชนเอง ก็ไม่ได้เห็น ในพื้นที่ของตนเองก็ไม่ได้มีชุมชนที่แบบเลิกเหล้าจนต้องเป็น campaign อะไรที่มันดูชัดเจน ส่วนระบบการติดตามผลก็อยู่ใน setting ของโรงพยาบาล หรือเป็น hospital-based อยู่"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...เราก็รู้สึกว่าเราทำได้ไม่มาก คือ เราอาจจะดีในแง่ของการดูแลสุขภาพ ความลงลึกในเรื่องแบบดูแลร่างกายจิตใจได้ เราดูแลระดับบุคคลได้ดี เรามีการส่งต่อได้สัก 50% แต่เราไม่ค่อยได้ลงระบบการรักษาในชุมชน เราไปไม่ถึง แล้วก็การติดตามผลเราทำได้แค่แบบเหมือนตั้งรับ ก็คือมาแบบตามนัดที่เราอะไรอย่างนี้ เราลงไปไม่ค่อยถึงที่เท่าไหร่"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...ภาพรวมเช่นในเรื่องของอย่างเช่นของการเข้าถึงบริการ ในเรื่องของการชักจูงผู้ป่วยที่ดื่มสุราให้เขาตระหนักรู้ว่าเขาจำเป็นต้องบำบัดต้องเลิกแล้วเนี่ย มันยังมีแบบไม่ได้เข้มแข็ง เช่น คนไข้อาจจะมาด้วยอาการ Upper GI Breed เลือดออกทางกระเพาะอาหาร เป็นโรคกระเพาะอะไร แล้วก็เหมือนกับเป็นเจ้าหน้าที่เช่นหมอ Med เขาก็ไม่ได้ให้ตระหนักว่าจะต้อง consult จิตเวชนะ ให้ดูแลต่อหรือแม้แต่พวกตามหมู่บ้านตามชุมชน เขาก็ไม่ได้แบบมีมาตรการที่เข้าไปส่งเสริมที่แบบชัดเจนที่จะต้องลงไปว่าต้องมาแบบจูงใจอะไรต่างๆ ถ้าเกิดจะมีก็จะมีตามช่วง event สั้นๆ แต่พอ event หมด ก็จะหมด เช่น งดเหล้าเข้าพรรษา มีอาจมีรณรงค์เป็นช่วงๆ แต่เข้าพรรษามีแค่ช่วงเดียว หลังจากนั้นทั้งปีมันก็ไม่มีละแล้วก็พวกเทศกาลงานเลี้ยงอะไรมันก็จะเยอะ โอกาสที่การดื่มก็สูง เรื่องของการเอาคนไข้เข้ามานี่ก็น้อย แล้วก็แม้แต่เจ้าหน้าที่ที่เป็นพวกตั้งรับอย่างพวก Tertiary ถ้าเกิดต้องดูแลอย่างเดียวมันก็ลำบากละ การที่เขาจะต้องออกไปจูงใจคนในหมู่บ้านเพื่อเข้ามาบำบัด มันก็ไม่สามารถจะทำได้ ใช่ แล้วก็ในเรื่องของการส่งต่อ บางทีก็ยังมีในเรื่องของเขต เรื่องของเขตบริการ เรื่องของสิทธิ์การดูแลคนไข้ อย่างบางทีก็คือเหมือนกับเขาไม่ส่งคนไข้มาให้เพราะเขาคิดว่าเขาดูแลได้อะไรอย่างเนี่ย แต่ก็คนไข้ก็เหมือนกับไม่อยากไปดูแลกับเขาอะไรประมาณนี้ก็มีเหมือนกัน เช่น คือเขาไม่อยากไปแบบไปในเรื่องของชุมชน สมมติเขาดื่มเหล้าเยอะใช่มั้ย เขาก็แบบไปเลิกเหล้าอย่างนี้ เขาก็รู้สึกเป็นตราบาปไม่อยากให้คนในหมู่บ้านเห็น เพื่อมาเลิกเขาก็ต้องมาเลิกไกล ๆ การส่งต่อก็ยังไม่ค่อยดีเท่าไหร่ แล้วก็รวมถึงแบบถ้าเกิดบางราย เช่น มีโรคทางจิตเวช แล้วก็โรคซึมเศร้าแล้วต้องไปรับยาต่อ บางทีถ้าเกิดบ้านอยู่ไกล แล้วก็โรงพยาบาลในชุมชนเรื่องของยาบางอันมันก็ขาด การติดตามก็เหมือนกันคือจากโรงพยาบาลที่เป็นพวก Tertiary ไปถึงชุมชนมันไม่ได้ประสานกับพวกเจ้าหน้าที่โดยตรงส่วนใหญ่มันก็ผ่านญาติทั้งหมด การส่งต่อมันยังได้ดีพอ แล้วก็เรื่องของการพักฟื้นในชุมชนมันก็ยังไม่ได้แบบทำเป็นรูปเป็นร่างที่มันชัดเจนน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...จริง ๆ แล้วก็มีการเข้าถึงได้ไม่ได้ยากมาก มี รพ.สต. มีโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด แต่ด้วยความที่บางทีเราค่อนข้างรู้สึกว่าญาติและคนไข้รู้สึกว่าอยากตรงเข้ามาสู่โรงพยาบาลเฉพาะทางโดยตรง การที่ทำตามขั้นตอนหรือระบบนี่ในส่วนก็อาจจะมีขาดหายไปบ้างเหมือนกันก็คือเหมือน direct มาเลยเหมือนกับที่เราคุยกันตั้งแต่ตอนแรกว่าโดยปกติเราพยายามทำให้ระบบโดยการส่งต่อมาเป็นขั้นตอน ส่งต่อ ส่งกลับ เป็นขั้นตอน แต่ว่ามีส่วนนึงเหมือนกันที่เกิดว่าแบบส่งมาเลยแล้วก็บางทีพอจะต้องไปขอใบส่งตัวอีกทีหรืออะไรอีกทีพอมันข้ามขั้นตอนมันอาจจะมีปัญหาในเชิงของระบบบริการได้เหมือนกัน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...ศักยภาพของการบำบัดสุรามันยังไปอิงอยู่กับการบำบัดยาเสพติดแล้วก็บำบัดจิตเวช เพราะฉะนั้นจุดไหนมีเครือข่ายที่ดีมันก็จะดีไปด้วย แต่โดยภาพรวมนี่การบำบัดสุรายังไม่มีเจ้าภาพที่ชัดเจนว่าหน่วยงานไหนรับผิดชอบ จะกรมการแพทย์ จะกรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค ดูเจ้าภาพยังไม่ค่อยชัดเจน ไม่เหมือนกับโรคจิตเวชไม่เหมือนโรคยาเสพติดใช่ไหมครับ ซึ่งมีเจ้าภาพค่อนข้างชัดเจน ถ้ามองโดยภาพรวมนี้ระบบการเชื่อมต่อ การส่งต่อนี้ คิดว่ามีน้อย เพราะนั้นการบำบัดให้ครบวงจรนี่เกิดขึ้นได้ยาก ถอนพิษฟื้นฟู ติดตามผล ก็ไม่สามารถทำได้ต่อเนื่อง เพราะคนไข้บำบัดจากจุดหนึ่ง พอดีขึ้นก็จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ชุมชน สถานบำบัดในชุมชนก็ไม่ได้ดูแลต่อ การส่งต่อก็ไม่ค่อยมีเมื่อบำบัดไม่ครบวงจรประสิทธิภาพก็ไม่ดี แล้วก็ในลักษณะของตัวโรคเองก็ค่อนข้างเรื้อรังกลับติดซ้ำได้ได้ง่าย เพราะฉะนั้นก็ทำให้คนไข้นี้ ติด ๆ เลิก ๆ แล้วก็พาไปสู่ความเรื้อรังในที่สุดก็ยิ่งเลิกยากขึ้นเรื่อย ๆ ผลกระทบก็มากขึ้น"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.9 การดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลการดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ โดยกล่าวว่า มีการดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งจะมีทั้งรูปแบบการซักประวัติ และการใช้แบบคัดกรอง AUDIT และ ASSIST สม่ำเสมอบ้าง ไม่สม่ำเสมอบ้าง และยังไม่ครอบคลุมทั้งประเทศ ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...ในสถาบันจิตเวชศาสตร์แล้วก็มีการคัดกรองในผู้ป่วยนอกแล้วก็ผู้ป่วยในอยู่น่ะ ในเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ สม่ำเสมอต่อเนื่อง"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...การคัดกรองปัญหาการดื่มตอนนี้ก็จะมีสองแบบใหญ่ ๆ ก็คือในแผนกจิตเวชเองเลย ถ้าในแผนกจิตเวชเองนี่ส่วนใหญ่ก็จะคัดกรองอยู่แล้วในคนไข้ที่เข้ามารับการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกและก็แบบผู้ป่วยใน อีกอันหนึ่งก็คือการคัดกรองปัญหาในแผนกอื่น ๆ ก็อาจจะมีเกี่ยวข้องอยู่บ้างโดยส่วนใหญ่ก็อย่างเช่น แผนกอายุรกรรม หรือว่าแผนกอื่น ๆ ที่คนไข้มาเข้ารับการรักษานะคะ ก็พอทราบแล้วเขาก็จะคัดกรองเรื่องของการดื่มอยู่"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...ที่นี่ไม่มีระบบคัดกรองที่เป็นรูปธรรม จะใช้การถาม การซักประวัติจากการสัมภาษณ์คนไข้เท่านั้นในกรณีที่คนไข้มาด้วยโรคทางกายแล้วก็หมอถามปัญหาเขาเรื่องเหล้า เรื่องบุหรี่หรือคนไข้ที่มาด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์อยู่แล้วเขาก็จะมีการถามแล้วก็จะไม่มีการใช้ questionnaire หรือ ตัวที่คัดกรองอะไร ในส่วนของจิตเวชเองก็คล้ายกันจิตเวชจะถามทุกเคสแต่เป็นลักษณะคำถามเท่านั้นจะไม่ได้มีใช้พวก questionnaire หรืออะไรคัดกรอง แต่ถ้าในเคสที่เป็นคลินิกแอลกอฮอล์นี่เมื่อคนไข้ถูกสงสัยว่ามีประวัติการใช้ หรือได้รับการใช้นี่ เราก็จะคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง AUDIT เพื่อคัดกรองเคสทุกเคส"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...มีระบบคัดกรอง แต่ยังไม่ถึงกับครอบคลุมทั้งประเทศ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...มีการคัดกรองที่ร่วมกับคลินิกโรคไม่ติดต่อที่ว่ามีการคัดกรองทุกวันนี้ระบบคัดกรองก็คือ มีการคัดกรองอย่างสม่ำเสมออยู่ เพราะว่ามีการคัดกรอง ร่วมกับ 5 โรค เป็น 1 ใน 5 โรค ในคนไข้ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อก็คือ โรค NCD ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปก็จะมีการคัดกรองปัญหาการดื่มอยู่แล้ว คือมันเป็นนโยบายนะ แต่ว่าจริง ๆ ไม่รู้ว่าได้คัดกรองกันจริง ๆ หรือเปล่า"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...มีนะ แต่ไม่สม่ำเสมอ เพราะว่าพื้นที่เขาก็มีงานเยอะมาก งานเรื่องการคัดกรองต่าง ๆ ถ้าไม่ได้เป็นตัวชี้วัดเขาก็ไม่ทำนะ ซึ่งมันก็จะมีเรื่อง KPI น่ะ ที่มันจะเป็นปัญหา ทำอะไรด้วย KPI ทั้งนั้น ถ้าไม่ใช่ KPI ก็ไม่ทำอะไรอย่างนี้ มันก็ยังมีเรื่องของความไม่สม่ำเสมอ แล้วก็คัดกรองทุกที่ไหม เชื่อว่าคัดกรองเป็นส่วนใหญ่แต่ว่ามันขึ้นกับเวลาขึ้นกับงบขึ้นอยู่กับอัตรากำลัง แล้วก็ขึ้นกับความสนใจส่วนบุคคล บางคนก็อยากจะทำเรื่องนี้ บางคนก็ไม่อยากทำ บางคนก็ไม่ชอบเลยน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...ส่วนใหญ่เราอันนี้ถูกบังคับให้สม่ำเสมออยู่แล้ว เพราะว่าตัวแบบคัดกรองเราจะถูก input เข้าไปใน data-based ของระบบ HIS นะ หรือ Health Information System ซึ่งเป็นระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์อยู่แล้ว ก็จะถูกบังคับให้ถามอยู่แล้ว ยกเว้นในคนไข้กลุ่ม emergency หรือห้องฉุกเฉินที่ต้องถูกเว้นไว้เพราะว่าในบางครั้งผู้ป่วยใน setting ฉุกเฉินจะไม่เหมาะกับการมาคัดกรองโรคอื่น ๆ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...เอาจริง ๆ น่าจะเป็นการซักประวัติคือก็เหมือนกับก็ถามอะไรอย่างนี้น่ะ อันนี้ก็พูดถึงทั่วไปที่ไม่ใช่จิตเวชด้วย ก็คงเป็นแค่เรื่องการ screen ในเชิงนี้แต่ถามว่าเราใช้เครื่องมือคัดกรองที่เป็นรูปแบบคำถาม structure เลยนี่ เราใช้ไม่บ่อย สำหรับจิตเวชนะ เราก็ใช้การซักประวัติก็คิดว่าใช้วินิจฉัยได้ แต่สำหรับภาพรวมของแผนกอื่นในโรงพยาบาล ก็อาจจะมีอันนึงที่เกี่ยวข้องก็คือเวชศาสตร์ครอบครัว ที่เขาอาจจะใช้การคัดกรองที่มีระบบบ้างเพราะเนื่องจากว่ามันอาจจะเกี่ยวข้องกับ Primary หน่อยของทางจิตเวชเราก็รู้สึกว่ามันเราใช้ความเชี่ยวชาญในแง่การถามบางทีเราคิดว่ามันพอได้ล่ะ แล้วก็ส่วนใหญ่พอคนที่มานี่มักจะมีปัญหาเยอะน่ะ เราก็เลยไม่ได้เป็นเรื่องของคัดกรองเพราะส่วนใหญ่คือมันเข้าเกณฑ์ไปถึงไหนละอะไรอย่างนี้น่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...โรงพยาบาล ถ้าเกิดคือโรงพยาบาลเป็นแบบ Tertiary แล้วส่วนใหญ่ถ้าเกิดว่าคนไข้ให้ประวัติในเรื่องของการดื่มสุราน้อย เราก็จะประเมิน AUDIT ประเมินว่าคนไข้ได้ดื่มสุราเยอะแค่ไหน ถ้าเกิดเกิน 20 นี่ก็จะให้เจาะ Lab สุราเพิ่มเติม หรือพวก Biomarker แล้วก็เหมือนกับจูงใจให้เลิก ถ้าเกิดมาเรื่องสารเสพติดตัวอื่น ถ้าเกิดมาเลิกสุราอยู่แล้วมันก็ต้องประเมินสุราเต็มรูปแบบอยู่แล้ว อันนี้พูดเฉพาะโรงพยาบาลนี้นะ ในพื้นที่เขาก็จะมีบ้างบางโรงพยาบาลที่มันมีแบบ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ เขาก็จะมีบางอันพวก ward trauma, ward พวกเกี่ยวกับเรื่องศัลยกรรม orthopedic ที่เคยเจอพวกอุบัติการณ์ เช่น คนไข้หลังจาก admit จากอุบัติเหตุมาแล้วเกิดภาวะสับสนกระโดดเกิดภาวะอะไรพวกนี้ เพ้ออะไรอย่างนี้ บางโรงพยาบาลเขาก็จะมีในเรื่องของการ screen ในเรื่องของการดื่มสุราว่าเป็นดื่มระดับไหน ถ้าเกิดดื่มเยอะนี่เขาก็จะป้องกันในเรื่องของความเสี่ยง ภาวะการเกิดภาวะสับสนหลังจากหยุดดื่มสุรา คัดกรองสุราแล้วก็คัดกรองโรคร่วมด้วย ภาวะซึมเศร้า โรคจิตเวชอย่างนี้ จะมีอยู่แล้ว"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...ถ้าเป็นของสถาบันนี้ คือโดยปกติแล้วเหมือนที่บอกว่าแม้จะมาด้วยสารเสพติดหลัก ๆ ที่แตกต่างกันแต่ว่าเรื่องแอลกอฮอล์บุหรี่เราก็จะมีการคัดกรองเบื้องต้นอยู่แล้ว AUDIT, ASSIST แล้วก็ใช้ด้วยอยู่แล้วในการที่จะคัดกรองว่ามีปัญหาเหล่านี้ร่วมด้วยไหม"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...การคัดกรองก็ยังเป็นปัญหา อีกปัญหาหนึ่งนะ ในระบบการคัดกรองของสุรานี่เชื่อว่ายังมีน้อย ยังไม่ถูกบูรณาการเข้าไปสู่การดูแลสุขภาพปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงของสุขภาพโดยรวมน่ะ เรามีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดัน วัดชีพจร สอบถามเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย แต่การคัดกรองหรือการสอบถามเรื่องของสุรานี่ยังมีอยู่ในวงจำกัด ยังไม่ได้แพร่หลายไปสู่สถานพยาบาลทั้งระบบน่ะ มีน้อย"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.10 ปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดการดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลปัจจัย ที่มีส่วนทำให้เกิดการดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ โดยกล่าวว่าปัจจัยมีทั้งการส่งผลต่อกันของแอลกอฮอล์กับโรคทางจิตเวช โรคทางกายและการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ความรู้ และการให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาของแอลกอฮอล์ ทรัพยากร เช่น บุคลากรมีภาระงานมาก บุคลากรไม่เพียงพอ ทัศนคติของบุคลากรที่ไม่อยากทำ เป็นต้น การไม่นำแบบคัดกรองไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม นโยบาย แรงจูงใจในเชิงบวก เช่น การทำให้ผู้มีปัญหาการดื่มรู้สึกเหมือนมาตรวจสุขภาพ เป็นต้น สภาพปัญหา และการเชื่อมกับระบบของชุมชน การติดตามจากหัวหน้าในส่วนราชการ และความกระชับของแบบคัดกรอง ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราที่ของคนไข้ที่มารับการรักษานี่ สิ่งที่ต้องชักเพราะว่าตัว Alcohol Use Disorder นี่ส่งผลต่อโรคทางจิตเวชเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อเนื่องถึงกันน่ะคือ Alcohol Use Disorder ก็อาจจะทำให้ตัวโรคทางจิตเวชกำเริบหรือว่าไม่ดีได้ หรือว่าตัวโรคทางจิตเวชก็ทำให้คนไข้ไป Self-Medication Alcohol Use Disorder ได้ ดังนั้นการ clarify ปัญหา Alcohol Use Disorder ในการรักษาของสถาบันจิตเวชศาสตร์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...อันแรกนี่ก็อาจจะเป็นในเรื่องของความรู้ แล้วก็การให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาของแอลกอฮอล์นะ คิดว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญมากเลยที่จะทำให้การดำเนินการคัดกรองนี่ยังมีอยู่หรือเปล่า ถ้าเกิดผู้ให้บริการนี่แบบมองเห็นว่าจริง ๆ ปัญหาของการดื่มแอลกอฮอล์นี่เป็นปัญหาสำคัญมาก แล้วก็ส่งผลต่อสุขภาพไม่เฉพาะเพียงแค่ในแผนกจิตเวชอย่างเดียวนี่ เขาก็จะนึกถึงแล้วก็คัดกรองแล้วก็ให้ความสำคัญกับว่าคนไข้ดื่มหรือปล่า อันที่สอง ก็คือเรื่องของทรัพยากร อย่างเช่น บางคนเขาก็ให้ความสำคัญเพียงแต่ว่าด้วยเนื้องานของเขาที่มีปริมาณมากเมื่อเทียบกับจำนวนทรัพยากร หรือบุคคลที่มีอยู่ ดังนั้นนี่การที่เขาจะถามให้ครบทุกคน หรือว่าการที่จะให้ความสนใจ หรือว่าช่วยเหลือตรงนี้ก็อาจจะต้องขึ้นอยู่กับเรื่องของเวลาเรื่องของทรัพยากรว่ามีบุคคลากรเพียงพอหรือเปล่าด้วย"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...ปัญหาแรกก็น่าจะเป็นเรื่องของบุคลากรนะ แล้วก็ภาระงาน ก็คืออย่างเช่นเรื่องของความเข้าใจ ความรู้ในการคัดกรอง รวมถึงเวลาที่เขาต้องดูแลเคสจำนวนมาก แล้วก็เคสที่มีปัญหาด้วยความหลากหลาย ก็อาจจะทำให้ขาดการคัดกรองตรงนี้ไป อีกปัญหาหนึ่งน่าจะเป็นการจัดอันดับความสำคัญของปัญหามากกว่า เช่น ปัญหาโรคทางกายจะมาก่อนปัญหาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พวกเหล้า บุหรี่ หรืออะไรพวกนี้ ก็น่าจะทำให้ไม่สามารถใช้ อันที่ 3 ก็คือ จะไม่มีพวก questionnaire จริง ๆ ก็มี questionnaire ที่เขาแนะนำอยู่แต่ว่าเรา

ขาดการเอาไปใช้ขาดการ implementation ของพวก questionnaire นี้ลงไปอย่างเป็นรูปธรรม ปัจจัยพวกนี้ก็เลยมีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ระบบการคัดกรองนี่มันไม่ออกมาเป็นรูปธรรมน่ะ มันก็ใช้แค่การสัมภาษณ์คนไข้เฉย ๆ เท่านั้น"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...ปัจจัยที่ทำให้เกิดการคัดกรองหนึ่งก็คือเป็นเรื่องนโยบาย อันที่สองก็เป็นเรื่องของน่าจะเป็นเรื่องนโยบายเป็นหลัก แล้วก็แรงจูงใจในเชิงบวกว่าถ้าเกิดเราเข้าสู่ระบบคัดกรองแล้วเขาจะได้อะไร ในเมื่อเค้า คือ มันคงไม่ได้พูดตรง ๆ ว่าคุณมาคัดกรองแล้วจะให้คุณเลิก แต่มันเหมือนกับว่า ไปตรวจเลือดไหม ไปตรวจความดัน อะไรอย่างนี้ เพื่อสุขภาพของคุณ มันต้องมีแบบการจูงใจเชิงบวกที่ไม่ได้บอกว่าคุณมาคัดกรองเพราะว่ารัฐจะต้องให้คุณเลิกน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 5

"...คิดว่าตัวปัจจัยที่มันเกิดจากสภาพปัญหาที่ตามมาจากตัวพวกเขาเองที่มันมากมายในชุมชนนี่ ปัจจัยเหล่านี้แหละที่ทำให้เรารู้สึกว่าเราจะปล่อยไม่ได้น่ะ แต่ว่าก็คงไม่ได้ทำเป็นภาพรวมใหญ่ ๆ ทั้งหมดต้องทำแค่บางคนบางจุดเพื่อให้มันเกิดผลสะเทือนมากกว่า"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 6

"...มีนโยบาย แล้วก็การติดตามจากหัวหน้าในส่วนของราชการ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...เรื่องนโยบายแล้วก็เรื่องใน workload"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...มีตั้งแต่ปัจจัยของผู้ป่วยเองคือปัจจัยของผู้ป่วยก็คือไม่ตระหนักรู้บ้าง หรือว่าสิ่งแวดล้อมเขาเองเราเรียกว่าเกื้อหนุนทำให้เขาได้ดื่มมากขึ้น อย่างนี้ก็เป็นปัจจัย

ถ้าเป็นสิ่งแวดล้อมที่เราเรียกว่าตระหนัก เราก็คอยเตือนอะไรต่าง ๆ ก็จะช่วยให้คนไข้เข้าถึงการบริการมากขึ้น ปัจจัยที่สองคือบุคลากรฝ่ายของเรา ฝ่ายผู้ให้บริการไม่เพียงพอแล้วก็ทัศนคติต่อการให้บริการก็ยังไม่ได้เป็นแบบอยากทำแล้วก็ระบบงานก็ยังแบบไม่ชัดเจนความก้าวหน้าก็ไม่มี มันก็ลำบาก แล้วก็ในเรื่องของเราเรียกว่าแพทย์เองก็มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย อย่างเช่นแพทย์ใช้ทุนก็ไปหมุนอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนเดี๋ยวก็เปลี่ยนความรู้ต่าง ๆ มันก็ไม่ต่อเนื่องไม่ได้มีการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องมันก็ขาดตอน แล้วก็มีเรื่องของระบบเตียงก็ไม่เพียงพอ บุคลากรเชี่ยวชาญก็ไม่พอ มีปัญหา"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...ปัจจัยที่ทำให้เกิดการคัดกรองก็คงเป็นเรื่องของการเห็นความสำคัญของปัญหาในการดื่มสุราของระดับผู้บริการ และผู้ปฏิบัติงานร่วมกันนะว่าควรจะต้องคัดกรองมั้ยแล้วก็แบบคัดกรองที่สามารถใช้ได้จริงโดยที่ไม่เพิ่มภาระงานก็น่าจะบ่งบอกได้ว่าจะอยากทำตรงนี้น่ะ หรือให้มีการ available ในพื้นที่แค่ไหน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...คิดว่าน่าจะเป็นจำนวนคน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...เป็นโรงพยาบาลยาเสพติด ก็ส่วนใหญ่คนไข้บางที 80% 90% มาจากการใช้พวก methamphetamine การดื่มเหล้านี่มันก็เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เขากลับไปใช้พวกสารตัวอื่น ๆ ได้ เพราะว่าช่วงการเลิกยาเสพติดมันต้องใช้เรื่องของตัวสติ เรื่องของการยับยั้งชั่งใจค่อนข้างสูง แต่การดื่มสุรามันทำให้เรื่องของการยับยั้งชั่งใจเรื่องของสติพวกเนี่ยมันลดลงหลาย ๆ รายนี่ บอกว่าเลิกสารเสพติดได้แต่ว่าที่กลับไปนี่เกิดจากการดื่มสุราก่อน แล้วก็กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ดังนั้นการคัดกรองเพื่อว่าถ้าเกิดจะมาเลิกยาเสพติดตัวนี้ ๆ ตัวนั้น ๆ เนี่ยก็จะคัดกรองสุราไปด้วย ถ้าเกิดเรื่องปัญหาของสุรา แล้วพบว่าการ relapse เกิดจากปัจจัยหนึ่งคือ สุรา เราก็จะ motivation ให้เลิกสุราไปเลย รวมถึงบางทีมันมีปัญหาในเรื่องของตัวโรค

จิตเวชของจิตแพทย์ใช่ไหม มันก็จะมีเรื่องของแบบบางเคสมีปัญหาเรื่องของ Bipolar เป็น Depression, Schizophrenia การดื่มสุราพวกนี้มันทำให้โรคกำเริบ ทั้งคนไข้ที่มีอาการทางจิต หรือว่ามีเรื่องของบุคลิกภาพมาหาเรา เราก็จะคัดกรอง แล้วก็ถ้าเกิดว่าเขาดื่ม แล้วก็บางทีมันก็จะสัมพันธ์กับอาการ เราก็จะแนะนำให้เขาเลิก เพราะพวกนี้มันมีผลในเรื่องของตัวสมอง เรื่องของตัวอารมณ์เรื่องของพฤติกรรมที่ทำให้อาการของโรคแย่ลงได้ รวมถึงถ้าเกิดดื่มเยอะ พวกนี้ก็จะไปทำลายตับซึ่งมันมีผลในเรื่องของการกินยาระยะยาวของเขาซึ่งเราจะต้องป้องกันไม่ให้ตับมันถูกทำลายไปเยอะก็จะ motivation ให้เลิกดื่ม แต่ถ้าเกิดว่าเป็นพวกโรงพยาบาลฝ่ายกายทั่วไป พวกอุบัติเหตุ พวกตึกกระดูก ตึกศัลยกรรม พวกการคัดกรองนี่ก็จะช่วยเหลือป้องกันว่านอนโรงพยาบาลมันจะได้ไม่มีอาการถอนพิษที่รุนแรง หรือจะได้ต้องเฝ้าระวังอย่างอื่น เช่น ภาวะตกเตียงอะไร การทำร้ายตัวเองได้ แล้วก็โรคพวกนี้ อย่างเช่น โรคเลือดออกทางเดินอาหาร โรคกระเพาะ ถ้าเกิดว่าไม่รักษาโรคของสาเหตุ เช่น เกิดจากการดื่มสุรานี่ มันก็จะทำให้เป็นบ่อย ๆ ก็จะเกิดโรคซ้ำอีกและอาการนั้นก็จะแย่ลงเรื่อย ๆ ก็ต้องคัดกรองว่าปัจจัยของโรคทางกายที่เกิดจากการดื่มสุรานี่ มันใช่มั้ย ถ้าเกิดเป็น cause นี้ก็ต้องรักษาสาเหตุเพื่อจะได้ทำให้โรคไม่ได้เป็นเยอะ หรือว่าเกิดอาการเป็นซ้ำ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...ก็คือเหมือนที่บอกว่าโดยมากนี่ สุรา บุหรี่นี่มักจะเป็นสารร่วมอยู่แล้วนะ กับสารเสพติดหลาย ๆ ชนิดอะไรอย่างนี้ แล้วถ้าเกิดสมมติว่าไม่ได้รักษาร่วมกันไปหรือไม่ได้ให้ความสำคัญกับตรงนี้มันก็มีผลต่อการเสพซ้ำของสารหลัก หรือว่าอาจจะเกิดในเรื่องของหยุดสารหลัก แล้วก็มาติดสุราแล้วก็บุหรี่หนักขึ้นได้ ดังนั้นก็มีความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคัดกรองกลุ่มสารเสพติด ที่อาจจะกฎหมายให้ใช้ได้นี่ร่วมด้วย กับสาร Illegal Problem"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...ถ้าเป็นระบบแบบสาธารณสุขแบบประเทศไทยนี่ คิดว่าก็ยังต้องอาศัยนโยบาย ผู้กำหนดนโยบาย ก็ควรจะมีนโยบายที่ชัดเจน ให้สถานพยาบาลต่าง ๆ ดูแลปัญหาสุรา อันนี้ก็คือเป็นลักษณะ Top-down ส่วนจากข้างล่างขึ้นข้างบนนี่ มันก็มีความริเริ่มในหลาย ๆ ส่วนจากหลาย ๆ จังหวัดที่เขามีความเดือดร้อนจากปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสุรานี่ เพราะฉะนั้น ฝ่ายนโยบายก็ควรจะสนับสนุน แล้วในเรื่องของวิชาการนี่ หน่วยงานที่รับผิดชอบก็ต้องช่วยกันต้องลงไปสนับสนุน ลงไปให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่บุคลากรนะ แล้วก็ทำตัวคัดกรองให้มันสั้น กระชับง่ายนะ ทุกวันนี้นี้ ตัวคัดกรองที่ว่าสั้น กระชับ ง่าย มันก็ยังเทอะทะอยู่นะสำหรับผู้ปฏิบัติงาน อย่างปัจจุบัน ASSIST เหลืออยู่ห้าหกข้อ สำหรับสุรา ถ้าไปถามผู้ปฏิบัติเขาก็ยังรู้สึกว่ามันเยอะเกินไป เพราะว่าตัวคัดกรองแต่ละโรค มันก็หลายโรคแล้วนะ น่าจะเหลือแค่คำถามคัดกรองแค่ 1 หรือ 2 คำถามอาจจะทำให้ผู้ปฏิบัติรับไปได้ง่ายขึ้นมันน่าจะยิ่งต้องสั้นกระชับนะ แล้วก็มีบุคคลากรที่เพียงพอในสถานพยาบาลที่จะช่วยเรื่องสุรา แล้วก็เชื่อมต่อไปที่ชุมชน แล้วชุมชนจะมีบทบาทรณรงค์เรื่องนี้อย่างไร ช่วยเหลือกันอย่างไร รวมไปถึงการช่วยติดตามผล การเยี่ยมบ้าน การที่ในชุมชนจะดูแลสุขภาพในเรื่องของสุราเรื่องยาเสพติดมันต้องทำกันทั้งระบบ มันถึงจะขับเคลื่อนไปได้ดี"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.11 การมีจำนวนที่เพียงพอและเข้าถึงได้ของสถานบริการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลการมีจำนวนที่เพียงพอและเข้าถึงได้ของสถานบริการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์โดยกล่าวว่ามีจำนวนที่เพียงพอในระดับของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) แต่ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังขาดแคลน และการบำบัดรักษา

สามารถเข้าถึงได้ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในต้องพิจารณาถึงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ประกอบด้วย และเนื่องจากยังมีผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ยังไม่ได้เข้ารับการบริการเป็นจำนวนมาก หากผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เข้ามารับบริการมากขึ้น สถานบริการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีอยู่อาจไม่เพียงพอ ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...ในพื้นที่ที่ตัวเองอยู่ การเข้าถึงการรักษาของผู้ที่มีปัญหา Alcohol Use Disorder นั้นจะสามารถเข้าถึงได้ ทั้งแบบ OPD และ IPD case ตามระดับของความรุนแรงหรือ indication ของตัวโรคที่เกิดขึ้น จำนวนถามว่าเพียงพอมั้ยในการเข้าถึง จริง ๆ แล้ว ถ้ามองตามบริบทต้องมี indication จริง ๆ ถึงจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในแต่ถ้าสมมติว่าอาการเป็นแค่ Alcohol Abuse แล้วก็มีปัญหาอย่างอื่น ไม่ได้มี complication ทางอาการทางจิตเวชที่เป็น Indication ในการ admit ก็จะรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งสามารถรับการรักษาได้แต่จริง ๆ แล้วหลาย ๆ คนก็ต้องการที่จะเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเพื่อหยุดแล้วก็ถอนเหล้าเลยซึ่งถ้า indication ในการ admit ยังไม่ใช่ว่ามี Psychosis, Suicide, Homicide การพิจารณาในการ admit เพื่อการ Detox เนี่ย ก็อาจจะต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...ตรงนี้เป็นโรงพยาบาลใหญ่ดังนั้นเราก็มีทุกแผนกที่เหมือนกับเป็น Tertiary Care ดังนั้นจำนวนของพื้นที่ที่อยู่ในกรุงเทพมหานครนี้ก็จะค่อนข้าง คิดว่าน่าจะเพียงพอสำหรับการเข้าถึงเรื่องของการบริการในเรื่องนี้ แต่ว่าถ้าเกิดเทียบกับพื้นที่ในประเทศว่าในประเทศไทยก็คิดว่ายังไม่น่าจะเพียงพอในเรื่องของสถานบริการพยาบาล"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...ในภาพรวมก็มีจำนวนที่เพียงพอ แต่ถ้าทุกแห่งดำเนินการได้ก็น่าจะดี"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...คิดว่า คือน่าจะเพียงพอถึงจะไม่ทราบในจำนวนก็ตาม เพราะยังไงแล้ว การ implement หรือแนวปฏิบัติพวกนี้มันสามารถที่จะทำให้สถานพยาบาลทุกระดับสามารถให้การบำบัดรักษาคนไข้ ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ตามศักยภาพของตัวเองได้ ซึ่งในนั้นมันจะมีแบ่งเลยว่าแต่ละสถานบริการจะมีความสามารถระดับไหนแค่ไหนอย่างไรบ้าง"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...ไม่เพียงพอ แต่เข้าถึงนี่เนื่องจากว่าเค้ามีระบบ Service Plan มันไกลนี่ก็อาจจะไม่เข้าถึงได้ง่าย แต่ถ้าถามว่ามันเพียงพอไหม ก็คือมันไม่เพียงพอ เพราะคนใกล้บ้านใกล้ใจก็จริง แต่บุคลากรนี่เขาไม่เห็นความสำคัญก็มี ไม่อยากจะทำเรื่องนี้ก็มี ความไม่ชัดเจนของระบบบริการก็ด้วยมันก็เลย ทำให้มันไม่ค่อยจะราบรื่นเท่าไหร่ มันมี Service Plan ใกล้บ้านใกล้ใจ แต่ว่าเรื่องของแอลกอฮอล์นี่ มันไม่ได้อยู่ใน cover ตรงนั้นน่ะ มันเพิ่งมันมีกำหนดสุขภาพจิตกับยาเสพติดไม่นานนี้เอง แล้วก็ในส่วนนี้ก็ยังไม่มีความชัดเจนในขอบเขตรับผิดชอบ ก็เลยทำให้มัน มีสั่งบนมา แต่ว่าล่างน่ะทำไม่ได้ก็มี"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...เรื่องระบบบริการบำบัดรักษาคิดว่า ถ้าในระบบ รพช. รพท. ก็คงมี available อยู่แล้วเพียงแต่ว่าการที่จะสามารถนำไป available ใน รพ.สต. ได้นี่คิดว่าอาจจะจำเป็นเพราะว่าบาง รพ.สต. เอง ก็ไม่สามารถบำบัดได้ ตรงนี้ก็ยังขาดแคลนในเรื่องของระดับ รพ.สต. อยู่นะ ที่จะบำบัดได้ ที่เพิ่มศักยภาพจากเดิม จากเดิมที่ให้คำแนะนำ หรือโดยส่งต่อถ้าเกิดบำบัดเบื้องต้นตรงนั้นได้ก็คงจะดี"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...คิดว่าเยอะนะถ้าพูดถึงในพื้นที่นี่...คือมีเยอะอยู่ที่จะทำให้มีการเข้าถึงได้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...ตามจริงมันก็แบ่งตามระดับ มันก็มีโรงพยาบาลที่แต่ละอำเภอก็จะมีอยู่ละ แต่ละอำเภอ แต่ละตำบล ก็จะมีโรงพยาบาลอยู่ แต่ว่าศักยภาพนี่มันก็จะมีความแตกต่างกัน เช่น อย่างถ้าเกิดเป็นจำนวนเรื่องของว่า จะต้องนอนโรงพยาบาลอย่างนี้ โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลประจำตำบลอาจจะไม่มี ก็ต้องส่งตัวให้กับโรงพยาบาลจังหวัด แต่ในทีมที่นี่ก็คือโชคดีเพราะว่าเป็นสถาบันใหญ่ ฉะนั้นเตียงสุราจริง ๆ ก็คือ เกือบ 2 Ward ก็น่าจะประมาณซักสี่สิบห้าสิบเตียง คือ เตียงมันก็พออยู่แล้ว สำหรับคนในพื้นที่เอง แต่ถ้าเกิดมันต้องขึ้นกับสิทธิ์ของคนไข้ด้วย ไปดูข้อจำกัด แต่ถ้าเกิดในเรื่องของการนอนจริง ๆ ของสถาบันนี่เตียงเพียงพอกับคนไข้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...ในละแวกเอง ก็คือเขาจะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดที่ดูแลตามระบบเป็นหลัก แล้วเหมือนที่บอกก็คือสามารถที่จะคัดแยกว่าถ้าเป็นสารเสพติดแล้วมีโรคร่วมทางจิตเวชเป็นหลักที่รุนแรงก็จะส่งไปยังโรงพยาบาลทางสุขภาพจิต แล้วก็แต่ส่วนที่อาจจะต้องการการบำบัดระยะยาวหรือมีบางอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น กฎหมายบังคับบำบัด ก็ส่งมาตรงนี้ โดยภาพรวมก็มี system ระดับหนึ่ง แต่ในทางปฏิบัตินี่ ก็เหมือนที่บอกว่าการเข้าถึงของคนไข้ บางทีก็อาจจะไม่ได้มาตามระบบแบบนั้น อาจจะ direct มาโดยตรงกับสถานบริการระดับเฉพาะทางเลย"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...คิดว่าไม่เพียงพอนะ แต่ที่เป็นอยู่นี่มันอาจจะไม่เดือดร้อนมาก เพราะว่าคนไข้ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าสู่บริการ เขายังไม่ตระหนักรู้ เขายังไม่รู้ว่าจะไปรับบริการที่ไหน

นะ เพราะฉะนั้นคนที่ติดสุรา ญาติ ก็ยังไม่ได้รับการบริการเป็นจำนวนมาก ถ้ามองในเชิงของสถานพยาบาลก็มีน้อยนะ ถ้านึกเอาว่าที่ไหนจะบำบัดสุรานี่ ในพื้นที่นี่ก็คือ กรุงเทพมหานครก็ยังมีน้อยนะ ถ้าเกิดว่าสังคมตระหนักรู้ ต้องการบริการ บริการก็ไม่เพียงพอ มันเป็นทั้งสองด้านเลยคือผู้ป่วยแล้วก็ญาติไม่ตระหนักรู้ ไม่รู้ว่าจะไปรับบริการที่ไหน ขณะเดียวกันสถานบริการก็มีน้อยนะ มันเหมือนจะอยู่ได้ก็เพราะว่าต่างฝ่ายต่างก็ไม่แสวงหาบริการ และก็ไม่บริการนะ ก็เลยดูเหมือนจะไม่มีปัญหา มันเป็นปัญหาที่อยู่เบื้องลึกรอวันระเบิด"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.12 การมีจำนวนที่เพียงพอของผู้ให้บริการที่มีทักษะเพียงพอในการรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลการมีจำนวนที่เพียงพอของผู้ให้บริการที่มีทักษะเพียงพอในการรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์โดยกล่าวว่าส่วนใหญ่มีจำนวนที่เพียงพอในระดับของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) แต่ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีไม่เพียงพอและบุคลากรมีภาระงานที่มาก ทำให้ไม่สามารถดูแลปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้เต็มที่ ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...จำนวนบุคลากรนี่ไม่เพียงพอ เนื่องจากสมัยก่อนนี่มีการดูแลที่ค่อนข้างจะมีคนที่รับผิดชอบงานตรงนี้ค่อนข้างจะเฉพาะแต่หลังจากโครงสร้างทางการบริหารเปลี่ยนแปลงนี่ทำให้คนที่ดูแล หรือกลุ่มงานที่ดูแลนี่ ต้องกระจายไปรับหน้างานอื่น พอกระจายไปรับหน้างานอื่น ไม่ว่าจะเป็นงาน service หรือ ward ทำให้บุคลากรที่ดูแลโดยตรง ภาระงานเขาเพิ่มขึ้นเลยทำให้ความรับผิดชอบเขาต้องเทให้ด้านอื่น ตรงนี้เลยอาจจะทำให้สิ่งที่เขาเคยดูแล ต้อง drop ลง"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...ในที่นี่ก็ค่อนข้างพยาบาลแล้วก็แพทย์ส่วนใหญ่ก็จะเป็นแพทย์เฉพาะทางดังนั้นก็น่าจะมีทักษะเพียงพอในการให้บำบัดรักษาในเรื่องนี้ รวมทั้ง พยาบาลและบุคลากร ก็จะเป็นพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะในเรื่องของการให้การบำบัดในเรื่องของการรักษาเรื่องของสารเสพติด หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นในภาพรวมในพื้นที่ตรงนี้ก็ค่อนข้างมีทักษะเพียงพอในการให้บริการการรักษา"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...คิดว่าถ้าเป็นในระดับของโรงพยาบาลใหญ่ ๆ คิดว่ายังเพียงพออยู่ด้วยความที่เคสส่วนหนึ่งก็ไม่มา เคสที่มาก็ค่อนข้างจำกัด คิดว่า ณ ปัจจุบัน ยังพอรับมือได้อยู่ แต่ถ้าในระดับพื้นที่ลงไปแล้วอันนี้ไม่ทราบว่าเขาจะเพียงพอไหม ตรงส่วนพื้นที่นี่ก็คิดว่าน่าจะยังมีปัญหาอยู่เหมือนกัน อาจจะไม่เพียงพอ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...ในส่วนนี้คิดว่าไม่เพียงพอ เพราะมีหลายงานที่ต้องทำทั้งเรื่องการคัดกรอง การดูแลคนไข้ ดูแลการบำบัด และการดูแลติดตาม การบริหารจัดการจึงอาจจะเป็นปัญหาจากการที่มีภาระงานมากไป"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...ตรงนี้คิดว่ายังน่าจะน้อยอยู่ยังไม่เพียงพอ ส่วนหนึ่งสืบเนื่องมาจากผลของนโยบายในการแบ่ง workload หรือภาระงาน ที่ทำให้อาจจะยังไม่มีผู้รับผิดชอบงานที่เพียงพอ ในกลุ่มของโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดของ สป. หรือสำนักงานปลัด ถึงแม้จะมีการแบ่งตัวภาระงานในกลุ่มของพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดแต่ก็ยังไม่มีอัตรากำลังที่เพียงพอ ทำให้พยาบาลกลุ่มนี้ ถูกดึงไปใช้ในการทำงานร่วมกับการดูแลคนไข้อื่น ๆ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อ เช่น ไปดูแลคนไข้เบาหวาน คนไข้ความดัน คนไข้ที่ต้องไปดูแลที่บ้านอะไรอย่างนี้ ทำให้เขาไม่สามารถที่จะ focus ทำงานตรงนี้ในเรื่องของการดูแลคนไข้สุราได้อย่างต่อเนื่อง"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...ไม่พอ บอกเลยว่าไม่เพียงพอ แน่นอน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...ถ้าในภาพรวม ระดับ รพช. รพท. หรือโรงพยาบาลศูนย์ คิดว่าเพียงพอในการรักษา แต่ว่าถ้าเกิดใน รพ.สต. อย่างที่บอกก็คืออาจจะยังขาดแคลนในเรื่องของระดับ รพ.สต. อยู่"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...คิดว่าโอเคนะ ในพื้นที่นี่ไม่รู้กว้างแค่ไหน แต่ถ้าเอาแถวนี้ก็คือคิดว่าศักยภาพโอเค แต่ถ้าไกลออกไปเช่นถ้ามองภาคทั้งหมดอะไรอย่างนี้ คิดว่าทักษะก็คงยังขาด ซึ่งตรงนี้เราก็ไม่ค่อยรู้เท่าไหร่เพราะเราเป็นเหมือนบทบาทเราไม่ได้ลงไปตรงนั้น แต่บางที่เขาจะมีทีมที่ลงไปในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับเขา อันนี้นี่คิดว่าเขาก็น่าจะขาดคือตัวเขาเองก็ขาดในแง่ของคนจะลงไป audit ให้เพียงพอ คิดว่าตรงนี้จะเป็นอันที่ยังขาดอยู่"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...ตัวสถาบันมันก็เป็น Tertiary มันก็มีผู้มีทักษะอยู่แล้ว แต่มันจะมีปัญหา เช่น คือของเราก็จะเน้นในเรื่องของตัวสุรา การถอนพิษสุรา แต่ว่าตัวโรคร่วมต่าง ๆ เช่น ถ้าเกิดคนไข้ที่ถอนพิษสุราส่วนใหญ่บางทีเขาจะมีโรคทางกายเยอะ เช่น โรคหัวใจ โรคตับ หรือมีพวกอุบัติเหตุ Trauma อะไรต่าง ๆ เครื่องมือ เช่น CT Scan อย่างนี้ โรงพยาบาลก็ไม่ได้มีแล้วก็ถ้าเกิดว่ามันมีโรคทางกายที่ต้องดูแล เช่นต้อง monitor พวก ECG ดูหัวใจดูอะไรอย่างนี้ ความดันที่เอาไม่ลงเพราะต้องส่งต่อโรงพยาบาลฝ่ายกายก็ต้องส่งต่อ EKG มีอยู่แต่ CT, MRI ไม่มี"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...ก็มีจิตแพทย์หลายท่านไม่ว่าจะเป็นทั้ง โรงพยาบาลจังหวัด โรงเรียนแพทย์อะไรต่าง ๆ แล้วก็สำหรับพยาบาลที่จบทางด้านจิตเวชเฉพาะทางหรือว่า

ยาเสพติดนี่ ก็มีระดับหนึ่งถ้าในสถาบัน แต่ว่าด้วยการทำงานนี่บางทีอาจจะไม่ได้อยู่ในเชิงบริการอย่างเดียว เขาต้องไปทำเชิงบริหารหรืออย่างอื่นด้วย มันทำให้คือถ้าโดยนับจำนวนของสิ่งที่มีจริง ๆ เหมือนจะพอ แต่ในเชิงปฏิบัติจริง ๆ บางทีเราอาจจะยังมีความไม่ครบถ้วนบ้าง แต่อันนี้ก็ด้วยความที่บอกตรง ๆ ว่าไม่ได้ทำเชิงบริหารอาจจะไม่ทราบระบบจริง ๆ ผู้ใหญ่อาจจะมองว่า เอ้ย มันโอเคแล้วก็ได้ แต่อันนี้ก็คือเหมือนเราได้พูดคุยกับน้อง ๆ บ้างที่แบบบางทีก็ระดับน้อง ๆ เล็ก ๆ ที่อาจจะอยากฝึกพัฒนาการเรียนต่อ ก็คือแต่ว่าทางโรงพยาบาลก็มีการส่งเสริมอยู่เสมอนะ เพื่อที่จะพยายามให้มีพยาบาลด้านยาเสพติดให้เพิ่มขึ้น ถ้ามีเพิ่มขึ้นก็จะเพิ่มศักยภาพในการดูแลคนไข้ได้มากขึ้น เพราะว่าต้องทำงานด้านอื่น ๆ ด้วย คือจริง ๆ มีเพียงพอแต่ว่าเหมือนที่บอกว่า คือถ้าตามกรอบว่ามองว่ามีพยาบาลจิตเวชมั้ย พยาบาลยาเสพติดมั้ย จิตแพทย์มีมั้ยมีเพียงพอแต่เหมือนที่บอกว่า ไม่ได้ถูกมาทำงานแต่ด้าน service อย่างเดียวต้องแบ่งไปทำงานบริหารวิชาการด้านอื่น ๆ ด้วยอะไรอย่างนี้ อาจจะทำให้ภาระงานมันเหมือนจะพอแต่มันก็เอาจริง ๆ อาจจะไม่ได้พอขนาดนั้น"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...ถ้ามองโดยภาพรวม มองในพื้นที่นะ คิดว่าไม่เพียงพอนะครับ เอาง่ายๆเรามองแค่บุคลากรที่บำบัดจิตเวชและบำบัดยาเสพติดเนี่ย สุรามันก็คือคนกลุ่มเดียวกันนะ เพราะฉะนั้นภาระงานเขามีจำนวนมาก ยาเสพติดก็มากอยู่แล้ว จิตเวชก็มากอยู่แล้ว แถมจะต้องแบ่งมาบำบัดสุรา โอ้ มันขาดแคลนแน่นอน มันไม่พอแน่นอน เพราะฉะนั้นในภาพรวมเนี่ยมันขาดแคลนนะครับ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.13 การมีรูปแบบโปรแกรมการรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้มาตรฐาน

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลการมีรูปแบบโปรแกรมการรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้มาตรฐานโดยกล่าวว่ามีการคัดกรองในระบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การถอนพิษ การฟื้นฟูซึ่งมีทั้งการเข้ากลุ่มเฉพาะของสถาบันหรือหน่วยงาน, Matrix Program, Self-Help Group, Therapeutic Community, การฟื้นฟู Cognitive Impaired และการติดตาม 1413 สายด่วนเลิกเหล้า ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...การรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในสถาบันก็มีการรักษาทั้งการคัดกรอง การเข้ากลุ่ม ICOTR แล้วก็มีการติดตามอยู่"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...เรื่องรูปแบบการรักษา ก็จะมีการรักษาทั้งในรูปแบบของการให้คำปรึกษาแบบสายด่วนในโรงพยาบาลก็จะเป็นที่ตั้งของเรื่องสายด่วน 1413 มีรูปแบบโปรแกรมก็คือ โปรแกรมผู้ป่วยนอก แล้วก็จะมีคลินิกที่เป็นเกี่ยวกับเฉพาะทางเรื่องของการเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะ ก็จะเปิดตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันพฤหัส ก็สามารถเข้ามาปรึกษาได้ แล้วก็จะมีเรื่องของโปรแกรมการบำบัดแบบผู้ป่วยในก็จะสามารถเข้ามาอยู่ที่โรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาได้ ก็จะมีในลักษณะที่ถอนพิษหลังจากนั้นก็มีโปรแกรมเพื่อให้รับการบำบัด โปรแกรมก็จะมีให้เลือกได้หลายอย่าง ถ้าเป็นโปรแกรมแบบผู้ป่วยในก็จะมีเรื่องของ PMK Model นะคะ ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดที่ใช้รูปแบบการบำบัดของ CBT MI แล้วก็ Twelve Steps ซึ่งก็เป็นโปรแกรมที่ได้รับการยอมรับจากทั่วโลก ก็จะอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 28 วัน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...มีโปรแกรมที่เป็นมาตรฐานอยู่เหมือนกันสำหรับที่ทางกระทรวงทางกรมแนะนำ มี guideline มา แต่ว่าก็ยังขาดการที่เราเอาไปใช้ให้มันเป็นตามรูปแบบของที่เขาคาดหวังว่ามันจะเป็น ก็เลยคิดว่าในส่วนนี้มันยังมีแต่รูปแบบจริงแต่ว่าเรายังไม่ได้มีการเอา

ไปใช้แล้วก็ยังไม่ได้มีการเหมือนกับศึกษาลงไปในพื้นที่ว่าถ้าเอาโปรแกรมนี้มาใช้แล้ว มันจะเหมาะกับคนในพื้นที่มากน้อยแค่ไหน มันจะได้ผลของโปรแกรมมากน้อยแค่ไหน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...มีรูปแบบอย่างที่กล่าวไปแล้วก็คือ เป็นรูปแบบที่มีการพัฒนาโครงการจาก ผรส. ซึ่งตอนนี้เนี่ยได้ add เข้าไปในโปรแกรมการดูแลรักษาคนไข้กลุ่มสุรา แล้วก็ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ในระบบโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปแล้ว"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...หลายหน่วยงานเขาก็ใช้ แนวทางการบำบัดสุราที่เคยมีก็คือแผนระบบ ผรส. น่ะ ซึ่งเข้าไปเผยแพร่แล้วทำให้เกิด CPG ขึ้นมา แล้วนำไปใช้ อันนี้ก็ทำให้เขาได้นำไปใช้ได้ผล ก็เชื่อว่าอันนั้นก็คือแผนที่มันมีมาตรฐาน พอสมควรแล้วก็มีการวิจัยต่อเนื่องด้วย อาจารย์เชื่อว่ามันมีมาตรฐานน่ะ แต่ว่าบุคลากรมันไม่เพียงพอแล้วก็การนำไปใช้มันใช้ไม่ได้ทุกแห่งน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...โปรแกรมการรักษาในระดับ โรงพยาบาลเครือข่ายของเรา คิดว่าค่อนข้างได้มาตรฐานทั้งตัว Motivation Interview แล้วก็ ระบบการดูแลแบบไม่ว่าจะ Matrix Program หรือว่าทำ Self-Help Group นะ ก็ทำโดยมาตรฐานวิชาชีพของพยาบาลและแพทย์อยู่แล้ว คิดว่าในระดับ รพช. รพท. ก็อยู่ในระดับดีน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...คิดว่าจังหวัด ก็ว่า advance นะเพราะว่าคนก็มีความสามารถอยู่ในจังหวัด เพราะเป็นจังหวัดใหญ่นะ อืม คิดว่าในภาพรวมโอเคเลยตามมาตรฐาน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...ในพื้นที่ก็คือของโรงพยาบาลเองก็มีมาตรฐานอยู่แล้วก็คือดูแลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยในก็ตั้งแต่ถอนพิษแล้วก็ดำเนินการฟื้นฟูทั้งระยะสั้น ระยะยาว สามารถนอนตั้งแต่เป็นระดับ 4 เดือนถึงปีนึงได้เลยในคนไข้แอลกอฮอล์ที่ไม่มีปัญหาก็นอนได้แล้วก็ฟื้นฟูเรื่องของตัวสมองเรื่องของ Cognitive Impaired ได้ แล้วก็มีมาตรการในการดูแลคนไข้ มี CPG ในการที่จะดูแลคนไข้ มีเรื่องของตัวยาอะไรต่าง ๆ ครบถ้วน ในพื้นที่นะ แต่ถ้าเกิดในโรงพยาบาลข้างเคียงก็คือ ตามศักยภาพของโรงพยาบาลเลยว่า เช่น โรงพยาบาลอำเภออาจจะไม่ได้มีเตียงเขาเลยต้องส่งต่อมาที่สถาบันอย่างนี้ได้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...ถ้าของโรงพยาบาลเองมันก็ค่อนข้างที่จะมีระบบมี system ของมันอยู่แล้วเหมือนที่บอกก็เป็น 4 ขั้นตอนหลักว่าต้องทำอะไร ระยะ Detox ก็จะมีตึกบำบัดยาที่ชัดเจน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพก็มีตึกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแอลกอฮอล์เพราะบางทีแอลกอฮอล์ก็ไปทำลายสมองค่อนข้างเยอะ มีผลต่อ Cognition กระบวนการความคิด ความซ้าอะไรอย่างนี้ เราอาจจะไม่สามารถใช้รูปแบบด้วยความที่ ที่เนี่ยเป็น Therapeutic Community เป็นหลักของการฟื้นฟูเนอะแต่ว่าด้วยความที่แอลกอฮอล์เหมือนที่บอกน่ะ Complication หรือผลแทรกซ้อนมันมี ก็อาจจะใช้ระบบแบบนั้นไม่ได้ทั้งหมด ก็มีพัฒนาตึกที่ดูแลคนไข้ที่มีผลจากแอลกอฮอล์ Cognitive Impair อะไรอย่างเนี่ย ในระบบฟื้นฟูขึ้นมาด้วย"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...รูปแบบมาตรฐานนี่มีอยู่แล้วครับ โปรแกรมบำบัดนะ เป็นแบบคัดกรอง ถอนพิษ ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก มันมีองค์ความรู้อยู่แล้วละ แต่ปัญหาก็คือว่าบุคลากรไม่เพียงพอ สถานบำบัดมีอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวก หรือสถานที่ไม่เพียงพอก็เรียกว่ามันขาดแคลนไปทั้งระบบนะ นโยบายก็ไม่ได้ ประชาชนก็ไม่มีความตระหนักไม่รู้บุคลากรก็ขาดแคลน แต่องค์ความรู้ ถามว่ามีไหม มีนะ เพราะว่ามันผ่านกระบวนการศึกษามาหลายปีผ่านที่มา แผนงานที่ดูแลกัน พัฒนาตัวองค์ความรู้ใหญ่ ๆ ก็คือ ผรส. ซึ่งองค์ความรู้มี

อยู่แล้ว แต่มาติดขัดตรงที่การผลักดันเชิงนโยบาย มันยังไม่ลุล่วง นโยบายระดับบนก็ยังไม่ค่อยได้สนใจ ระดับล่างก็ Work Load เยอะ ประชาชนก็ขาดองค์ความรู้ อันนี้ยังเป็นปัญหาทั้งระบบเลยนะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.14 การได้ดำเนินการตามโปรแกรมหรือระบบการให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลการได้ดำเนินการตามโปรแกรมหรือระบบการให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์โดยกล่าวว่าส่วนใหญ่มีการได้ดำเนินการตามโปรแกรม มีการแก้ไข พัฒนา ประเมินผล แต่ในบางพื้นที่บุคลากรมีภาระงานมากอาจทำให้การได้ดำเนินการตามโปรแกรมบกพร่องบ้าง บางพื้นที่ก็มีการนำบางส่วนของโปรแกรมมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและบางพื้นที่ก็ได้แต่คัดกรอง และถอนพิษ แต่การฟื้นฟู และการติดตามอย่างต่อเนื่องยังไม่มี ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...การดำเนินการตามโปรแกรมนี่ตอนนี้ก็คือหลังจากที่มีการปรับโครงสร้างของบุคลากร รวมถึงมีปัญหาเรื่องจำนวนบุคลากรที่ต้องรับหน้างานอื่นทำให้ความสามารถน้อยลง ทำให้ในเรื่องการติดตามตามโปรแกรมอาจจะมีหลุดหรือว่าบกพร่องบ้าง"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...ค่อนข้างดำเนินได้อย่างเป็นระบบนะ แล้วก็ดำเนินงานในลักษณะแบบนี้แล้วก็จะมีการประชุมแล้วก็แก้ไขแล้วก็พยายามพัฒนาในส่วนต่าง ๆ เพิ่มขึ้นไปเรื่อย ๆ นะ แล้วก็มีการประเมินว่าในส่วนตรงไหนที่ออกมาแล้วให้ประโยชน์แก่ผู้เข้ามาบำบัดแล้วก็ตรงไหนที่ยังมีปัญหาอยู่ก็จะมีการประเมินอยู่ตลอด"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...คิดว่าไม่ได้ดำเนินการไปตามโปรแกรมแบบเต็มรูปแบบนะ แต่ว่าก็เอาบางส่วนที่มันใช้ได้หรือว่ามันเหมาะกับคนไข้โดยเฉพาะคนไข้ฝ่ายกาย เอามาประยุกต์ใช้ในบางแง่มุม เช่น วิธีการวินิจฉัย วิธีการรักษาแบบสั้น แต่วิธีการที่ติดตามเป็นระยะยาวหรืออะไรพวกนี้ ยังไม่ได้เอามาใช้เต็มที่ คือในช่วง 3 เดือนแรกนี่ระบบมันยังค่อนข้างชัด เรายังมีการติดตามแต่พอหลังจากนั้นแล้วนี่ก็จะไม่มี ส่วนในพื้นที่นี่ก็จะไม่ทราบเลยเนื่องจากทางโรงพยาบาลไม่ได้เชื่อมต่อไปกับทางพื้นที่ด้วย"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...มีการติดตามโปรแกรมอยู่นะ ดำเนินการอยู่ตลอด"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...ในส่วนของโรงพยาบาลจิตเวชเองนี่ คือเราทำงานเป็นสองส่วนอย่างนี้ ตัวโปรแกรมเป็นเพียง guideline หนึ่งที่ทำให้เราทำงาน อีกตัวหนึ่งจะเป็นตัวชี้วัดที่เราได้รับมอบหมายจากกรมสุขภาพจิต เช่น การหายทุเลาจากคนไข้ดื่มแอลกอฮอล์ การไม่กลับไปดื่มซ้ำใน 3 เดือน หรือ 6 เดือนอย่างนี้น่ะ เป็น Early Revision เขาใช้คำนี้น่ะ ซึ่งในเรื่องของการดำเนินการตามโปรแกรมหรือระบบตัวนี่ เรามองว่าในภาพรวมของหน่วยบริการที่เราให้การบำบัดรักษาอยู่สามารถดำเนินการตามโปรแกรมได้ค่อนข้างดีเพราะว่าโรงพยาบาลจิตเวชเองได้ไปมีการไปลง refresh ข้อมูล แล้วก็ส่งเสริมป้องกันติดตามในพื้นที่อย่างสม่ำเสมออยู่แล้ว แต่ในส่วนของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีจิตแพทย์ตรงนี้ ยังไม่ทราบข้อมูลน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...ได้เฉพาะถอนพิษแต่อย่างอื่นไม่ได้ ได้ถอนพิษได้การคัดกรองบำบัดอย่างย่อได้ แต่บำบัดฟื้นฟูติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่มี ระบบติดตามต่อเนื่องไม่มี"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...ถ้าในภาพรวมและในพื้นที่คิดว่าค่อนข้างดูแลได้ดี ตาม guideline ของในพื้นที่ของเรา เพราะว่ามีตารางในการนัดให้คนไข้มาดูแลต่อเนื่องอยู่ แล้วก็ทำให้เป็นระบบอยู่นะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...ในโรงพยาบาลในภาพรวมของสิ่งที่ดูแลอยู่หรือทำอยู่นี่ หมอคิดว่าดำเนินตามโปรแกรมได้โอเคน่ะ ตามระบบที่เราคิดว่าเราตั้งขึ้นมา เช่น คนไข้นอก อะไรอย่างนี้ แล้วก็คนไข้ในหลังจากถอนพิษแล้วเมื่อไหร่เข้าสู่การฟื้นฟู จะได้รับการบำบัดทางจิตสังคมในโปรแกรมนี้กี่ครั้ง แล้วก็ประเมินอะไรก่อนที่จะจำหน่ายออกไป ในส่วนของระบบที่ดูแลคิดว่าเราทำได้ดี ดำเนินการตามโปรแกรม"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...มีแหละ เพราะมันมี CPG มีในเรื่องของตัว guideline ในการดูคนไข้อยู่ แต่การให้ยาผู้ป่วยอย่างเช่นถ้าเกิดผู้ป่วยในนี่มันก็จะมี protocol ในการดูแลคนไข้อยู่แล้วว่า Day 1 ดูแลอะไร Day 2 3 4 5 6 7 ยังไง ช่วงสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 เริ่มคุยกับญาติแล้ว แล้วก็สัปดาห์สามสี่ motivation คนไข้เพื่อฟื้นฟู วางแผนการรักษาว่าจะรักษารูปแบบไหน จะฟื้นฟูต่อที่โรงพยาบาลหรือว่าไปฟื้นฟูที่บ้าน โปรแกรมในเรื่องของการติดตามเยี่ยมบ้าน การปรับเปลี่ยนความเข้าใจกับคนในครอบครัวอะไรอย่างนี้ ก็มีมาตรการ ใช่ ระบบติดตามก็จะมีทีมงานที่ดูแลการติดตามอยู่ ก็จะเป็นนักสังคมสงเคราะห์ให้ หรือแม้แต่ในเรื่องของกลุ่มคนที่มีปัญหา เช่น ไร้บ้าน ไม่มีเลขบัตรประชาชน หรือว่าผู้พิการทางจิต อาการทางสมอง เราก็ออกบัตรผู้พิการอะไรให้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...มีทีมของทีมพัฒนาเกี่ยวกับทั้งเรื่องขององค์ความรู้และพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสุรา เขาก็มีทีมที่ก่อตั้งมาเพื่อที่จะพัฒนาตามองค์ความรู้ที่เปลี่ยนไปตามแต่ละยุค รวมถึงมีการติดตามกำกับดูแลทั้งในเชิงของวิชาการ บริการ บริหารว่าเป็นอย่างไร"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...ถ้าในกรุงเทพมหานครก็มีการดำเนินการนะ แต่มันก็ยังเป็นภาพในเชิงตั้งรับอยู่เยอะนะ ก็คือเป็น office-based คลินิก ผู้มารับบริการก็เดินมาหา ในเชิงรุกที่จะรณรงค์สื่อต่าง ๆ นี่ ในกรุงเทพนี่ก็จะได้อานิสงค์จากการรณรงค์ของ สสส. แล้วก็ที่ทำเอง ก็จะเสริมกับทาง สสส. ก็คือสื่อสังคมออนไลน์ แต่เมื่อเทียบกับทั้งระบบก็ยังถือว่าเป็นสัดส่วนที่น้อย แต่ว่าในพื้นที่กรุงเทพนี่ ก็คิดว่ามีสถานที่บำบัดรองรับอยู่...ก็เรียกว่ามีศักยภาพพอสมควร และก็ในพื้นที่กรุงเทพเนี่ย ก็คิดว่ารองรับสถานการณ์ได้อยู่ แต่ว่าตามจังหวัดต่าง ๆ เนี่ย ก็น่าจะยังมีปัญหาอยู่พอสมควร"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.15 การมีทรัพยากรด้านเวชภัณฑ์เพียงพอและเข้าถึงได้ในการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลการมีทรัพยากรด้านเวชภัณฑ์เพียงพอและเข้าถึงได้ในการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์โดยกล่าวว่ายาพื้นฐานที่ใช้ในการถอนพิษมีเพียงพอบ้าง ไม่เพียงพอบ้างในแต่ละพื้นที่ ยาบางตัวก็ไม่ได้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยา Naltrexone และ Acamprosate ที่ใช้ในการรักษาอาการอยากแอลกอฮอล์ไม่มี ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...ในเรื่องเวชภัณฑ์ในเรื่องการรักษานี่ค่อนข้างจะเพียงพอเพราะว่าจริง ๆ แล้วการรักษา Alcohol Use Disorder ก็ใช้ยาพื้นฐานได้ ทำให้เวชภัณฑ์นี่ค่อนข้างจะเพียงพอและเข้าถึงได้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...ทรัพยากรด้านเวชภัณฑ์ที่เพียงพอนี่น่าจะสะท้อนเหมือนกับของระดับประเทศก็คือเรื่องยาหลักนี่เรายังไม่มีเหมือนเดิม แล้วก็เรามียารองแล้วก็เราก็มีวิธีการในการรักษาบำบัดอื่น ๆ นะ แต่ก็คิดว่าถ้าประเมินแล้วนี่ในโรงพยาบาลก็ยังเพียงพออยู่นะ ด้วย

จำนวนเคสหรืออะไรอย่างนี้ที่ค่อนข้างจำกัดน่ะ บุคลากรอะไรพวกนี้ก็ยังเพียงพออยู่นะ เพราะว่าเคสที่มานี่ไม่ได้มาก ไม่ได้มีจำนวนมากเท่าไหร่น่ะ ตรงส่วนพื้นที่นี่ก็คิดว่าน่าจะยังมีปัญหาอยู่เหมือนกันนะ อาจจะไม่เพียงพอนะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...ไม่น่าจะพอนะกับสภาพปัญหาเพราะคนติดเหล้ากันเยอะน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 6

"...ไม่เพียงพอน่ะ โดยเฉพาะยารักษาเพื่อลดอาการอยาก Naltrexone, Acamprosate และการบริหารจัดการยายังไม่ดีน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...ในเรื่องของตัวทรัพยากรและเวชภัณฑ์ อันนี้ มันก็จะมีเป็นเหมือนเป็น minimal requirement ที่แต่ละสถานบริการทุกระดับสถานบริการจะต้องมีให้เป็น minimal requirement ที่เพียงพอสำหรับการรักษาคนไข้กลุ่มนี้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...ไม่พอ เวชภัณฑ์ต้องบอกก่อนว่าลำบากไม่ว่าการใช้ยา Benzodiazepine ก็ถูกบังคับด้วยกฎระเบียบ อย. ใช่มั้ย ยามันไม่ได้ใช้ง่าย แล้วก็อันที่สองนี่ยาบางตัว Anti-craving ก็ไม่มี เราต้องใช้ยาอื่นแทน ยาบางตัวก็อยู่นอกบัญชีใช้ยาก็ต้องจ่ายเองก็มี มันก็ไม่เพียงพอ คนไข้แอลกอฮอล์เขาก็หาเงินลำบากส่วนใหญ่ที่เป็นคนจนไม่มีเงินอยู่ในสวัสดิการรัฐ มันก็ได้ยาบางตัวเท่านั้น น่าจะมียานำเข้านะ พวก Naltrexone, Acamprosate ควรนำเข้ามา"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...ด้านเวชภัณฑ์ที่เพียงพอนี่ก็คิดว่าน่าจะเป็นปัญหาระดับประเทศที่ตัวยาอื่น ๆ ไม่มีอาจจะเป็นเรื่องของ Detox ได้บ้างเบื้องต้นนะ แต่ว่ายาในช่วงใช้การ Rehab

อาจจะยังไม่ชัดเจนน่ะ ก็ยังขาดแคลนอยู่ ยกเว้นว่าจะใช้ในเรื่องของยาตัวอื่น ๆ ที่บำบัดโรคร่วม แค่นั้นก็มีครบน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...ในภาพรวมของประเทศก็คิดว่าขาด ในพื้นที่ก็ว่ามันขาดเพราะว่าคือด้านเวชภัณฑ์หมายถึงคือมันต้องแบ่ง โอเค ยาที่เป็นพื้นฐานคิดว่ามันโอเคแล้วแต่ถามว่ายาที่เป็นเวชภัณฑ์ในการรักษาโรคนี้จริง ๆ คิดว่ามันก็ขาดเพราะว่าประเทศไม่มี พื้นที่มันก็ไม่มีตามไปด้วยอะไรอย่างนี้น่ะเพราะฉะนั้นก็ยังขาดในแง่ของการรักษาโรคเสพติดที่เรามุ่งเน้นการทำจิตสังคมบำบัดอย่างเดียว คิดว่ายามันเป็นทางเลือกที่ดีอันนึง อย่างน้อยมันช่วยให้ลดอันตรายจากการดื่มได้ แม้ว่าจะไม่ได้หายไปเลยทีเดียวซึ่งอันนี้เราคิดว่าเราด้อยกว่าที่อื่น ๆ น่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...เวชภัณฑ์ถ้าเกิดเป็นของตัวโรงพยาบาลจริง ๆ ก็ค่อนข้างพอเพราะปกติเป็นโรงพยาบาล Tertiary อย่างที่บอกน่ะ ก็จะมีการ stock ยา มีอะไรค่อนข้างเยอะอยู่แล้ว แต่ว่าถ้าเกิดในพื้นที่ส่งต่อ เช่น บางคนไข้หลังจากที่ฟื้นฟูเสร็จ เราก็จะส่งไปที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ยาบางอันมันก็อาจจะแบบไม่มี เช่น สมมติยาในเรื่องของตัวตับ อย่างเนี่ยคือตับบางอันมันก็ไม่ได้มี หรือแม้ในเรื่องของยาตัวป้องกันการไปดื่มซ้ำอย่างนี้ก็ไม่มี"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...เป็นสถาบันเนอะ มันก็ค่อนข้างที่จะมีระดับนึงเลยแต่ถ้าเกิดถามว่ายาที่ได้ตามมาตรฐานบางอย่างที่ FDA approve ต่าง ๆ อะไรอย่างนี้น่ะ มันขึ้นอยู่กับระบบของประเทศด้วยรึเปล่าไม่แน่ใจหรือว่าเป็นระบบของบริหารจัดการด้วยของแต่ละที่ที่อาจจะไม่ได้มีแบบทุก item ขนาดนั้น แต่ว่าโดยรวมส่วนมากนี่ก็ค่อนข้างมียามีเวชภัณฑ์เพียงพอระดับนึงน่ะ ก็ไม่ได้ถือว่าขาดแคลนถ้าในสถาบันที่อยู่ แต่ก็เพียงแต่ว่าบางตัวที่อาจจะยังไม่ได้แบบถูกนำเข้ามาหรือว่าทางคณะกรรมการยาต้องพิจารณาอีกทีนี่อาจจะยังไม่ได้ครบทุก item

ตามที่ FDA approve สำหรับการรักษาของผู้ป่วยสุรา แต่เบื้องต้นตามเกณฑ์มาตรฐานก็พอมีพอสมควร"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...ยังไม่เพียงพอแหละนะ ก็อย่างที่บอกปัญหาที่วิเคราะห์ไปเบื้องต้นก็คือว่า คนจำนวนมากยังไม่ได้เข้าสู่บริการนะ งั้นถ้าเกิดประชาชนตระหนักรู้และมีความต้องการมากขึ้น ภาครัฐก็คงจะรองรับไม่ได้ ทุกวันนี้เรียกว่าชาวบ้านก็ไม่ได้ตระหนัก ไม่ได้รับรู้ไม่รู้ว่าจะไปหาบริการที่ไหน ภาครัฐก็มีอยู่ระดับนึง มันก็ดูเหมือนกับไปได้ แต่เมื่อไรที่สังคมตระหนักรู้แล้วก็ต้องการความช่วยเหลือนี่ ภาครัฐก็อาจจะต้องเพิ่มขีดความสามารถ เพิ่มทั้งบุคลากร เพิ่มทั้งอุปกรณ์ทั้งหลายและก็สถานที่ ก็คือในส่วนเวชภัณฑ์ตรงที่ว่าคือประเทศไทยยังไม่มียาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ควรนำเข้ายาเพื่อมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ยาเรามีตัวเดียวตอนนี้ยาเบื่อเหล้า"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.16 การมีระบบติดตามประเมินผลการรักษาเมื่อผู้เข้ารับการบำบัดกลับบ้านหรือสิ้นสุดการรักษา

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลการมีระบบติดตามประเมินผลการรักษาเมื่อผู้เข้ารับการบำบัดกลับบ้านหรือสิ้นสุดการรักษาโดยกล่าวว่ามีการติดตามเชิงรับจากการนัดตรวจเป็นรายบุคคล 3 เดือน หรือตลอดทั้งปี การติดตามในเชิงรุกโดยใช้สายด่วนเลิกเหล้า 1413 การเยี่ยมบ้าน และเครือข่ายผู้ที่เลิกเหล้าได้สำเร็จช่วยติดตาม แต่ยังไม่มีการติดตามเชิงระบบที่เป็นรูปธรรม ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...กรมสุขภาพจิตมีการติดตามซึ่งเป็นตัวชี้วัดอยู่ก็คือใช้ติดตาม 3 เดือนหลังจากกลับ หรือว่า Discharge ออกจากโรงพยาบาลน่ะ ว่าคนไข้ยังใช้อยู่มั้ยก็มีการติดตามแล้วก็ประเมินผล"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...มีการประเมินอยู่ในทั้งในเชิงรุกแล้วก็เชิงรับ เช่นเวลาที่คนไข้เข้ามารับการติดตามมารับยาต่อ เราก็จะประเมินในเรื่องต่าง ๆ อยู่ตลอด อีกอันหนึ่งก็คือจะเป็นโปรแกรมของการโทรสอบถามว่าหลังจากที่เสร็จจากโปรแกรมไปละ มีชีวิตเรื่องของความเป็นอยู่อย่างไรบ้างโดยที่ก็มีการประเมิน 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน แล้วก็จะมีโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ในผู้ป่วยที่มีปัญหาอยู่แล้ว..."

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...ยังขาดระบบการติดตามที่เป็นรูปธรรมอยู่ ส่วนมากในช่วงแรกของการรักษาไปแล้วเราจะมีการติดตาม ถ้าคนไข้ไม่ได้มาตามนัดเราจะมีการโทรศัพท์ไปอยู่ แต่พอหลังจากผ่านไปแล้วนี่น่าจะผ่านช่วงประมาณ 1 ถึง 3 เดือนไปแล้วนี่ก็คือถ้าเกิดคนไข้ไม่มานี่เรายังไม่มีระบบในการติดตามที่มันชัดเจนสำหรับที่นี่นะ และมักจะเป็นเคสที่มีปัญหาและเคสก็จะกลับมาอีกครั้งหนึ่งด้วยปัญหาการติดสุราใหม่หรือว่ามีปัญหาโรคแทรกซ้อนมาน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...มีติดตามเป็นราย ๆ ไป แต่เชิงระบบยังไม่มี"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...เราจะใช้ตัวชี้วัดเป็นตัวกำกับน่ะ หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเราจะมีการติดตามโดยมีตัวชี้วัดกำกับก็คือ early remission ใน 3 เดือนแต่ก่อนเราใช้ 6 เดือน ว่ามีผู้ป่วยหายทุเลาก็คือไม่กลับไปดื่มไปเสพซ้ำนี่เป็นร้อยละเท่าไหร่น่ะ แล้วก็ตัวชี้วัดอีกตัวหนึ่งก็คือเราใช้เรื่องของคนไข้ไม่เกิดการ relapse แต่ก่อนเราจะมองว่าคนไข้ที่หายทุเลาคือจะไม่มีการดื่มเลย แต่ในความเป็นจริงเราพบว่าเมื่อดำเนินการไปสักพักหนึ่งเรา

พบว่าคนไข้อาจจะมีการดื่มบ้างแต่การดื่มนั้นจะต้องไม่ทำให้เขา relapse คำว่า relapse คือ กลับไปเป็นซ้ำ ไม่สามารถทำงานได้ต้องกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ อันนี้เราเรียกว่า relapse ซึ่งถ้าคนไข้ในกลุ่มที่เราติดตามไปเพียงแค่อาจจะมีการดื่มหรือจิบบ้างบางโอกาสแต่ยังสามารถที่จะดำเนินชีวิตไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหรือไม่กลับมามีอาการทางจิตหรือโรคทางจิตเวชกำเริบซ้ำ เราถือว่าคนไข้กลุ่มนี้ก็หายทุเลาเหมือนกันน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...ไม่มีระบบติดตามที่แน่นอนและเป็นมาตรฐานไม่มี แล้วแต่บุคคล แล้วแต่ความชอบของผู้รักษาว่าชอบดูแลกลุ่มพวกนี้ไหม ถ้าชอบก็ติดตามนานถ้าไม่ชอบก็ไม่ติดตามน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...ส่วนใหญ่ได้รับการติดตามที่ดี แล้วก็ค่อนข้างมารับการติดตามรักษาได้ดี อยู่ในระดับที่ดี เพราะว่าเรามีเครือข่ายของ Self-Help Group กับ Peer Group ร่วมด้วย คือ ตัวเครือข่ายของ Ex-addict หรือคนที่เลิกเหล้าได้สำเร็จเขาก็จะช่วยติดตามให้ด้วย"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...คิดว่ามีระบบกลางที่โอเคเป็นตามมาตรฐาน แต่ภาพรวมนี่คงจะแตกต่างกันไปตามบริบทแล้วก็ศักยภาพของโรงพยาบาล ส่วนในพื้นที่ของเราเองนี่ เราติดตามแบบคนไข้นอกเป็นหลัก เหมือนกับกลับบ้านจำหน่ายหรืออะไรอย่างนี้ เราก็นัดก็มาตามอันนี้น่ะ มีระบบที่พยายามนัดแต่เราอาจจะขาดการติดตาม เช่น ถ้าเขาไม่มาเราไม่ค่อยได้ตามคือ เขาหายไปไหนเราไม่รู้หรือยังไงไม่รู้กลับมาอีกทีหนึ่งก็เป็นมาอีกละ อันนี้คิดว่ายากสำหรับเรา เราขาดคนที่จะไปทำตรงนี้ เราไม่มีระบบที่ชัดเจนเลย แล้วเราก็ไม่มีพื้นที่เฉพาะที่จะเหมือนกับจะมีคนไปดูเคสไปตามอะไรให้เรา"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...โรงพยาบาลมีระบบการติดตามอยู่แล้วก็อย่างที่บอกไประบบการติดตามก็ติดตามแบบคนไข้เข้ามาโรงพยาบาลหรือว่าเป็นการติดตามโดยพวกสื่อต่าง ๆ โทรศัพท์ Line จดหมายอะไรอย่างนี้ อืม แล้วก็มีการส่งต่อ ใช้ระบบ บสต. ในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชนน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...มีในระบบของการติดตามก็คือ จริง ๆ แล้วก็ติดตามให้ครบทั้ง 1 ปี แล้วก็ดูในเรื่องของ retention การที่มาต่อเนื่องด้วย ตรวจเลือด เป่าลมหายใจไม่พบสุราและสารเสพติดน่ะ คือ ติดตามเองด้วยส่วนหนึ่งแล้วก็มีส่งกลับซึ่งถ้าส่งกลับเราก็ไม่ได้อยู่ดี ๆ ส่งลอย ๆ แต่เราก็ต้องแจ้งกับศูนย์ติดตามว่าคนนี้กลับไปติดตามต่อที่ไหนใกล้บ้านตรงไหนน่ะ หรืออาจจะมีการประสานกับระบบติดตามให้เขาหาที่ใกล้บ้านเพราะว่าบางทีเหมือนที่บอกน่ะเขามาไกล ก็คือถูกส่งมาไกลก็อาจจะติดตามใกล้บ้านสะดวกกว่าเพราะว่ามันต้องมีการนัดต่อเนื่องให้ครบตามจำนวนการรักษา"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...สถานบำบัดอื่นเรื่องการติดตามรักษาน่าจะมีปัญหามาก แต่ในส่วนนี้ อย่างที่บอก เราทำโครงการเรื่องสายด่วน เราก็ใช้สายด่วนในการติดตาม แล้วก็เรากำลังจะทำเป็น model ว่าจะมีการเชื่อมต่อกับสถานพยาบาลอื่นที่จะช่วยติดตามคนไข้สุราของเขานะ เพื่อให้เห็นเป็น model ตัวอย่างว่า การบำบัดรักษาจากสถานพยาบาลแล้วเราใช้สายด่วนในการติดตามผลลัพธ์มันจะดีขึ้นอย่างไร ทุกวันที่ผ่านมามันยังเป็นใช้เฉพาะโรงพยาบาลนะ แต่ยังไม่ได้ขยายไปสู่โรงพยาบาลอื่น เพราะฉะนั้นเราก็พยายามจะทำอันนี้ให้เห็นเป็นรูปธรรม เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลอื่น ๆ ใช้รูปแบบการติดตามทางโทรศัพท์มากขึ้นนะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.17 การดำเนินการให้มีระบบการเยียวยาด้านการรักษาพยาบาลผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่มองการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บ หรือความรุนแรงจากผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบางส่วนเป็นการเยียวยาผู้ที่มีปัญหาการดื่มเอง โดยให้ข้อมูลการดำเนินการให้มีระบบการเยียวยาในส่วนของข้าราชการ กองทุนช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์ การทำงานร่วมกับสังคมสงเคราะห์เพื่อทำหน้าที่ในเรื่องของการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ การจัดหาสถานที่พักฟื้น การออกบัตรผู้พิการ และการใช้สายด่วนเลิกเหล้า 1413 ในการให้ความช่วยเหลือ ผู้ได้รับผลกระทบ จากการดื่มแอลกอฮอล์ แต่ในบางพื้นที่ก็ยังไม่มีระบบเยียวยา ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...ส่วนใหญ่คนที่เข้ามารับการบำบัดอยู่ในเรื่องของการรับราชการทหารอยู่ส่วนหนึ่งค่อนข้างเยอะ ดังนั้น ในส่วนของการรับราชการทหารก็จะครอบคลุมว่าเป็นดูแลเรื่องของสุขภาพของกำลังพลอยู่แล้ว ในการที่จะต้องดูแลสุขภาพแล้วก็ช่วยเหลือในเรื่องของปัญหาในเรื่องของการดื่มแอลกอฮอล์หรือปัญหาที่ตามมาจากการดื่มแอลกอฮอล์"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...เราพยายามจะสร้างกองทุนเพื่อเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เยียวยาในที่นี้หมายถึงการเข้าไปช่วยงบประมาณเบื้องต้นถ้าเราสืบทราบได้ว่าเคสต่าง ๆ นี้มีผลกระทบจากแอลกอฮอล์แล้วก็มีคณะกรรมการที่ตั้งขึ้นมาเพื่อที่จะดูประเด็นต่าง ๆ แล้วก็เสนอชื่อแล้วเราก็จะเอางบประมาณไปเยียวยา คือว่าเราสร้างกองทุนเยียวยา ใช้ชื่อกองทุนช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์ โดยใช้เงินจากการระดมทุนจัดงานวิ่งงานต่าง ๆ อันนี้เครือข่ายงดเหล้าเป็นคนทำส่วนนี้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 4

"...ทราบแต่ว่าคือในส่วนของการบำบัดรักษา อย่างคนไข้ที่ถูกส่งบำบัดจากศาลเยาวชนอย่างนี้ ที่ด้วยปัญหาเรื่องของการกระทำกรอบความรุนแรงกินเหล้าแล้วก็กระทำความรุนแรงในครอบครัว เราจะมีการทำงานงานแบบ Multidisciplinary ก็คือสหวิชาชีพ จะทำงานร่วมกับทาง คมจ. สังคมสงเคราะห์จังหวัด เพื่อทำหน้าที่ในเรื่องของการฟื้นฟูสภาพจิตใจของเด็กหรือสตรีหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างนี้ จะทำเป็นรูปแบบนี้มากกว่า"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...ไม่มีเลยครับ เรารู้ว่ามีผลกระทบกับครอบครัวแต่บางคนก็มีการสืบสวนช่วยเหลือครอบครัวแต่บางกลุ่มก็ไม่ได้ทำถึงนั้น เพราะว่าคนไม่พอ คือ เราไม่มีระบบชัดเจนว่าจะทำอะไรอย่างไร ภัยมือสองน่ะ ช่วยเหลือคนน่ะเขาเรียกว่าภัยมือสอง ภัยเหล้ามือสอง ผู้ได้รับผลกระทบจากเหล้า แต่ยังไม่มี แล้วก็งานวิจัยเพิ่งเกิดใหม่ไม่เกินปี สองปีนี้เองซึ่งว่ามันมีภัยผลกระทบเยอะแยะมากมายตั้งแต่คนในครอบครัวไปจนถึงชาวบ้านหรือชุมชนแต่เรายังไม่มีระบบอะไรที่จะไปเยียวยาคนที่ได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะ Domestic Violence ครอบครัวที่ได้รับความรุนแรงจากสามีที่เมาเหล้าน่ะ มีภรรยาที่เมาเหล้าที่ทำร้ายลูกก็มี ได้รับความรุนแรงจากคนดื่มสุรา"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...เรามีอยู่แล้วนะ ตัวการเยียวยานี่คือ เราก็จะมีการประเมินเรื่องของนอกจากตัวผู้ป่วยแล้วก็จะมีครอบครัวที่จะได้รับการประเมินร่วมด้วยถ้าเกิดมีปัญหาเราก็จะส่งต่อ กับหน่วยงาน LSCC หรือทางด้านสังคมสงเคราะห์ในการดูแล หรือว่าถ้าเกิดตัว family เองถ้าเกิดเราดูแล้วว่า ตัว family function นี่ไม่ดี หรือมีคนในครอบครัวป่วยก็จำเป็นต้องรับการรักษาด้วย ก็ต้องได้รับการรักษาเหมือนกัน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...ระบบเยียวยา เช่น ก็อย่างเช่น คนไข้ดื่มสุราเสร็จแล้วก็ฟื้นฟูได้ แล้วก็พอเราพบว่ามีโรคร่วม เช่น บางคนเป็น อาจจะมีโรคตั้งแต่กำเนิดของเขาเลยเช่นเป็นพวก MR, Autistic หรือปัญญาอ่อน เราก็ออกบัตรผู้พิการให้ หรือบางคนก็พบโรคร่วมภายหลัง เช่น เป็นพวก Schizophrenia แล้วก็ดูแลในเรื่องของการออกสิทธิ์ผู้พิการ หรือว่า ในรายที่มีปัญหากลับไปบ้านกลับไปชุมชนไม่ได้ เราก็จะหาที่อยู่ให้ หาแหล่งพักฟื้นให้ หาพวก Hug House ให้ เพื่อฟื้นฟูคนไข้ที่จะเข้าสู่ชุมชน แล้วก็นอกจากนี้มันจะมีบางกรณี ก็พบบ้างนาน ๆ ที เช่น พ่อดื่มสุรา แม่ดื่มสุรา แล้วก็ไปทำร้ายลูก ผลกระทบจากคนรอบข้าง เราก็จะมีทีม เช่น แม่ดื่มสุราเยอะ ตีลูก ลูกอายุอาจจะแบบยังไม่ถึงเกณฑ์ เช่น สักแบบสามสี่ขวบอย่างนี้ ก็ไม่มีคนดูแล เราก็จะมีทีมนักจิตประสานกับกับนักจิต นักสังคมประสานกับ พม. พัฒนามนุษย์ เพื่อจะว่าดูแลเด็กยังไงอะไรอย่างนี้ ก็จะส่งต่อกับเจ้าหน้าที่เหมือนกัน เด็กที่ถูก abuse จากตัวพ่อแม่ที่ดื่มสุราก็มีก็จะเป็นเคสไป"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...สมมติเป็นเยียวยาในแง่ที่ว่าดูแลทางด้านจิตใจของผู้ได้รับผลกระทบอย่างเช่น ญาติ ครอบครัว อันนี้มันก็คือทำอยู่แล้วในกระบวนการเพราะมันต้องดูแลจิตสังคมของทั้งคนไข้และ family น่ะ แต่ว่าถ้าเกิดเยียวยาเป็นในแง่ของสุราแล้วไปตีใครต้องให้ค่าเสียหายอะไรเขาไหม อันนั้นคือคงไม่ได้เป็นภารกิจโดยตรงที่กระทำ ณ ปัจจุบันในการสืบค้นต่าง ๆ น่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...เยียวยามันไม่ได้หมายถึงแค่บำบัดรักษา เหมือนกับชดเชยค่าเสียหาย บำบัดด้านจิตใจอะไรยังงั้น คือที่เป็นอยู่มันก็อาจจะเรียกว่าเป็นการบำบัดเขาในลักษณะที่เมื่อเขามาร้องขอความช่วยเหลือ เป็นการตั้งรับ เราก็บำบัดผู้ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อันนี้ก็เป็นเชิงรับ ก็เหมือน office-based เป็นคลินิก ที่เราทำเหมือนทั่วไป แต่ในเชิงรุกนี้ ก็คือสายด่วน สายด่วนก็เป็นช่องทางหนึ่งที่ญาติเข้ามาถึงเรา แล้วก็ขอความช่วยเหลือ

อันนี้เราก็จะช่วยด้านจิตใจเขา แล้วก็ช่วยให้เขาพาผู้ดื่มเข้าสู่บริการ หรือถ้าเกิดเขาถูกทำร้าย เขาต้องการความช่วยเหลือในแง่มุมต่าง ๆ เราก็เชื่อมโยงเข้าไป ไปสู่จุดที่ให้ความช่วยเหลือ อันนี้ก็เป็นบทบาทของสายด่วนก็เป็นเชิงรุกนะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.18 ปัจจัยที่มีส่วนในการทำให้เกิดระบบการเยียวยาด้านการรักษาพยาบาลผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลปัจจัยที่มีส่วนในการทำให้เกิดระบบการเยียวยาด้านการรักษาพยาบาลผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์โดยกล่าวว่ามีทั้งการให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว การมีระบบคัดกรองทางด้านจิตสังคมหรือครอบครัว การให้ความรู้เชิงกว้างแก่สังคม การเรียกร้องสิทธิ์ของผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ การประชาสัมพันธ์โดยที่ให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์มีความรับผิดชอบมากขึ้น วิธีคิดและค่านิยมของสังคม เช่น การคิดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคนอื่น เป็นต้น ปัญหาสุขภาพร่างกาย การหายทุเลา ความเสี่ยงในการกลับมาเป็นซ้ำ ทรัพยากร เช่น เตียง เวชภัณฑ์ งบประมาณ ทัศนคติของบุคลากรที่รู้สึกว่าเข้าไปให้ชีวิตใหม่กับผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจสอบถึงปัญหาผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ให้บริการ การให้กำลังใจและพัฒนาบุคลากร การมีความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากร เป็นต้น การติดต่อและความเชื่อมโยงของระบบ เช่น ติดต่อใคร เชื่อมโยงไปที่ใคร เป็นต้น การเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือของกระทรวงพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ NGO SOS มูลนิธิปวีณา และกฎหมาย เช่น การบังคับให้ผู้ดื่มเข้าสู่กระบวนการรักษา เป็นต้น ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...การเยียวยาผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์นี่คิดว่าอาจจะเป็นเรื่องปัญหาทางสุขภาพร่างกายหรือว่าภาวะทางกายที่เกิดขึ้นน่ะ หรือปัจจัยโรคทางกายน่ะ น่าจะมีส่วนทำให้เกิดระบบเยียวยาเกิดขึ้น"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...ปัจจัยน่าจะมี เช่น หนึ่งก็คือบุคลากร ว่าบุคลากรเองนี่ มีหน้าที่ที่จะต้อง detect ปัญหาพวกนี้หรือเปล่าแล้วก็มีใครบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับตรงนี้นอกจากแพทย์ที่รักษาโรคที่เกิดขึ้นแล้วทีมคนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมีอะไรบ้างนะ คิดว่าตรงนี้ถ้ามีปัจจัยเรื่องของบุคลากรก็น่าจะชัดขึ้น อันที่สอง น่าจะเป็นเรื่องของระบบที่มันชัดเจนว่าถ้ามันมีแล้ว เราจะมีการต้องติดต่อใคร แล้วจะเชื่อมโยงไปอะไรกับใคร อะไรอย่างนี้น่ะ อันที่ 3 ไม่แน่ใจว่าระบบพวกระบบทางสุขภาพ ระบบพวกประกันสุขภาพ หรือว่าระบบที่เกี่ยวข้องกับ พ.ร.บ. อะไรพวกนี้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่รับผลกระทบพวกนี้คือคิดว่าก็น่าจะเป็นอีกส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องในการทำให้เกิดระบบที่มันชัดขึ้นน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...ปัจจัยที่จะทำให้เกิดระบบเยียวยานี่ก็จะต้องเป็นปัจจัยที่เรื่องของวิธีคิดแล้วล่ะว่า เรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญน่ะว่าฝรั่งใช้คำว่า Harm To Others ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคนอื่นมันมีแนวคิดแบบนี้ว่าแอลกอฮอล์มันสร้างผลกระทบต่อสังคม ต่อคนอื่น ดังนั้นจำเป็นจะต้องไปช่วยดูแลไปช่วยเยียวยาคนที่ได้รับผลกระทบไม่ว่าจะดื่มหรือไม่ดื่ม คือ สังคมจะต้องมีแนวคิดเรื่องนี้นำมาก่อน แล้วก็ต้องคิดว่าอันนี้เป็นปัญหาส่วนรวม ถ้าเขาคิดแบบนี้เขาถึงจะนำมาสู่การออกแบบเครื่องมือ โครงสร้างที่จะไปสนับสนุน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 4

"...ยังคิดว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องส่วนตัว เพราะฉะนั้นคนที่ได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์ ถ้าไม่กระทบกับคนอื่นก็รู้สึกว่าสมควรแล้ว เพราะถ้าเขาเมาตายอะไรอย่างนี้ก็รู้สึกว่าก็สมควรตายอะไรอย่างนี้ คือ ยังไม่รู้สึก คือค่านิยมของสังคมยังไม่

รู้สึกว่าเราจะต้องเข้าไปช่วยเหลือเยียวยาเขา แล้วก็ยังไม่เห็นว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องที่จะมีผลกระทบเขายังมองว่าผลกระทบเป็นเรื่องส่วนบุคคลเป็นเรื่องส่วนตัว แล้วก็ถ้าคนเมาขับรถไปชนใครก็เป็นเรื่องของความซวยมากกว่าที่จะคิดว่าจะป้องกัน เพราะฉะนั้นผมคิดว่าเราต้องเปลี่ยนแปลงค่านิยมของสังคม"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 5

"...ผมว่าตัวงบประมาณกับตัวทัศนคติของคนทำงานที่จะต้องมองว่าการช่วยเหลือคนที่ติดเหล้านี่คือการให้ชีวิตใหม่น่ะ มันยิ่งกว่าการได้บุญที่เราไปทำงานไปสร้างวัดไปทำบุญไปนู่นนี่นั้นกันเยอะแยะมากมาย แต่สุดท้ายแล้วมันสู้การฟื้นการทำให้คนลุกขึ้นมาเห็นคุณค่าในตัวเองแบบนี้ มันเทียบกันไม่ได้เลยต้องทำให้ทัศนคติของคนทำงานตรงนี้เปลี่ยนนะ กับตัวงบประมาณที่เพิ่มเติมเข้าไปให้มันจริงจังมากขึ้น"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 6

"...ที่น่าจะมีผลกระทบก็คือในเรื่องของการกลับเป็นซ้ำของตัวผู้ป่วยเมื่อไรก็แล้วแต่ที่ตัวผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ นั่นหมายความว่ามันเกิดผลกระทบกับครอบครัวแล้วล่ะกับผู้ดูแลแล้วล่ะ ฉะนั้นการกำกับดูแลนี่ น่าจะเป็นการประเมินในเรื่องของการ relapse หรือการเป็นซ้ำนี่แล้วก็อีกอัตราหนึ่งที่มันก็เหมือนเป็น converse กันก็คือว่าถ้าหายทุเลาก็แปลว่าไม่ relapse งั้นอาจจะจับที่ 2 ตัวก็คือเรื่องของการหายทุเลากับการไม่กลับมา admit ซ้ำ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...ทรัพยากรบุคคลต้องมีการพัฒนาแล้วก็ให้ขวัญกำลังใจมี career ladder ที่ชัดเจน ความก้าวหน้าในวิชาชีพด้านการบำบัดสุรา ก็ควรจะมีความชัดเจน สองก็คือปัจจัยด้านทรัพยากร เตียงเอย เวชภัณฑ์เอย งบประมาณเอย มันควรจะสนับสนุนมากขึ้นกว่านี้แล้วก็อันที่สำคัญนี่ พม. จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นน่ะ เขาเรียกว่ากระทรวง พม. พัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ ถ้าสมมติว่าจะเอาเยียวยาน่ะ ต้องมี พม. เข้ามาช่วย หรือ NGO เข้ามาช่วยมากขึ้น ความรุนแรงสตรี กลุ่มที่เราเรียกว่าช่วยเหลือพวก SOS พวกคนที่ช่วยเหลือเด็กสตรีที่ถูกทำร้ายพวกนี้ NGO พวกนี้น่ะ มูลนิธิบ้านี่อย่างนี้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...หนึ่งก็คือการให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวด้วย นะ คงไม่ใช่แค่การบำบัดครอบครัวอย่างเดียว เพราะถ้าเกิดคิดว่าตัวทฤษฎีของการดื่มเหล้านี่ นอกจากมาจากตัวผู้ป่วยเองและมีครอบครัวหรือสังคมเป็นตัวกระตุ้นนี่นะ ก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่ ทำให้ตัวแพทย์หรือผู้บำบัดเองได้ตระหนักถึงการสัมภาษณ์ในประเด็นนี้ด้วย อันที่สองถ้าเกิดมี เรื่องของระบบคัดกรองทางด้าน Psychosocial หรือ Family ด้วยในการรักษาตรงนี้ก็จะเป็นสิ่ง ที่ช่วยได้เยอะ นอกจากแค่การคัดกรองของ AUDIT หรือว่าการคัดกรองเฉพาะตัวผู้ป่วยเอง ถ้า เกิดมีการคัดกรอง ครอบครัว หรือ สังคม ชุมชนด้วยก็จะเป็นอีกตัวหนึ่งที่น่าจะดีขึ้น"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...เขาจะลุกขึ้นมาแบบเรียกร้องสิทธิ์แค่ไหนน่ะ บางครั้งบางคน อาจจะขาดความรู้ที่คิดว่ามันควรจะได้รับการเยียวยามากกว่านี้ ยกตัวอย่างเช่นโอเคก็รักษาไป บางคนก็มองว่ามันเป็นเคราะห์กรรมอะไรอย่างนี้ไม่ได้แบบคิดว่ามันมีระบบที่จะช่วยเหลือ นอกเหนือจากนี้หรือเปล่า แล้วรวมทั้งบางทีตัวแพทย์ผู้รักษาก็ไม่รู้ คือบางทีเราก็ไม่รู้เหมือนกัน ว่ามันมีช่องทางมีอะไรอย่างนี้ คิดว่าความรู้ทั้งในเชิงที่ให้ความรู้เป็นเชิงกว้างแก่สังคมนี่น่าจะ ทำให้คนที่ได้รับผลกระทบคือรู้โดยตรงแล้วมันทำให้เขาเรียกร้องสิทธิ์ของเขานะ อาจจะต้องมี การทำตรงนี้มากขึ้น แน่นอนแล้วก็เรื่องงบประมาณ แล้วก็การประชาสัมพันธ์ตรงนี้ก็ทำให้คนที่ ดื่มพยายามที่จะตระหนักและมีความรับผิดชอบมากขึ้นที่จะถึงจะดื่มแล้วหยุดไม่ได้แต่ทำยังไง ให้ลดผลกระทบต่อคนอื่นน่าจะดีกว่า"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...ถ้าเกิดเราไม่เยียวยาเค้า เช่น สมมติแบบเคสที่ดื่มเหล้าเยอะ ๆ แล้วก็คือมีปัญหากับคนในครอบครัว พอบำบัดเสร็จครอบครัวยังไม่สามารถเข้าใจคนไข้หรือว่า สิ่งแวดล้อมไม่ดี ถ้าเกิดว่าเราไม่มีระบบ เช่น ในเรื่องของการอยู่พักฟื้นก่อนที่จะจำหน่ายใน ชุมชนอย่างนี้ ก็จะทำให้เขามีความเสี่ยงสูงในการกลับไปดื่มซ้ำค่อนข้างเยอะ รวมถึงผู้ที่มี ปัญหาการดื่มสุราแล้วก็จะมีอาการทางจิตหรือว่าเป็นโรคร่วมอะไรต่าง ๆ นี่ ถ้าเกิดว่ามีระบบ เยียวยานี่มันก็จะทำให้เขาสามารถใช้ชีวิตได้ง่ายขึ้น มีรายได้ได้ในระดับหนึ่ง ไม่เป็นภาระใคร

เช่น การออกบัตรผู้พิการอย่างนี้บางทีมันก็ช่วยในเรื่องของสิทธิ์การรักษาของเขาได้ ก็จะสามารถรักษาแล้วก็กินยาต่อเนื่องได้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...น่าจะเป็นการทำงานร่วมกันของทั้งทีมสหวิชาชีพแล้วก็ชุมชนที่อยู่อาศัยน่ะ เพราะว่าบางทีแล้วนี่ในเชิงของการปฏิบัติงานนี่เราอาจจะต้องดูแลเรื่องของสุขภาพร่างกาย ภาวะ Active กายและใจตรงนั้นเป็นหลัก แล้วก็มีการพบญาติดูผลกระทบต่าง ๆ ของครอบครัว แต่ถามว่า เหตุที่มันเกิดไปในชุมชนหรือสิ่งต่าง ๆ นี่บางทีแล้วถ้ามันไม่ได้มีการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจน เราก็อาจจะไม่ได้ทราบตรงนี้ แล้วด้วยบทบาทในการทำงานและภาระงานที่มีอยู่มันก็อาจจะไม่สามารถที่จะลงไปค้นข้อมูลอะไรได้ทั้งหมด โดยส่วนตัวก็คิดว่าปัจจัยของการที่ทำงานเชื่อมโยงกันอาจจะเป็นสิ่งสำคัญรวมถึงองค์ความรู้ในแง่ของที่เหมือนที่บอกเมื่อกี้ว่าไม่ค่อยแน่ใจว่าเยียวยาหมายถึงว่าจะยังไง แล้วก็บทบาทเรา เราเยียวยาได้แค่ไหน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...ปัจจัยใดบ้างที่จะช่วยมีส่วนทำให้เกิดระบบเยียวยานี่ คิดว่านอกเหนือจากกฎหมายต่าง ๆ แล้ว ควรจะมีมุมมองที่ว่า ผู้ที่ได้รับผลกระทบนี้ได้รับผลจากความเจ็บป่วยด้วยโรคติดสุรา เพราะฉะนั้นโดยกฎหมายนี้ มันควรจะมีจะมีแง่มุมที่บังคับให้ผู้ดื่มไปสู่การปรับเปลี่ยนแก้ไข ก็คือการเข้าสู่การบำบัดรักษา เมื่อกฎหมายเข้าไปช่วยเหลือหรือระบบเยียวยา ระบบบำบัดต่าง ๆ ช่วยตัวผู้ได้รับผลกระทบแล้ว ควรจะเชื่อมโยงไปถึงจุดที่ว่านำพาผู้ดื่มไปสู่การบำบัดรักษาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย มันจะได้เป็นการเยียวยาอย่างแท้จริง ก็คือแก้ที่ต้นเหตุ ถูกไหม เพราะเราไปเยียวยาเขารักษาเขานี่ แต่ต้นเหตุเขาคือผู้ดื่ม เราก็ควรจะมีการดำเนินเชื่อมโยงไปถึงผู้ดื่มด้วย ไม่ว่าจะพาเค้าเข้าสู่การบำบัดรักษา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามผล อะไรอย่างนี้ ให้ต่อเนื่อง เข้มข้นและจริงจังนะ มันก็จะเป็นการแก้ที่ต้นเหตุนะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.19 การมีโครงการหรืองานวิจัยในการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลการมีโครงการหรืองานวิจัยในการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์โดยกล่าวว่ามีการทำวิจัยเปรียบเทียบแรงจูงใจของผู้มีปัญหาโรคร่วม การทำวิจัยเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดต่าง ๆ เช่น PMK Model, Combine Behavioral Intervention (CBI) เป็นต้น การศึกษากลไกในการเกิดโรคใด ๆ ในแอลกอฮอล์หรือการศึกษาในระดับของ Pre-clinic ระดับของสัตว์ทดลอง โครงการพัฒนาเพื่อช่วยเหลือผู้ดื่ม โครงการประจำปีเรื่องการเลิกเหล้า การทำวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาผู้ดื่มแอลกอฮอล์ การทำโครงการวิจัยร่วมกับ สสส. ผรส. ศวส. ธัญญารักษ์ โครงการสายด่วนเลิกเหล้า 1413 แต่ในบางพื้นที่ก็ไม่มีแผนงานวิจัยเกี่ยวกับบำบัดรักษาที่ชัดเจน ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...เคยทำวิจัยเกี่ยวกับเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ในสถาบันเปรียบเทียบระหว่าง แรงจูงใจ Stage Of Change ของผู้มีปัญหาโรคร่วมก็คือ Alcohol Use Disorder With Comorbid Psychotic Disorder เทียบกับตัว Alcohol Use Disorder อย่างเดียว ส่วนใหญ่ในเรื่องโครงการวิจัยของเรื่องแอลกอฮอล์ในสถาบันมักจะเกี่ยวข้องกับ Comorbid ซะส่วนใหญ่"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...ในโรงพยาบาลก็จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องของการบำบัดรักษาโดยส่วนใหญ่ก็จะมีการติดตามว่าหลังจากที่เราใช้โปรแกรมการบำบัดนี้ในคนไข้แล้วเปรียบเทียบกับการไม่ใช้โปรแกรมหรือว่าเปรียบเทียบกับการที่ใช้โปรแกรมอื่น ๆ ผลออกมาจะเป็นอย่างไรบ้าง โดยที่เรื่องโปรแกรมการบำบัดก็มีศึกษาวิจัยกันอยู่อย่างตลอดเวลาเพื่อพัฒนาให้เกิดโปรแกรมการรักษาที่ดีขึ้น โดยที่รูปแบบการรักษาส่วนใหญ่ก็จะใช้รูปแบบการรักษาที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันมาประยุกต์ให้เข้ากับลักษณะของสังคมไทยลักษณะของบริบทของสังคมไทย ตัวอย่างของงานวิจัยที่มีในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเช่นโปรแกรมของที่นี่ ว่าเมื่อใช้

ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แล้วเป็นอย่างไรบ้าง โดยที่ก็ได้เริ่มทำในผู้ป่วยในแล้วก็โปรแกรมการบำบัด PMK Model ที่ใช้ในผู้ป่วยนอกก็ได้รับการศึกษาวิจัยเช่นกัน รวมทั้งว่าเราก็ได้ดูว่าในแต่ละส่วนนี่ ส่วนไหนที่ทำให้คนไข้ลักษณะอย่างไรที่จะดีขึ้น เช่น เราก็จะแยกออกมาเป็นการใช้เรื่องของ Twelve Steps ในของผู้ป่วยบางรายเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมนี้ในผู้ป่วยที่ใช้โปรแกรมเช่นกันให้ความรู้ทั่ว ๆ ไปเมื่อเทียบกันแล้วผลเป็นอย่างไรบ้าง หรือว่าแม้กระทั่งในตอนนี้ก็จะมีการใช้โปรแกรมการบำบัดที่เรียกว่า CBI หรือว่า Combined Behavioral Intervention ที่เป็นการรวมของการใช้ CBT การใช้ BT การใช้ Twelve Steps การใช้ MI มาประยุกต์ใช้ในแบบผู้ป่วยในว่าสามารถที่จะช่วยในผู้ที่เข้ามารับการบำบัดรักษามากน้อยแค่ไหน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...ก็จะเป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ที่พบในโรคทางกายเป็นส่วนใหญ่ จะไม่ค่อยได้เกี่ยวข้องกับไปในเชิงชุมชนหรือเชิงนโยบายเท่าไหร่ คิดว่าน่าจะเป็นส่วนเล็ก ๆ หรือว่าเป็นการศึกษาเชิงลึกมากกว่าในบทบาทของทางโรงเรียนแพทย์น่ะ เช่น ในการศึกษากลไกในการเกิดโรคใด ๆ ในแอลกอฮอล์หรือการศึกษาในระดับของ Pre-clinic ระดับของสัตว์ทดลอง แต่ถ้าพูดถึงในเชิงกว้าง เชิงลึก เชิงนโยบาย เชิงพวกระบาดวิทยาอะไรพวกนี้ยังมีข้อจำกัดตรงนี้อยู่เยอะ แต่ตรงนี้ก็ก็อาจจะเป็นเหมือนนักวิจัยร่วมในโครงการใหญ่ ๆ ของทางพวกของ สสส. ของ ศวส. อะไรพวกนี้อยู่น่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...มีโครงการที่พัฒนาเพื่อช่วยเหลือผู้ดื่ม R&D ที่ทำแล้วได้ผล แล้วก็ช่วยผลักดันน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...ในเขตบริการนี่ตัวงานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มสุรานี่ยังน้อยอยู่หรือแทบไม่มีเลย ส่วนใหญ่จะเป็นการมีส่วนร่วม ในการทำโครงการหรือวิจัยใน

ภาพรวมของประเทศมากกว่า เช่น ภาพรวมกับกรมสุขภาพจิต ภาพรวมกับ สสส. ภาพรวมกับโครงการของ ผรส. อะไรอย่างนี้น่ะ คือ เราเป็นเหมือนกับทำเป็น multi site น่ะคะ และเราเป็น site นึง แต่ถ้าถามว่า site เราทำเองมั้ย เราไม่ได้ทำเอง เป็นเหมือนกับรถที่ทำหลาย area หลายพื้นที่"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...แผนงานวิจัยเกี่ยวกับบำบัดรักษาชัดเจนไม่มี แต่ว่าถามว่าจะของบประมาณหรือทุนวิจัยได้ที่ไหนน่ะเรารู้ แต่ว่าผู้วิจัยเองนี่ยังคิดหัวข้อคำถามวิจัยไม่ออกเพราะส่วนใหญ่มันจะเป็นคำถามวิจัยซ้ำ ๆ ของอาจารย์นี่เท่าที่เคยทำตรงนี้คือทำว่า สมมติ CPG ที่เรา develop เข้าไป implement เข้าไปมันจะช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหรือเปล่า ช่วยลดผลแทรกซ้อนหรือเปล่าอย่างนี้ กว่าจะทำได้มาชิ้นหนึ่งก็เป็นปี ก็ไม่ได้เกิดจากแผนหรอกต้องเกิดจากความสนใจของลูกศิษย์ว่าอยากทำไหม งั้นไม่มีแผน อันนี้แผนวิจัยสุราก็ สมมติว่าอย่าง ศวส. ทำแผนวิจัยสุรา มันจะเป็นออกไปนโยบายของสาธารณะมากกว่าจะเป็นเรื่องบำบัดรักษา อันนี้ก็ไม่สอดคล้อง เพราะฉะนั้นมันก็เลยไม่มีแผนบำบัดวิจัยเรื่องบำบัดรักษาที่แท้จริงน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...เครือข่ายฝั่งตะวันออกจังหวัดนี่ ก็คือเราจะมีที่ผ่านมาเราเคยมีโครงการอยู่แล้ว ในการบำบัดแอลกอฮอล์ แต่ว่า ณ ปีนี้เอง ก็จะเป็นการบูรณาการร่วมกันกับยาเสพติดอื่น ๆ ที่จะทำด้วยกันเพราะว่าตัวแอลกอฮอล์เองก็เป็นตัว Burden Of Disease อันนึงที่ได้ทำไป แล้วก็คงมีเรื่องของการทำโครงการประจำปีเรื่องการเลิกเหล้า โดยเฉพาะ campaign ที่ทำได้ร่วมกันกับ สสส. ก็คือการออกบูธ แล้วก็การประชาสัมพันธ์"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...เคยทำงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาผู้ดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวที่ยังไม่ได้รับการรับรองว่าเป็นยารักษาตัวนี้ แต่ว่ามันเป็นยาที่มีอยู่ใน guideline เหมือนมีในแนวปฏิบัติที่ทางอเมริกานี่คือ approve ให้ใช้ได้อย่างนี้น่ะเราก็เอายาตัวนี้มาศึกษา คือ ทำวิจัย

ในเรื่องพวกนี้อยู่พอสมควรแต่มีข้อจำกัดในแง่ที่ว่ามันมีทุนวิจัยข้อจำกัดในงบประมาณแล้วก็ราคายาอะไรต่าง ๆ ในส่วนของตัวเองก็คิดว่าทำเยอะ ในพื้นที่คิดว่ารอบด้านเขาก็ทำ อย่างเขาก็เป็น Excellent Center ด้านการบำบัดแอลกอฮอล์น่ะ คิดว่าองค์ความรู้ด้านนี้มันมีหลายคน เพียงแต่ด้วยความยากของมันทำให้มันไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนมากนัก ในระยะนี้ คือมันก็มีทำกันไปตามเท่าที่องค์ความรู้อะไรอย่างนี้ เราทำกันเยอะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...โครงการการวิจัย ก็มีทั้งในเรื่องของตัว Clinical Trial เช่น การนำยาบางตัวมารักษาผู้ป่วยสุราแล้วก็นอกจากวิจัยของที่ในพื้นที่เองอาจจะวิจัยร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น จากธัญญารักษ์ที่เป็นศูนย์พวกภูมิภาค"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...มีทีมที่เขาเป็น PCT สุราในการที่จะดูเขาเรียกว่าเป็นเหมือนกับกลุ่มที่พัฒนาองค์ความรู้อยู่แล้วก็มีทั้งในแง่ของการพัฒนาของ Guideline CPG แล้วก็พวกวิจัยต่าง ๆ ออกมาในระดับหนึ่งน่ะ อันนี้ส่วนของตัวสถาบันเองแต่ว่าในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ รพ.สต. หรือว่านู้นนี่นั่นคือ ก็อาจจะมีเวลาที่มาให้ความรู้ต่าง ๆ เราก็พยายามส่งเสริมให้เหมือนกับอยากให้มีการพัฒนาศักยภาพตามมากขึ้น แต่ว่าก็ต้องเห็นใจเขาน่ะ ด้วยภาระงาน service หรือสิ่งต่าง ๆ มันก็ค่อนข้างเยอะอยู่แล้ว ก็อาจจะไม่ได้เห็นภาพชัดเจนนัก"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...โครงการที่เราดูแลอยู่ เรื่องของสายด่วน 1413 สายด่วนเลิกเหล้าหรือศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา อันนี้ก็เป็นโครงการที่เรารับสนับสนุนจากทาง สสส. มาทำก็ดำเนินงานมาปีนี้เป็นปีที่ 6 แล้ว โดยวัตถุประสงค์สำคัญก็คือ พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดื่มแล้วก็ญาติ แล้วก็ร่วมรณรงค์กับทาง สสส. ก็เรียกได้ว่าใช้เป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วก็ใช้เป็นเครื่องมือในการรณรงค์ แล้วก็ใช้เป็นเครื่องมือในการให้ความรู้กับสังคมวงกว้าง"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.20 โครงการหรืองานวิจัยประเด็นที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ควรดำเนินการเพิ่มเติม

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลโครงการหรืองานวิจัยประเด็นที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ควรดำเนินการเพิ่มเติมโดยกล่าวว่าควรมีการวิจัยที่มีผลทำให้เกิดการตระหนักรู้ของผู้ดื่ม การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาเพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะ และสภาพแวดล้อมของคนไทย การวิจัยวิทยาศาสตร์พื้นฐานหรือความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความเข้าใจในเรื่องของแอลกอฮอล์ในมิติต่าง ๆ เช่น ในเรื่องของพยาธิสภาพในการเกิดโรคต่าง ๆ เป็นต้น การวิจัยทาง Pre-clinic การวิจัยเชิงนโยบาย เศรษฐกิจหรือผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในเชิงมิติทางสังคมที่เกิดขึ้นจากแอลกอฮอล์ การวิจัยในเรื่องของการสร้างทัศนคติเชิงบวกกับการบำบัดรักษา การศึกษารูปแบบความสำเร็จของคนที่ดื่มประจำหรือดื่มนาน ๆ ครั้งที่สามารถเลิกได้ว่าขึ้นกับปัจจัยอะไรบ้าง การวิจัยทางมานุษยวิทยาในเรื่องคุณค่าของความเป็นมนุษย์ การวิจัยศักยภาพในการบำบัดรักษาของชุมชน การวิจัยเรื่องวิธีการดูแลคนไข้ให้มีบริบทที่หลากหลาย การวิจัยถึงผลสัมฤทธิ์ที่เกิดจากการดำเนินการโครงการของ ผรส. การวิจัยระบบการติดตามการรักษาที่เหมาะสมกับคนไทย การวิจัยเรื่องยาเรื่องสมุนไพรที่สามารถลดการกำเริบซ้ำ ลดการขาดสุราที่สามารถนำมาใช้ได้ การวิจัยที่ทำร่วมกันกับผู้บำบัด การศึกษาวิจัยเชิงลึกในส่วนของสื่อสังคมออนไลน์ที่เป็นประโยชน์ในการเข้าถึงประชาชน ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“...ในเรื่องการวิจัยคิดว่าสิ่งที่การวิจัยที่จะมีผลให้เกิด insight ที่สำคัญของผู้ดื่มก็คือหลาย ๆ คนหรือว่าประชาชนหลาย ๆ คนนี่ยังไม่เข้าใจว่าการดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำให้เกิดอาการทางจิตหรือว่าอาการทางกายที่มันรุนแรงได้ คิดว่าการวิจัยตรงนี้จะทำให้คนที่ดื่มเกิด insight มากขึ้นน่ะ”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

"...เรื่องของงานวิจัยนี่เป็นอันที่คงจะต้องมีการดำเนินเพิ่มเติมในระยะยาวน่ะ ส่วนที่เพิ่มเติมนี่คิดว่าอันที่ 1 คือการที่จะต้องหาเรื่องของโปรแกรมการบำบัดไหนเหมาะสมกับลักษณะของคนที่ดื่มแบบไหน เพื่อให้เกิดการรักษาที่ specific หรือว่าเฉพาะเจาะจงแก่ตัวคนนั้นมากขึ้น อันต่อมาก็คือการพัฒนาการบำบัดที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและบริบทของคนไทยก็น่าจะเป็นประเด็นสำคัญอีกอันที่ควรจะเพิ่มเติมเพราะในปัจจุบันนี่เราเอาการบำบัดรักษาที่ได้รับการยอมรับจากต่างประเทศมาน่ะ แต่ว่าก็ไม่ได้หมายความว่าจะเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม บริบท ความเชื่อแล้วก็ความคิดของคนไทยไปซะทั้งหมด ดังนั้นการที่เพิ่มงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของคนไทยน่าจะเป็นประเด็นสำคัญ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

"...ประเด็นแรกเลยคือเป็นพวกวิทยาศาสตร์พื้นฐานหรือความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความเข้าใจในเรื่องของแอลกอฮอล์ในมิติต่าง ๆ เช่น ในเรื่องของพวกพยาธิสภาพในการเกิดโรคต่าง ๆ น่ะ ที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ผลกระทบของพวกแอลกอฮอล์ที่มันเกิดขึ้นต่ออวัยวะต่าง ๆ อะไรพวกนี้ แล้วก็มิติในเรื่องของการรักษาหรือการมีโมเดลในการรักษาในเชิงวิทยาศาสตร์พื้นฐานมาจนถึงเรื่องของสัตว์ทดลองนี้เป็นเรื่องของมิติที่ 1 อันที่ 2 นี่น่าจะเป็นในเรื่องของทาง Pre-clinic นะค ในทางคลินิกก็ยังขาดเกี่ยวกับการวิจัยของอะไรที่มาช่วยในการรักษา อะไรที่มาช่วยในการป้องกัน อะไรพวกนี้ รวมถึง ยาที่เอาเข้ามารักษา ไม่เฉพาะแต่ยาแต่ก็ยังเป็นรูปแบบในการบำบัดอื่น ๆ ที่น่าจะมีประโยชน์ในการรักษา แล้วก็ ส่วนที่ 3 น่าจะเป็นในเชิงพวกนโยบาย เศรษฐกิจหรือว่าผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในเชิงมิติทางสังคมที่เกิดขึ้นจากแอลกอฮอล์ คิดว่าส่วนนี้จริง ๆ ส่วนนี้ก็มีการศึกษาอยู่ในระดับหนึ่งแล้วของประเทศแต่คิดว่าถ้าเกิดเราทำให้มันชัดเจนขึ้นหรือให้เห็น trend แนวโน้มที่มันชัดเจนขึ้น ก็อาจจะเป็นอีกตัวหนึ่งที่ช่วยในการ focus ปัญหาที่มันเกิดขึ้นแล้วก็ทำความเข้าใจเอาไว้สำหรับในเชิงพวกนโยบายหรือออกมาตรการต่าง ๆ ในการป้องกันได้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...เรื่องหลักเลยก็คือเรื่องทำยังไงให้คนมีทัศนคติต่อการบำบัดรักษาในทางบวก ซึ่งอันนี้มันสำคัญมากเลยในเรื่องของการสร้างทัศนคติเชิงบวกกับการบำบัดรักษาว่ามันไม่ใช่เป็นปัญหาคือมันเป็นปัญหาแต่ไม่ใช่เป็นปัญหาสังคม มันเป็นเรื่องที่แก้ไขได้ ถ้ามีใครคิดเรื่องพวกนี้แล้วออกแบบจุดให้บริการ จุด service น่ะ ที่มัน friendly น่ะแบบว่ามันน่าเข้าจังเลย มันเอื้อทำให้คนอยากเข้าไปรักษาบำบัดเนี่ย หรือแก้ไขปรับปรุงตนเอง ออกมาเป็นคนใหม่ได้นี่ อันนี้คิดว่าน่าจะทำ ควรทำให้มันกระจายตัวด้วยว่าจะทำยังไงให้แบบนี้มันมีเยอะมากขึ้น เพราะอันนี้ก็คือไม่สร้างปัญหาในระยะยาวซึ่งรักษาไม่ได้แล้วค่อยมาทำแต่อันนี้มันไปทำให้คนอยากไปรักษา เอ้ย ฉันน่าจะเป็นแล้วกินเยอะเหลือเกิน อยู่คนเดียวก็กินได้ เข้าไปศูนย์นี้หน่อยสิที่มันสนุกสนาน เข้าไปแล้ว โอ้ว มาเติมไอเดียเรื่องเกี่ยวกับเหล้า อ๋อมันมีทางออกนะเอออย่างนี้ก็ได้นี่หว่า ไม่ต้องรออีก 10 ปีแล้วเราค่อยมาติดเตียงก็รักษาแบบพะงาบ ๆ ฉันเข้าไปก่อนได้ไป get ไอเดียอะไรบางอย่างคำพูด หรืออะไรบางอย่างที่เกิดจากศูนย์นี้แรงบันดาลใจดี ๆ อาจจะเปลี่ยนชีวิตทั้งชีวิตก็ได้ โครงการวิจัยประเภทนี้น่าทำน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 4

"...เรื่องของกลุ่มติดนี่ คิดว่ามันมีองค์ความรู้ทางจิตเวชอะไรอยู่พอสมควร แต่ว่ากลุ่มที่ดื่มประจำหรือดื่มนาน ๆ ครั้งนี่ ควรจะศึกษารูปแบบความสำเร็จของคนที่เขาเลิกได้อย่างนี้ ว่าขึ้นกับปัจจัยอะไรบ้าง ซึ่งตรงนี้ยังน้อยอยู่น่ะ อาจจะเข้าไปเจาะเป็นกรณีศึกษาว่าการเลิกคือการบำบัด หรือเอาจากคนที่เขาเลิกได้ เขาเลิกได้ด้วยปัจจัยอะไรอย่างนี้เพื่อมาพัฒนาระบบบำบัดน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 5

"...ต้องการทำเรื่องนี้มันต้องมีมุมคิดทางมานุษยวิทยาด้วย ที่เห็นความเป็นคือเอาเรื่องของการเจ็บป่วยดีไม่ดีถูกผิดอย่างนี้อย่างเดียวไม่ได้ มันต้องเอาในเรื่องคุณค่าของความเป็นมนุษย์ มีความเชื่อว่าคนนี้เปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งอันนี้มันใหญ่มาก มันจะต้องใส่ความคิดความเห็นนี้ลงไปนะ ต้องทำให้มันเป็นปัจจัยทางวิธีคิดของคนทำงาน เพราะ

ไม่เช่นนั้นแล้วเราก็จะได้แต่เหมือนรักษาเพื่อผ่าน ๆ พ้น ๆ ไป สุดท้ายแล้วเขาก็จะกลับมาดื่มซ้ำ เพราะว่าตัวเขาเองก็ข้างในก็ไม่แข็งแรง มันต้องมีกระบวนการที่มีมุมมองทางมานุษยวิทยาเข้าไปด้วย"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 6

"...ควรจะวิจัยเรื่องที่เกี่ยวกับชุมชนน่ะว่ามีศักยภาพในการบำบัดรักษาได้อย่างไร ซึ่งอาจจะมีหลายรูปแบบ ใช้สมุนไพร หรืออื่น ๆ นวดเนิดอะไรอย่างนี้ ก็เห็นว่ามีใช้ในการเลิกบุหรี่ได้ ก็คิดว่าน่าใช้กับแอลกอฮอล์ได้ ก็อาจจะวิจัยที่ทำให้ชุมชนเค้าทำได้เอง ไม่ต้องพึ่งหน่วยงานของรัฐ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 7

"...วิจัยเรื่องวิธีการดูแลคนไข้ให้มีบริบทที่หลากหลาย และควรมี Evidence-based ด้วยค่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...โครงการของ ผรส. นี่แหละค่ะที่ตอนนี้ปรับรูปแบบโครงการให้มีการดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปแล้ว ควรจะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องด้วย แล้วก็ควรที่จะมีการ refresh ข้อมูลอย่างที่ว่าก็คือได้มีการลงติดตามประเมินผลว่าถ้าสิ่งที่แผนการดำเนินการที่ว่าไปนี้มีปัญหาอุปสรรคอะไรที่เกิดขึ้นบ้าง จากผู้ที่ปฏิบัติงานจริง รวมถึงตัวชี้วัดที่ว่ามีการผ่านไม่ผ่าน ควรจะมีการวิเคราะห์ด้วยว่าที่ไม่ผ่านนี่เพราะอะไร และนำมาประมวลผลในภาพรวมร่วมกับเขตบริการเพราะเชื่อว่าในแต่ละเขตบริการมีบริบทที่แตกต่างกัน ฉะนั้น ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดจากการดำเนินการโครงการ มันก็จะแตกต่างกันด้วย ควรที่ได้จะมีการลงกำกับติดตามแต่ล่ะพื้นที่ด้วย"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...ระบบการติดตามรักษาที่เหมาะสมกับคนไทยน่ะมันควรจะมีอะไรบ้าง ต้องใช้เครื่องมืออะไรต้องใช้กลไกอะไร ถ้าไม่มี AA จะใช้อะไรที่จะช่วยให้เขายึดโยงอยู่กับการหยุดดื่มแล้วอยู่ในการรักษา AA ที่เกิดขึ้นนอกสถานพยาบาลจะเกิดได้หรือเปล่า เพราะว่าที่ทำนี่ใช้ AA อยู่ในโรงพยาบาลซึ่ง AA นี่ในเมืองนอกมันเกิดนอกโรงพยาบาล มันเกิดในหมู่บ้านแต่ว่าของเรามันไม่เกิด หรือว่ายาสมุนไพรที่จะมาช่วยในการลดการกำเริบซ้ำนี่การดื่มกำเริบซ้ำนี่มีไหม คือ มันมีแต่งานวิจัยว่า เอารางจืดมาช่วยลดการขาดสุราแต่ก็ไม่ได้เป็น mass เป็นแค่การทดลองเล็ก ๆ ซึ่งยังไม่ได้มีแบบขยายผล เพราะฉะนั้น มันก็น่าจะศึกษาต่อ ว่ามียาสมุนไพรอะไรที่สามารถลดการกำเริบซ้ำลดการขาดสุราที่สามารถนำมาใช้ได้ ก็ยังเป็นเรื่องที่ต้องศึกษาอยู่"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...โครงการหรืองานวิจัยเพิ่มเติมก็คงจะเป็นเรื่องของการวิจัยที่ทำร่วมกันกับผู้บำบัดน่ะ ตรงนี้ก็ทำให้ตัวผู้บำบัดเองได้ถูกกระตุ้นแล้วก็ได้เรียนรู้ถึงระเบียบวิธีในการดูแลคนไข้ด้วย อันที่สองก็คงเป็นเรื่องของประสิทธิภาพของการบำบัดในแต่ละอัน ที่เราควรจะได้ศึกษาวิจัยว่าเหมาะกับบริบทของประเทศไทยแค่ไหนอย่างไร"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...คิดว่าเรื่องยาเลยล่ะ คิดว่าควรลงทุนเรื่องยา เพราะว่าเราทำเรื่องจิตสังคมมาเยอะ โอเคเราเข้าใจแล้วว่ามันคงช่วย มันคงเป็นการรักษาหลัก แต่ถ้าทำเรื่องยาให้ชัดเจนนี่คิดว่ามันเป็นอันที่น่าลงทุนแล้วก็นานาประเทศคือประเทศที่เขาพัฒนาแล้วเขาใช้กัน เราควรจะทำมากกว่าแค่พึ่งจิตสังคมเพราะว่าผลมันก็หลากหลายน่ะ การใช้จิตสังคมน่ะ เราควรจะทำตรงนี้ให้ชัดรวมถึงอาจจะทำเชื่อมกันก็ได้ combine กันว่าถ้าใช้ไปแล้วมันช่วยอย่างไร ซึ่งตัวอย่างนี่เราเห็นจากการใช้ยารักษาบุหรี่ อันนี้คิดว่าควรจะทำเรื่องนี้เพิ่มน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...วิจัยอันเดิมนั่นแหละ วิจัยพวก Clinical นี่มันยังน้อยอยู่ ยังขาดนักวิจัยที่มีด้านทางคลินิกน่ะ ที่มีคุณภาพแล้วก็สนใจด้านแอลกอฮอล์จริง ๆ น่ะคือยังน้อย แล้วก็มันมีข้อจำกัดบางอัน เมื่อกี้พูดถึงตัวยาด้วย เพราะอย่างยาบางอันมันยังขาดอยู่ เช่น มียาบางอัน เช่น อย่าง Naltrexone อย่างนี้ เขาบอกว่าช่วยในเรื่องของสุรา ช่วยอะไรอย่างนี้ พอแต่ว่ามันก็เหมือนกับยามันก็ไม่ได้มี คือ มีชื่อในบัญชียา แต่ว่ายามันไม่ได้มีบริษัทยานำเข้า"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

"...ส่วนตัวประเด็นหนึ่งก็คืออย่างเช่น ในเกี่ยวกับปัจจัยของการที่ทำให้แบบลดโอกาสการกลับใช้ซ้ำ หรือว่าอย่างเช่นแนวทางการป้องกันเกี่ยวกับแบบนักดื่มหน้าใหม่ไม่ให้กลับไปแบบกลายเป็นผู้ติดหรืออะไรอย่างนี้น่ะ ดูปัจจัยต่าง ๆ อันนี้ก็คิดว่าก็เป็นเรื่องที่น่าสนใจ เพราะว่าการทดลองส่วนมากมันเริ่มมีการทดลองใช้อยู่แล้วแต่จะทำยังไงไม่ให้ติดแล้วก็ไม่เกิดผลกระทบที่ใหญ่ตามมาก็เป็นสิ่งที่ก็น่าศึกษาเพิ่มเติมเหมือนกัน"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

"...ในโครงการหน้านี เราก็จะขยายไปสู่สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น จากเดิมที่มันยังอยู่ในสายด่วนโทรศัพท์ ปัจจุบันเราพบว่าสื่อสังคมออนไลน์เป็นช่องทางที่ประชาชนเข้าถึงมาก นอกเหนือจากโทรศัพท์แล้วก็เข้าสู่สื่อสังคมออนไลน์ Social Media แล้วเราก็จะทำการศึกษาวิจัยเชิงลึกในส่วนของสื่อสังคมออนไลน์แล้วก็นำมาใช้เป็นประโยชน์ในการเข้าถึงประชาชน เพื่อนำความรู้เรื่องของสุรา การบำบัด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายให้มากขึ้น ก็มีกล่าวไปบ้างนะในข้างต้น ก็คือเรื่องของการติดตามผล ก็คือจะเอาเรื่องสายด่วน เรื่องสื่อสังคมออนไลน์มาช่วยในระบบติดตาม เป็นการเชื่อมสถานพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ ก็จะไปเสริมระบบตรงในส่วนของติดตามผลน เพราะว่าติดตามผลนี่เป็นจุดอ่อนของระบบเลยในการบำบัดสุรา บำบัดยาเสพติด ในส่วนที่ช่วยในการคัดกรอง เข้าถึง ช่วยเหลือเยียวยาทางจิตใจเป็นบทบาทหลักอยู่แล้วที่เราทำ ให้ความรู้ แต่ว่าบทบาทที่เราจะทำในโครงการถัดไปนี่นอกจากที่เราทำทางสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น เราก็จะทำในเชิงติดตามมากขึ้น ให้เห็นเป็น

ตัวอย่างว่ามันช่วยประสิทธิผล ประสิทธิภาพของการบำบัดโดยรวมยังไง แล้วก็หวังผลว่ามันจะขยายไปสู่สถานบำบัดโดยทั่วไป ที่จะสร้างระบบนี้หรือจะมาใช้ของเราในการติดตามคนไข้ก็ได้ อาจจะสถานบำบัด บำบัดเสร็จส่งชื่อมาให้เราติดตามให้ หรือเขาจะสร้างระบบของเขาขึ้นมาเอง โดยใช้โทรศัพท์ ใช้สื่อสังคมออนไลน์ก็ได้นะ มันก็จะเสริมระบบให้การบำบัดมีประสิทธิผล ประสิทธิภาพมากขึ้น"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

2.21 ปัจจัยที่มีส่วนในการทำให้เกิดการดำเนินการโครงการหรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลปัจจัยที่มีส่วนในการทำให้เกิดการดำเนินการโครงการหรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์โดยกล่าวว่ามีปัจจัยทางการรักษาที่ต่างกันของ กรณีที่เป็นโรคทางจิตเวชอย่างเดียวกับโรคทางจิตเวชร่วมกับ Alcohol Use Disorder นโยบายเชิงบวกที่ชัดเจนและส่งเสริมการวิจัย งบประมาณที่สนับสนุน ศักยภาพของกลุ่มวิจัย การวิเคราะห์ปัญหา การมองเห็นขนาดของปัญหา การให้ความสำคัญกับปัญหาเรื่องของแอลกอฮอล์ การกระจายให้แต่ละพื้นที่ทำงานวิจัย ความไม่ย่อท้อ ความมุ่งมั่น การหาพลังเครือข่าย ทรัพยากรบุคคล เช่น การมีผู้เชี่ยวชาญ การส่งเสริมให้บุคลากรมีขวัญกำลังใจมี เป็นต้น การประสานงานที่ดี ความสะดวกในการทำวิจัย เช่น การมีบุคลากรที่ช่วยดูเรื่องของการวิจัยต่าง ๆ ให้เป็นไปตามกระบวนการ เป็นต้น ผลตอบแทน เช่น ตัวเงิน ความก้าวหน้าในอาชีพ เป็นต้น และการมีเวทีที่ให้หน่วยงานไปนำเสนอ ดังบทสัมภาษณ์ต่อไปนี้

"...ในพื้นที่ของตัวเองก็คือ บำบัดที่สถาบันน่ะ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโครงการงานวิจัยขึ้นก็คือในเคสที่เป็นตัวโรคทางจิตเวชอย่างเดียว กับในเคสที่เป็นโรคทางจิตเวช With Alcohol Use Disorder นี่ในเรื่องการรักษาก็จะแตกต่างจากโรคจิตเวชอย่างเดียว

จึงทำให้เกิดการวิจัยเกี่ยวกับเรื่อง comorbid ของตัว Alcohol Use Disorder ในสถาบันเกิดขึ้นน่ะ”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 1

“...เรื่องของนโยบายอันดับแรกเลยให้การสนับสนุนในเรื่องของการทำวิจัยมากน้อยแค่ไหน พอในเรื่องนโยบายนี่ค่อนข้างส่งเสริมแล้วนะ บุคลากรในที่ที่โรงพยาบาลก็สนใจแล้วก็เห็นความสำคัญของการที่จะมีงานวิจัยแล้วก็มองว่างานวิจัยนี่เป็นเพื่อการพัฒนาให้ระบบดีขึ้น ก็น่าจะเป็นปัจจัยที่สำคัญน่ะ”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 2

“...คิดว่าประเด็นแรกน่าจะเป็นในเชิงนโยบายหรือยุทธศาสตร์ของชาติ ซึ่งจริง ๆ ชาตินี่ก็มีนโยบายหรือยุทธศาสตร์พวกนี้อยู่แล้ว แต่คิดว่าถ้านโยบายมันชัดขึ้น คำถามวิจัยมันชัดขึ้น เช่น เขาอยากศึกษาในประเด็นนี้หรือว่าช่วง 10 ปี 20 ปีนี้ จะมุ่งไปทางนี้นี่ มันก็อาจจะทำให้คนที่อยู่ข้างล่างนี่ ได้เห็นชัดขึ้นว่าจะไปทางไหน งานวิจัยจะไปทางไหนนะ นี่ก็เป็นเป็นปัจจัยที่หนึ่ง ปัจจัยที่สอง นี่น่าจะเป็นเรื่องของ เมื่อกี้เรื่องของนโยบายและคำแนะนำอันที่สอง นี่น่าจะเป็นเรื่องของตัวงบประมาณน่ะ ถ้ามีงบประมาณในการสนับสนุนอาจจะเป็นทางของรัฐ ของภาคเอกชนน่าจะทำให้การดำเนินการวิจัยนี่ทำได้ดี ปัจจัยที่สาม น่าจะเป็นในเรื่องของศักยภาพของกลุ่มวิจัยว่างานวิจัยพวกนี่มันต้องการคนที่เข้ามาทำหรือคนที่มารับผิดชอบ ถ้ามีคนที่หรือกลุ่มวิจัยที่มาทำเยอะๆ มีส่วนรับผิดชอบมาก ๆ มีการจัดการจัดสรรพวกเกี่ยวกับการวิจัยที่ดี ก็คิดว่าน่าจะทำให้การวิจัยมันเกิดขึ้นมาเยอะ แล้วก็อันที่สี่ น่าจะเป็นเรื่องของการวิเคราะห์ปัญหา หรือแกปว่ามันยังมีแกปของงานวิจัยอะไรอยู่ แล้วก็คอยมองหาโอกาสในการพัฒนาคิดว่าประมาณ 4 ส่วนนี้ น่าจะทำให้งานวิจัยมันออกมาดีขึ้นในภาพรวมน่ะ”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 3

"...คิดว่าคือคนต้องตระหนักถึงเรื่องของการบำบัดว่ามันเป็นเรื่องสำคัญต้องให้เขาตระหนักว่าเรื่องนี้เรื่องบำบัดรักษานี่สำคัญที่จะเปลี่ยนแปลงคุณภาพสังคมได้ โดยการทำให้คนที่เขาติดสุราแล้วเขาไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรืออ้างว้างนะ เขาก็เป็นพลังของสังคมได้ เขาก็เป็นเหมือนที่เราว่า เขาก็เป็นวิทยากรให้สังคมได้ เขาก็เป็นอาสาสมัคร นักรณรงค์ให้คนเลิกเหล้าได้ อันนี้คือการเห็นทุนมนุษย์ที่อยู่ในคนแต่ละคน เห็นศักยภาพของความเป็นมนุษย์ น่ะว่าแม้เขาจะติดเหล้า แม้เค้าจะติดสุราแต่เขาก็เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าเปลี่ยนแปลงสังคมได้ เพราะส่วนใหญ่สังคมอาจจะยังมองว่าคนติดเหล้าเป็นคนที่มีปัญหา แต่จริง ๆ การติดเหล้าก็เป็นภาวะทางสมองเท่านั้นแหละ เขายังสามารถ create ความสร้างสรรค์อะไรให้กับสังคมได้เยอะน่ะ ทำยังไงสังคมถึงจะยื่นมือไปช่วยอันนี้ใช้ความเมตตาแล้วนะ ไปช่วยกันเยียวยาไปช่วยกันดึงเพื่อนออกมาจากที่ ๆ เขาทุกข์ทรมาน โดยที่เขาไม่รู้ตัวเอง คือน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญในการที่สังคมต้องโอบอุ้มดูแลเพื่อนที่หลงผิดนี้อย่างไร ดูในฐานะที่ไม่ใช่เด็กมีปัญหา อย่างเช่นลูกหลานติดยาก็ลูกหลานเรา แต่ไม่ใช่สถานะที่ใครไม่รู้ที่ติดยา มันคนละสถานภาพเนอะ สถานภาพดูแลด้วยความเป็นห่วง เช่น เขาติดอย่างอื่นได้ตั้งเยอะ ยามันแค่เป็นเรื่องหนึ่งไม่ใช่เอาการติดยาไปตัดสินชีวิตทั้งหมดของเขา มันเป็นแค่ด้านเดียว แต่จริง ๆ ด้านอื่น ๆ เขาก็ยังเป็นลูกที่ดี ยังเป็นน้องที่ดี ยังเป็นเพื่อนที่ดี แต่ด้านที่เขาไปติดยาไม่ดีแค่ 1 ในหลาย ๆ ด้าน สังคมต้องปรับเปลี่ยนวิธีคิดต่อคนเสพ คนดื่ม คนที่สูบบุหรี่ แล้วก็ดึงศักยภาพคนเหล่านั้นมาใช้ แล้วก็ลบปัจจัยเสี่ยงชีวิตลงไปเพิ่มปัจจัยที่เพิ่มพลังสร้างสรรค์สังคมมากขึ้นอะไรแบบนี้น่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 4

"...ก็น่าจะเป็นนโยบายที่มาให้ความสำคัญกับเรื่องนี้น่ะ คิดว่ามันเป็นนโยบายในเชิงบวกนะ เป็น Positive Policy คือ เหมือนกับว่าการเข้าไปควบคุมจำกัดอะไรอย่างนี้ อาจจะเป็น Negative Policy เป็นนโยบายในเชิงลบต่อสังคม คิดว่าการมีนโยบายในการเข้าไปหาคนดื่มไปช่วยเขาเลิกอะไรอย่างนี้มันน่าจะเป็นนโยบายที่สังคมตอบรับ เพราะฉะนั้นควรผลักดันเรื่องนโยบายแล้วก็เรื่องของเพิ่มช่องทางการเปลี่ยนแปลงค่านิยมให้คน

เข้าไปสนใจกับคนดื่มมากขึ้น คืออันนี้คือตีความว่าคนดื่มทุกคนในทุกแบบก็น่าจะสามารถจะเข้าสู่ระบบการบำบัดได้ด้วยนะ”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 5

“...วันนี้ถ้าถามตัวเลขคนติดเหล้าคนที่เข้าสู่กระบวนการจริง ๆ นี่ตัวเลขนี่แทบไม่มี เราไม่สามารถบอกได้เลยว่ามีคนติดเหล้าอยู่ประมาณเท่าไหร่เข้าสู่กระบวนการเท่าไหร่ และผลหลังจากนั้นเป็นอย่างไร มีคนทำงานอยู่กี่คน คนที่ทำงานเต็มที่กับเรื่องนี้ในแต่ละโรงพยาบาลมีอยู่กี่คน เราแทบจะไม่เห็นตัวเลขตรงนี้เลยมันน่าจะต้องมีการทำงานพวกนี้ เพื่อให้เห็นตัวสถานการณ์และปัญหา งบประมาณก็ส่วนหนึ่ง หรือว่าสุดท้ายแล้วมันต้องเห็นขนาดของปัญหาว่าเราทำไปเพื่ออะไรอย่างนี้น่ะ งบประมาณก็ใช่เพราะเป็นปัจจัยหลัก ใช่ ๆ เราจะต้องทำข้อมูลตัวนี้ออกมาให้ได้น่ะ ถ้ามอง scale ในระดับชุมชน เราจะต้องรู้เลยว่า เดินผ่านถนนเส้นนี้ มีคนติดเหล้าอยู่บ้านหลังนี้ 1 คน มีคนที่อยู่ในระหว่างลดละเลิกอยู่ในบ้านนี้อีก 2 คน มีคนที่ตายจากเหล้าบ้านนี้ 1 คน นี่เราต้องการข้อมูลแบบนี้เพราะถ้าเราไม่เห็นแบบนี้เราไม่มีทางเลยที่จะมาดำเนินโครงการ เพราะฉะนั้นจะทำอย่างไร ก็ต้องวิจัยต้องเก็บข้อมูลที่จะต้องเอาไปทำพวกนี้นะ ทีนี้ต้องตามมาด้วยงบประมาณที่มันใส่เข้ามา เพื่อให้เห็นขนาดของปัญหา เพื่อให้เห็นสภาพ แล้วถึงจะมาวางแผนว่าตัวกระบวนการเราจะใช้กระบวนการแบบไหนลงไปทำ ใช้กำลังคนแค่ไหนหรือว่าจะไปใส่กระบวนการไว้ในงานเดิมของคนอื่น ๆ ซึ่งมันก็มีภาระอยู่เยอะอยู่แล้ว”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 6

“...ก็คงต้องกระจายให้แต่ละพื้นที่เค้าทำงานวิจัยอาจจะเป็นนักวิชาการในพื้นที่ก็ได้ก็ไปศึกษาว่าชุมชนไหนเค้าสามารถในการบำบัดรักษาอาจจะเยียวยาไปในตัวเลยด้วยชุมชนบางที่ก็มีศักยภาพทำได้อยู่แล้ว”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 7

"...ความไม่ย่อท้อ ความมุ่งมั่น แล้วก็การหาพลังเครือข่ายเยอะ ๆ หรือหาหน่วยงานหลักน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 8

"...ก็คืออันดับแรกก็คือโครงการหรืองานวิจัยที่มันจะเกิดขึ้นได้ก็คือผู้ปฏิบัติงานต้องดูก่อนว่ามันเกิดปัญหาหรือมันเกิดแกปอะไรที่เกิดจากการปฏิบัติงานแล้วเราอยากจะทำแนวปฏิบัติหรือทำการการวิจัยขึ้นมาเพื่อให้ได้ข้อมูลในการที่จะส่งผลให้เกิดการปิดแกปหรือปิดช่องว่างที่เกิดจากการทำงานของเรา ซึ่งตอนนี้ได้มองว่ามันน่าจะเป็นจากผลของตัวนโยบายด้วย ถ้าเขตบริการหรือในภาพรวมของประเทศนี่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับนโยบายการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราอย่างจริงจัง มันก็จะกระตุ้นทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีแรงจูงใจในการที่จะผลิตงาน ผลิตโครงการ ผลิตงานวิจัยเพื่อที่จะเป็นตัวเสริมในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลบำบัดคนไข้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ งั้นน่าจะเป็นนโยบายน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 9

"...ปัจจัยคน ก็อย่างที่บอกว่าคุณจะต้องส่งเสริมให้มีบุคลากร มีผู้เชี่ยวชาญเรื่องนี้ส่งเสริมให้เขามีขวัญกำลังใจ มีเส้นทางก้าวหน้าในอาชีพด้านนี้ แล้วก็ อันนี้ปัจจัยคนสำคัญที่สุดแล้วก็ปัจจัยที่สองก็คือ ระบบ ต้องมีระบบที่ เขาเรียก referral system ที่มันมีความต่อเนื่องคือ ที่มันมีความประสานงานที่ดีน่ะ ไม่ใช่อันนี้ก็ไม่ใช่ อันนั้นก็ไม่ใช่ อันนี้ไม่ได้ อันนั้นไม่ได้น่ะ แล้วก็งบประมาณสนับสนุน ส่วนหนึ่งที่ประเทศไทยมีคือเรามีนโยบาย บ.ว.ร. เรียกว่า บ้าน วัด โรงเรียนนี่ ทำงานในเชิงเขาเรียกว่าทั้งป้องกัน ส่งเสริมน่ะ แล้วก็ติดตามได้นี่เราน่าจะใช้นโยบายตรงนี้เข้ามา คือ บวร มันไม่ได้ใช้แค่ยาเสพติด แต่มันใช้เรื่องสุราได้ด้วยน่ะ"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 10

"...ปัจจัยที่ทำให้เกิด มีส่วนในการดำเนินงานวิจัยหรือการรักษาก็คงเป็น หนึ่งคือการให้ความสำคัญของปัญหาเรื่องของแอลกอฮอล์นะ ของตัวผู้บำบัดหรือว่าตัว

ผู้วิจัยเองว่าสนในเพียงใดอันนี้ก็เรื่องขอความสนใจก่อน อันที่สองก็คือสถานการณ์ในพื้นที่เอง ถ้าเกิดมันมีเยอะมากจนทำให้เกิดประเด็นปัญหาที่ต้องมาค้นหากันจริง ๆ จัง ๆ ตรงนี้ก็จะเป็นอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความสนใจ ถ้าเกิดมีการ raise ประเด็นหรือว่าชี้ปัญหาพุ่งเป้ามาในแต่ละพื้นที่เองและให้ผู้บริหารหรือว่าเขาเรียกว่าเป็นผู้มีส่วนร่วมส่วนได้ส่วนเสียได้รับทราบ อันนี้ก็จะเป็นอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดกระตุ้นการวิจัยเกิดขึ้นในพื้นที่"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 11

"...ทำให้ลุกขึ้นมาทำใช่ไหม คิดว่ามันชัดเจนในแง่ที่เราคิดว่า คือ มันเป็นปัญหาระดับใหญ่อยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นทั่วโลกหรือในประเทศ คราวนี้ถ้าในภาพรวมหรือในพื้นที่นี่ คิดว่าคือเท่าที่ผ่านมาถ้าเอาประสบการณ์ตัวเองคือ โอเคเราเป็นผู้เชี่ยวชาญคือเหมือนกับว่าเราสนใจเรื่องนี้ก็ทำไป หนึ่งคือมันก็เริ่มจากความสนใจ จริง ๆ แล้วหนึ่งคือมันเริ่มจากแน่นอน เราทำเริ่มจากการเป็นปัญหา สองเรามีความสนใจ สามที่คิดว่าจะทำให้มันได้ผลมันต้องรับการสนับสนุน ทั้งในแง่งบประมาณ แง่อะไรอย่างนี้ บางทีก็อยากทำแต่ก็ไม่มีกลไกที่จะช่วยเหลือ ไม่มีตังค์ แล้วก็บางทีเขียนขอก็ยาก ก็ไม่รู้นะไม่แน่ใจเหมือนกับอะไรอย่างนี้ประมาณนี้"

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 12

"...ก็อาจจะเช่นในเรื่องของปัจจัยด้านผลตอบแทน บางคนอาจจะในเรื่องของเป็นตัวเงิน หรืออาจจะเป็นในเรื่องของตัวบางคนทำซี ทำผลงานอะไรอย่างนี้ก็อาจจะทำให้เขาเกิดการอยากกระตุ้นอยากจะทำวิจัยเพิ่มเติม แล้วก็ต้องการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร แล้วก็ความสะดวกหรือความง่ายในการที่จะทำวิจัย เช่น ทางสถาบันหรือว่าในพื้นที่ส่งเสริมในเรื่องของมีนัก Stat หรือนักวิจัยทางคลินิกที่ช่วยในการเก็บข้อมูลในการประเมินผลแล้วก็เหมือนกับมีพี่เลี้ยงในการที่จะช่วยดูเรื่องของการวิจัยต่าง ๆ ให้เป็นไปตามกระบวนการ process อย่างนี้ ก็จะทำให้เขารู้สึกอยากทำงานวิจัยขึ้น ถ้าเกิดมันทำได้ง่ายแล้วก็มีคนช่วยน่ะ

แล้วก็เรื่องทุน ถ้าเกิดสามารถขอทุนขออะไรได้อะไรอย่างนี้ มันก็จะทำให้อยากจะมีแรงบันดาลใจในการทำน่ะ”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 13

“...ก็คือจริง ๆ มันก็ คือเหมือนกับที่บอกน่ะ ถ้ามันมีความเชื่อมโยงที่มันแบบเหมือนมีการประสานกันได้ชัดเจนมากขึ้นรวมถึงมีจำนวนบุคคลากรที่เพิ่มขึ้นในแง่ของการ service ที่เพียงพออย่างเหมือนที่บอก อันนี้ถ้าดูตามกรอบก็อาจจะคล้าย ๆ จะพอ แต่ถ้าดูตามภาระงานจริง ๆ แล้วค่อนข้างก็ workload เหมือนกัน ทำงานหนักอะไรอย่างนี้น่ะ ถ้าเกิดมีจำนวนคนเพิ่มขึ้นในการทำงานรวมถึงมีการส่งเสริมให้เหมาะสมนี่ ว่าแบบทำแล้วเราก็มีแรงจูงใจอะไรอย่างนี้ อันนี้ก็อาจจะทำให้เพิ่มศักยภาพในการพัฒนาผลทางวิชาการขึ้นได้ แต่ทุกวันนี้ด้วยงาน service มันก็เยอะ มันก็เลยจะทำให้การมา attend เกี่ยวกับงานวิจัยอะไรต่าง ๆ มันก็ลดลง”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 14

“...ก็คิดว่า อันนี้ภาครัฐก็ควรจะมีงบประมาณสนับสนุน ในหัวข้อของวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดสุราและก็ญาติ ผู้ได้รับผลกระทบ นี่ก็ควรจะมีงบประมาณสนับสนุนนะ มันก็จะเป็นการกระตุ้นให้มีวิจัยเรื่องพวกนี้มากขึ้น แล้วก็มีเวทีที่จะให้หน่วยงานวิชาการไปนำเสนอ”

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านที่ 15

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากโครงการการประเมินผล พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ภายหลังการบังคับใช้เป็นระยะเวลา 10 ปี มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการบริการบำบัดรักษาผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยวิธีการวิจัย เชิงปริมาณ (Quantitative Research) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มเชิงชั้นภูมิหลายขั้นทั้งจากในเขตและนอกเขตเทศบาล โดยจังหวัดที่ได้จากการสุ่มในการสำรวจ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี สมุทรปราการ ชลบุรี สุรินทร์ ขอนแก่น สกลนคร เชียงใหม่ ลำพูน สุโขทัย กระบี่ สงขลา และพัทลุง ได้จำนวนตัวอย่างตอบกลับ จากทั่วประเทศทั้งสิ้นจำนวน 5,335 คน และทำการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลหลัก จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการจำแนกประเภทข้อมูล (Typological Analysis) เพื่อสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic Induction) ซึ่งสามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.7 มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับสี่สิบปีร้อยละ 50.3 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 44.7 ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในช่วงสิบปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 60.8 ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 60.8

ทั้งนี้ จากจำนวนผู้ที่เคยเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในช่วงสิบปีที่ผ่านมาทั้งหมดจำนวน 3,235 คน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,375 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 ที่เคยได้รับการคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์จากสถานพยาบาลของรัฐ โดยที่เหลือประมาณร้อยละ 57.5 ของผู้เคยเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในช่วงสิบปีที่ผ่านมาไม่เคยได้รับการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการเข้ารับบริการ ตามตารางที่ 2 ทั้งนี้ จังหวัดที่ทำการสำรวจที่มีสัดส่วนของผู้ที่เคยได้รับการคัดกรองเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสถานพยาบาลของรัฐสูงที่สุด คือ จังหวัดสมุทรปราการ ชลบุรี และสงขลา ซึ่งได้รับการคัดกรองเกินกว่าครึ่งในผู้ที่เคยเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐไม่ว่าจะเข้าไปรับบริการด้านใดก็ตาม รองลงมาคือ จังหวัดขอนแก่น กระบี่ สุรินทร์ พัทลุง เชียงใหม่ สกลนคร นนทบุรี และลำพูน (ร้อยละ 29.5-47.9) และจังหวัดที่ทำการสำรวจที่มีผู้ได้รับการคัดกรองต่ำสุดในสถานพยาบาลของรัฐ คือ จังหวัดสุโขทัย ร้อยละ 4.2 และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 15.8

ผลการศึกษาพบว่าประชากรที่สำรวจประมาณ ร้อยละ 51.9 ไม่รู้ว่ามีสถานพยาบาลของรัฐที่สามารถให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ โดยประชากรที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ สมุทรปราการ นนทบุรี และลำพูน จะมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่รู้ว่ามีสถานพยาบาลของรัฐที่สามารถให้บริการด้านนี้เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดเกินร้อยละ 60 ของประชากรที่ทำการสำรวจ ตามตารางที่ 2 รองลงมาคือ ประชากรที่อยู่อาศัยในจังหวัดชลบุรี สกลนคร สุรินทร์ ขอนแก่น และกรุงเทพมหานคร โดยประชากรที่อยู่ในจังหวัดสุโขทัย พัทลุง สงขลา และกระบี่ มีสัดส่วนของผู้ที่ไม่รู้จักสถานพยาบาลของรัฐที่สามารถให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสัดส่วนที่ต่ำที่สุด อยู่ที่ประมาณร้อยละ 30-40 (ตารางที่ 2)

นอกเหนือจากผู้ที่ไม่รู้ว่ามีสถานพยาบาลของรัฐที่สามารถให้บริการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีผู้ที่ไม่รู้อยู่ประมาณร้อยละ 51.9 ทั่วประเทศนั้น อย่างไรก็ตาม มีผู้ที่รู้จักและมีความเห็นว่าการใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐที่ให้บริการ

บำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสะดวกสูงถึงร้อยละ 41.8 โดยที่เหลือที่รู้จักสถานพยาบาลดังกล่าวและมีความเห็นว่าไม่มีความสะดวกในการไปใช้บริการมีเพียงร้อยละ 6.3 สำหรับจังหวัดที่ประชากรที่ทำการสำรวจมีความเห็นว่าสถานพยาบาลไม่มีความสะดวกในการไปใช้บริการด้านการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด คือ จังหวัดสมุทรปราการ กรุงเทพมหานคร และ ขอนแก่น (ร้อยละ 10.9 – 11.7) ตามลำดับ รองลงมาคือจังหวัดลำพูน ชลบุรี เชียงใหม่ สงขลา พัทลุง และนนทบุรี (ร้อยละ 3.8 -7.9) โดยพื้นที่ที่ประชากรมีความเห็นว่าการไปใช้สถานบริการนั้นมีความไม่สะดวกในสัดส่วนที่ต่ำที่สุด คือ จังหวัดกระบี่ สุรินทร์ สุโขทัย และจังหวัดสกลนคร (ร้อยละ 0 – 1.9)

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

สามารถสรุปการบริการบำบัดรักษาผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. ภาพรวมของประเทศ

ในส่วนของภาพรวมของประเทศจะแบ่งข้อมูลออกเป็นด้านศักยภาพโรงพยาบาลแต่ละระดับ จำนวนสถานพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษา จำนวนบุคลากรในสถานพยาบาล จำนวนทรัพยากร และเวชภัณฑ์เกี่ยวกับการบำบัดรักษา รูปแบบโปรแกรมการรักษา และรูปแบบระบบติดตามประเมินผลการรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ดังนี้

1.1 ศักยภาพโรงพยาบาลแต่ละระดับของประเทศในการให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

ศักยภาพโรงพยาบาลแต่ละระดับของประเทศในการให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ศักยภาพโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือกลุ่ม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะสามารถคัดกรอง ให้คำปรึกษา ทำจิตบำบัดแบบสั้น และบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เบื้องต้นโดยมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแล และสามารถพิจารณาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนในระดับที่สูงขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการที่ซับซ้อนได้ ศักยภาพโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ขนาดใหญ่ โรงพยาบาลจังหวัด จะสามารถให้ความรู้ ถอนพิษ และบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์โดยมีพยาบาลที่ได้รับการอบรมทางด้านจิตเวชและสารเสพติดดูแล และสามารถพิจารณาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาจิตเวชร่วมหรือมีโรคทางกายซับซ้อนได้ และศักยภาพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือกลุ่มโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจิตเวช จะสามารถบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้หลาย ๆ รูปแบบอย่างมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านทั้งการมีโรคร่วมทางกายและทางจิตเวชที่ซับซ้อน มีการติดตาม ฟื้นฟูทางจิตสังคมโดยมีจิตแพทย์หรือพยาบาลจิตเวชดูแล แต่ยังไม่ค่อยมีระบบบำบัดในระดับของการฟื้นฟูสมรรถภาพ และศักยภาพในการบำบัดก็ยังอิงอยู่กับศักยภาพของการบำบัดยาเสพติดเพราะไม่มีสถานบำบัด หรือนโยบายที่ดูแลโดยตรงชัดเจน

1.2 จำนวนสถานพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

จำนวนสถานพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยโดยรวมมีเป็นหลักหมื่นแห่งซึ่งแบ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวช 13 แห่ง โรงพยาบาลธัญญารักษ์ 7 แห่ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 100 กว่าแห่ง โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 800 กว่าแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 10,000 กว่าแห่ง

1.3 จำนวนบุคลากรในสถานพยาบาลในประเทศไทย

จำนวนบุคลากรในสถานพยาบาลในประเทศไทยโดยรวมมีเป็นหลักหมื่นคน มีจิตแพทย์ 800 กว่าคน พยาบาล 20,000 กว่าคน ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์มีมาก และยังไม่ได้เข้าสู่การบำบัดอีกเป็นจำนวนมาก อีกทั้งบุคลากรที่ดูแลปัญหาของแอลกอฮอล์ก็จะเป็นบุคลากรที่ดูแลปัญหาของยาเสพติด และจิตเวชซึ่งบุคลากรที่บำบัดยาเสพติด และจิตเวชก็มีไม่เพียงพอ ทำให้บุคลากรไม่สอดคล้องกับปริมาณงาน

1.4 จำนวนทรัพยากรและเวชภัณฑ์เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกออล์ในประเทศไทย

จำนวนทรัพยากรและเวชภัณฑ์ที่ใช้เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีงบประมาณไม่เพียงพอ จำนวนเตียงมีไม่เพียงพอ เวชภัณฑ์มีไม่เพียงพอเนื่องจากมีแค่ยาที่ใช้รักษาอาการถอนพิษ แต่ยังไม่มียาที่รักษาอาการอยาก คือ Naltrexone และ Acamprosate

1.5 รูปแบบโปรแกรมการรักษาในประเทศไทย

รูปแบบโปรแกรมการรักษาในประเทศไทยมีตั้งแต่การคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรอง AUDIT หรือ ASSIST เพื่อนำผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์เข้าสู่กระบวนการรักษาซึ่งเป็นได้ทั้งรูปแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน สมัครใจหรือบังคับบำบัด ถัดมาก็เป็นการถอนพิษ การฟื้นฟูซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การบำบัดรายบุคคล การบำบัดกลุ่ม การบำบัดเชิงพุทธ การใช้ยาร่วมกับการทำจิตบำบัด การใช้ FAST Model การใช้ Cognitive Behavior Therapy (CBT) การใช้ Motivational Enhancement Therapy (MET) การใช้ Motivation Interview (MI) การใช้ Therapeutic Community การใช้ Alcoholics Anonymous (AA) การใช้ Peer Support Groups การใช้ Self-Help groups การฟื้นฟู Cognitive Impaired และการติดตาม

1.6 รูปแบบระบบติดตามประเมินผลการรักษาในประเทศไทย

รูปแบบระบบติดตามประเมินผลการรักษาในประเทศไทยมีการติดตามเป็นรายบุคคล 7 ครั้งต่อปี มีการตรวจการกลับไปใช้แอลกอฮอล์ซ้ำทุก 3 เดือน 6 เดือน และมีการติดตามในรูปแบบของการวิจัย การติดตามแบบกึ่งบังคับบำบัด การติดตามในชุมชน ใกล้บ้านสมานใจ สายด่วนเลิกเหล้า 1413 แต่ยังไม่มีการติดตามในเชิงระบบทั้งหมด

2. ในแต่ละพื้นที่

ในส่วนของในแต่ละพื้นที่จะแบ่งข้อมูลออกเป็นด้านบทบาทหน้าที่ ลักษณะการทำงานและประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ความเชื่อมโยงระหว่างหน้าที่การทำงานกับ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานการณ์การมาใช้บริการของผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในสถานพยาบาล เหตุผลที่ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จะเข้ารับหรือไม่เข้ารับบริการการบำบัดรักษา ความเชื่อมโยงระหว่างระบบในภาพรวมและในแต่ละพื้นที่ การดำเนินการและปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดการดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ การมีจำนวนที่เพียงพอและเข้าถึงได้ของสถานบริการบำบัดรักษา ผู้ให้บริการที่มีทักษะเพียงพอในการรักษา และทรัพยากรด้านเวชภัณฑ์ในการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ การมีรูปแบบโปรแกรมที่ได้มาตรฐานและการได้ดำเนินการตามโปรแกรมหรือระบบการให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ การมีระบบติดตามประเมินผลการรักษาเมื่อผู้เข้ารับการบำบัดกลับบ้านหรือสิ้นสุดการรักษา การดำเนินการและปัจจัยที่มีส่วนในการทำให้เกิดระบบการเยียวยาด้านการรักษาพยาบาลผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ การมีโครงการและปัจจัยที่มีส่วนในการทำให้เกิดการดำเนินการโครงการหรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้

2.1 บทบาทหน้าที่เกี่ยวกับระบบบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

บทบาทหน้าที่เกี่ยวกับระบบบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ถูกสัมภาษณ์มีมาจากหลากหลายบทบาทหน้าที่ทั้งบทบาทหน้าที่ผู้บำบัดรักษา นักวิชาการ นักวิจัย นักรณรงค์ ผู้จัดการแผนงาน ผู้ส่งเสริมป้องกัน และอาจารย์

2.2 ความเชื่อมโยงระหว่างหน้าที่การทำงานกับ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ความเชื่อมโยงระหว่างหน้าที่การทำงานกับ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ถูกสัมภาษณ์มีความเชื่อมโยงในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งลักษณะเป็นผู้ให้การบำบัดรักษาทั้งแบบสมัครใจ และแบบบังคับบำบัด ผู้ให้ความรู้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการบำบัดรักษา ผู้อบรมพัฒนาระบบและทดลองใช้ ผู้สร้างสภาพแวดล้อมให้ปลอดแอลกอฮอล์ ผู้เฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมาย และเป็นคณะอนุกรรมการด้านบำบัดรักษาตามนโยบายของ พ.ร.บ.

2.3 ลักษณะการทำงานเกี่ยวกับระบบบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

ลักษณะการทำงานเกี่ยวกับระบบบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์มีทั้งลักษณะการให้ความรู้ผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์และบุคลากรทางการแพทย์ การทำงานวิจัย การบำบัดรักษา Alcohol Use Disorder, Alcohol Induce Psychosis การฟื้นฟู การส่งเสริมป้องกัน การสร้างกำลังใจ การสร้างกระบวนการชุมชน การติดตามในชุมชน การเฝ้าระวังกลยุทธธุรกิจ การเฝ้าระวังการทำผิดกฎหมาย การประสานงานสร้างเครือข่ายแนวทางในการส่งต่อ และการดูแลโครงการ 1413 สายด่วนเลิกเหล้า

2.4 ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

ประสบการณ์เกี่ยวกับระบบบริการการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น กรณีที่มีผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์หนัก ๆ การมีตึกสำหรับดูแลคนไข้

แอลกอฮอล์และการดูแลช่วง Intensive เป็นสิ่งที่สำคัญ การตรวจส่วนใหญ่จะได้แค่การวินิจฉัยปัญหา การบำบัดรักษาในเบื้องต้น แต่การติดตามผู้ป่วยและการฟื้นฟูต่อยังมีช่องว่างที่ยังเป็นปัญหาอยู่และยังไม่สามารถที่จะลงไปเชื่อมกับทางชุมชนหรือทางสถานพยาบาลที่บริการเบื้องต้นได้เต็มที่ การทำงานในรูปแบบของ Care Team สามารถลดภาวะเสี่ยงหรือแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุราและเรื่องของการเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยมีตราบาป ระบบยังมีปัญหาในเรื่องการส่งต่อและการเชื่อมโยง มีผู้ป่วยที่ตรงเข้ามารักษาที่ศูนย์บริการโดยไม่ได้มาตามระบบ การรณรงค์ส่งเสริมป้องกันช่วยลดจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดได้ การทำครบวงจรทั้งบำบัด ฟื้นฟู ติดตามจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดี และระบบการติดตามต้องมีรูปแบบอื่น นอกเหนือจากการตั้งรับคนไข้ที่มาที่สถานบำบัด คือ ต้องมีเชิงรุก

2.5 สถานการณ์การมาใช้บริการของผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในสถานพยาบาล

สถานการณ์การมาใช้บริการของผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในสถานพยาบาลส่วนใหญ่ที่มารักษาจะมีภาวะที่รุนแรงและมีปัญหาซับซ้อนมากขึ้นเนื่องจากคนไข้ที่มีการใช้สารเสพติดอื่น ๆ มักจะมีการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย ผู้ที่มาถอนพิษเหล้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ที่เลิกไปได้แล้ว และกลับมาใช้ซ้ำอีกมีจำนวนอยู่พอสมควร การเข้าสู่การรักษาของผู้ที่มีปัญหาการดื่มยังไม่มากนักเมื่อเทียบกับผู้ที่มีปัญหาจริง ๆ ซึ่งหากผู้ดื่มยังไม่ได้มีปัญหามากนักก็จะใช้การโทรเข้ามาปรึกษาสายด่วนหรือการปรึกษาแพทย์ทั่ว ๆ ไปก่อนการมาพบจิตแพทย์เนื่องจากผู้ดื่มอาจรู้สึกเป็นตราบาปในการเข้าสู่การรักษา ผู้ที่เข้ามาพบจิตแพทย์โดยตรงมักจะทำการรักษาอย่างต่อเนื่องเนื่องจากตนเอง หรือคนรอบข้างเห็นความสำคัญของปัญหามากกว่าผู้ที่ถูกส่งต่อมาจากหมอทางฝ่ายกาย

2.6 เหตุผลที่ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จะเข้ารับบริการการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล

เหตุผลที่ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จะเข้ารับบริการการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลเนื่องจากมีการมีปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ ปัญหาทางกาย ปัญหาทางจิต ปัญหาทางจิตสังคม ปัญหาทางกฎหมาย อีกทั้งจากการตระหนักรู้และการมีแรงจูงใจ

2.7 เหตุผลที่ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จะไม่เข้ารับบริการการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล

เหตุผลที่ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จะไม่เข้ารับบริการการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลเกิดทั้งจากตนเอง ได้แก่ การไม่ตระหนักรู้ถึงปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของตน ความรู้สึกว่ายังได้ประโยชน์จากการดื่ม การเกิดเป็นตราบาปและความรู้สึกว่าไม่สามารถรักษาได้ และจากสภาพแวดล้อม ได้แก่ การที่คนรอบข้างไม่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ การไม่มีสถานบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ชัดเจนและเข้าถึงได้ยาก ความซับซ้อนของระบบ ปัญหาด้านเศรษฐานะ และปัญหาเรื่องสิทธิ์การรักษา

2.8 ความเชื่อมโยงระหว่างระบบในภาพรวมและในแต่ละพื้นที่

ความเชื่อมโยงระหว่างระบบในภาพรวมและในแต่ละพื้นที่ยังมีปัญหาความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทางกาย และการติดตามผลในชุมชน เช่น การส่งไปแล้วเตียงเต็ม การที่โรงพยาบาลจิตเวชไม่สามารถรับผู้ป่วยที่มีโรคทางกายหนัก ๆ ได้เป็นต้น ปัญหาในเรื่องของเขตบริการและเรื่องของสิทธิ์การดูแลคนไข้ การที่ยังไม่มีระบบ Outreach ไม่มีบ้านพักฟื้น และบริการที่เข้าถึงได้ยากเนื่องจากยังไม่มีบริการด้านแอลกอฮอล์ที่แยกออกมาอย่างชัดเจน แต่ก็มีความเชื่อมโยงที่ดีในระหว่างแผนกของโรงพยาบาล และในส่วนของการที่การคัดกรอง และการวินิจฉัยที่ให้ไปรวมอยู่ในกลุ่มของคลินิกโรคไม่ติดต่อซึ่งจะได้รับการคัดกรอง 5 โรคโดยโรคสุราก็เป็นหนึ่งในนั้น

2.9 การดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

การดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์นั้นมีการดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งจะมีทั้งรูปแบบการซักประวัติ และการใช้แบบคัดกรอง AUDIT และ ASSIST สม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอบ้าง และยังไม่ครอบคลุมทั้งประเทศ

2.10 ปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดการดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดการดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์มีทั้งในส่วนของความกระชับของแบบคัดกรอง และการไม่นำแบบคัดกรองไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม ทรัพยากรบุคคล เช่น ความรู้ ทัศนคติและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาของแอลกอฮอล์ของบุคลากร ภาระงานของบุคลากร ความเพียงพอของบุคลากร เป็นต้น นโยบาย สภาพปัญหาและการเชื่อมกับระบบของชุมชน การติดตามจากหัวหน้าในส่วนราชการ การส่งผลต่อกันของแอลกอฮอล์กับโรคทางจิตเวช โรคทางกาย และการใช้สารเสพติดอื่น ๆ และแรงจูงใจในเชิงบวกที่ให้กับผู้เข้ารับบริการ

2.11 การมีจำนวนที่เพียงพอและเข้าถึงได้ของสถานบริการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

การมีจำนวนที่เพียงพอและเข้าถึงได้ของสถานบริการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์นั้นมีจำนวนที่เพียงพอในระดับของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) แต่ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังขาดแคลน และการบำบัดรักษาสามารถเข้าถึงได้ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในต้องพิจารณาถึงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ประกอบด้วย และเนื่องจากยังมีผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ยังไม่ได้เข้ารับการบริการเป็นจำนวนมาก หากผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เข้ามารับบริการมากขึ้นสถานบริการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีอยู่อาจไม่เพียงพอ

2.12 การมีจำนวนที่เพียงพอของผู้ให้บริการที่มีทักษะเพียงพอในการรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

การมีจำนวนที่เพียงพอของผู้ให้บริการที่มีทักษะเพียงพอในการรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มีจำนวนที่เพียงพอในระดับของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) แต่ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีไม่เพียงพอ และบุคลากรมีภาระงานที่มากทำให้ไม่สามารถดูแลปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้เต็มที่

2.13 การมีรูปแบบโปรแกรมการรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้มาตรฐาน

การมีรูปแบบโปรแกรมการรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้มาตรฐานมีทั้งการคัดกรองในระบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การถอนพิษ การฟื้นฟูซึ่งมีทั้งการเข้ากลุ่ม ICOTR, PMK Model (CBT, MI และ Twelve Steps), Matrix Program, Self-Help Group, Therapeutic Community, การฟื้นฟู Cognitive Impaired และการติดตาม 1413 สายด่วนเลิกเหล้า

2.14 การได้ดำเนินการตามโปรแกรมหรือระบบการให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

การได้ดำเนินการตามโปรแกรม หรือระบบการให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ สถานพยาบาลส่วนใหญ่มีการได้ดำเนินการตามโปรแกรม มีการแก้ไข พัฒนา ประเมินผล แต่ในบางพื้นที่บุคลากรมีภาระงานมากอาจทำให้การได้ดำเนินการตามโปรแกรมบกพร่องบ้าง บางพื้นที่ก็มีการนำบางส่วนของโปรแกรมมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบท และบางพื้นที่ก็ได้แต่คัดกรอง และถอนพิษ แต่การฟื้นฟู และการติดตามอย่างต่อเนื่องยังไม่มี

2.15 การมีทรัพยากรด้านเวชภัณฑ์เพียงพอและเข้าถึงได้ในการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

การมีทรัพยากรด้านเวชภัณฑ์เพียงพอ และเข้าถึงได้ ในการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์นั้น ยาพื้นฐานที่ใช้ในการถอนพิษมีเพียงพอบ้าง ไม่เพียงพอบ้าง ในแต่ละพื้นที่ ยาบางตัวก็ไม่ได้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยา Naltrexone และ Acamprosate ที่ใช้ในการรักษาอาการอยากแอลกอฮอล์ไม่มี

2.16 การมีระบบติดตามประเมินผลการรักษาเมื่อผู้เข้ารับการบำบัดกลับบ้านหรือสิ้นสุดการรักษา

การมีระบบติดตามประเมินผลการรักษาเมื่อผู้เข้ารับการบำบัดกลับบ้านหรือสิ้นสุดการรักษามีทั้งการติดตามเชิงรับจากการนัดตรวจเป็นรายบุคคล 3 เดือน หรือตลอดทั้งปี การติดตามในเชิงรุกโดยใช้สายด่วนเลิกเหล้า 1413 การเยี่ยมบ้าน และเครือข่ายผู้ที่เลิกเหล้าได้สำเร็จช่วยติดตาม แต่ยังไม่มีการติดตามเชิงระบบที่เป็นรูปธรรม

2.17 การดำเนินการให้มีระบบการเยียวยาด้านการรักษาพยาบาลผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์

การดำเนินการให้มีระบบการเยียวยาด้านการรักษาพยาบาลผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์นั้นมีระบบการเยียวยาในส่วนของข้าราชการทหาร กองทุนช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์ การทำงานร่วมกับสังคมสงเคราะห์เพื่อทำหน้าที่ในเรื่องของการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ การจัดหาสถานที่พักฟื้น การออกบัตรผู้พิการ และการใช้สายด่วนเลิกเหล้า 1413 ในการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ แต่ในบางพื้นที่ก็ยังไม่มีระบบเยียวยา

2.18 ปัจจัยที่มีส่วนในการทำให้เกิดระบบการเยียวยาด้านการรักษาพยาบาลผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยที่มีส่วนในการทำให้เกิดระบบการเยียวยาด้านการรักษาพยาบาลผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์มีทั้งการให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว การมีระบบคัดกรองทางด้านจิตสังคมหรือครอบครัว การให้ความรู้เชิงกว้างแก่สังคม การเรียกร้องสิทธิ์ของผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ การประชาสัมพันธ์โดยที่ให้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์มีความรับผิดชอบมากขึ้น วิธีคิดและค่านิยมของสังคม ปัญหาสุขภาพร่างกาย การหายทุเลา ความเสี่ยงในการกลับมาเป็นซ้ำ ทรัพยากร เช่น เตียง เวชภัณฑ์ งบประมาณ ทัศนคติของบุคลากร การตรวจสอบถึงปัญหาผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ให้บริการ การให้กำลังใจและพัฒนาบุคลากร การมีความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากร เป็นต้น การติดต่อและความเชื่อมโยงของระบบ การเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือของกระทรวงพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ NGO SOS มูลนิธิปวีณา และกฎหมาย

2.19 การมีโครงการหรืองานวิจัยในการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

การมีโครงการหรืองานวิจัยในการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์นั้นบางพื้นที่มีการทำโครงการวิจัยร่วมกับ สสส. ผรส. ศวส. ธัญญารักษ์ บางพื้นที่ก็มีโครงการวิจัยในส่วนของการบำบัดรักษา ได้แก่ การศึกษากลไกในการเกิดโรคใด ๆ ในแอลกอฮอล์ หรือการศึกษาในระดับของ Pre-clinic ระดับของสัตว์ทดลอง การทำวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาผู้ดื่มแอลกอฮอล์ การทำวิจัยเปรียบเทียบแรงจูงใจของผู้มีปัญหาโรคร่วม การทำวิจัยเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดต่าง ๆ บางพื้นที่ก็มีโครงการในการติดตามและช่วยเหลือในชุมชน ได้แก่ โครงการสายด่วนเลิกเหล้า 1413 โครงการพัฒนาเพื่อช่วยเหลือผู้ดื่ม โครงการประจำปีเรื่องการเลิกเหล้า แต่ในบางพื้นที่ก็ไม่มีแผนงานวิจัยเกี่ยวกับบำบัดรักษาที่ชัดเจน

2.20 โครงการหรืองานวิจัยประเด็นที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ควรดำเนินการเพิ่มเติม

โครงการหรืองานวิจัยประเด็นที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ควรดำเนินการเพิ่มเติมนั้นควรมีโครงการวิจัยในมิติทางการบำบัดรักษา ได้แก่ การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาเพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะและสภาพแวดล้อมของคนไทย การวิจัยเรื่องวิธีการดูแลคนไข้ให้มีบริบทที่หลากหลาย การวิจัยวิทยาศาสตร์พื้นฐานหรือความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความเข้าใจในเรื่องของแอลกอฮอล์ในมิติต่าง ๆ การวิจัยทาง Pre-clinic การวิจัยศักยภาพในการบำบัดรักษาของชุมชน การวิจัยเรื่องยาเรื่องสมุนไพรที่สามารถลดการกำเริบซ้ำ ลดการขาดสุราที่สามารถนำมาใช้ได้ การวิจัยที่ทำร่วมกันกับผู้บำบัด และโครงการวิจัยในมิติทางสังคม ได้แก่ การวิจัยถึงผลสัมฤทธิ์ที่เกิดจากการดำเนินการโครงการของ ผรส. การวิจัยเชิงนโยบาย การวิจัยทางเศรษฐกิจหรือผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากแอลกอฮอล์ การวิจัยที่มีผลทำให้เกิดการตระหนักรู้ของผู้ดื่ม การวิจัยในเรื่องของการสร้างทัศนคติเชิงบวกกับการบำบัดรักษา การศึกษารูปแบบความสำเร็จของคนที่ดื่มประจำหรือดื่มนาน ๆ ครั้งที่สามารถเลิกได้ การวิจัยทางมานุษยวิทยาในเรื่องคุณค่าของความเป็นมนุษย์ การวิจัยระบบการติดตามการรักษาที่เหมาะสมกับคนไทย และการศึกษาวิจัยเชิงลึกในส่วนของสื่อสังคมออนไลน์ที่เป็นประโยชน์ในการเข้าถึงประชาชน

2.21 ปัจจัยที่มีส่วนในการทำให้เกิดการดำเนินการโครงการหรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยที่มีส่วนในการทำให้เกิดการดำเนินการโครงการหรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์มีตั้งแต่ปัจจัยจากตัวโรค ได้แก่ การรักษาที่ต่างกันของกรณีที่เป็นโรคทางจิตเวชอย่างเดียวกับโรคทางจิตเวชร่วมกับ Alcohol Use Disorder ปัจจัยทางทรัพยากร ได้แก่ งบประมาณที่สนับสนุน ศักยภาพของกลุ่มวิจัย การมีผู้เชี่ยวชาญ การส่งเสริมให้บุคลากรมีขวัญกำลังใจ การมีบุคลากรที่ช่วยดูเรื่องของการวิจัยต่าง ๆ ให้เป็นไปตามกระบวนการ ผลตอบแทน ความก้าวหน้าในอาชีพ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความไม่ย่อท้อ ความ

มุ่งมั่น การหาพลังเครือข่าย การประสานงานที่ดี และปัจจัยทางนโยบาย ได้แก่ การมีนโยบายเชิงบวกที่ชัดเจน และส่งเสริมการวิจัย การให้ความสำคัญกับปัญหาเรื่องของแอลกอฮอล์ การมีการวิเคราะห์ปัญหาและมองเห็นขนาดของปัญหา การกระจายให้แต่ละพื้นที่ทำงานวิจัย และการมีเวทีที่จะให้หน่วยงานไปนำเสนอ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลของโครงการการประเมินผล พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ภายหลังการบังคับใช้เป็นระยะเวลา 10 ปี ในส่วนของระบบการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น สามารถนำข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในภาพรวมของประเทศมาใช้ในการประเมิน ผลการศึกษาที่สำคัญ พบว่า ประชาชนที่เคยเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในช่วงสิบปีที่ผ่านมามีประมาณ ร้อยละ 57.5 ที่ไม่เคยได้รับการคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งจัดเป็นหนึ่งในขั้นตอนสำคัญในการทำให้ทราบได้ว่าผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นมีปัญหาจากการดื่มในระดับใด และจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาใดหรือไม่ การที่ส่วนหนึ่งของผู้เข้ารับบริการทางสุขภาพตอบว่าตนไม่ได้รับการคัดกรองนั้น อาจเป็นไปได้ว่าผู้ไปรับบริการทางสุขภาพในสถานพยาบาลของรัฐนั้น อาจไปรับบริการทางการแพทย์ในประเด็นที่ไม่ได้เกี่ยวเนื่องกับผลกระทบทางสุขภาพที่เกี่ยวเนื่องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง ทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขไม่ได้ถามถึงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของตน อย่างไรก็ตาม การถามถึงพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จัดเป็นการซักประวัติพื้นฐานทางการแพทย์และการพยาบาล จึงควรมีการเน้นย้ำในระดับนโยบาย เพื่อให้เกิดการคัดกรองปัญหาอันจะนำไปสู่กระบวนการให้การบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ครอบคลุมผู้ที่อาจมีปัญหาจากการดื่มได้มากขึ้น นอกจากนี้ ประชากรที่สำรวจประมาณร้อยละ 51.9 ไม่ทราบว่ามีสถานพยาบาลของรัฐที่สามารถให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาจาก

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ข้อค้นพบดังกล่าวทำให้สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงสถานบำบัดรักษาโดยควรเพิ่มการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับความสามารถของสถานพยาบาลของรัฐที่จะให้การดูแลบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามมีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่รู้จักและมีความเห็นว่าการใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐที่ให้บริการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสะดวกสูงถึงร้อยละ 41.8 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญเนื่องจากหากมีบุคคลใกล้ชิดหรือตัวของประชากรเองที่เป็นผู้ที่รู้จักสถานบำบัดรักษาเมื่ออาจมีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็จะสามารถเข้าถึงบริการในส่วนของการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มได้ นอกจากนี้ ในส่วนด้านนโยบายในช่วงที่ผ่านมา ได้มีการจัดระบบการคัดกรองเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้อยู่ร่วมในการคัดกรองกลุ่มโรคไม่ติดต่ออื่นๆ รวม 5 โรค เมื่อมีผู้มาใช้บริการสถานพยาบาลทางสุขภาพ จึงอาจกล่าวได้ว่าระบบการบริการการบำบัดรักษา ซึ่งรวมถึงการคัดกรองตั้งแต่ต้นนั้น ได้มีการดำเนินการในสถานพยาบาลของรัฐเรียบร้อยแล้ว ดังนั้น การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบถึงสถานพยาบาลที่สามารถไปใช้บริการ รวมไปถึงการให้ประชาชนได้ทราบว่ามีวิธีการการบำบัดรักษาการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สามารถใช้ได้อย่างให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้จริง จึงเป็นส่วนที่ในระดับนโยบายควรเร่งดำเนินการทั้งนี้ เพื่อลดจำนวนผู้ดื่ม และลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนไทย ตามเจตนารมย์ ของ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

จากผลการศึกษาในด้านระดับศักยภาพของสถานพยาบาลที่สามารถให้การบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยนั้น มีความหลากหลายตามขนาดและความระดับความเชี่ยวชาญ ซึ่งพบว่ามีโปรแกรมและการให้บริการตามองค์ความรู้ด้านการคัดกรอง และการบำบัดรักษาทางจิตสังคมที่ได้มาตรฐานตรงตามหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน แต่อาจยังขาดเวชภัณฑ์ที่จำเป็น เช่น ยาบางชนิดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถลดความอยากสาร หรือลดปริมาณการดื่มลงได้ อันจะเป็นการเพิ่ม

ทางเลือกในการรักษาให้แก่ผู้เข้ารับการบำบัดมากขึ้น และนำไปสู่การรักษาที่ได้ผลที่ดียิ่งขึ้นในภาพรวม โดยปัญหาสำคัญหนึ่งที่พบได้ในระบบการบำบัดรักษาปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน คือ การขาดระบบการติดตามในระหว่างหรือหลังรับการบำบัดรักษาที่ชัดเจน โดยมีการทำเต็มรูปแบบในบางหน่วยงานที่ได้สัมภาษณ์เท่านั้น จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบการติดตามให้ครอบคลุม เพื่อให้ผลการบำบัดรักษาได้ประสิทธิภาพอย่างสูงสุด ทั้งนี้ การใช้เทคโนโลยี เช่น การมีระบบติดตามโดยใช้ระบบที่ทำอยู่ในปัจจุบันที่ให้การบำบัดรักษาอยู่แล้ว เช่น สายด่วนเลิกเหล้า หรือเทคโนโลยีใหม่อื่นๆ อาจสามารถนำมาช่วยให้เกิดการติดตามการบำบัดรักษาได้อย่างครอบคลุมและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถที่จะพัฒนาระบบในการเชื่อมโยงสถานบริการระดับต่างๆ ด้วยกันเอง และกับชุมชนให้มีความชัดเจน ได้มากขึ้น ซึ่งรวมถึงการส่งต่อในระบบโรคทางกายกับปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย

ส่วนสำคัญอีกประการจากผลการศึกษาที่ได้คือในเรื่องการพัฒนาบุคลากรที่มีทักษะความชำนาญในการให้การบำบัดรักษาตามศักยภาพของสถานบริการ ซึ่งอาจรวมไปถึงการทำให้การดำเนินการบำบัดรักษาด้านนี้ เป็นในรูปแบบของวิชาชีพ หรือการให้มีทักษะเฉพาะด้านแบบติดตัว มีระบบการพัฒนาด้านตำแหน่งหน้าที่การงาน เพื่อสร้างเสริมให้เกิดบุคลากรที่สามารถให้การบริการทางด้านการบำบัดรักษาที่เป็นลักษณะเฉพาะด้านนี้ได้เกิดการทำงานได้อย่างต่อเนื่อง เกิดเป็นแรงจูงใจในการพัฒนาระบบการให้บริการบำบัดรักษาของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ระบบการดูแลรักษาในพื้นที่ของตนที่ได้ผลดีขึ้น ทำให้ประชาชนรับรู้ เข้าใจและสนใจที่จะมารับบริการในส่วนของการบำบัดรักษาได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ ประเด็นเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ยังขาดความชัดเจน ซึ่งการปรับสิทธิการรักษาดังกล่าวอาจทำให้ผู้มารับบริการรู้สึกถึงความจำเป็นที่จะต้องมาเข้ารับการบำบัดรักษา เนื่องจากสามารถมีบริการให้การบำบัดรักษาได้จริง อีกทั้งยังมีความสะดวกในการเข้ารับบริการโดยไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย เป็นต้น

สำหรับในอนาคตนั้น อาจจำเป็นต้องมีการเพิ่มการศึกษาด้านการบำบัดรักษาการติดแอลกอฮอล์ในรูปแบบใหม่ๆ เพิ่มเติมให้มากขึ้น ทั้งในส่วนงานวิจัยพื้นฐาน และการวิจัยเชิงประยุกต์ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่สามารถเทียบเคียงกับนานาประเทศได้ ในส่วนของการบำบัดรักษา รวมถึงการคิดค้นโครงการการให้การบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ในรูปแบบใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่ให้บริการ สรุปการศึกษาโดยรวมจะเห็นว่าในประเทศไทยนั้น มีการดำเนินโครงการในรูปแบบต่างๆ ทั้งในมิติด้านการบำบัดรักษา และมิติทางสังคม เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และควรทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการบริการ รวมถึงการมีโครงการต่างๆ ให้ครอบคลุมได้ในทุกพื้นที่ในประเทศไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทำวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และหลากหลายบทบาทหน้าที่มากขึ้นเพื่อผลที่แม่นยำ ครบถ้วน สมบูรณ์ และครอบคลุมในทุกด้านทุกมิติ
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในตัวแปรปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดการดำเนินการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยที่มีส่วนในการทำให้เกิดระบบการเยียวยา ด้านการรักษาพยาบาลผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยที่มีส่วนในการทำให้เกิดการดำเนินการสร้างนโยบาย การดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบ และการดำเนินการโครงการ หรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ที่จะนำมาสู่การพัฒนาระบบการบริการบำบัดรักษาผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไปในอนาคต
3. ควรมีการนำข้อมูล และข้อสรุปที่ได้จากการวิจัยนี้ไปพัฒนา และปรับปรุงระบบระบบการบริการบำบัดรักษา ผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น ควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบ ความสามารถในการให้บริการการบำบัดรักษาการติดแอลกอฮอล์ รวมถึงการพัฒนาเชื่อมโยงกลไกระดับชุมชนและสถานพยาบาลให้มีการส่งต่อ และมีการติดตามการให้การบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. คู่มือแนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ในโรงพยาบาลจิตเวช (Clinical Guideline of Alcohol Management in Psychiatric Hospital). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2551

พิชัย แสงชาญชัย. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง จิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยติดสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนา ระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุรา แบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.

รัศมน กัลยาศิริ และ วนิดา รัตนสุมาวงศ์. การดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา 2562.

ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา เลิกเหล้า 1413. [cited 2018 Aug19]. Available from: http://www.1413.in.th/การประชุมในประเทศไทย. AA Thailand. [cited 2018 Aug19]. Available from: http://aathailand.org/th/all-meetings-thai

สายรัตน์ นกน้อย. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา และผู้ได้รับผลกระทบในครอบครัว. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส); 2556.

สายรัตน์ นกน้อย. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง การบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส); 2552.

สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร, รัศมน กัลยาศิริ, ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร, ผดุงเกียรติ เชาวนกระแสสินธุ์, มานิต ศรีสุรภานนท์. การใช้ยาในการบำบัด. ใน รัศมน กัลยาศิริ และ ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร, บรรณาธิการ. คำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด. กรุงเทพมหานคร: แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2558

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา. การคัดกรอง. ใน รัศมน กัลยาศิริ และ ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร, บรรณาธิการ. คำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด. กรุงเทพมหานคร: แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2558

สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล, ดนัย อินทรกำแหง, รัศมน กัลยาศิริ. การถอนพิษ. ใน รัศมน กัลยาศิริ และ ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร, บรรณาธิการ. คำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด. กรุงเทพมหานคร: แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2558

อภิศักดิ์ วิทยานุกูลลักษณ์, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. การคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด และการบำบัดแบบสั้นสำหรับเมทแอมเฟตามีน. แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุราและสารเสพติด (ผรส.)

Budney, National Institute on Drug Abuse Therapy Manuals for Drug Addiction: Manual No. 2: A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction. NIH Pub. No. 98–4309. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1998

Center for Substance Abuse Treatment. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. HHS Publication No. (SMA) 12-4212. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999.

Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment and Family Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 39. DHHS Publication No. (SMA) 05-4006. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2004.

Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment: Group Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 41. DHHS Publication No. (SMA)

05-3991. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.

Chompookham P, Rukngan W, Nilaban S, Suwanmajo S, Yoosom P, and Kalayasiri R. A randomized trial of low-dose gabapentin for post hospitalization relapse prevention in a Thai clinical sample of alcohol dependence, in submission.

Harland, J. and Ali, R. (2017) ASSIST on Ice: The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test and Brief Intervention for Methamphetamine Use, DASSA-WHO Collaborating Centre, University of Adelaide, Australia

Marsch LA, Advances in the Psychosocial Treatment of Addiction. The Role of Technology in the Delivery of Evidence-Based Psychosocial Treatment. Psychiatry Clin North Am. 2012 Jun; 35(2): 481–493.

McHugh RK. Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. Psychiatry Clin North Am. 2010 Sep; 33(3): 511–525.

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: Guildford Press; 2002.

Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M, et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. J Consult Clin Psychol. 1999;67(6):989-94.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition); 2018. Available from: https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment/evidence-based-approaches-to-drug-addiction-treatment/behavioral-therapies