



## รายงานฉบับสมบูรณ์

เรื่อง

การพัฒนาตัวชี้วัดผู้มีปัญหาการบริโภคสุรา

และ

ระบบการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล

รหัสโครงการ 61-02029-0048

โดย

นางนงนุช แย้มวงศ์และคณะ

## คำนำ

รายงานการศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและปรับปรุงตัวชี้วัดผู้รับบริการที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราและการจัดเก็บข้อมูล เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาสนับสนุนส่งเสริมการลดช่องว่างของการให้บริการ ผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราที่พบว่าการเข้าถึงบริการคัดกรอง การบำบัดรักษา การติดตามภายหลังการรักษา ระยะยาวน้อยกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับประเทศต้องมีการปรับปรุงพัฒนาให้ตอบสนองต่อการแก้ปัญหาจากการบริโภคสุราที่ซับซ้อนยุ่งยากขึ้น และปัจจัยสำคัญที่จะสามารถสะท้อนการดำเนินงานดังกล่าว คือ การกำหนดตัวชี้วัดในระดับองค์กรหรือหน่วยงานให้ชัดเจนเป็นทิศทางเดียวกันของสถานบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานตั้งต้นในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนและเป็นผู้จัดเก็บข้อมูลต่าง ๆ ให้สมบูรณ์เพื่อเป็นฐานในการประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูลให้เป็นสารสนเทศพร้อมนำไปสู่การจัดทำนโยบายและแผนในการพัฒนาในระยะต่อไป ซึ่งในการกำหนดตัวชี้วัดได้มีการจัดทำไว้ในระดับนโยบายของประเทศอยู่แล้ว แต่ในระดับเขต/จังหวัดหรือระดับองค์กร/สถานบริการสุขภาพที่จะนำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานไปสู่การปฏิบัติจริง ต้องกำหนดตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับบริบทของตนเองรวมถึงการจัดเก็บข้อมูล การประมวลผล การวิเคราะห์และการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับการพัฒนาตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราได้มีขึ้นหลากหลายหน่วยงานได้จัดทำขึ้นมาเป็นแนวทางการดูแล เช่น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราของแผนงานพรส.(i-MAP Health) เป็นต้น ทำให้มีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและคณะผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและจากการศึกษาวิจัยนี้ทำให้พบว่าเมื่ออุปสรรคปัญหาหลายประการในการนำตัวชี้วัดไปใช้ส่งผลต่อการเก็บข้อมูลและการจัดการระบบดูแลที่จะนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงตัวชี้วัดที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือของหลายฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาลทุกแห่งที่ได้ให้ข้อมูลและบุคลากรที่เข้าร่วมให้ความคิดเห็นเป็นอย่างดี เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และการร่วมสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งคณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะมีส่วนช่วยในการสะท้อนภาพสถานการณ์การควบคุมกำกับแผนงานควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับชาติได้อีกกิจกรรมหนึ่ง รวมถึงเป็นข้อมูล ทางวิชาการที่อำนวยประโยชน์ต่อการศึกษาเชิงประเมินของโครงการหรือแผนงานต่างๆ ตลอดจนการกำหนดนโยบาย การปรับปรุงมาตรการควบคุมต่างๆในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คณะผู้วิจัย

## กิตติกรรมประกาศ

การทำวิจัยเรื่องการพัฒนาตัวชี้วัดและระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้รับบริการที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราที่มารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลครั้งนี้ ได้รับความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการประสานงาน การเก็บข้อมูลในพื้นที่ต่างๆ ทำให้งานวิจัยสำเร็จตามวัตถุประสงค์จากหลายๆฝ่าย ได้แก่ สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ ผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดและผู้ปฏิบัติงานทุกวิชาชีพ คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งและรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ท่านได้ให้ความร่วมมือและสนับสนุนตลอดระยะเวลาของการดำเนินงานของโครงการ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง หวังว่าคงได้รับความร่วมมือกันในโอกาสต่อไป

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณศูนย์วิจัยปัญหาสุราและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ และเพิ่มเติมวิทยาการ องค์ความรู้ ในการเฝ้าต่อการทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางนุช แยมวงค์  
หัวหน้าโครงการและผู้จัดทำรายงาน

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและปรับปรุงตัวชี้วัดและการจัดเก็บข้อมูลผู้มีปัญหาจากการบริโภครสูราในโรงพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วยผู้บริหารและผูปฏิบัติงานจากสถานพยาบาล ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ จำนวน 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เก็บข้อมูล โดยวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา การปรับปรุงพัฒนาตัวชี้วัดผู้มีปัญหาการบริโภครสูราในระดับโรงพยาบาลจำแนกตามกระบวนการให้บริการ 4 มาตรการ ดังนี้ 1) มาตรการคัดกรองและการบำบัดอย่างสิ้น มีทั้งหมด 11 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 3 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 6 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2 ตัวชี้วัด 2) มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา มีทั้งหมด 12 ตัวชี้วัด ได้แก่ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 3 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 6 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3 ตัวชี้วัด 3) มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ มีทั้งหมด 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 1 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 3 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3 ตัวชี้วัด 4) มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา มีทั้งหมด 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 1 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 1 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3 ตัวชี้วัด โดยข้อจำกัดในการนำตัวชี้วัดไปใช้ในโรงพยาบาล คือ การขาดนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ปัญหาสุราของระบบสุขภาพในระดับจังหวัดและขาดการยกระดับความสำคัญของตัวชี้วัด การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของระบบบริการ รวมถึงการสร้างแรงจูงใจ การบริหารจัดการระบบและการจัดการทรัพยากรทำให้เกิดช่องว่างในการพัฒนาตัวชี้วัดผู้มีปัญหาจากการบริโภครสูราในระดับโรงพยาบาล

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของนำตัวชี้วัดผู้มีปัญหาจากการบริโภครสูราในโรงพยาบาลไปใช้ในการดำเนินงาน คือ การกำหนดมาตรการการบำบัดดูแลรักษาผู้ปัญหาจากการบริโภครสูราให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศและจัดการปิดช่องว่างในระบบบริการปัจจุบันโดยทำการพัฒนาระบบการบำบัดดูแลให้ได้มาตรฐานในระดับสากลและครอบคลุมทั้ง 4 มาตรการไปพร้อมๆกัน

**คำสำคัญ :** ตัวชี้วัด, ผู้มีปัญหาจากการบริโภครสูรา, ภาวะติดสุรา, ภาวะถอนพิษสุรา

## ABSTRACT

This study aimed to review and improve alcohol-related problems indicator and data collection system in hospital. The development and research was designed and the key informants were the director of hospital and teamwork 80 persons. Collected data by documentary research and semi-structure interview guide were used as a tool of in-depth interview and focus group. Descriptive Statistics were used to describe the basic features of data which included percentage, mean, and standard deviation and content analysis.

The result showed that: The alcohol-related problems indicators in hospital level were services into 4 components : 1) Screening and Briefs Intervention were 11 indicators consist of 3 input indicators, 6 process indicators and 2 output indicators 2) Detoxification and treatment of physical co-morbidity were 12 indicators consist of 3 input indicators ,6 process indicators and 3 output indicators 3) Alcohol treatment and rehabilitation were 7 indicators consist of 1 input indicator 3 process indicator and 3 output indicators and 4) Long term after care were 5 indicators consist of 1 input indicator,1 process indicator and 3 output indicator. Major limitations to implementation alcohol-related indicators in hospital was the lack of policy to strengthen health care system in addressing alcohol problems at province level, including in raising significant building up preparedness and capacity of service system, provide incentive, and resource management. This gaps in current situation response to developing alcohol-related indicators in hospital.

The result of research shown that success factor of alcohol-related problem indicators implementation in hospital service were national policy of standard of alcohol-related problem care and should tackle major system gaps in current system and should be made international standard cover all of four components in parallel.

**Keyword:** Indicator, Alcohol-related problem, Alcohol addiction, Alcohol withdrawal

# สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
คำนำ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ซ
บทที่ 1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	4
คำนิยามศัพท์	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
แนวคิดเกี่ยวกับการปัญหาและผลกระทบจากการบริโภคสุรา	6
แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุรา	9
แนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัด	19
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
กรอบแนวคิดการวิจัย	31
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	32
วิธีการรวบรวมข้อมูล	33
การวิเคราะห์ข้อมูล	33
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	36
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล	51
บรรณานุกรม	57
ภาคผนวก	61

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 แสดงตัวชี้วัดมาตรการคัดกรองและบำบัดอย่างสัน	37
ตารางที่ 4.2 แสดงตัวชี้วัดมาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา	40
ตารางที่ 4.3 แสดงตัวชี้วัดมาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ	42
ตารางที่ 4.4 แสดงตัวชี้วัดมาตรการการดูแลระยะยาวหลังการรักษา	44
ตารางที่ 4.5 แสดงคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อคู่มือตัวชี้วัด	50

## บทสรุปผู้บริหาร

การบริโภคสุราแม้ว่าจะอยู่ในสังคมทั่วโลกมาเป็นเวลายาวนานจนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำวัน และเป็นค่านิยมที่แสดงออกถึงวัฒนธรรมบางประการ โดยสอดแทรกอยู่ในประเพณีและความเชื่อของผู้คนอย่างฝังแน่น แต่ถ้การบริโภคนั้นมากเกินไปเกินความพอดีหรือมีการบริโภคแบบอันตรายเป็นประจำก็สามารถส่งผลกระทบต่อทางลบได้เช่นกัน จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี 2557 (Global status report on alcohol and health, 2014) พบว่าการบริโภคสุราเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกประมาณปีละ 3.3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.9 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก ซึ่งในประเทศไทยจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2556 พบว่าสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายอันดับที่ 1 ได้แก่ การเสพติดสุราเป็นประจำ รองลงมา คืออุบัติเหตุทางท้องถนนและโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้การบริโภครสุรายังส่งผลก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากการบกพร่องทางสุขภาพในเพศชายเป็นอันดับ1รองลงมา คือ ต้อกระจกและโรคซึมเศร้าในปี พ.ศ.2557 องค์การอนามัยโลกระบุว่าประเทศไทยบริโภคสุรามากเป็นอันดับที่ 78 ของโลก เฉลี่ย 7.1 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มสตรี ซึ่งปัญหาและผลกระทบจากการบริโภครสุรานั้นมีหลายระดับและมีหลายด้านโดยที่องค์การอนามัยโลกร่วมกับประเทศต่างๆได้มีแผนปฏิบัติการควบคุมการบริโภคสุราเพื่อลดผลกระทบต่างๆลง ในประเทศไทยก็เช่นกัน ได้มีการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระยะที่ 2 (พ.ศ.2565-2570) ขึ้นประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ การควบคุมการเข้าถึง การปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุน การลดอันตรายของการบริโภค การจัดการปัญหาสุราในระดับพื้นที่ และการพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนในระยะที่ 1 (พ.ศ.2560- 2564) จากข้อมูลตัวชี้วัดผลการดำเนินงานยังพบว่ายังมีหลายประเด็นที่ยังต้องได้รับการพัฒนา เช่น ยุทธศาสตร์การลดอันตรายของการบริโภค และมีมาตรการที่เกี่ยวข้องกรณีผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราต้องได้รับการคัดกรองและบำบัดรักษาอย่างสิ้นนั้น ประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เท่าที่ควรอาจส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงปานกลางกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงที่รุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะติดสุราเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากการขาดการประเมิน การติดตามหรือการกำหนดตัวชี้วัดในระดับหน่วยงานหรือสถานพยาบาลที่ไม่ชัดเจน ไม่เป็นทิศทางเดียวกัน ทำให้มาตรฐานกระบวนการให้บริการยังไม่เข้มแข็ง ประกอบกับสถานพยาบาลมีหลายระดับและไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ การทบทวนและปรับปรุงตัวชี้วัดและการจัดเก็บข้อมูลผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราในโรงพยาบาล ครั้งนี้ จึงได้มุ่งเน้นการนำตัวชี้วัดที่เหมาะสมไปใช้เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งตัวชี้วัดที่นำมาทบทวนและปรับปรุงนั้นเป็นตัวชี้วัดที่สถานพยาบาลอาจใช้อยู่แล้วและบางแห่งอาจไม่ได้ใช้ตัวชี้วัดขององค์กร คณะผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกตัวชี้วัดที่มีความสอดคล้องกับทฤษฎี ลักษณะงาน สะท้อนถึงผลลัพธ์การดูแลรักษาที่จะส่งผลให้เกิดการปรับปรุงกระบวนการให้บริการผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ดีขึ้น ลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยมีแนวทางที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน สังคม วัฒนธรรมและประเพณีของแต่ละชุมชน



เนื่องจากผู้ปัญหาจากการบริโภคสุรามักจะไปรับบริการในสถานพยาบาลด้วยอาการนำของโรคทางกาย ทั้งที่เป็นโรคเรื้อรังและอาการเฉียบพลันทำให้สถานบริการสุขภาพให้การรักษายาบาลโรคทางกายเป็นอันดับต้นๆโดยไม่ได้มีการคัดกรองหรือประเมินสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกิดจากการบริโภคสุรา จึงมีการเก็บข้อมูลจำนวนมากในเรื่องการรักษาโรคต่าง ๆ แต่ยังคงขาดข้อมูลสำคัญในการให้บริการผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุรา ที่ต้องอาศัยตัวชี้วัด (Indicator) เป็นตัวสะท้อนคุณภาพบริการในทุกมิติจึงจะนำไปสู่การปรับปรุงสู่มาตรฐานระดับชาติหรือระดับสากลได้ สำหรับการให้บริการผู้มีปัญหาการบริโภคสุราในระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยนั้นประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก โดยแต่ละมาตรการมีความแตกต่างกันในกระบวนการและเป้าหมาย คณะผู้วิจัยจึงได้ทบทวนและปรับปรุงตัวชี้วัดจำแนกเป็นร่างตัวชี้วัด 3 ระดับ คือ ตัวชี้วัดระดับประเทศ 3 ตัว ตัวชี้วัดระดับเขต/จังหวัด จำนวน 7 ตัว และตัวชี้วัดระดับองค์กร/สถานบริการสุขภาพ จำนวน 34 ตัว รวมเป็น 44 ตัวชี้วัด แล้วนำร่างตัวชี้วัดมาร่วมพิจารณากับคณะทำงานเพื่อหาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงโดยได้นำตัวชี้วัดที่ใช้ในระดับองค์กร/สถานบริการสุขภาพ คือ 1) มาตรการคัดกรองและบำบัดการรักษา ประกอบด้วยตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 3 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 6 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2 ตัวชี้วัด รวมเป็น 11 ตัวชี้วัด 2) มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา ประกอบด้วยตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 3 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 3 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดผลลัพธ์ 5 ตัวชี้วัดรวมเป็น 11 ตัวชี้วัด 3) มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วยตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 1 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 1 ตัวชี้วัดและตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3 ตัวชี้วัด รวมเป็น 7 ตัวชี้วัด 4) มาตรการดูแลระยะยาวภายหลังการรักษา ประกอบด้วยตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 1 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 1 ตัวชี้วัดและตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3 ตัวชี้วัดรวมเป็น 5 ตัวชี้วัด ซึ่งผลการทดลองนำตัวชี้วัดไปใช้นี้มีข้อจำกัดในการนำตัวชี้วัดผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราไปใช้ในสถานพยาบาลแต่ละระดับ คือ การขาดนโยบายที่ชัดเจนของระบบบริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ขาดการยกระดับความสำคัญของตัวชี้วัดให้เป็นเป็นตัวชี้วัดระดับองค์กร ขาดการเตรียมความพร้อมของระบบบริการและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร รวมไปถึงการขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการบริหารจัดการทรัพยากรให้เพียงพอต่อการให้บริการ จึงพบว่าบริการบางอย่างที่สามารถทำได้ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมินั้นไม่สามารถจัดบริการได้เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณและอัตรากำลัง เป็นต้น ทำให้ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้าไม่มี ไม่เกิดตัวชี้วัดกระบวนการและตัวชี้วัดผลลัพธ์ ส่งผลให้ตัวชี้วัดระดับองค์กร/สถานบริการสุขภาพ ตัวชี้วัดระดับเขต/จังหวัด และระดับประเทศไม่สมบูรณ์และที่สำคัญ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจากการบริโภคสุราถูกละเลยเนื่องจากการค้นพบว่าผู้ป่วยมีเสี่ยงจากการดื่มสุราเป็นปัญหาพื้นฐานของการเจ็บป่วยตั้งแต่แรกๆ ผู้มีความเสี่ยงแต่ละระดับจะได้รับบริการบำบัดอย่างสิ้นหรือการให้คำปรึกษาอย่างสิ้น ทำให้เขามีโอกาสในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดื่มแบบอันตรายหรือเสี่ยงสูงให้น้อยลงเป็นการดื่มแบบเสี่ยงต่ำหรือหยุดดื่มได้ กลุ่มเสี่ยงน้อยหรือเสี่ยงปานกลางลดโอกาสที่จะเกิดภาวะติดสุราลง ลดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมได้มากขึ้น ข้อเสนอจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่สำคัญ คือ สนับสนุนส่งเสริมทุกสถานบริการสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคสุราและจัดบริการบำบัดรักษาตามศักยภาพของสถานบริการอย่างครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐานและการนำตัวชี้วัดไปใช้ประเมินผลจึงจะเกิดประโยชน์สูงสุด

## บทที่ 1 บทนำ

### 1.1 ที่มาและความสำคัญของการวิจัย

ระบบสุขภาพของแต่ละประเทศก็มีประเด็นปัญหาสุขภาพที่หลากหลายในการที่รัฐต้องจัดบริการเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานมากที่สุดเพราะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชากรและเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมให้เจริญก้าวหน้า การบริโภคสุร่าอย่างไม่เหมาะสมหรือดื่มแบบอันตรายของประชาชนกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากส่งผลต่ออัตราการตายและการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ของประชากรทั่วโลกและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการบริโภคสุร่า จึงได้เกิดกระแสและนโยบายในการควบคุมการบริโภคสุร่าทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) พบว่าการบริโภคสุร่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพของประชากร โดยทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วยกว่า 200 ชนิด และสุร่าเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในลำดับที่ 7 ของ การตายและพิการของประชากรทั้งหมด อีกทั้งเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของประชากรกลุ่มอายุ 15-49 ปี โดยมีคนเสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคสุร่าประมาณ 3 ล้านคนต่อปี (คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก) ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 75) และในสัดส่วน ของการตายด้วยโรคและความเจ็บป่วยจากการบริโภคสุร่านี้ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทั้งจากอุบัติเหตุจราจรและการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 29) โรกระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 21) โรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 19) โรคติดเชื้อ (ร้อยละ 13) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 13) โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 7.2 ของการตายก่อนวัยอันควร จากสถิติข้อมูลดังกล่าวประเทศไทยได้ให้ความสำคัญของการควบคุมการบริโภคสุร่ามาโดยตลอดเพราะการก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ครอบครัว อุบัติเหตุและอาชญากรรมนั้น มีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ รัฐบาลจึงได้กำหนดมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมการบริโภค การบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ที่เสพติดสุร่า เพื่อช่วยลดปัญหาและผลกระทบในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและระดับประเทศ ทั้งยังได้มีการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยการสร้างความตระหนักถึงพิษภัยของบริโภคสุร่าตลอดจนช่วยป้องกันเด็กและ เยาวชนมิให้เข้าถึงสุร่าได้โดยง่าย ทั้งนี้ในระดับประเทศได้มียุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ แผน 10 ปี พ.ศ.2554-2563 ซึ่งแผนปฏิบัติการ ปี 2560-2563 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ควบคุมการเข้าถึงเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนการดื่ม ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดอันตรายของการบริโภค ยุทธศาสตร์ 4 จัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง โดยกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์แห่งชาติ 5 ยุทธศาสตร์ 7 มาตรการ 25 ตัวชี้วัด ซึ่งตัวชี้วัดในระดับปฐมภูมิ ระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับกระทรวงที่กำหนดขึ้น ซึ่งจากผลการดำเนินงานของแผนปฏิบัติการดังกล่าว พบว่า ยังมีประเด็นปัญหาต้องดำเนินงานในแต่ละยุทธศาสตร์ระยะต่อไปโดยมีการร่างแผนปฏิบัติการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2564-2570)และมีกลยุทธ์ SAFER เป็นกลไกในการขับเคลื่อน การลดอันตรายของการบริโภค เป็นกลยุทธ์ F ย่อมาจาก Facilitate access to screening brief intervention &

treatment เป็นกลยุทธ์ที่เน้นการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากสุรา มีเป้าหมาย เพื่อจัดการให้ผู้มีปัญหาคาการบริโภคสุราได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานที่เหมาะสม มาตรการนี้ได้กำหนดตัวชี้วัดในระดับประเทศไว้ 2 ตัว คือ 1) ร้อยละของผู้มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ อายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองพฤติกรรมกาการบริโภคสุรา (ข้อมูลพื้นฐานปี 2563 ร้อยละ 31.87) 2) ร้อยละของผู้ที่มีพฤติกรรมกาการบริโภคสุราระดับเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูงได้รับการบำบัดรักษา โดยมีโครงการพัฒนาการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุรา 6 ประเด็นได้แก่ 1) พัฒนาหลักเกณฑ์และระบบติดตามผลการบำบัดและฟื้นฟูสุขภาพ 2) พัฒนาการบริการบำบัดรักษา 3) พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการบำบัดและผู้ดูแลรักษา 4) พัฒนาข้อมูลสารสนเทศด้านจัดบริการ 5) พัฒนาและสนับสนุนการจัดบริการนอกระบบบริการสุขภาพ 6) พัฒนาระบบบริการร่วมกับโรคทางกายและทางจิตเวช

จากการกำหนดตัวชี้วัดในระดับประเทศมีทิศทางที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม แต่การที่จะนำสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงานและองค์กรให้ตอบสนองตัวชี้วัดในระดับประเทศได้ ต้องมีการพัฒนาตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดย่อยให้สอดคล้องไปกับโครงการพัฒนาในแผนงานนั้นๆ การให้บริการผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุรานั้นมีหลายขั้นตอนตามระดับความรุนแรง และกิจกรรมที่เกิดขึ้น ได้แก่ การคัดกรอง การประเมินภาวะติดสุรา การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา และการติดตามภายหลังการรักษา เป็นต้น ตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นนี้เพื่อใช้ในการวัดระดับคุณภาพบริการทั้งแบบภาคตัดขวางและการติดตามประเมินคุณภาพของบริการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในระยะยาวและนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบริการสุขภาพชนิดนั้น ๆ ซึ่งตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาและการจัดการระบบสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานขององค์กร โครงการหรือนโยบายต่าง ๆ ทั้งในระดับจุลภาคและระดับมหภาค ซึ่งระบบสารสนเทศตัวชี้วัดดังกล่าวต้องมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ มีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน นอกจากนี้ยังมีการใช้ตัวชี้วัดเป็นกลไกทางการเงินโดยจ่ายค่าตอบแทนเพื่อจูงใจบุคลากรหรือสถานบริการมีการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพตามตัวชี้วัดที่กำหนด (จิรัฐณ์ ศรีรัตนบัลล์, 2557) และในการพัฒนาตัวชี้วัดควรใช้กระบวนการที่น่าเชื่อถือ เช่น การใช้หลักฐานทางวิชาการ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้ได้ตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพเป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเมื่อผู้ปฏิบัติงานดำเนินการตามตัวชี้วัดที่กำหนด จะช่วยให้เกิดคุณภาพการบริการได้อย่างแท้จริง (รุ่งนภา คำผาง, 2558)

สำหรับประเทศไทย สปสช. เริ่มใช้ตัวชี้วัดในปีพ.ศ.2556 ภายใต้โครงการงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ โดยใช้แนวคิดจากโครงการ QOF สหราชอาณาจักร โดยโครงการนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะใช้กลไกทางการเงินกระตุ้นหรือจูงใจให้หน่วยบริการพัฒนาตนเองจนสามารถให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพตามตัวชี้วัดที่กำหนด ผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของโครงการงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและได้ผลลัพธ์ ( รุ่งนภา คำผาง, 2558) พบว่าการออกแบบนโยบายและการพัฒนาตัวชี้วัดระยะแรกขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ไม่ได้ใช้หลักฐานทางวิชาการประกอบการ

พิจารณามากนัก แต่ดำเนินการโดยคัดเลือกจากตัวชี้วัดเดิมของกระทรวงสาธารณสุขและสปสช. เพื่อไม่ให้เพิ่มภาระงานบริการและการบันทึกข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่และพบว่ามีปัญหาในการเลือกตัวชี้วัดให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และตัวชี้วัดที่เลือกมาบางตัวไม่มีข้อมูลในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ทำให้เพิ่มภาระงานสำหรับผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ ในการบันทึกและรวบรวมข้อมูลและปัญหาของขีดความสามารถในการนำตัวชี้วัดไปปฏิบัติเพราะต้องมีการจัดฝึกอบรม จัดทำคู่มือ การนิเทศให้คำแนะนำและติดตามประเมินผล ซึ่งจากการพัฒนาตัวชี้วัดด้านสุขภาพของนานาชาติ โดยองค์การอนามัยโลกได้มีการศึกษาร่วมกับประเทศสมาชิกทั่วโลกมานานกว่า 20 ปีนั้นได้มีการปรับเปลี่ยน ปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์สุขภาพและบริบทที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องแต่เกณฑ์ในการคัดเลือกที่สำคัญ คือ ปัญหาสุขภาพประโยชน์และความคุ้มค่า ส่งผลต่อการกำหนดตัวชี้วัดของโรงพยาบาลที่แตกต่างกันทำให้ไม่สามารถเทียบเคียงคุณภาพการรักษายาบาลหรือการพัฒนาวิธีการใหม่ๆหรือเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมบุคลากรทางสุขภาพได้เป็นรูปธรรม แม้ว่าปัญหาจากการบริโภคสุราจะมีความสำคัญไม่แตกต่างจากปัญหาสุขภาพอื่น แต่ยังขาดการพัฒนาตัวชี้วัดในระบบบริการสุขภาพของผู้ประสบปัญหาจากการบริโภคสุรา จากการที่มีสถานพยาบาลหลายระดับ ศักยภาพในการให้บริการแตกต่างกันอีกทั้งสถานพยาบาลมิได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว ทำให้การกำหนดตัวชี้วัดในการให้บริการไม่เป็นทิศทางเดียวกัน ไม่สามารถนำมาเทียบเคียงกันทั้งในเรื่องคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการ แม้ว่าความแตกต่างดังกล่าวอาจไม่มีผลกระทบต่อการทำงานในโรงพยาบาล แต่ส่งผลกระทบต่อการปิดกั้นไม่ให้เกิดสังคมของการเรียนรู้ โรงพยาบาลไม่สามารถเทียบเคียงผลการปฏิบัติงานของตนเองกับโรงพยาบาลอื่นภายใต้ตัวชี้วัดเดียวกันได้ (เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์และคณะ, 2559) และทำให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลเข้าด้วยกันเป็นข้อมูลระดับจังหวัด ภาคและระดับประเทศได้ จากปัญหาดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงได้เกิดแนวคิดในการพัฒนาตัวชี้วัดและการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด สำหรับผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุรา ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดมาตรฐานกลางในการวัดผลปฏิบัติงานและการบันทึกข้อมูลเพื่อจะใช้เป็นต้นแบบให้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศ ได้นำข้อมูลตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นไปเป็นแนวทางในการกำหนดตัวชี้วัดในสถานพยาบาล โดยยึดกรอบแนวการพัฒนาสอดคล้องไปกับแผนปฏิบัติการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ ปี 2565 -2570 เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุราเป็นมาตรฐานเดียวกันและเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากปัญหาการบริโภคสุรารวมถึงมีกระบวนการบำบัดที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กลุ่มประชาชนที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้มากขึ้น ลดผลกระทบทั้งด้านผู้บริโภครสุรา ครอบครัวและสังคม รวมไปถึงการนำตัวชี้วัดของแต่ละสถานพยาบาลไปเทียบเคียงกันในแต่ละระดับ ก่อให้เกิดการเรียนรู้และช่วยกันพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราสืบไป

## 1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อทบทวนและปรับปรุงตัวชี้วัดผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราและการจัดเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล

## 1.3 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) มุ่งพัฒนาในประเด็น ตัวชี้วัดการรักษาพยาบาลและระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราในโรงพยาบาลทุกระดับโดย ศึกษาในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลระดับอำเภอ ในเขตจังหวัด นครนายก ปทุมธานี สระบุรีและปราจีนบุรี

ขอบเขตด้านเนื้อหา: การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาตัวชี้วัดในระดับจังหวัด และระดับองค์กร/สถาน บริการสุขภาพครอบคลุมตัวชี้วัดนำเข้า ตัวชี้วัดกระบวนการและตัวชี้วัดผลลัพธ์

ขอบเขตด้านระยะเวลา : ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายน 2563 -กุมภาพันธ์ 2564

## 1.4 คำนิยามศัพท์

**ตัวชี้วัด (Indicator)** หมายถึง ตัวแปรหรือกลุ่มของตัวแปรต่างๆที่นำมาชี้วัดสถานะใดสถานะหนึ่ง ออกมาเป็นปริมาณและเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานอย่างไรอย่างหนึ่ง เพื่อให้ทราบถึงระดับ ขนาด หรือ ความรุนแรงของปัญหาหรือสภาพที่ต้องการวัด

**ผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุรา** หมายถึงผู้ที่มีความผิดปกติในการดื่มสุรามีผลต่อร่างกาย จิตใจ การงาน และสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้าง

**ผู้ป่วยโรคติดสุรา** หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Alcohol dependent disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 หมวด Alcohol dependent

**ภาวะถอนพิษสุรา** หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากเป็นประจำหยุดดื่ม แอลกอฮอล์หรือลดปริมาณการดื่มลงอย่างฉับพลัน ผู้ป่วยมักแสดงอาการวิตกกังวล คลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย หรือถ้าอาการรุนแรงจะมีอาการชักหรือประสาทหลอนสามารถเกิดได้ในช่วง 6-96 ชั่วโมงหลังไม่ได้ดื่มสุรา

**การคัดกรอง** หมายถึง กระบวนการค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจากการบริโภคสุราโดยมีแบบประเมิน พฤติกรรมการดื่มสุราเป็นเกณฑ์ในการแบ่งแยกระดับความรุนแรงตามคะแนนการประเมิน

**สถานบริการสุขภาพ** หมายถึงหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ได้แก่ รพสต. โรงพยาบาล อำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

## 1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 ได้ตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานเดียวกันของการดำเนินงานในโรงพยาบาล ทำให้เพิ่มโอกาสในการพบผู้มีปัญหาจากการบริโภคร่วมกับอาการผิดปกติแต่เนิ่น ๆ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคร่วมได้เร็ว ปัญหาและผลกระทบจากการบริโภคร่วมแบบอันตรายในภาพรวมของประเทศจะได้ทุเลาลง

1.5.2 ได้พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูลและการรวบรวมข้อมูลที่เป็นทิศทางเดียวกันทั้งประเทศลดปัญหาความซ้ำซ้อนในการเก็บข้อมูลและแต่ละโรงพยาบาลสามารถเทียบเคียงผลการดำเนินงาน (Benchmarks) กันได้ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน

1.5.3 ได้มีฐานข้อมูลไปพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รูปแบบ การบำบัดรักษา การป้องกันและฟื้นฟูผู้มีปัญหาการบริโภคร่วมอย่างครอบคลุม ส่งเสริมให้มีการเข้าถึงบริการได้ง่าย เพิ่มคุณภาพการให้บริการ การพัฒนากำลังคนและสมรรถนะของผู้ให้บริการเพื่อเป็นที่พึงพิงของประชาชนได้มากขึ้น

1.5.4 ส่งเสริมให้มีการพัฒนามาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลมีศักยภาพที่ใกล้เคียงกันในทุกส่วนของประเทศ

1.5.5 ส่งเสริมให้เกิดการบันทึกข้อมูลในกระบวนการให้บริการภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและเพื่อให้ประเดิมผลกระทบการตีมูลค่าต่อสุขภาพเด่นชัดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการเบิกจ่ายค่าตอบแทนในระบบ DRG หรือการจ่ายแบบ P4P ที่โรงพยาบาลจะได้รับเงินค่าตอบแทนที่มากขึ้นถ้ามีการบันทึกข้อมูลและส่งเข้าระบบมากขึ้น

## บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยการพัฒนาตัวชี้วัดและระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุรารั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง งานวิจัย ตำรา และเอกสารต่างๆ ดังนี้

1. ปัญหาและผลกระทบจากการบริโภคสุรา
2. แนวคิดการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราในโรงพยาบาล
3. แนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัด
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

### 2.1 ปัญหาและผลกระทบจากการบริโภคสุรา

การบริโภคสุราที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดปัญหาสำคัญทั้งทางด้านสาธารณสุข ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจในประเทศไทย จากสถานการณ์บริโภคสุราในปี พ.ศ.2560 (สำนักสถิติแห่งชาติ,2560) พบว่าพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 55.9 ล้านคน เป็นผู้ไม่ดื่มเลยในชีวิต จำนวน 32.0 ล้านคน (ร้อยละ 57.2) เป็นผู้เคยดื่มแต่ไม่ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว 8.0 ล้านคน (ร้อยละ 14.4) เป็นผู้ดื่มสม่ำเสมอ 7.0 ล้านคน (ร้อยละ 12.5) เป็นผู้ดื่มนานๆครั้ง 8.9 ล้านคน (ร้อยละ 15.9) และพบว่ากลุ่มอายุ 25-44 ปีมีอัตราการดื่มสูงสุด (ร้อยละ 36) นอกจากนี้ยังพบว่าเพศชายมีอัตราการดื่มสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 68.4) จากการสำรวจในปีพ.ศ.2559 พบว่าคนไทยมีปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เฉลี่ยต่อหัวประชากรต่อปีของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 7.1 ลิตร แอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปีสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดื่มโดยตรงและยังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคมหลายประการ เช่น ทำให้เป็นโรคตับ โรคทางเดินอาหาร การใช้ความรุนแรงในครอบครัว และการเกิดอุบัติเหตุต่างๆโดยที่ผู้ดื่มสุราจนติดไม่สามารถเลิกดื่มได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมและค่านิยมของผู้ดื่มที่ไม่ตระหนักถึงผลเสียของการดื่มสุรา มีการดื่มที่เสี่ยงมากขึ้นจนเกิดโรคจนเป็นสาเหตุให้ต้องเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล แต่เนื่องจากการป่วยเข้าโรงพยาบาลไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อการรักษาอาการเสพติดสุราโดยตรง ทำให้เกิดการละเลยเมื่อรักษาอาการดีขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยจึงหันกลับไปดื่มสุราเหมือนเดิมหรือบางรายมีอาการติดสุราแต่ไม่ได้ให้ประวัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่ม เมื่อเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิดภาวะขาดสุรา ทำให้เกิดความซับซ้อนในการดูแลรักษา และในสถานพยาบาลบางแห่งผู้ดูแลอาจประเมินอาการผิดพลาดได้ เนื่องจากต้องมีพื้นฐานความรู้ทางวิชาการในการช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ปัญหาที่สำคัญในเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ มีนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้น ในกลุ่มวัยรุ่นและมีลักษณะการดื่มจะเป็นการดื่มแบบเป็นครั้งคราวและดื่มหนัก

**2.1.1 ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์** สำหรับผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไปมีหลายแบบที่เป็นเหตุให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตราย ต่อผู้ดื่มตั้งแต่การดื่มหนักทุกวัน ดื่มจนเมาบ่อยๆ ดื่มจนเกิดปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต หรือดื่มจนติดสุรา การดื่มที่มากเกินไปเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเอง ต่อครอบครัวและผู้อื่น ลักษณะพฤติกรรมกรรมการดื่มที่มีความเสี่ยงประกอบด้วยกลุ่มแรก การดื่มแบบมีความเสี่ยง (Hazardous drinking) หมายถึงถึงลักษณะการดื่มสุราที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียหายตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองหรือผู้อื่น ถือว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพแม้ว่าจะยังไม่เห็นผลชัดเจนก็ตาม กลุ่มที่สองการดื่มแบบอันตราย (Harmful use) หมายถึงการดื่มสุราจนเกิดผลเสียตามมาต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตรวมถึงผลเสียทางสังคมจากการดื่ม กลุ่มที่สาม การดื่มแบบติด (Alcohol dependence) เป็นกลุ่มที่มีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดเป็นปัญหาพฤติกรรม สมอง ความจำและร่างกาย อาการที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มแม้จะทราบถึงผลเสียที่ตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่นหรือหน้าที่รับผิดชอบ กลไกการเกิดผลกระทบจากการบริโภคแอลกอฮอล์ การเกิดผลกระทบจากการบริโภคแอลกอฮอล์เกิดขึ้นผ่านพฤติกรรมกรรมการดื่มใน 2 ลักษณะ คือ รูปแบบการดื่ม (Pattern) เช่น การดื่มประจำ หรือดื่มเป็นครั้งคราว และปริมาณที่ดื่ม (Volume) (Thomas Babor,2003) และจากพฤติกรรมกรรมการดื่ม จะก่อให้เกิดปัญหาผ่านกลไกการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ 3 กลไก ได้แก่ ความเป็นพิษของแอลกอฮอล์ (Toxicity), ความมึนเมาหรือผลของแอลกอฮอล์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Intoxication) และการเสพติด (Dependence) (Jurgen Rehm,2003) สำหรับผลกระทบและปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจแบ่งได้เป็นสี่มิติได้แก่ 1) ผลกระทบต่อ สุขภาพแบบเฉียบพลัน ได้แก่อุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่าง ๆ 2) ผลกระทบต่อสุขภาพแบบเรื้อรัง/ระยะยาว เช่น โรคตับแข็ง มะเร็ง โดยความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพหลายประเภทมีความสัมพันธ์กับปริมาณ แอลกอฮอล์ที่บริโภคมากขึ้น (dose-response relationship), 3) ปัญหาสังคมเฉียบพลัน เช่น ปัญหาความ รุนแรงและอาชญากรรมต่าง ๆ และ 4) ปัญหาสังคมเรื้อรัง เช่น ปัญหาความยากจน ปัญหาครอบครัว การ สูญเสียผลิตภาพ โดยผลกระทบเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมกับระบบสุขภาพ ระบบยุติธรรม และความมั่นคง ระบบการศึกษา ระบบประกันภัย ระบบสวัสดิการและแรงงานของประเทศ และเชื่อมโยงไปถึง ระบบเศรษฐกิจในระดับมหภาคของประเทศในที่สุด ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีดังนี้

1) ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อตนเอง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้ดื่มโดยผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ดื่มเองก่อให้เกิดโรคทางกาย คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับโรคกลุ่มมะเร็ง เช่น โรคมะเร็งตับ โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร โรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก เป็นต้น จากรายงานภาระโรค NCDs ขององค์การอนามัยโลก 2557 (WHO, 2016) พบว่าการเสียชีวิตทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 50 มีความสัมพันธ์กับโรค NCDsและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกปีละ 3.3 ล้านคน หรือร้อยละ 5.9 และทำให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (disability - adjusted life years; DAYs) ร้อยละ 5.1ของภาระทั่วโลก (WHO,2016) ส่วนในประเทศไทยจากการสำรวจรายงานภาระโรคและการ



บาดเจ็บของประชากรไทยปี 2556 การเสียดัดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคนเป็นผู้ตี้มสุราและเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในรอบปีที่ผ่านมา 15.9 ล้านคน (ร้อยละ 28.4) และจากการรายงานในปี 2558 พบว่า การเสียดัดเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ทำให้ประชากรชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) สูงถึง ร้อยละ 15.7 เพิ่มขึ้นจากปี 2557 ที่เป็นเพียงร้อยละ 13.6

ผลกระทบในกลุ่มคนที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือกลุ่มโรค NCDs เกิดจากเมื่อบุคคลตี้มแอลกอฮอล์เป็นประจำเป็นปริมาณมากจะไปทำลายกล้ามเนื้อหัวใจโดยไปทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบเกิดความดันเลือดสูงและยังทำให้เกิดความผิดปกติที่กล้ามเนื้อหรือเซลล์หัวใจ กลายเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมทำให้หัวใจพองโตและมีเนื้อพังผืด มีไขมันเข้ามาแทรก ทำให้หัวใจทำงานไม่ปกติ เต็มไม่เป็นจังหวะและหยุดเต้นไปในที่สุด และในขณะที่แอลกอฮอล์อยู่ในกระแสเลือดเมื่อผ่านสมองจะทำลายเซลล์สมองทำให้เกิดโรคสมองเหี่ยวกตสมองและปลายประสาท อาจทำให้ปลายมือปลายเท้าชา ประสาทสั่งการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเสีย ทำให้เคลื่อนไหวได้ไม่เร็วเท่าเดิม กิริยาสะท้อน (reflex) ต่าง ๆ จะน้อยลงและหายไป เมื่อแอลกอฮอล์มีความเข้มข้นสูงขึ้นจะไปกดศูนย์การหายใจ ทำให้หายใจช้าและไม่สม่ำเสมอ ในคนที่ตี้มเหล้าที่มีความแรงมาก ๆ ในปริมาณมากและในเวลาสั้นอาจเกิดพิษทันที โดยแอลกอฮอล์จะกดศูนย์ประสาทสมอง โดยเฉพาะในส่วนเมดูลลา (Medulla) ผู้ป่วยจะเป็นอัมพาตและเสียชีวิตภายในเวลาเพียง 2-3 ชั่วโมง

ผลกระทบในกลุ่มคนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง เกิดจากเมื่อบุคคลตี้มแอลกอฮอล์เข้าไปในร่างกายแอลกอฮอล์ไปทำให้เซลล์ของตับอักเสบและมีไขมันมาแทนที่เซลล์ในตับซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญในคน เซลล์ไขมันจะเพิ่มมากขึ้นและกระจายไปทั่ว ในระยะนี้ถ้าผ่าลงไปในห้องจะพบว่าตับบวมใหญ่กว่าปกติ มีสีเหลืองของไขมันเริ่มมีรอยสีขาวของเนื้อพังผืดเกิดขึ้นที่ตับ (Fibro tissue) ระยะนี้ตับจะหดตัวเล็กน้อย ถ้าผ่าเข้าไปดูจะพบว่าผิวของตับแข็งและขรุขระคล้ายผิวมะกรูด ระยะนี้เป็นระยะสุดท้ายของโรคตับจากพิษสุรา เรียกว่า โรคตับแข็ง หรือ Cirrhosis พบว่าพวกที่เป็นโรคตับแข็งถ้าไม่ตายด้วยโรคตับแข็งไปเสียก่อนจะเป็นมะเร็งได้มากกว่าคนที่ตับปกติ ในรายที่เป็นมะเร็งช่องปากและหลอดอาหาร เกิดจากการได้รับการสัมผัสโดยตรงระหว่างเยื่อบุผิวกับแอลกอฮอล์ ทำให้เซลล์เยื่อบุผิวเกิดการระคายเคืองขัดขวางการไหลเวียนโลหิต ทำให้เยื่อเกิดการกัดกร่อนเป็นบริเวณกว้าง ทำให้เกิดเป็นแผลในทางเดินอาหารและรุนแรงต่อไปถึงขั้นเป็นมะเร็ง ส่วนมะเร็งลำไส้เกิดจากแอลกอฮอล์ไปกระตุ้นการสร้างเซลล์มะเร็งโดยจะไปเพิ่มการเจริญเติบโตของเซลล์เยื่อบุผิวหนึ่ง

ผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ตี้มแอลกอฮอล์ คือการมีอาการโรคซึมเศร้าหรือโรคประสาท ในคนที่ตี้มติดต่อกันเป็นเวลานาน พิษสุราจะทำอันตรายต่อระบบประสาททั้งสมองและปลายประสาท ผู้ป่วยจะเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังหรือเรียกย่อๆว่า ดีที มา จากคำว่า Delirium tremens ผู้ป่วยจะมีมือสั่น ลั่นสั่น บางคนมีศีรษะสั่นด้วย ปลายมือปลายเท้าชา พูดไม่ชัดบางที่จับใจความไม่ได้ พฤติกรรมและอารมณ์จะเปลี่ยนไป รวมถึงบุคลิกภาพด้วย นอนไม่หลับ กระบวนการรับรู้และความเข้าใจบกพร่อง ขาดสติ จิตหลอน ประสาทหลอน โรคคลังเพื่อ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า เห็นภาพหลอนต่างๆ สุดท้ายอาจนอนหลับไปหลายวันหรืออาจเสียชีวิต

2) ผลกระทบจากการตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ต่อครอบครัวมีการศึกษาผลกระทบจากตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ต่อครอบครัวในประเด็นต่าง ๆ เช่น ความรุนแรงในครอบครัว, เศรษฐกิจภายในครอบครัว เป็นต้น ในประเทศไทยพบว่า การตี้มแอลกอฮอล์มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อปัญหาในครอบครัว ได้แก่

ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัว และความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรและคู่สมรส การทำร้ายบุตรและการหย่าร้าง (M.Fe, et al, 1999) ตัวอย่างเช่น เยาวชนที่มีพ้อติดสุรา (Alcohol dependence) มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติทางสุขภาพจิตมากถึง 11.5 เท่าเมื่อเทียบกับเยาวชนที่มีพ้อไม่ติดสุรา ( ปณินันท์ สกกุลทอง, 2531) ผู้ที่มีภาวะติดสุรามีปัญหาในการใช้ชีวิตสมรสและปัญหาในการประกอบอาชีพ ( สสส., 2547) ในครอบครัวที่สมาชิกมีภาวะติดสุราพร้อมอาศัยอยู่จะมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้น 3.84 เท่า ( รณชัย คงสกนธ์, 2548) และสุราเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่ทำให้เกิดการกระทำรุนแรงในคู่สามีภรรยาทั้งทางร่างกาย จิตใจและเพศ คือ ภรรยาที่มีสามีดื่มสุราจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรงถึง 4.27 เท่าและหากทั้งภรรยาและสามีดื่มสุราโอกาสเสี่ยงต่อการถูกกระทำรุนแรงจะเพิ่มขึ้นเป็น 8.54 เท่า

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสมจนเกิดการเจ็บป่วยหรือมีภาวะต่างๆ เกิดขึ้นนั้น ได้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรักษา ป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้ที่เกิดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่หลากหลาย ซึ่งหน่วยงานเหล่านั้นจึงต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อวัดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลระดับต่างๆ สถานีตำรวจภูธร กรมทางหลวง กรมพัฒนาสังคมและองค์การภาคเอกชนต่างๆ ที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับผลกระทบอันเนื่องจากการบริโภคสุรา ซึ่งก็ประกอบด้วยสถิติ ข้อมูลและตัวชี้วัดต่างๆ และมีตัวชี้วัดบางตัวที่สามารถรวบรวมเป็นข้อมูลชี้ให้เห็นถึงความสูญเสียต่างๆ ที่เป็น จำนวนการเสียชีวิต การเกิดความพิการหรือมูลค่าความเสียหายต่างๆ มีผลทำให้สามารถนำไปพัฒนาด้านต่างๆ ให้ตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น แต่ตัวชี้วัดในด้านการรักษาพยาบาลทั้งระบบนั้นยังไม่สามารถพัฒนาได้ครอบคลุมและเป็นมาตรฐานเดียวกันได้ดี เนื่องจากโรงพยาบาลหลายระดับในมิติของขนาด มิติของการให้บริการ เช่น โรงพยาบาลฝ่ายกายและโรงพยาบาลฝ่ายจิตเวชที่ข้อมูลไม่ได้เชื่อมโยงกัน ทำให้การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้านการรักษาพยาบาลขาดความชัดเจนเป็นรูปธรรม การพัฒนาตัวชี้วัดในสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลจึงเป็นประเด็นที่ต้องทำการศึกษาย่างละเอียดลึกซึ้ง และพัฒนาตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนถึงมูลค่าที่ต้องสูญเสียในการรักษาพยาบาล รวมไปถึงการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันอีกด้วย

## 2.2 แนวคิดการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราในโรงพยาบาล

จากสถานการณ์ปัญหาการบริโภคสุราในประเทศไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) พฤติกรรมการดื่มสุราของคนไทยในปีพ.ศ. 2560 จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 55.9 ล้านคนเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ คิดเป็นอัตราการดื่มสุราของประชากรร้อยละ 31.5 ผู้ดื่มส่วนใหญ่มีอายุ 25-29 ปี โดยผู้ชายมีอัตราการดื่มสูงกว่าผู้หญิง 5 เท่า จำแนกเป็นผู้ที่ดื่มนาน ๆ ครั้ง 9.5 ล้านคน และกลุ่มที่ดื่มสม่ำเสมอ 7.5 ล้านคน จำแนกเป็นผู้ที่ดื่มแบบอันตราย (Harmful use) ร้อยละ 13.9 คิดเป็น 7.2 ล้านคน เป็นผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา ร้อยละ 13.3 คิดเป็น 9.3 ล้านคน

เป็นผู้ดื่มแบบติด (Dependence) ร้อยละ 4.1 คิดเป็น 2.1 ล้านคน แต่จากรายงาน 43 พบว่ามีคนเข้ารับบริการเพียง 168,792 คน ร้อยละ 4.1 คิดเป็น 2.1 ล้านคน แต่จากรายงาน 43 พบว่ามีคนเข้ารับบริการเพียง 168,792 คน คิดเป็นอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 6.13 แสดงให้เห็นถึงช่องว่างของการเข้ารับบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่สูงมาก สำหรับการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุรา มีความเกี่ยวข้องดังนี้

**2.2.1 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** พบว่ามีการเริ่มต้นดื่มจากน้อยไปจนดื่มหนักทำให้จำแนกการดื่มตามปริมาณและความเสี่ยงต่อปัญหาดังนี้ (พินธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552)

1) การดื่มแบบเสี่ยงน้อย เป็นการดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ในผู้หญิง ซึ่งเทียบเท่ากับ เหล้า 40 ดีกรี ไม่เกิน 2 กัง (60 มิลลิลิตร) หรือเบียร์ชนิดแรง 1.5 กระป๋อง หรือการดื่มไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ในผู้ชาย ซึ่งเทียบเท่ากับสุรา 40 ดีกรี ไม่เกิน 4 กัง (120 มิลลิลิตร) หรือเบียร์ชนิดแรง 3 กระป๋อง และมีวันที่ไม่ดื่มอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ การดื่มในลักษณะนี้อาจเรียกว่าดื่มอย่างปลอดภัยได้

2) การดื่มแบบเสี่ยง เป็นการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานในผู้ชาย แต่ไม่เกิน 6 ดื่ม มาตรฐานต่อวัน และดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐาน แต่ไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิง ในปริมาณ หรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเพิ่มความเสี่ยง

3) การดื่มแบบอันตราย เป็นการดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย และดื่ม มากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานในผู้หญิง การดื่มแบบอันตราย (Harmful use) หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์จนได้รับผลเสียตามมา เช่น ผลเสียต่อสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผลเสียทางสังคม การทำงาน สัมพันธภาพกับคนอื่น ผู้ดื่มในกลุ่มนี้ เคยประสบปัญหาทางร่างกายและจิตใจเนื่องจากการดื่มสุราเกินเกณฑ์มาตรฐานเป็นประจำมาแล้ว และ/หรือ ได้รับบาดเจ็บ เกิดความรุนแรง มีปัญหาทางกฎหมาย บกพร่องในสมรรถภาพการทำงาน หรือเกิดปัญหาสังคมเนื่องมาจากการเมาบ่อยๆ

4) การดื่มแบบติด เป็นรูปแบบการดื่มที่ไม่เหมาะสม (alcohol used disorders)จนกระทั่งเกิดความผิดปกติทางร่างกาย พฤติกรรมและความคิด ทำให้ความรับผิดชอบในหน้าที่ต่างๆบกพร่อง ไป เช่น การงานหรือ ครอบครัว และไม่สามารถควบคุมการดื่มทั้งปริมาณ ความถี่ หรือ ไม่สามารถหยุดดื่มได้ สรุปลักษณะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคติดสุราเป็น การดื่มแบบติดโดยไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มได้ โดยเริ่มจากการดื่มแบบเสี่ยงน้อย เป็นแบบ เสี่ยง และเพิ่มเป็นแบบอันตรายจนในที่สุดเกิดความผิดปกติทางร่างกาย พฤติกรรมและความคิด จน ไม่สามารถหยุดดื่มได้เกิดเป็นโรคติดสุราและต้องได้รับการบำบัดรักษาต่อไป

## 2.2.2 ความหมายของภาวะติดสุรา

Keller, 1991(อ้างใน ญาดา จีนประชา 2550) กล่าวถึงภาวะติดสุราว่าเป็น พฤติกรรมที่ดำเนินมานานแสดงออกด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยๆมากเกินกว่าจะถือเป็น อาหารและมากเกินกว่าบุคคลในสังคมนั้นๆจะทำกัน และเป็นปริมาณที่รบกวนต่อสุขภาพหรือสภาวะทางสังคมของคนดื่มและรบกวนต่อการประกอบอาชีพ

เกษม ต้นติผลาชีวะ (2536) กล่าวว่าภาวะติดสุราเป็นลักษณะการดื่มอย่าง มากและนานเรื้อรังจนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและการทำหน้าที่ในสังคม

พันธฺ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์และหทัยชนนี บุญเจริญ (2549) ได้ให้ความหมาย ของภาวะติดสุราไว้ว่า เป็นการดื่มที่ส่งผลกระทบต่อในหลายด้านผู้ดื่มมักใช้เวลาส่วนใหญ่ในกิจกรรมที่ เกี่ยวข้องกับการดื่ม ต้องการดื่ม ในปริมาณที่มากขึ้น ถ้าหยุดหรือดื่มน้อยลงจะเกิดอาการถอนพิษสุรา เช่น เหงื่อออก มือสั่นกระสับกระส่าย คลื่นไส้และที่สำคัญผู้ดื่มไม่สามารถควบคุมการดื่มหรือเลิกดื่มได้ และยังคงดื่มต่อไปทั้งๆที่เป็นอันตรายต่อ สุขภาพ สรุปได้ว่าภาวะติดสุราหมายถึงเป็นการดื่มสุราในปริมาณที่มากและเป็น ระยะเวลาติดต่อกันนานจน เรื้อรังซึ่งผู้ดื่มไม่สามารถหยุดหรือเลิกดื่มได้แต่จะยิ่งเพิ่มปริมาณการดื่มมาก ขึ้นเรื่อยๆจนส่งผลกระทบต่อ ร่างกาย จิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน

**2.2.3 สาเหตุของการติดสุรา** (สาวิตรี อัจฉนาภกรชัยและคณะ, 2557) ปัจจัยของการติดสุราแต่ละคน มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะทางพันธุกรรม และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม มีจากปัจจัยทาง พันธุกรรมให้เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ลักษณะ ทางพันธุกรรม ยีนที่เกี่ยวข้องกับการติดสุราสามารถแบ่งออกได้เป็น สองกลุ่มใหญ่ๆได้แก่

1) สาเหตุทางชีวภาพ (Biological model) คือ พันธุกรรม ซึ่งมีการพิสูจน์ความสัมพันธ์ของ พันธุกรรมที่มีผล ต่อการดื่มสุราพบว่า เด็กในครอบครัวที่มีคนป่วยด้วยโรคพิษสุราเรื้อรัง จะกลายเป็นผู้ป่วยโรค พิษ สุราเรื้อรังมากกว่าครอบครัวทั่วไป ผาแฝดแท้มีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมากกว่าผาแฝดเทียม และลูก ชายของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง มีโอกาสเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังได้มากกว่า 4 เท่าของ ครอบครัวที่ไม่มีผู้เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ปัจจัยที่สองที่มีอิทธิพลต่อการดื่มและติดสุราคือ ปัจจัยทางชีวเคมี และ การทำงานของสมองพบว่ามีการดื่มสุราที่มากของแต่ละบุคคล หรือความ ต้องการอยากดื่มสุรานั้นจะอยู่ภายใต้ การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง ดังนั้นสาเหตุของการ ติดสุราเกี่ยวข้องกับความผิดปกติในระบบการ ทำงานของสารสื่อประสาท

2) สาเหตุทางจิตวิทยา (Psychological model) เชื่อว่าการติดสุรามีผลมาจากความกังวลเล็กๆ ที่ มืออยู่รอบ ๆตัวและ มีความขัดแย้งในใจ การที่มีความขัดแย้งอย่างรุนแรงในใจและ เก็บความรู้สึกเอาไว้เป็น สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ดื่มสุราหรืออาจเกิดจาก กระบวนการคิด ระดับสติปัญญา ภาวะอารมณ์ นอกจากนี้ความตึง เครียด ความก้าวร้าว ความรู้สึกซึมเศร้า การมีเนื้อหาความคิดที่ บิดเบือน (Cognitive distortion) รู้สึกไร้ค่า อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ดื่มสุรา

3) สาเหตุทางสังคม (Social model) เชื่อว่าการติดสุราเกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อม แรงกดดัน จากสังคม ลักษณะการเลี้ยงดู เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความยากจน ความขัดแย้งของคู่สมรส ความเครียด จากการทำงาน สรุป ปัจจัยของการติดสุรามีความสัมพันธ์กับหลายๆ สาเหตุ ประกอบด้วยสาเหตุทางชีวภาพ คือในเรื่องของพันธุกรรม สาเหตุทางจิตวิทยาเกี่ยวกับกระบวนการคิด ภาวะอารมณ์ และ สาเหตุทางสังคม ได้แก่ ความขัดแย้งภายในครอบครัว แรงกดดันจากสังคม วัฒนธรรม ที่เกื้อหนุนให้เกิดการติดสุราได้

**2.2.4 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดสุรา** (Alcohol dependence) สาวิตรี อัจฉนาภกรชัยและคณะ (2557) กล่าวว่าลักษณะสำคัญของโรคติดสุรา คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ต้องมีความอยากดื่มสุราอย่างรุนแรง เหมือนมีแรงผลักดันภายในจิตใจให้ต้องดื่มสุรา จนบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถหักห้ามใจที่จะไม่ให้ดื่มได้ การเกิด โรคนี้ต้องใช้เวลานานหลายเดือน หรือเป็นปี ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง โดยมี แนวทางการวินิจฉัย Alcohol dependence ตาม ICD-10 และตามเกณฑ์ DSM-5 มีดังต่อไปนี้

1) การวินิจฉัย Alcohol dependence ตาม ICD-10 การวินิจฉัยโรคติดสุราจะทำได้ก็ต่อเมื่อผู้ดื่ม สุรามีลักษณะต่อไปนี้อย่างน้อยสามข้อเกิดขึ้นร่วมกันภายใน 1 ปีที่ผ่านมา

(1) มีความต้องการที่จะดื่มสุราอย่างรุนแรงหรือมีความรู้สึกซ้ำๆว่าต้อง ดื่มให้ได้

(2) มีความยากลำบากในการที่จะควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุรา ตั้งแต่การ เริ่มต้นดื่ม การหยุดดื่มและปริมาณการดื่ม

(3) มีอาการทางร่างกายของภาวะขาดสุราเมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลง ซึ่งแสดงออกโดยมีลักษณะเฉพาะของภาวะขาดสุรา หรือต้องดื่มสุราหรือใช้สารอื่นที่มีฤทธิ์คล้ายคลึงกัน เข้าไปเพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงการเกิดอาการดังกล่าว

(4) มีภาวะดื้อสุรา คือ ต้องดื่มปริมาณมากขึ้นกว่าเดิม เพื่อจะได้รู้สึกมีเมามา เท่าเดิม

(5) ละเลยความสนุกสนานหรือความสนใจอื่นๆเพื่อไปดื่มสุรา เสียเวลาที่จำเป็น มากขึ้นในการแสวงหาสุรา ดื่มสุรา หรือพักผ่อนจากฤทธิ์ของสุรา

(6) ยังคงดื่มสุราต่อไปทั้งๆ ที่มีหลักฐานชัดเจนว่ามีอันตรายเกิดขึ้นแล้ว เช่น ตับถูกทำลายเพราะการดื่มมากเกินไปจนขนาด

2) เกณฑ์การวินิจฉัยโรค ประกอบด้วย 2 หลักเกณฑ์ใหญ่ๆที่นำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคติดสุรา คือ Alcohol dependence 9 และ DSM-5 สาวิตรี ัษณางค์กรชัยและคณะ (2557) ซึ่งการใช้ Alcohol dependence 9 เป็นเกณฑ์นั้น พิจารณาจากแบบแผนการดื่มสุราที่เป็นปัญหามาไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ แสดงออกโดยมีอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้เกิดขึ้นในรอบ 12 เดือนเดียวกัน

(1) มักดื่มสุราปริมาณมากกว่า หรือดื่มในเวลานานกว่าที่ตั้งใจไว้

(2) จำเป็นต้องหมดเวลาไปกับกิจกรรมเพื่อการแสวงหาสุราในการดื่มสุราหรือ ในการพักผ่อนจากฤทธิ์ของสุรา

(3) มีความอยาก หรือความต้องการอย่างรุนแรง หรือมีแรงผลักดันให้ดื่มสุรา

(4) การดื่มสุราเสมอ ๆ ทำให้เกิดความล้มเหลวที่จะทำบทบาทหน้าที่ สำคัญในด้านการงาน การเรียน หรือครอบครัว

(5) ยังคงดื่มสุราต่อไปทั้งที่ทราบว่าตัวเองมีปัญหาสังคมหรือสัมพันธ์ภาพ เกิดขึ้นถาวรหรือซ้ำแล้วซ้ำเล่าเนื่องจากการดื่มสุรา

(6) ยกเลิกหรือลดกิจกรรมทางสังคม อาชีพการงานหรือสันทนาการลงไป เพราะการดื่มสุรา

(7) ดื่มสุราเสมอๆ ในสถานการณ์ที่เสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ

(8) ยังคงดื่มต่อไปทั้งๆที่ทราบว่าปัญหาสุขภาพกายหรือจิตใจเกิดขึ้น ถาวรหรือซ้ำแล้วซ้ำเล่า ซึ่งน่าจะเกิดจากการดื่มสุรา หรือปัญหาแย่งลงเพราะการดื่มสุรา

(9) มีภาวะดื้อสุรา นิยามโดยข้อหนึ่งข้อใดต่อไปนี้คือจำเป็นต้องดื่มมากขึ้น เพื่อให้เมาหรือได้ฤทธิ์เท่าที่ต้องการหรือได้รับผลน้อยลงหากยังคงดื่มในปริมาณเท่าเดิมต่อไป

(10) มีภาวะขาดสุรา แสดงออกโดยข้อใดข้อหนึ่งและใช้สารอื่นที่มีฤทธิ์ ใกล้เคียง (เช่น benzodiazepine) เพื่อแก้ไขหรือหลีกเลี่ยงอาการขาดสุรา

สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 มีเกณฑ์การวินิจฉัยรวมทั้งหมด 11 ข้อดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 เป็นกลุ่มอาการของความบกพร่องในการควบคุมการดื่มสุราซึ่ง ประกอบด้วยอาการในข้อ 1-4 คือ ผู้ดื่มสุรามักดื่มมากหรือดื่มนานกว่าที่ตั้งใจไว้ มีความพยายามที่จะ ลดหรือเลิกดื่มแต่ทำไม่สำเร็จ ใช้เวลามากไปกับการหาสุรามาดื่ม ดื่มสุรา หรือพักผ่อนจากการเมาสุรา จนกระทั่งคนบางคนอาจจะใช้เวลาในชีวิตประจำวันทั้งวันไปกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราจน ไม่ได้ทำอย่างอื่น และมีความรู้สึกอยากดื่มอยู่เสมอๆ ไม่เลือกเวลา แต่มักจะรู้สึกอยากดื่มมากขึ้นถ้าอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เคยดื่มหรือมีสุราให้ดื่ม

หมวดที่ 2 เป็นกลุ่มของความบกพร่องทางสังคม ประกอบด้วยอาการในข้อ 5-7 ได้แก่ การดื่มสุร่าบ่อยๆทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆได้ตามปกติ ยังคงดื่มสุร่าต่อไปทั้งๆที่มี ปัญหาทางสังคม สัมพันธภาพเกิดขึ้นจากการดื่มสุร่าแล้ว และต้องยกเลิกหรือลดกิจกรรมที่สำคัญทาง สังคม อาชีพการงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจลงไปเพื่อไปดื่มสุร่า

หมวดที่ 3 เป็นพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่าแบบเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมในข้อ 8-9 คือ การดื่มสุร่าในสถานการณ์ที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อร่างกาย และยังคงดื่มต่อไปทั้ง ๆที่ทราบดีว่า ตนเองมีปัญหาสุขภาพกายหรือจิตที่เกิดจากหรือถูกกระตุ้นจากการดื่มสุร่า ใจความสำคัญของเกณฑ์ ข้อนี้ไม่ได้โดยตรงที่ว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นแล้วหรือไม่ แต่อยู่ที่ว่า คนๆนั้นไม่สามารถหยุดดื่มได้ทั้งๆที่มี ปัญหาเกิดขึ้นแล้ว

หมวดที่ 4 เป็นฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ประกอบด้วยอาการในข้อ 10-11 ได้แก่ ภาวะต่อสุร่า (Tolerance) ซึ่งทำให้คนๆนั้นต้องดื่มสุร่ามากขึ้นเพื่อให้รู้สึกเมาเท่าเดิมหรือรู้สึกเมา น้อยหากดื่มในปริมาณเท่าที่เคยดื่มแต่เดิม อาการต่อสุร่านี้มีความรุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และต้องแยกให้ตีจากอาการแพ้สุร่าที่เกิดขึ้นเมื่อดื่มครั้งแรกๆ และ ภาวะขาดสุร่า (Withdrawal) ซึ่ง เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดต่ำลงเนื่องจากคนๆนั้นดื่มน้อยลงหรือหยุด ดื่ม เมื่อมีอาการขาดสุร่า ผู้ติดสุร่าก็มักจะดื่มสุร่าเข้าไปอีกเพื่อแก้อาการดังกล่าว

### 2.2.5 การบำบัดผู้ป่วยติดสุร่า (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์และหทัยชนนี บุญเจริญ, 2549)

1) การรักษาด้วยยา (Pharmacological treatment) องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้การรับรองยา สำหรับการรักษาการติดสุร่าเพียง 3ชนิด 4 ขนานคือยาดีสซัลไฟเฟรม (Disulfiram) ยานาแตรีกโซน (Naltrexone) ชนิดรับประทาน และยานาแตรีกโซน(Naltrexone) ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อซึ่งสามารถออกฤทธิ์ได้นานและยาอะแคมโพรเสต (Acamprosate) ยารักษาผู้ติดสุร่าทั้งสามชนิดมีกลไกการออกฤทธิ์ ที่แตกต่างกัน มีผลข้างเคียงที่แตกต่างกัน เหมาะสำหรับผู้ติดสุร่าที่มีลักษณะแตกต่างกันซึ่งผลการรักษาโดยรวมสนับสนุนว่ายาเหล่านี้มีประสิทธิภาพทำให้หยุดดื่มโดยสิ้นเชิง ลดการดื่มหนักและเพิ่มโอกาสหรือความยาวนานที่หยุดดื่มสุร่าในขณะที่ยาโทไพราเมท (Topiramate) เป็นยากันชักที่มี หลักฐานแสดงให้เห็นว่ามีประสิทธิผลในการลดการดื่มหนักได้ดีกว่ายาหลวงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนยากุ่มอื่น เช่น ยาต้านซึมเศร้ายังไม่มีหลักฐานมากพอที่จะสนับสนุนในการใช้รักษาผู้ติดสุร่าที่ไม่มีอาการ ซึมเศร้า

2) การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) จิตสังคมบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ติดสุร่ามีอาการดีขึ้นในช่วงเริ่มต้นการ หยุดดื่มและถอนพิษสุร่าและช่วยป้องกันการกลับไปติดซ้ำในช่วงการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในกรณีที่ผู้ป่วย ยังไม่เข้าสู่การบำบัดหรือไม่ยอมรับกาบำบัด จิตสังคมบำบัดสามารถช่วยลดอันตรายและลด ผลกระทบจากการดื่มและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดรักษาต่อไป พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) กล่าวว่าจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุร่าที่มีประสิทธิภาพได้แก่

(1) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral therapy :CBT) และการป้องกันการกลับไปติดซ้ำ (Relapse prevention: RP)

(2) การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivations Interviewing: MI and Motivational Enhancement therapy: MET)

(3) การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI)

(4) การส่งเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน

(5) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapies) ได้แก่ Community reinforcement approach (CRA)

(6) การดูแลรายกรณี (Case management)

(7) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา นิรนาม หรือกลุ่มเอเอ 20

(8) การบำบัดแบบผสมผสาน (Integrated treatment) การให้การบำบัดที่เกิดประสิทธิผลสูงสุดนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยทั้งความรู้ และทักษะของผู้บริการ ความรุนแรง ในการติด ปัญหาอื่นที่พบร่วมเช่น โรคทางจิตเวช โรคทางกาย ครอบครัวยุติธรรม สิ่งแวดล้อม และแหล่ง สนับสนุนทางสังคม สรุปการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราประกอบด้วยการรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคมโดยพบว่า การบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพมีหลายวิธี เช่นการ บำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การบำบัดแบบสั้น เป็นต้น ซึ่งช่วยป้องกันการกลับไป ติดซ้ำในช่วงการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากที่ผู้ป่วยพ้นระยะถอนพิษสุรา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิก ดื่มสุราได้ยาวนานมากขึ้น

จากปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการบริโภคสุราที่เกิดขึ้นกับประชาชนส่วนใหญ่แล้วมีผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญเป็นลำดับที่สองของประเทศ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆอันเนื่องจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยก่อเป็นภาวะโรคคิดเป็นร้อยละ 8.1 ของภาวะโรคทั้งหมด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ,2547) ถึงแม้ว่าการสำรวจพบว่าผู้มีปัญหาสุขภาพจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นจำนวนมาก แต่ข้อมูลในการให้บริการกลับพบว่าจำนวนผู้ป่วยทั่วประเทศมีเพียงร้อยละ 2 ที่เข้าถึงบริการหรือมีโอกาสพบแพทย์น้อยมาก ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการดังกล่าวเป็นความเสี่ยงที่ทำให้ปัญหาสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ลุกลาม รุนแรงมากขึ้นและทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นและเป็นภาระสำหรับระบบบริการสุขภาพเป็นจำนวนมาก ในระบบสุขภาพเองก็ได้พยายามพัฒนาแนวทางในการให้บริการแก่ผู้ประสบปัญหาประกอบด้วยขั้นตอนในการให้บริการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้มีความเสี่ยงและมีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างครอบคลุมทั้งในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบอื่น ๆ ทั้งหมด 4 ขั้นตอนได้แก่ (สุวรา แก้วนัญ,2554)

1.ระบบคัดกรองและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น (Alcohol screening and brief intervention) การคัดกรองและให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้นมีเป้าหมายครอบคลุมตั้งแต่ประชากรทั่วไป ผู้ป่วยทั่วไปจนถึงผู้ป่วยที่มาด้วยอาการนำที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยบุคลากรทางสุขภาพทุกระดับสามารถดำเนินการได้โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ เกณฑ์การคัดกรองที่นิยม คือ การใช้แบบประเมิน Alcohol Use Disorder Identification Test (Audit) ซึ่งเป็นชุดคำถามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้กับระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะระดับปฐมภูมิ (Barbor TF,2001) และได้รับการปรับปรุงและทดลองใช้ในประเทศไทยแล้ว ชุดคำถาม AUDIT ประกอบด้วยคำถามสั้นๆจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมด้านพฤติกรรม การดื่มและผลกระทบ สามารถแยกผู้ดื่มออกเป็น 4 กลุ่ม ตามระดับความเสี่ยงเพื่อจะได้รับคำแนะนำปรึกษาเบื้องต้นที่มีความเข้มข้นแตกต่างกันไป กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำจะได้รับคำแนะนำและอาจสิ้นสุดการบริการ ณ จุดนี้ ส่วนผู้ที่เข้าข่ายติดสุรา จะได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจและนำสู่กระบวนการบำบัดรักษาต่อไป

2. การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา (Detoxification) และโรคร่วมทางกาย อาการขาดสุรา (Alcohol withdrawal symptom) เกิดในกลุ่มผู้มีภาวะติดสุรา โดยอาจเกิดหลังการไม่ได้ดื่มสุราตั้งแต่ 6-96 ชั่วโมงและมีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่หงุดหงิด คลื่นไส้ อาเจียน ไปจนถึงอาการชัก เพื่อคลั่ง ประสาทหลอน (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2552) ในผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรามักพบปัญหาสุขภาพพร้อมหรือแทรกซ้อนได้สูงมาก ซึ่งอาการร่วมที่เกิดขึ้นจะเพิ่มโอกาสรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงในการ

เสียชีวิตได้ โดยกลุ่มโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราโดยตรง เช่น ภาวะอะกเสบจากสุรา โรคตับแข็งจากสุรา โรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง เป็นต้น (พันธธนา,2549) การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการติดสุรา การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุรา การเฝ้าระวังและรักษาอาการขาดสุรา และการบำบัดรักษาภาวะแทรกซ้อนทางกาย โดยส่วนใหญ่แล้วการบำบัดในขั้นตอนนี้จะอาศัยการประเมินและเฝ้าระวังเป็นสำคัญ โดยอาศัยเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยที่ไม่รุนแรงและสามารถให้บริการได้ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

3.การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ การบำบัดในขั้นตอนนี้ ดำเนินการหลังจากผู้ป่วยพ้นระยะขาดสุรา การบำบัดรักษามีหลากหลายรูปแบบและอาศัยกลไก กระบวนการต่างกัน เช่น การบำบัดรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) ในรูปแบบของการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy/CBT) หรือการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy/MET) และการรักษาด้วยยา (Pharmacological Treatment) โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ติดสุราสามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มสุราของตนได้ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งรูปแบบของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยระยะเวลาในการบำบัดรักษาขั้นตอนนี้มีความแตกต่างกัน ในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนนั้นมักใช้เวลานานในการรักษา

4.การดูแลรักษาระยะยาวหลังการรักษา (After care) มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา เป็นมาตรการที่ต้องการให้ผู้ที่เคยประสบปัญหาจากการดื่มและหยุดดื่มได้ สามารถกลับเข้าสู่สังคมและสามารถดำเนินชีวิตโดยไม่กลับมามีปัญหาอีก ซึ่งแนวทางในการดำเนินการขั้นตอนนี้มีหลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับพื้นที่และบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน โดยหลายพื้นที่แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางสุขภาพสามารถมีบทบาทในการติดตามผู้ป่วย ทั้งเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจและศักยภาพในการควบคุมการบริโภคของตนและบุคคลในครอบครัว ในขณะที่ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลขั้นตอนนี้ โดยเฉพาะในบทบาทการเฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรม รวมถึงปัจจัยทางสังคมรอบตัวผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา ดังนั้นการประสานงานและความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จในการดูแลขั้นตอนนี้

ระบบการให้บริการผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยได้มีโครงการนำร่องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ (i-MAP Health) โดยแผนงานผรส. เพื่อให้เกิดระบบการดูแลอย่างครอบคลุมตามระดับและความรุนแรงของปัญหา ( ) ประกอบด้วย 4 มาตรการหลักคือ 1) มาตรการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดอย่างสั้น เพื่อค้นหาผู้มีปัญหาการดื่มสุราแบบเสี่ยงสูงหรือดื่มแบบอันตรายและจูงใจให้เข้ารับบริการที่เหมาะสม 2) มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุรา รักษาและลดอันตรายจากโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนทางกาย 3) มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยลด ละ เลิกดื่มสุรา ป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำ และเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติสุข 4) มาตรการการดูแลระยะยาวภายหลังการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงการหยุดดื่มหรือลดความเสี่ยงในการดื่มลงและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน สังคมได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งโครงการดังกล่าวในระยะแรกได้มีการกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละมาตรการแบ่งเป็นตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า (Input) ตัวชี้วัดกระบวนการ (process) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (output) รวม 33 ตัวชี้วัด นอกจากนี้แผนงาน ผรส.ได้มีการพัฒนาหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดสุราโดยตรงเพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการคัดกรอง การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและบำบัดรักษาผู้ติดสุราด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และได้นำร่องการโครงการ



ใน 10 จังหวัด ครอบคลุมโรงพยาบาลจิตเวช 7 แห่ง ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 18 แห่งและสถานพยาบาลปฐมภูมิ 184 แห่ง และจากการนิเทศติดตามพบปัญหาอุปสรรค ในแต่ละสถานพยาบาลแต่ละระดับ เช่น ต้องมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้มี ปัญหาการบริโภคสุรารอบคลุมทุกระดับความรุนแรง วิธีการบริหารจัดการเชิงระบบ หน่วยงานที่เป็นพี่เลี้ยง ต้องมีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด การตระหนักถึงความสำคัญของโครงการ ในผู้บริหารองค์กร เป็นต้น จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ (i-MAP Health) ดังกล่าวแล้ว แผนงาน ผรส.ยังได้มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติการคัดกรองและการบำบัดรักษาฟื้นฟู สภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ประกอบด้วยแนวปฏิบัติ 4 ชุด คือ

ชุดที่ 1 การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น มีกิจกรรมที่ ดำเนินการ 2กิจกรรม คือ 1) การคัดกรองปัญหา การดื่มสุรา 2) การบำบัดแบบสั้น (brief intervention) เป็นการให้ คำแนะนำ/ ปรึกษาเบื้องต้น เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาและ ลดความเสี่ยงจากการ ดื่มโดยจงใจให้ปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมเป็น ลดหรือหยุดดื่ม ประเมินผลการดำเนินงานด้วย 2 ตัวชี้วัด คือ ร้อยละ 60 ของหน่วยงานสุขภาพที่สามารถ จัดบริการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและ การบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้มารับบริการสุขภาพได้คุณภาพตามเกณฑ์ ที่กำหนดและผู้มีปัญหาการดื่มสุราเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อประชากรที่มีปัญหา การดื่มสุราใน พื้นที่โดยประมาณ

ชุดที่ 2 การดูแลบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา มีกิจกรรมที่ดำเนินการทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ 1) ประเมินปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอย่างครอบคลุม 2) การประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะ ถอนพิษสุรา 3) การเฝ้าระวังและป้องกันรักษาภาวะถอนพิษสุรา โดยมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงการเกิดอาการ ถอนพิษสุรา และ การรักษาภาวะถอนพิษสุรา 4) การบำบัดทางจิตสังคมเพื่อให้สามารถหยุดดื่มได้ 5) การ รักษาด้วยยา 6) การช่วยเหลือครอบครัวและฟื้นฟูทางสังคม ประเมินผลการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัด 3 ตัวชี้วัด คือ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้รับการประเมินติดตามอาการ ถอนพิษสุรา ,ร้อยละ 80 ของบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบการบำบัดสุราได้รับการอบรมวิธีการบำบัดรักษา ผู้ติดสุราแบบ เข้มข้น และให้การรักษาตามความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราและร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่ม สุราในคลินิกบำบัดสุราที่ได้รับการรักษาด้วยจิตสังคม บำบัดได้รับการติดตามภายใน 3 เดือน

ชุดที่ 3 การดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา: โปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ (PACT Model) มี กิจกรรมคือ บุคลากรสุขภาพลงพื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน และทำการการประเมินร่วมกับการให้ความรู้ คำแนะนำ และการฝึกทักษะใน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบที่บ้าน ทั้งหมด10ครั้งสัปดาห์ละ1ครั้งจำนวน 5ครั้ง ใช้ เวลาบำบัดแต่ละครั้ง30-60 นาทีและติดตามต่อเนื่องอีก 5 ครั้ง เมื่อครบ 1-3-6-9-12 เดือน ประเมินผลการ ดำเนินงานด้วยตัวชี้วัด ร้อยละ 80 ของผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงสูงหรือผู้ติดสุราในชุมชน เมื่อ สิ้นสุด โปรแกรมใกล้บ้านสมานใจสามารถลดการดื่มจนมีความเสี่ยงต่ำหรือหยุดดื่มได้

ชุดที่ 4 การดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาการดื่มสุรา โดยอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นกิจกรรมที่ให้ อสม.มีบทบาทในการติดตามผู้มีปัญหาในชุมชนเป็นการช่วยกระตุ้นให้ผู้มีปัญหาที่กำลังใจรวมถึงการสร้าง ปฏิสัมพันธ์ในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี

สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการบริโภคสุราในโรงพยาบาลชนิดที่มีปัญหารุนแรงต่อ สุขภาพจนกระทั่งเข้าเกณฑ์มีภาวะติดสุรานั้นได้มีการดำเนินงานจัดทำแนวปฏิบัตินี้ ทีมสหวิชาชีพของ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้ร่วมกันกำหนดกรอบทิศทาง การดำเนินงาน ทบทวนและรวบรวม องค์ความรู้จากตำรา เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องของแต่ละวิชาชีพทั้ง

ในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งจาก ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเสพติดสุรา นำข้อมูลมาเรียบเรียงเป็นแนวปฏิบัติ มีการประชุมเพื่อพิจารณาเนื้อหา ของทฤษฎีวิชาชีพอย่างต่อเนื่องมาเป็นลำดับ และประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมผู้บำบัดสุรา จากโรงพยาบาลธัญญรักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญรักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญรักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญรักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญรักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญรักษ์ปัตตานี ซึ่งได้ รวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ มาเติมเต็มให้เกิดความสมบูรณ์ รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดในการ ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแนวปฏิบัตินี้กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานไว้ 4 ตัวชี้วัด คือ 1) ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการสุขภาพได้รับการประเมิน/คัดกรองปัญหาการดื่มสุรา 2) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเกิดภาวะขาดสุราได้รับการประเมินติดตามอาการขาดสุรา และให้การดูแลรักษา 3) ร้อยละของผู้ป่วยมีภาวะขาดสุรารุนแรงไม่เกิน 72 ชั่วโมงและ 4) ร้อยละของผู้ป่วยภาวะขาดสุราปลอดภัยจากการบาดเจ็บในภาวะขาดสุรา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะขาดสุราได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และปลอดภัย โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

### 1. ระยะแรกเริ่ม

1.1 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติในการบำบัดรักษา โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติ อธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนการบำบัดรักษา สอบถามที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ปัจจุบันของผู้ป่วย และผู้นำส่ง เพื่อการติดต่อได้สะดวก รวดเร็ว

1.2 รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับข้อมูลทางสังคมของผู้ป่วย เช่น อาชีพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว สาเหตุการดื่มสุรา แหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

1.3 ให้คำแนะนำเรื่องการใช้สิทธิในการรักษา ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิในการรักษาได้ ดังนี้

1.3.1 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการรับการบำบัดฟื้นฟูโรคพิษสุราเรื้อรังได้ เนื่องจาก สุรามิใช่สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

1.3.2 สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

1.3.3 สิทธิอื่น ๆ เช่น สิทธิผู้พิการ สิทธิทหารผ่านศึก ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล ตามสิทธิ เว้นแต่กรณีมีความจำเป็นสามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลรัฐได้ทุกแห่ง (เฉพาะทหารผ่านศึก ชั้นที่ 1-3 และคนพิการ)

1.3.4 กรณีไม่สามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลใด ๆ ได้ และไม่มีค่ารักษาพยาบาล อยู่ใน ดุลยพินิจและระเบียบของแต่ละโรงพยาบาล

2. ระยะถอนพิษสุรา ผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

2.1 วางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโดยผ่านกิจกรรม Care team, Grand round

2.2 ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยติดสุราที่มีโรคแทรกซ้อนไปรับการรักษาตามสิทธิ

2.3 ให้คำปรึกษารายบุคคล เมื่อผู้ป่วยติดสุรามีอาการดีขึ้น สื่อสารเข้าใจและให้ความร่วมมือ

2.4 ทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดทางสังคมสงเคราะห์ โดยประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย คัดเลือกผู้ป่วยติดสุราที่มีอาการดีขึ้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ โดยแบ่งกิจกรรมกลุ่มออกเป็น

2.4.1 กลุ่มเสริมกำลังใจ (Group Support) เช่น การเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา บำบัด ให้ครบโปรแกรมโดยผ่านกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น

2.4.2 กลุ่มนันทนาการ เช่น กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กิจกรรมนันทนาการ ร้องเพลง เป็นต้น

2.4.3 กลุ่มให้การปรึกษา

2.4.4 กลุ่มเตรียมการก่อนกลับบ้าน เพื่อแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

2.5 ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องต่างๆ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เช่น การใช้สิทธิการรักษา ความรู้ทางด้านกฎหมาย

2.6 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสภาพครอบครัว สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยที่มีผลต่อการดื่มสุรา

2.7 ให้บริการจัดหาทรัพยากรทางสังคม เช่น การจัดหาค่ายานพาหนะ การจัดหาที่อยู่ใหม่ ภายหลังการรักษากรณีญาติทอดทิ้ง หรือไม่มีญาติซึ่งมีการดำเนินการ ดังนี้ กรณีอายุไม่ถึง 60 ปี ให้ติดต่อบริษัทประกันสุขภาพของสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง หากอายุ 60 ปีขึ้นไป ให้ประสานงานกับสถานสงเคราะห์คนชราในเขตพื้นที่ หรือประสานงานกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด (พมจ.) ในการจัดหาที่อยู่ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยต่อไป

2.8 ให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ แก่ผู้ป่วย เช่น การติดตามญาติ การดำเนินการเพื่อส่งผู้ป่วยกลับบ้านกรณีที่มีญาติ แต่ญาติไม่สามารถมารับได้ กรณีเสียชีวิตและไม่มีญาติ การขึ้นทะเบียนคนพิการ ซึ่งมีการดำเนินการดังนี้

1) มีความพิการทางกายมาก่อนเข้ารับการรักษา เช่น พิการแต่กำเนิด พิการจากอุบัติเหตุ แต่ยังไม่เคยทำบัตรประจำตัวคนพิการ ประสานงานกับฝ่ายฟื้นฟูโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปให้แพทย์ตรวจประเมินความพิการ

2) มีความพิการทางจิต ให้จิตแพทย์เป็นผู้ตรวจประเมินความพิการ

3) ต่างจังหวัดติดต่อทำบัตรประจำตัวคนพิการกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) อยู่ที่ศาลากลางจังหวัด หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หรือเทศบาล

4) ในเขตกรุงเทพมหานครติดต่อที่ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน 12 เขต (หน่วยให้บริการร่วมกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) หรือโรงพยาบาลรามาธิบดี ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

5) ผู้พิการที่จัดทำบัตรประจำตัวคนพิการแล้วให้นำสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ไปติดต่อกับฝ่ายบัตรทองโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมีสิทธิในการรักษา เพื่อขอเปลี่ยนเป็นประเภทสิทธิย่อยผู้พิการ (ท.74) ผู้พิการสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ทุกแห่งโดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ และสามารถติดต่อขอรับบริการทางการแพทย์ได้ที่สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลในกำกับของรัฐ สถานพยาบาลรัฐวิสาหกิจ สถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด โดยเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามสิทธิของคนที่กฎหมายกำหนดไว้

2.9 ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนและผู้นำชุมชน กรณีที่มีความจำเป็นเพื่อเตรียมชุมชนในการดูแลผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษา เช่น รพสต. องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

2.10 ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเมื่อผู้ป่วยมีสภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง ในการจูงใจให้ผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาลเฉพาะทาง หรือสถานพยาบาลที่มีบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด เพื่อให้การเลิกเสพยาได้ต่อไป

2.11 การดูแลหลังการรักษาเมื่อนัดมารับการรักษาต่อเนื่อง โดยให้คำปรึกษากรณีที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมหรือยังไม่สามารถเข้าฟื้นฟูสมรรถภาพได้

สำหรับในต่างประเทศการให้บริการเพื่อดูแลผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราในประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนใหญ่การดูแลที่ครบวงจรจะเป็นในลักษณะของโปรแกรม (Mandras et al., 2009) ประกอบด้วย

กระบวนการ การคัดกรอง (Screening) การบำบัดอย่างสั้น (Brief Intervention) และการส่งต่อเพื่อรับการรักษา (Referral to treatment) มีชื่อย่อว่า SBIRIT ซึ่งในโปรแกรมจะกำหนดเป็นมาตรฐานการดูแลผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราของแผนกจิตเวช โรงพยาบาลในเมืองฮุสตัน มลรัฐเท็กซัส ได้นำโปรแกรม SBIRIT ไปทดลองใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยแบบทั่วไปจำนวน 59,760 ราย พบว่ามีปัญหาจากการบริโภคสุรา จำนวน 15,241 ราย (26%) และการประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาและใช้ intent-to-treat (ITT) protocol เพื่อให้คำปรึกษาแบบสั้น มีผู้ป่วยจำนวน 1,937 รายที่ได้รับการติดตามหลังการบำบัดอย่างสั้น 6 เดือนโดยการให้ผู้ป่วยบันทึกรายงานด้วยตัวเอง ติดตามโดยการสัมภาษณ์ พบว่า 66% ที่ได้รับการติดตาม 70% มีแนวโน้มในการการดื่มอย่างหนักลดลงโดยจำนวนวันการดื่มหนักจาก 7.8 วันเหลือ 4.1 วัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้กระบวนการดูแลดังกล่าวมีประสิทธิภาพที่ควรนำไปพัฒนาต่อยอดในด้านต่างๆเพิ่มขึ้น Linda Graham (2005) ได้ทำการศึกษาตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างเป็นระบบภายใต้ความรับผิดชอบขององค์กร Nova Scotia Health Promotion ประกอบด้วยตัวชี้วัด การบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร พฤติกรรมการดื่ม แบบแผนการดื่ม วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับการดื่ม อันตรายที่เกิดขึ้นที่มีความสัมพันธ์กับการดื่ม ผลกระทบต่อสุขภาพ ผลลัพธ์การรักษาตาม Guideline การรักษาภาวะถอนพิษสุรา อัตราตายและเหตุรุนแรงจากการดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับในประเทศอังกฤษ Oslin,D.A.L.,Humeniuk,R.E.(2005) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยมีภาวะติดสุราในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคมมีผลต่อผลลัพธ์การรักษา ซึ่งได้มีการพัฒนาแบบประเมินเพื่อใช้คัดกรอง การใช้ guideline.การรักษาและติดตามผลการรักษา ซึ่งตัวชี้วัดที่ได้จากการศึกษาจะมีการบันทึกในรูปแบบของ ICD-10 ซึ่งสามารถนำมาคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุนได้ นอกจากนี้ในประเทศแคนาดา Chudley,AE. Conry J,et al.(2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์อาการผิดปกติของทารกแรกเกิดในมารดาที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการพัฒนา Canadian Guidelines for diagnosis & ส่งผลต่อการสร้างมาตรฐานการรักษา คุณภาพ ประสิทธิภาพของการดูแลตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในทุกขั้นตอนของแนวทางปฏิบัติ

## 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัด

**2.3.1 ความหมายของตัวชี้วัด** ตัวชี้วัด (Indicator) เป็นเครื่องมือในการบริหารงานอย่างหนึ่งไม่ว่าจะเป็นจะเป็นการบริหารโครงการ หรือบริหารองค์การในทุกระดับ ทั้งองค์กรภาคเอกชนและภาครัฐการบริหารงานที่ขาดตัวชี้วัดหรือมีตัวชี้วัด ที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ผู้บริหารไม่ทราบข้อเท็จจริงหรือปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่ความล้มเหลวของการดำเนินงานได้ดังนั้นในการดำเนินงานหรือกิจกรรมต่างๆ ภายใต้โครงการหรือตามภารกิจของ จำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดให้ชัดเจน เพื่อติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ที่เกี่ยวข้อง และผลที่ได้จากการดำเนินงานเป็นระยะๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันต่อเหตุการณ์หรือใช้ผล การประเมินที่ผ่านมาเป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป ปัจจุบันนี้ทุกส่วนงานล้วนแต่ต้องอาศัยค่าดัชนีชี้วัดต่าง ๆ ที่ถูกนำเสนอมาเปรียบเทียบ และใช้เป็นตัวกระตุ้นการดำเนินงานในการบริหารจัดการทุกระดับ ปรากฏการณ์นี้จะเห็นได้ชัดเจนว่า หากต้องการให้งานได้รับการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรมอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องมีการวางแผนเป้าหมายที่ชัดเจนในระยะเวลาช่วงใดช่วงหนึ่ง โดยกำหนดให้มีตัวชี้วัดในเรื่องเหล่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการจัดทำยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนภารกิจให้นำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ นอกจากการกำหนดกลยุทธ์ มาตรการสำคัญในการดำเนินงานแล้ว ก็จำเป็นต้อง

มีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในเรื่องนั้น ๆ เมื่อก้าวถึงความ เป็นมาของการจัดทำตัวชี้วัด พบว่า มนุษย์รู้จักใช้การวัดมาตั้งแต่ดึกดำบรรพ์ โดยการวัดในอดีตส่วนใหญ่เป็น การวัดในเชิงคุณลักษณะ เช่น ความร้อน ความไกล ความหนัก และต่อมากการวัดเชิงคุณลักษณะจำนวนมาก ได้รับการกำหนดให้เป็นเชิงปริมาณและยอมรับเป็นมาตรฐานสากล เช่น องศาเซ็นเซียส กิโลเมตร กิโลกรัม โดย การวัดคุณลักษณะหนึ่ง ๆ อาจกำหนดในหลายรูปแบบ เช่น องศาเซ็นเซียส-ฟาเรนไฮต์ กิโลเมตร-ไมล์ กิโลกรัม-ปอนด์ ซึ่งสามารถเปรียบเทียบค่าระหว่างกันได้อย่างเป็นมาตรฐานสากล ต่อมา ในปี ค.ศ.1960 นัก วางแผนและนักบริหารที่ใช้แนวคิดการบริหารจัดการโดยเน้นจุดมุ่งหมาย (Management By Objective) ได้ พัฒนาตัวชี้วัดเพื่อการดำเนินงานของโครงการ โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดผลงาน หรือผลผลิตจากการปฏิบัติงาน (Performance Indicators) เพื่อวัดประสิทธิภาพ (Efficiency) และผลิตภาพ(Productivity) ด้วยตัวชี้วัดที่มี ค่าเป็นอัตราส่วน(Ratio) และสัดส่วน(Proportion) ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ปริมาณผลผลิตภายในช่วงเวลา ที่ กำหนด ความประหยัด (เช่น ความสิ้นเปลืองเชื้อเพลิงต่อลิตร) คุณภาพ (เช่น ผลผลิตต่อไร่) ความรวดเร็ว (เช่น ความเร็วเป็นกิโลเมตรต่อชั่วโมง) เป็นต้น ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 นักวิชาการทางสังคมศาสตร์ได้ให้ความสนใจต่อ การกำหนดตัวชี้วัดเชิงนโยบาย โดยจัดทำตัวชี้วัดการพัฒนาสังคมเพื่อประโยชน์ในการวางแผนและประเมินผล รวมทั้งปรับนโยบายการพัฒนาประเทศ โดยความสนใจที่มีต่อลักษณะตัวชี้วัดมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา เช่น จากที่เคยให้ความสนใจการขยายตัวทางการผลิตมาเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ จากที่เคยสนใจ การพัฒนาเทคโนโลยีมาเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยที่การปรับเปลี่ยนลักษณะตัวชี้วัดจะเป็นไปตาม ปรัชญาการพัฒนาสังคมและทฤษฎีการพัฒนาสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละยุคสมัย ดังนั้น เมื่อก้าวถึง ตัวชี้วัด จึงต้องมีความชัดเจนในลักษณะตัวชี้วัดเป็นเบื้องต้นว่าเป็นตัวชี้วัดในเรื่องอะไร

ตัวชี้วัด (Indicator) หมายถึง ตัวแปรหรือกลุ่มของตัวแปรต่าง ๆ ที่นำมาใช้วัดสถานะอย่างใด อย่างหนึ่งออกมาเป็นปริมาณ และเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้ทราบถึงระดับ ขนาด หรือความรุนแรงของปัญหาหรือสภาพที่ต้องการวัด และมักมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัด (Indicator) กับเกณฑ์ชี้วัด (Criteria) ซึ่งสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2544) ได้ให้ความหมายไว้ว่า

เกณฑ์ (Criteria) หมายถึง ระดับที่ถือว่าเป็นความสำเร็จของการดำเนินงาน เป็นสิ่งที่กำหนดขึ้นมา เพื่อใช้ในการตัดสินคุณภาพของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่มีลักษณะเป็นที่ยอมรับว่ามีความเป็นมาตรฐาน หรือเหมาะสม ตามสภาพหรือคุณลักษณะของสิ่งเหล่านั้น ซึ่งเกณฑ์ที่ดีจะต้องมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ

มาตรฐาน (Standard) หมายถึง ระดับการดำเนินงานที่ใช้วัดความสำเร็จอันเป็นที่ยอมรับ โดยทั่วไป โดยแบ่งมาตรฐานออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) มาตรฐานสมบูรณ์ (Absolute standard) เป็น มาตรฐานที่ได้จากทฤษฎี การวิจัย หลักการ 2) มาตรฐานสัมพัทธ์ (Relatives standard) เป็นมาตรฐานที่ได้ จากการเปรียบเทียบผลงานของกลุ่มต่าง ๆ

ในขณะที่ตัวชี้วัด หมายถึง สิ่งที่สะท้อนถึงสิ่งที่ต้องการวัด เกณฑ์ชี้วัดจะบ่งบอกถึงระดับการบรรลุ ของสิ่งที่ต้องการวัด ซึ่งทั้งสองสิ่งนั้นจะต้องประกอบกันจึงจะทำให้การวัดสิ่งต่างๆ เกิดความหมาย และนำไปใช้ ประโยชน์ในการตัดสินใจได้อย่างแท้จริง เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครบ 3 ครั้ง ใน ที่นี้ ตัวชี้วัด คือ จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอครบ 3 ครั้ง เกณฑ์ คือ มากกว่าร้อยละ 90 ของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ทั้งหมด ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอครบ 3 ครั้ง

ดังนั้น ตัวชี้วัดทางสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดทางสังคม (Social Indicators) ซึ่งมีลักษณะเป็น ตัวแทนของสิ่งที่ป็นนามธรรม (Proxy character) ที่ต้องให้นิยามเชิงปฏิบัติการในการวิเคราะห์และการ

ติดตามผลที่แสดงออกเป็นเชิงปริมาณ เป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับการจัดทำสารสนเทศ (information) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจ กำหนดทิศทางการดำเนินงาน การติดตาม และประเมินผลสำเร็จของงาน และช่วยบ่งชี้ให้ทราบถึงสถานการณ์ของเรื่องต่างๆ ตลอดจนทิศทางการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น การสร้างและพัฒนาตัวชี้วัดจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้องค์กรสามารถพัฒนาความสำเร็จในงานที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากมีการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ก็จะช่วยสร้างความแข็งแกร่งในทางวิชาการ นับเป็นกระบวนการพัฒนาบุคลากรอีกทางหนึ่งด้วย ตัวชี้วัดทางสุขภาพ (Health Indicators) จึงแสดงให้เห็นถึงสถานะสุขภาพของแต่ละบุคคลในประชากร ที่มีความเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพของชุมชนนั้น โดยที่ตัวชี้วัดทางสุขภาพนั้น เป็นภาพสะท้อนถึงบทบาทและประสิทธิภาพของระบบสุขภาพที่มีผลต่อสถานะสุขภาพของประชาชน โดยตัวชี้วัด อาจจำแนกในหลายรูปแบบ เช่น

การจำแนกตามระดับ ได้แก่ ตัวชี้วัดปัจจัยในกระบวนการผลิต (Input indicator) ที่แสดงถึงวิธีการดำเนินงาน ซึ่งแตกต่างตัวชี้วัดผลผลิต (Output Indicators) ที่แสดงถึงผลที่เกิดจากกระบวนการผลิต

การจำแนกตามมาตรวัด ได้แก่ ตัวชี้วัดเชิงวัตถุวิสัย (Objective Indicators) ที่มีค่าเป็นตัวเลขทางคณิตศาสตร์ และมีนัยทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากตัวชี้วัดเชิงอัตวิสัย (Subjective Indicators) ที่เป็นข้อมูลแสดงความรู้สึก ทัศนคติ ความนิยม ความคิดเห็น ความเชื่อ เช่น ความพึงพอใจที่มีต่อบริการด้านต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่

การจำแนกตามค่าของตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดเชิงบวก (Positive Indicators) ที่ค่าตัวเลขมีแนวโน้มในทางเพิ่มขึ้น แสดงถึงแนวโน้มการพัฒนาก้าวหน้าสุขภาพเป็นไปในทางที่พึงประสงค์ ขณะที่ตัวชี้วัดเชิงลบ (Negative Indicators) ค่าตัวเลขที่มีแนวโน้มในทางลดลง จึงจะแสดงถึงการพัฒนาก้าวหน้าสุขภาพเป็นไปในทางที่พึงประสงค์

คำว่าตัวชี้วัด ในภาษาไทยมีการใช้อย่างหลากหลาย ได้แก่ ตัวชี้วัด ตัวชี้นำ ดัชนีและเครื่องชี้วัด เป็นต้น คำเหล่านี้ถูกใช้เป็นมาตรฐานทางสถิติ หรือเครื่องชี้สถานะบางอย่างเพื่อใช้วิเคราะห์เกี่ยวกับสภาพการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น เกี่ยวกับการผลิต กระบวนการดำเนินงาน การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่หรือผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ในงานวิจัยนี้ขอใช้คำว่า “ตัวชี้วัด” เพื่อสื่อความหมายถึง “Indicator” นั่นเอง

The American Heritage Dictionary (1972) ได้ให้ความหมายว่า เป็นข้อความที่ใช้บ่งบอกหรือเป็นเครื่องมือที่ใช้ติดตามการดำเนินงานหรือสถานะของระบบ

Jonhstone (1981) ได้กล่าวว่า หมายถึง ตัวแปรหรือตัวประกอบ (Factor) ที่ใช้วัดเพื่อให้ได้คุณค่าหรือคุณลักษณะโดยเฉพาะ ซึ่งบ่งบอกสถานะหรือผลของสิ่งใดสิ่งหนึ่งในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

สำนักงานก.พ. ได้กล่าวว่าตัวชี้วัดหรือ Key Performance Indicator เป็นดัชนีชี้วัด หรือหน่วยวัดความสำเร็จของการปฏิบัติงานที่กำหนดขึ้น โดยเป็นหน่วยวัดที่ควรมีผลเป็นตัวเลขที่นับได้จริงและต้องสื่อถึงเป้าหมายในการปฏิบัติงานสำคัญ ทั้งนี้เพื่อสร้างความชัดเจนในการกำหนด ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานในด้านต่างๆ

สำนักแผนงานและโครงการพิเศษ สป.กษ. (2550) ไดนิยามของคำว่า ตัวชี้วัด (Indicators) หมายถึง เครื่องมือหรือสิ่งที่บ่งบอกถึงความก้าวหน้า ความสำเร็จหรือไม่สำเร็จของกิจกรรมหรือ กระบวนการดำเนินงาน เมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดในมิติต่างๆทั้งในเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ ประสิทธิภาพ หรือประสิทธิผล บางครั้งเรียกว่า “เครื่องชี้” หรือ “เครื่องชี้วัด”

ตัวบ่งชี้ หมายถึง ตัวแปรประกอบหรือองค์ประกอบที่มีค่าแสดงถึงลักษณะหรือปริมาณของ ระบบการดำเนินงานส่วนใดส่วนหนึ่งในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งเป็นสารสนเทศซึ่งเป็นสารสนเทศที่บ่งบอกสถานะหรือสภาพการณ์ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่เราสนใจ ซึ่งการนำตัวแปรหรือข้อเท็จจริงต่างๆมาสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดคุณค่าสะท้อนให้เห็นสภาพการณ์ที่ต้องศึกษาโดยรวม

ตัวบ่งชี้การดำเนินงานหมายถึงข้อมูลเชิงประจักษ์ หรือค่าทางสถิติที่เปรียบเสมือนเป็นเครื่องมือวัด หรือตัวชี้บอกถึงกระบวนการดำเนินงานและผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานว่าเป็นไปตาม ภารกิจและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้มากน้อยเพียงไร เป็นการให้ข้อมูลสำหรับผู้บริหารเพื่อประสิทธิภาพใน กระบวนการตัดสินใจและการคาดการณ์เพื่อการวางแผนในอนาคต

ตัวชี้วัด (Indicator) หมายถึง ตัวแปรหรือกลุ่มของตัวแปรต่าง ๆ ที่จะวัดสถานะอย่างหนึ่งออกมาเป็นปริมาณและเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้ทราบถึงระดับ ขนาดหรือความรุนแรง ปัญหาหรือสภาพที่ต้องการวัด ตัวชี้วัดจึงเปรียบเสมือนเครื่องมือและมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการเปลี่ยนข้อมูลหรือข้อเท็จจริงตามสภาพที่เป็นอยู่ให้เป็นข่าวสารที่มีความหมายสำหรับผู้บริหารต่อสาธารณชน

จากความหมายของตัวชี้วัดที่มีผู้ให้คำยามไว้ต่าง ๆ กัน พอจะสรุปได้ว่า “ตัวชี้วัด” มีลักษณะที่สำคัญ 2 ประการได้แก่

1) ตัวชี้วัดต้องสามารถจะต้องสามารถให้ค่าหรือบ่งบอกคุณลักษณะของสิ่งที่ทำการวัดว่า มีปริมาณหรือ คุณลักษณะเช่นไร ส่วนจะมีความหมายอย่างไร จะต้องไปตีค่าหรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือมาตรฐาน จึงจะทราบได้ว่าสิ่งนั้นมีค่าสูงหรือค่าได้มาตรฐานหรือไม่เพียงใด

2) ค่าหรือคุณลักษณะที่ได้จากตัวชี้วัดมีความหมายภายใต้เงื่อนไข 2 ประการ คือ เงื่อนไขของเวลากล่าวคือ ตัวชี้วัดจะบ่งบอกสถานะภาพของสิ่งที่มุ่งวัดเฉพาะช่วงเวลา ใดเวลาหนึ่ง เช่น ระยะเวลา 1 สัปดาห์, 3 เดือน, 1 ปี ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลมาใช้และการตีความหมายกับเงื่อนไขของสถานที่กล่าวคือ ตัวชี้วัดจะบ่งบอกสถานะภาพของสิ่งที่มุ่งวัดเฉพาะในเขตพื้นที่หรือบริเวณ หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบที่ทำการตรวจสอบ เช่น ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ระดับชาติ ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านปัจจัยกระบวนการ ด้านผลลัพธ์หรือด้านผลกระทบ เป็นต้น

**2.3.2 ความสำคัญของตัวชี้วัด** ในการดำเนินกิจกรรมขององค์กรไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐหรือองค์กรภาคเอกชนก็ตาม ผู้ที่รับผิดชอบในฐานะผู้บริหารขององค์กรจะต้องมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อให้กิจกรรมเหล่านั้นบรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนและเป้าหมายที่กำหนดไว้ เครื่องมืออย่างหนึ่งที่ใช้ในการติดตาม ประเมินผลก็คือ “ตัวชี้วัด” การบริหารงานที่ไม่มีการติดตามหรือขาดตัวชี้วัดที่ชัดเจน ย่อมไม่เป็นผลดีต่อองค์กร เพราะทำให้ไม่ทราบได้ว่าสิ่งที่ดำเนินการไปนั้นมีความก้าวหน้ามากน้อยเพียงใด สำเร็จหรือไม่ สำเร็จเพราะเหตุใดลูกค้าหรือประชาชนที่มาขอรับบริการพอใจหรือไม่ ในหลายกรณีการมีตัวชี้วัดที่ถูกต้องชัดเจนจะสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต ผู้ที่ควบคุมดูแลกิจกรรมเหล่านั้นจะหาวิธีการแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ทันต่อเหตุการณ์หรือแม้ว่าเหตุการณ์จะสิ้นสุดแล้วก็ตาม ผลการประเมิน

ตัวชี้วัดที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการปฏิบัติงานในอนาคต เพื่อให้การปฏิบัติงานต่อไปประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ปัจจุบันการบริหารองค์กรสมัยใหม่นำมาในการบริหารงานกันมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่จะต้องมีตัวชี้วัดประกอบการดำเนินงาน เช่น การใช้กระบวนการเทียบสมรรถนะ (Benchmarking) โดยการเปรียบเทียบวิธีการที่องค์กรของเราปฏิบัติอยู่กับวิธีการที่ได้ชื่อว่าเป็นวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องนั้นได้ดีที่สุด (Best Practice) ขององค์กร โดยใช้ตัวชี้วัดต่างๆ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาวิธีการปฏิบัติของเราให้ดีเท่ากับหรือดีกว่าองค์กรเราใช้เปรียบเทียบ หรือการใช้เทคนิคการวัดผลการดำเนินงาน แบบสมดุล (Balanced Scorecard: BSC) ที่มีตัวชี้วัดที่สำคัญครอบคลุมทุกด้านอย่างสมดุล ทั้งด้านการเงิน ด้านลูกค้า ด้านกระบวนการภายใน ด้านการเรียนรู้และการเจริญเติบโตขององค์กร มาเป็นเครื่องมือในการประเมินผลองค์กรแทนที่จะใช้เฉพาะตัวชี้วัดผลตอบแทนทางการเงินอย่างเดียว ในปัจจุบันภาครัฐได้ให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดค่อนข้างมากโดยได้มีการนำตัวชี้วัดที่เรียกว่า ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (Key Performance Indicators : KPI) มาเป็นเครื่องมือในการวัดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการทำงานและใช้เป็นเกณฑ์พิจารณาในการจัดสรรเงินรางวัล (Bonus) แก่ข้าราชการและลูกจ้างของส่วนราชการต่างๆ โดยคาดหวังว่า จะเป็นเครื่องมือกระตุ้นให้ข้าราชการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลตอบแทนที่เป็นธรรม

### 2.3.3 ประเภทของตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดโดยทั่วไป มี 2 ประเภท

1) ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ มีค่าเป็นตัวเลข เช่น จำนวนน้ำหนักรับประทาน ประเภของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ตามแนวทางของสำนักงาน ก.พ. ตัวชี้วัดเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อใช้วัดว่าผลการปฏิบัติราชการในเรื่องที่พิจารณาอยู่

2) ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ เช่น คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจของผู้รับบริการ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ฯลฯ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ คือ ตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อใช้วัดสิ่งที่นับได้หรือสิ่งที่มีลักษณะเชิงกายภาพ โดยมีหน่วยการวัด เช่น จำนวน ร้อยละ และระยะเวลา เป็นต้น ตัวชี้วัดเชิงปริมาณจะ เหมาะสำหรับการวัดในสิ่งที่จับต้องได้เป็นรูปธรรม และมีความชัดเจน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณที่ใช้วัดสิ่งที่เป็นนามธรรม การวัดในหลายกรณีจะเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น ความพึงพอใจระดับความ เข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้แม้จะไม่มีลักษณะเชิงกายภาพที่สามารถนับเป็นจำนวนได้อย่างชัดเจนแต่สามารถวัดเป็นเชิงปริมาณได้โดยสร้างเครื่องมือวัดเพื่อใช้วัดสิ่งที่เป็นนามธรรมเหล่านี้ขึ้น เช่น การวัดความพึงพอใจอาจทำได้โดยการพัฒนาเครื่องมือวัด ซึ่งใดแก่แบบสอบถามความพึงพอใจเพื่อให้ผู้รับบริการเป็นผู้ประเมิน โดยคะแนนสูงหมายถึง พึงพอใจมาก สวนคะแนนต่ำ หมายถึง พึงพอใจน้อย ทั้งนี้ คะแนนที่ได้รับมาจากผู้รับบริการแต่ละรายเมื่อนำมาประมวลผลร่วมกันจะได้คะแนนเฉลี่ยที่แสดงถึงระดับ ความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยรวม

นอกจากนี้การแบ่งประเภทตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณและตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ การจำแนกประเภทยังสามารถแบ่งตามวัตถุประสงค์และเรื่องที่จะใช้ตัวชี้วัดนั้นไปดำเนินการ เช่น

1) จำแนกตามประเด็นหรือเรื่องที่ต้องการวัด เช่น ตัวชี้วัดทางด้านเศรษฐกิจสังคม (Social indicators) ตัวชี้วัดด้านสุขภาพ (Health status indicators) เป็นต้น



2) จำแนกตามลำดับหรือขั้นตอนการดำเนินโครงการ เช่น ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า (Input indicators) ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process indicators) ตัวชี้วัดผลผลิต (Output indicators) ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome indicators) และตัวชี้วัดผลกระทบ (Impact indicators)

3) จำแนกตามประเด็นที่ต้องการวัด เช่น

(1) ตัวชี้วัดความเป็นธรรม (Equality indicators)

(2) ตัวชี้วัดคุณภาพ (Quality indicators) ซึ่งใช้วัดการบริการสุขภาพของสถานบริการต่าง ๆ เช่น ตัวชี้วัดด้านโครงสร้างของการจัดระบบบริการ ได้แก่ จำนวนเตียงของสถานพยาบาล ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ ได้แก่ การประเมินกิจกรรมการรักษาพยาบาล การให้ยา การผ่าตัด เป็นต้น และตัวชี้วัดผลลัพธ์ ได้แก่ ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการเสียชีวิต อัตราความพึงพอใจ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นต้น

(3) ตัวชี้วัดประสิทธิภาพ (Efficiency indicators) ใช้เพื่อวัดผลการดำเนินการที่เกิดขึ้นเปรียบเทียบกับทรัพยากรที่ใช้ไป อาจใช้เปรียบเทียบระหว่างโครงการหรือกิจกรรมว่าโครงการใดหรือกิจกรรมใดให้ผลมากหรือน้อยกว่ากัน ในจำนวนงบประมาณหรือบุคลากรหรือใช้เวลาที่เท่ากัน เช่น ต้นทุนการรักษาพยาบาลต่อผู้ป่วย 1 ราย ภาระงานต่อบุคลากร 1 คน เป็นต้น

(4) ตัวชี้วัดประสิทธิผล (Effectiveness indicators) การวัดประสิทธิผลของโครงการใดจะวัดโดยเปรียบเทียบกับผลงานที่ทำได้กับเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) จำแนกตามคุณลักษณะเฉพาะของตัวชี้วัดเอง

(1) ตัวชี้วัดจำเพาะหรือตัวชี้วัดเดี่ยว (Specific indicators) ตัวชี้วัดนี้จะมีตัวชี้วัดเดี่ยวที่สามารถบ่งบอกสภาพของสิ่งที่วัดได้ เช่น อัตราการเกิด อัตราตาย เป็นต้น

(2) ตัวชี้วัดแบบองค์ประกอบ (Composite indicators) ตัวชี้วัดชนิดนี้จะประกอบด้วยตัวชี้วัดหลายๆตัวมาประกอบการวิเคราะห์หรือพิจารณารวมกัน เช่น Human development Index-HDI ประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ตัว คือ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) ,ระดับการศึกษา (Education Level) และระดับรายได้ (Income Level)

**2.3.4 คุณลักษณะที่ดีของตัวชี้วัด** สำนักงานก.พ. (2552) ได้กำหนดตัวชี้วัดตามแนวทางของ SMART Objective ดังนี้

S (Specific) = เจาะจง ความเฉพาะเจาะจง ตัวชี้วัดควรมีความชัดเจนและมีความหมายมุ่งไปยังสิ่งที่วัดควรกำหนดตัวชี้วัดให้ชัดเจน ไม่กำกวมเพื่อมิให้เกิดการตีความผิดพลาดและเพื่อสื่อสารความเข้าใจให้ตรงกันทั่วทั้งองค์กร

M (Measurable) = วัดได้เป็นตัวชี้วัดที่สามารถนำไปวัดผลการปฏิบัติงานได้จริงข้อมูลที่ได้จากการวัดสามารถนำไป เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากตัวชี้วัดอื่นและใช้วิเคราะห์ความหมายทางสถิติได้

A (Attainable)/ (Achievable) = บรรลุผล สามารถบรรลุผลสำเร็จได้องค์กรไม่ควรใช้ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักที่องค์กรไม่สามารถควบคุมให้เกิดผลได้โดยตรง

R (Realistic) = เป็นจริงได้ มีความสมจริง ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักมีความเหมาะสมกับองค์กรและไม่ใช้ต้นทุนในการวัดที่สูงเกินไปที่สูงเกินไป

T (Time Bound) = ภายใต้อกรอบเวลาที่เหมาะสม สามารถใช้วัดผลการปฏิบัติงานได้ภายในเวลาที่กำหนด ควรปรับปรุงตัวชี้วัดให้ทันสมัยอยู่เสมอ

ศิริชัย กาญจนวาสี (2544) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติของตัวบ่งชี้ที่ดีมีดังนี้

1. ความตรง (validity) ตัวบ่งชี้ที่ดีจะต้องบ่งชี้ได้ตามคุณลักษณะที่ต้องการวัดได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ ซึ่งมีลักษณะสำคัญดังนี้ 1) มีความตรงประเด็น (relevant) ตัวบ่งชี้ต้องชี้วัดได้ตรงประเด็น มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณลักษณะที่มุ่งวัด เช่น GPA ใช้เป็นตัวบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยทั่วไป 2) มีความเป็นตัวแทน (representative) ตัวบ่งชี้จะต้องมีความเป็นตัวแทนคุณลักษณะที่ มุ่งวัดหรือมีมุมมองที่ครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญของคุณลักษณะที่มุ่งวัดอย่างครบถ้วน เช่น อุณหภูมิ ร่างกายเป็นตัวบ่งชี้การมีไข้ของผู้ป่วย

2. ความเที่ยง (reliability) ตัวบ่งชี้ที่ดีจะต้องบ่งชี้คุณลักษณะที่มุ่งวัดได้อย่างน่าเชื่อถือคงเส้นคงวา หรือบ่งชี้ได้คงที่เมื่อทำการวัดซ้ำในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งมีลักษณะสำคัญดังนี้ 1) ความเป็นปรนัย (objectivity) ตัวบ่งชี้ต้องชี้วัดได้อย่างเป็นปรนัยการตัดสินใจเกี่ยวกับค่าของตัวบ่งชี้ควรขึ้นอยู่กับสถานะที่เป็นอยู่หรือคุณสมบัติของสิ่งนั้นมากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับความรู้สึกตามอัตวิสัย 2) มีความคลาดเคลื่อนต่ำ (minimum error) ตัวบ่งชี้ต้องชี้วัดได้อย่างมีความคลาดเคลื่อนค่าที่ได้จะต้องมาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

3. ความเป็นกลาง (neutrality) ตัวบ่งชี้ที่ดีจะต้องบ่งชี้ด้วยความเป็นกลางปราศจากความลำเอียง (bias) ไม่น้อมเอียงเข้าหาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่ชี้นำโดยการเน้นการบ่งชี้เฉพาะลักษณะความสำเร็จหรือ ความล้มเหลวหรือความยุติธรรม

4. ความไว (sensitivity) ตัวบ่งชี้จะต้องมีความไวต่อคุณลักษณะที่มุ่งวัด สามารถแสดง ความผันแปร หรือความแตกต่างระหว่างวิเคราะห์ได้อย่างชัดเจน โดยตัวบ่งชี้จะต้องมีมาตรและหน่วยวัดที่มีความละเอียดเพียงพอ

5. สะดวกในการนำไปใช้ (practicality) ตัวบ่งชี้ที่ดีจะต้องสะดวกในการนำไปใช้ซึ่งมีลักษณะสำคัญดังนี้ 1) เก็บข้อมูลง่าย (availability) ตัวบ่งชี้ที่ดีจะต้องสามารถนำไปใช้วัดหรือเก็บข้อมูลได้ สะดวก สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจ นับ วัด หรือสังเกตได้ง่าย 2) แปลความหมายง่าย (interpretability) ตัวบ่งชี้ที่ดีควรให้ค่าการวัดที่มีจุดสูงสุดและต่ำสุด เข้าใจง่ายและสามารถสร้างเกณฑ์ตัดสินคุณภาพได้ง่าย

นอกจากนี้สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ (2539) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติของตัวบ่งชี้ที่ดีไว้ คือ

1. ความเป็นกลาง (Neutrality) หมายถึงความไม่ลำเอียงของตัวบ่งชี้ ยกตัวอย่างเช่น ตัวบ่งชี้ ผลผลิตภาพของแรงงาน (labor productivity) ซึ่งวัดด้วยอัตราส่วนระหว่างรายได้ต่อค่าใช้จ่ายแรงงาน เมื่อนำตัวบ่งชี้ไปใช้ในหน่วยงาน ประเภทผลิตและประเภทบริการจะทำให้เขาขาดความเป็นกลาง เพราะการปฏิบัติงานประเภทบริการนั้นจะต้องใช้บุคลากรจำนวนมาก สวนการปฏิบัติงานประเภทการผลิตใช้เครื่องจักรกลมากกว่าแรงงาน

2. ความเป็นวัตถุวิสัย (Objectivity) หมายถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับค่าของตัวบ่งชี้มิได้เกิดจาก การคิดเอาเองของผู้วิจัยแต่ขึ้นอยู่กับสถานะที่เป็นอยู่หรือเป็นรูปธรรม

3. มีความไวต่อความแตกต่าง (Sensitivity) หมายถึงความสามารถของตัวบ่งชี้ที่จะวัดความแตกต่างระหว่างหน่วยวิเคราะห์ได้อย่างถูกต้อง

4. ค่าของมาตรวัด หรือตัวบ่งชี้ที่ใดควรมีความหมาย หรือตีความได้อย่างสะดวก (Meaningfulness & Interpretability) กล่าวคือ มาตรวัดควรมีจุดสูงสุดและต่ำสุดที่ง่ายต่อความเข้าใจ เช่น มีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 10 หรือระหว่าง 0 ถึง 100 ค่าของตัวบ่งชี้ที่ใดจากการวัด หากอยู่ที่ 60 จะตีความได้ว่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยเพียงเล็กน้อยแต่หากค่าของมาตรวัดและตัวบ่งชี้ไม่มีค่าสูงสุด (หรือต่ำสุด) ที่แน่นอน เช่น วัดออกมาแล้วได้ 50 หรือ 120 ก็ไม่ทราบว่าเป็น 50 หรือ 120 นั้น จะตีความได้อย่างไร

5. ความถูกต้องในเนื้อหาของตัวบ่งชี้ที่นำมาใช้ (Content Validity) ในการศึกษาหรือพัฒนาตัวบ่งชี้จะต้องศึกษาให้แน่ชัดว่าเนื้อหาในเรื่องที่ศึกษานั้นๆ คืออะไร ตัวบ่งชี้ที่ดีต้องมีความถูกต้องเนื้อหาที่ต้องการวัด

6. ความถูกต้องในการพัฒนาตัวบ่งชี้ (Development Validity) การพัฒนาตัวบ่งชี้ คือ การนำเอา ตัวแปรหลายๆ ตัวมารวมกัน ไม่ว่าจะนำมาบวกกันหรือคูณกัน ความถูกต้องในการพัฒนาจึงขึ้นอยู่กับความสามารถพิสูจน์ได้ในเชิงทฤษฎีสอดคล้องกับเชิงประจักษ์ตามที่ปรากฏ

พลุ เตชะรินทร์ (2549 ) ได้กล่าวถึงตัวชี้วัดที่ดี (Characteristics of a Good Key Performance Indicators) ควรจะประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้

- 1) มีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ ภารกิจและยุทธศาสตร์ขององค์กร
- 2) ควรแสดงถึงสิ่งที่มีความสำคัญต่อองค์กรและหน่วยงานเท่านั้น ซึ่งดัชนีชี้วัดที่มีความสำคัญต่อองค์กรและหน่วยงานที่มี 2 ลักษณะคือดัชนีชี้วัดที่แสดงผลการดำเนินงานที่สำคัญขององค์กรและดัชนี ชี้วัดกิจกรรมหรืองานที่สำคัญซึ่งหากผิดพลาดจะก่อให้เกิดปัญหาร้ายแรงในองค์กรหรือหน่วยงาน
- 3) ประกอบด้วยตัวชี้วัดที่เป็นเหตุ (Leading Indicators) และผล (Lagging Indicators)
- 4) ประกอบด้วยมิติหรือมุมมองที่หลากหลาย เช่น ในการให้บริการมิได้วัดจากผลการสำรวจกับ ผู้รับบริการเท่านั้น แต่ควรรวมถึงมุมมองด้านคุณภาพการให้บริการและมุมมองด้านการพัฒนาองค์กรที่ เกี่ยวข้องด้วย
- 5) ตัวชี้วัดที่สร้างขึ้นจะต้องมีบุคคลหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบดัชนีชี้วัดทุกตัวที่สร้าง
- 6) ตัวชี้วัดที่สร้างขึ้นควรเป็นตัวชี้วัดที่องค์กรสามารถควบคุมได้อย่างน้อยร้อยละ 80 ของ ตัวชี้วัดทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากถ้าภายในองค์กรประกอบด้วย ประกอบด้วยตัวชี้วัดที่ไม่สามารถควบคุมได้มาก เกินไป จะทำให้ตัวชี้วัดนั้นไม่สามารถแสดงถึงความสามารถในการดำเนินงานที่แท้จริงขององค์กร
- 7) ตัวชี้วัดที่ดีต้องสามารถวัดได้และเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป ไม่ใช่ตัวชี้วัดที่ผู้เข้าใจมีเพียงผู้จัด ตัวชี้วัดเท่านั้น
- 8) ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องช่วยให้ผู้บริหารและบุคลากรสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่สำคัญของ องค์กรได้นอกจากการใช้ดัชนีชี้วัดเพื่อการประเมินผลงาน
- 9) ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในองค์กร ซึ่งเป็นข้อที่ควรระวังในการจัดทำตัวชี้วัด เนื่องจาก เมื่อมีตัวชี้วัดโดยเฉพาะตัวชี้วัดของหน่วยงานแต่ละหน่วยงานจะทำให้แต่ละหน่วยงาน ต้องมีการแย่งชิงทรัพยากรภายในองค์กรเดียวกัน เพื่อที่จะทำให้แต่ละฝ่ายบรรลุถึงเป้าหมายของตัวชี้วัดของ ตนเอง

**2.3.5 บทบาทของตัวบ่งชี้การดำเนินงาน** ตัวชี้วัดมีบทบาทที่สำคัญต่อการนำไปใช้งาน 5 ประการ คือ

- 1) การติดตามภารกิจ (Monitoring) เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจภายในองค์กร
  - 2) การประเมินผล (Evaluation) การดำเนินงานว่าบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้มากน้อยเพียงใด
  - 3) การเป็นบทสนทนา (Dialogue) ที่ทรงคุณค่าในการติดต่อสื่อสารให้เป็นไปอย่างมีความหมาย แสดงให้เห็นถึงการดำเนินงานขององค์กรที่เป็นอยู่
  - 4) การเป็นเหตุผล (Rationalization) ที่มีบทบาทต่อกระบวนการวางแผนขององค์กร
  - 5) การจัดสรรทรัพยากร (Resource Allocation) ให้เป็นไปอย่างมีระบบ มีเหตุผล
- จากบทบาทที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าตัวบ่งชี้การดำเนินงานมีความแตกต่างจากตัวบ่งชี้ธรรมดาโดยทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งความแตกต่างในคุณลักษณะต่อไปนี้

1) ความสามารถกำหนดจุดอ้างอิงที่ชัดเจน (Point of Reference) จุดอ้างอิงในที่นี้เปรียบเสมือน เป็นเกณฑ์หรือบรรทัดฐานสำหรับการประเมินบริบท และตัดสินคุณค่าของการปฏิบัติการ (Borden and Bottrill, 1994) ซึ่ง Davies (1993) แบ่งแหล่งของจุดอ้างอิงสำหรับตัวบ่งชี้การดำเนินงานที่เป็นไปได้ไว้ 4 ประการคือ

- (1) คู่แข่งเฉพาะกิจ (specific competitors)
- (2) ความคิดทางทฤษฎีหรือบรรทัดฐาน (theoretical ideal or norms)
- (3) เป้าหมายของรัฐ (stated goals)
- (4) การดำเนินงานในอดีตที่ผ่านมา (past performance)

2) มีลักษณะเชิงสัมพัทธ์ (Relativity) ตัวบ่งชี้การดำเนินงานไม่มีค่าคงที่ตายตัวขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงของเวลาและบริบท เป็นสำคัญ (Borden and Bottrill, 1994)

3) ความสามารถในการย่อข้อมูล (Data Reduction) ตัวบ่งชี้การดำเนินงานจัดอยู่ใน รูปแบบที่ง่ายต่อการนำไปใช้ประโยชน์ด้วยการลดความซ้ำซ้อนของข้อมูลเป็นการจัดข้อมูลอย่างสรุป (Laurillard, 1980 ; Frackman, 1987 อ้างถึงใน Borden and Bottrill, 1994) ทำให้องค์กรสามารถนำไปใช้ ติดตาม ทบทวน และตัดสินใจต่อการดำเนินงานขององค์กรได้

4) ความหลากหลายของระดับการวิเคราะห์ (Multi-Level of Analysis) ตัวบ่งชี้การดำเนินงานสามารถนำไปใช้ได้กับทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรย่อยหรือองค์กรระดับประเทศ

**2.3.6. ค่าของตัวชี้วัด** ค่าของตัวชี้วัดแสดงเป็นตัวเลขในลักษณะของร้อยละ (percentage) อัตราส่วน (ratio) สัดส่วน (proportion) อัตรา (rate) จำนวน (number) และค่าเฉลี่ย (average or mean) ดังนี้

1) ร้อยละ (percentage) คือ จำนวนของเลขกลุ่มหนึ่ง ซึ่งนำมาเปรียบเทียบกับเลขอีกกลุ่มหนึ่งหนึ่งปรับให้เลขกลุ่มหลังมีค่าเท่ากับ 100 เช่น สตรีในชนบทมี 150,000 คนและสตรีทั้งประเทศมี 200,000 คน ดังนั้นร้อยละของสตรีในชนบทต่อสตรีทั้งประเทศจึงเท่ากับ 150,000หารด้วย 200,000 แล้ว คูณด้วย 100 หรือเท่ากับร้อยละ 75 เป็นต้น

2) อัตราส่วน (ratio) คือ ข้อมูลที่แสดงความสัมพันธ์เปรียบเทียบระหว่างจำนวนของเลขกลุ่มหนึ่งซึ่งอยู่ในเหตุการณ์เดียวกันหรือเกี่ยวข้องกัน เช่น จำนวนสตรีในชนบทมี 150,000 คน และจำนวนบุรุษในชนบทมี 100,000 คน ดังนั้น อัตราส่วนของสตรีต่อบุรุษใน ชนบทเท่ากับ 150,000 : 100,000 หรือเท่ากับ 1.5 : 1 เป็นต้น

3) สัดส่วน (proportion) คือข้อมูลที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนของเลขกลุ่มหนึ่ง กับจำนวนของเลขอีกกลุ่มหนึ่ง โดยที่จำนวนของเลขกลุ่มแรกนั้นเป็นส่วนหนึ่ง หรือรวมอยู่ในจำนวนของเลขกลุ่มหลังไว้ด้วย เช่น สตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมี 100,000 คน และสตรีทั่วประเทศมี 400,000 คน ดังนั้น ประชากรสตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีสัดส่วนเท่ากับ 100,000หารด้วย 400,000 หรือเท่ากับ 0.25 หรือ 1 ใน 4 ของสตรีทั้งประเทศ เป็นต้น

4) อัตราส่วน (rate) คือ อัตราส่วนกับเลขอีกจำนวนหนึ่งภายในระยะเวลา หนึ่ง หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่ง คือ การนำจำนวนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลาหนึ่งเป็นตัวตั้ง หารด้วยจำนวนประชากรทั้งที่

เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้นแล้วปรับฐานให้เท่ากับ 100/1,000/10,000 หรือ 100,000 เช่น อัตราการตายของทารกเท่ากับ 45 ต่อการเกิดมีชีพพันคน หมายถึง ในทารกที่เกิดใหม่ทุก 1,000 คน จะมีทารกที่ตาย 45 คนเป็นต้น บางอัตราอาจต้องปรับฐานให้เท่ากับ 10,000 หรือ 100,000 ใน กรณีที่ตัวตั้งมีจำนวนน้อยและตัวหารเป็นจำนวนมาก เช่น อัตราป่วยของสตรีด้วยโรคทางเพศสัมพันธ์และ กามโรค ต่อสตรีทั่วประเทศแสนคน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ผลของการคำนวณออกมาเป็นจำนวนเต็ม และ สะดวกในการเปรียบเทียบและเข้าใจง่ายขึ้น

5) จำนวน (number) คือ ตัวเลขที่แสดงถึงจำนวนสิ่งของหนึ่งๆ เช่น จำนวนสถานฝึกอบรม จำนวนสถานีอนามัยที่ให้บริการคุมกำเนิด จำนวนงบประมาณ จำนวนโครงการ เป็นต้น

6) ค่าเฉลี่ย (average or mean) คือ ตัวเลขหนึ่งซึ่งเฉลี่ยจากกลุ่มเลขจำนวนหนึ่งที่เป็นประเภทเดียวกัน กล่าวคือ เป็นค่าตัวเลขหนึ่ง ซึ่งได้มาจากการรวมค่าของจำนวนตัวเลขของกลุ่มตัวอย่างหนึ่ง แล้วหารด้วยจำนวนตัวอย่างนั้นทั้งหมดรวมกัน เช่น มารดาที่มีบุตรคนแรกจำนวน 200 คน ซึ่งมี อายุในขณะนั้นแตกต่างกันไป ดังนั้น อายุเฉลี่ยของมารดาที่มีบุตรคนแรกจึงเท่ากับผลรวมของอายุของ มารดาทุกคน หารด้วยจำนวน 200 เป็นต้น

**2.3.7 การนำตัวชี้วัดไปใช้** การนำตัวชี้วัดไปใช้จะต้องสอดคล้องกับการนำมาใช้เพื่อการบริหารจัดการในระดับต่าง ๆ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1) การนำตัวชี้วัดไปใช้ระดับปฏิบัติการ (Operational indicators) ใช้ในระดับปฏิบัติการเองโดยนำข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลเบื้องต้นมาแล้วมาวิเคราะห์ปัญหาผลการปฏิบัติงานเพื่อการควบคุมการปฏิบัติงานโดยตรง เช่น ความครอบคลุมของการของการคัดกรองผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สัดส่วนของผู้บริโภคสุราหน้าใหม่กับเป้าหมาย เป็นต้น ผู้ใช้ข้อมูลระดับนี้ ได้แก่ นักวิชาการ หรือ ผู้รับผิดชอบงานนั้นๆ ที่ต้องมีหน้าที่ในการกำกับดูแลงานต่าง ๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมาย

2) การนำตัวชี้วัดไปใช้ในการบริหาร (Management indicators) ใช้ในระดับจังหวัด โดยใช้ข้อมูลที่ได้ผ่านการวิเคราะห์ระดับหนึ่งแล้ว มาจัดลำดับความสำคัญและเลือกสรรข้อมูลที่เหมาะสม เพื่อใช้ตัดสินใจในการบริหารจัดการ เช่น ความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานแต่ละประเภท จำนวนบุคลากรที่ใช้ เป็นต้น ผู้ใช้ข้อมูลและตัวชี้วัดในระดับนี้ได้แก่ ผู้บริหารระดับต้นและผู้บริหารระดับกลาง ซึ่งมักจะเป็นระดับจังหวัด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและระดับอำเภอ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ

3) การนำตัวชี้วัดไปใช้เชิงนโยบาย (Strategic indicator) ใช้ในระดับวางแผนนโยบายหรือในระดับประเทศ สำหรับผู้บริหารระดับสูงใช้ในการวางแผนด้านต่างๆ ขององค์กร ประกอบด้วยตัวชี้วัดในระดับมหภาค เช่น สภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง แนวโน้มการเกิดโรค การเปลี่ยนแปลงของประชากร สภาพภูมิศาสตร์และที่มาจากภายในองค์กร เช่น ทรัพยากรด้านต่างๆ ผลสัมฤทธิ์ของการให้บริการสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายของบริการสาธารณสุข เป็นต้น โดยข้อมูลจะถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อแสดงให้เห็นประเด็นสำคัญบางอย่างที่จะใช้ในการวางแผนเชิงนโยบายและกลยุทธ์ ผู้ใช้ตัวชี้วัดดังกล่าวมักเป็นหน่วยบริหารและวิชาการระดับสูง ที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ซึ่งมักจะเป็นระดับประเทศ ได้แก่ ระดับกระทรวงสาธารณสุข

### 2.3.8 เกณฑ์การทดสอบคุณภาพของตัวชี้วัด

- 1) ตัวชี้วัดนั้นมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์มากน้อยเพียงใด
- 2) ตัวชี้วัดนั้นสะท้อนให้เห็นถึงผลการดำเนินงานที่แท้จริงหรือไม่ (Validity of KPI) หรือ แสดงให้เห็นถึงสิ่งที่ต้องการที่จะวัดจริงหรือไม่
- 3) ความพร้อมของข้อมูล (Data Availability) โดยประเมินว่าภายใต้ตัวชี้วัดแต่ละตัวมีข้อมูลเพียงพอหรือไม่
- 4) ต้นทุนในการจัดหาข้อมูล (Cost of Data Collection) เป็นการประเมินว่าถ้าต้องการข้อมูลสำหรับตัวชี้วัดแต่ละตัวต้นทุนในการจัดหาหรือมีน้อยเพียงใดและมีความคุ้มค่าหรือไม่ที่จะหาข้อมูลมา เพื่อตัวชี้วัดตัวนั้นๆ
- 5) ความถูกต้องของข้อมูล (Data Accuracy) เป็นการประเมินว่าข้อมูลที่มีอยู่ของตัวชี้วัดแต่ละตัวมีถูกต้องและแม่นยำเพียงใด
- 6) ตัวชี้วัดนั้นสามารถนำไปใช้ในการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับองค์กรหรือหน่วยงาน อื่นหรือกับผลการดำเนินงานในอดีตได้หรือไม่ (Comparability of KPIs) (พสุ เดชะรินทร์ 28)

ตัวชี้วัดทางสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดทางสังคม (Social Indicators) ซึ่งมีลักษณะเป็นตัวแทนของสิ่งที่เป็นนามธรรม (Proxy character) ที่ต้องให้นิยามเชิงปฏิบัติการในการวิเคราะห์และการติดตามผลที่แสดงออกเป็นเชิงปริมาณ เป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับการจัดทำสารสนเทศ (information) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจ กำหนดทิศทางการดำเนินงาน การติดตาม และประเมินผลสำเร็จของงาน และช่วยบ่งชี้ให้ทราบถึงสถานการณ์ของเรื่องต่างๆ ตลอดจนทิศทางการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น การสร้างและพัฒนาตัวชี้วัดจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้องค์กรสามารถพัฒนาความสำเร็จในงานที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากมีการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ก็จะช่วยสร้างความแข็งแกร่งในทางวิชาการ นับเป็นกระบวนการพัฒนาบุคลากรอีกทางหนึ่งด้วย การพัฒนาตัวชี้วัดผู้ที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลทุกระดับจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการที่จะส่งผลให้แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศได้มีการพัฒนาปรับปรุงมาตรฐานหรือข้อบกพร่องต่างๆ ให้ดีขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้ เป็นสิ่งที่สถานพยาบาลต่างๆควรนำไปใช้เพื่อให้มีการจัดการข้อมูลสถิติ ระบบสารสนเทศรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้ด้านความรู้ความสามารถที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้เพิ่มมากขึ้นและเป็นการช่วยผลักดันให้ระบบได้มีการเพิ่มอัตรากำลังในการให้บริการที่เพียงพอกับกิจกรรมที่ประชาชนควรได้รับด้วย

## 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รุ่งนภา คำผางและคณะ .(2558).ได้พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยใช้กลไกการจ่ายเงินตามผลการปฏิบัติงาน คือ ตัวชี้วัดผลการศึกษาพบว่า มีตัวชี้วัดคุณภาพ 4 ด้าน คือ 1) คุณภาพและผลงานด้านการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2) คุณภาพและผลงานการจัดบริการปฐมภูมิ 3) คุณภาพและผลงานด้านการพัฒนาองค์กร การเชื่อมโยงระบบบริการ การส่งต่อ และการบริหารเชิงระบบ 4) คุณภาพและผลงานของบริการที่จำเป็นตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และบริการเสริมในพื้นที่

บัณฑิต ศรีไพศาล ,จุฑาภรณ์ แก้วมงคลและกมลลา วัฒนพร (2554) ได้ศึกษาและทบทวนดัชนีชี้วัดปัญหาแอลกอฮอล์ระดับนานาชาติและระดับชาติโดยการทบทวนองค์ความรู้ทั้งภายในประเทศและนานาชาติ

แล้วสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ชุดดัชนีชี้วัดที่สำคัญมี 4 ชุดดัชนี ประกอบด้วย 18 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ชุดดัชนีชี้วัดระดับและแบบแผนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ครอบคลุมดัชนี 11 ตัว ได้แก่ ดัชนีชี้วัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อคนต่อปี ดัชนีชี้วัดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อคนต่อปี ดัชนีชี้วัดการเป็นผู้ดื่ม ดัชนีชี้วัดความถี่ในการดื่ม ดัชนีชี้วัดปริมาณการดื่ม ดัชนีชี้วัดระดับความเสี่ยงของการดื่ม ดัชนีชี้วัดประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่ม ดัชนีชี้วัดบริบทของการดื่ม ดัชนีชี้วัดความรู้และทัศนคติต่อการดื่ม ดัชนีชี้วัดปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยป้องกันต่อการดื่มและดัชนีชี้วัดอื่นๆ เช่น ดัชนีชี้วัดการบริโภคในกลุ่มประชากรที่ไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง เป็นต้น (2) ชุดดัชนีชี้วัดผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ครอบคลุมดัชนี 2 ตัว ได้แก่ ดัชนีชี้วัดผลกระทบด้านสุขภาพและสังคม ดัชนีชี้วัดผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์ (3) ชุดดัชนีชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ครอบคลุมดัชนี 3 ตัว ได้แก่ ดัชนีชี้วัดการดำเนินนโยบายและโปรแกรมการดำเนินงานต่างๆ ดัชนีชี้วัดการดำเนินโปรแกรมการป้องกันและบริการบำบัดรักษา และดัชนีชี้วัดการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุรา และ (4) ชุดดัชนีชี้วัดกิจกรรมการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ดัชนีชี้วัดกิจกรรมการตลาด และดัชนีชี้วัดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์และการโฆษณาของประชาชน

เดชรัตน์ สุขกำเนิด, รุ่งทิพย์ สุขกำเนิด. (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดธรรมาภิบาลของหน่วยบริการจัดการงานวิจัยในระบบสุขภาพ: กรณีศึกษาสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า ความเหมาะสมและอุปสรรคของตัวชี้วัดธรรมาภิบาลของหน่วยจัดการวิจัยที่พัฒนาขึ้นตลอดจนวางแนวทางในการเก็บข้อมูลที่จำเป็นสำหรับประเมินผลการปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาลของหน่วยบริหารจัดการประกอบด้วยแนวคิด 2 ประการ คือ 1) ยึดหลักธรรมาภิบาล 6 ประการ ได้แก่ นิติรัฐ ความโปร่งใส ความคุ้มค่า การมีส่วนร่วม คุณภาพ และความรับผิดชอบ 2) นำหลัก 6 ประการไปใช้ในการประเมินการปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาลใน 5 ขั้นตอนของการจัดการงานของสวรส.

พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์และสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2554) ได้ทำการศึกษาแบบการดูแลผู้มีปัญหาการบริโภคสุราในระบบสุขภาพ (i-Map Health) โดยทำการศึกษากระบวนการดูแลตามมาตรการ 4 ขั้นตอนและกำหนดตัวชี้วัด ตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (Input indicator) ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process indicator) ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome indicator) จำนวน 33 ตัวชี้วัด เพื่อนำไปทดลองใช้ในโรงพยาบาล 10 แห่งครอบคลุมทุกภูมิภาคและผลการทดลองพบว่าสามารถใช้ได้ดีจำนวน 18 ตัวชี้วัด

ธณกรณ เอกฉันท.(2558).ได้ทำการศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำไทยพบว่า มี 4 องค์ประกอบหลัก 15 องค์ประกอบย่อย 61 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้างหน่วยบริการสุขภาพ 2) ด้านบริหารจัดการระบบสาธารณสุขภายในเรือนจำ 3) ด้านกระบวนการให้บริการสุขภาพภายในเรือนจำ 4) ด้านผลลัพธ์ในการให้บริการสุขภาพ

Department of Health and aging. (2002). ได้มีการพัฒนาและทบทวนตัวชี้วัดภายใต้โครงการ “ASPIRE” ซึ่งเป็นโครงการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย pre-hospital ของออสเตรเลีย ได้มีการปรับปรุงพัฒนาตัวชี้วัด โดยการค้นหา ตรวจสอบเกี่ยวกับตัวชี้วัด เครื่องชี้วัด อุปสรรคปัญหาในการใช้ตัวชี้วัด

Linda Graham (2005) ได้ทำการศึกษาตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างเป็นระบบภายใต้ความรับผิดชอบขององค์กร Nova Scotia Health Promotion ประกอบด้วยตัวชี้วัด การบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร พฤติกรรมการดื่ม แบบแผนการดื่ม วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับการดื่ม อันตรายที่เกิดขึ้นที่มีความสัมพันธ์กับการดื่ม ผลกระทบต่อสุขภาพ ผลลัพธ์การรักษาตาม Guideline การรักษาภาวะถอนพิษสุรา อัตราตายและเหตุรุนแรงจากการดื่มแอลกอฮอล์

Chudley,AE.Conry J,et al.(2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์อาการผิดปกติของทารกแรกเกิด ในมารดาที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการพัฒนา Canadian Guidelines for diagnosis ส่งผลต่อการสร้างมาตรฐานการรักษา คุณภาพ ประสิทธิภาพของการดูแลตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในทุกขั้นตอนของแนวทางปฏิบัติ

## 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาตัวชี้วัดเกี่ยวกับผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในครั้งนี้ คณะผู้วิจัย ใช้แนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ(System Theory) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุประสงค์ของการกำหนดตัวชี้วัด กระบวนการต่าง ๆ ที่จะได้มาซึ่งตัวชี้วัดในมิติต่าง ๆ ได้แก่ มิติคุณภาพ ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้เกิดการกำหนดนิยาม ความหมาย กระบวนการจัดเก็บที่สะท้อนถึงการปฏิบัติงานอย่างแท้จริงรวมถึงประโยชน์ในด้านการนำไปศึกษาวิจัยต่อยอดเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการในมิติอื่น ๆ ได้เป็นเป็นอย่างดี โดยเค้าโครงหลักของคณะกรรมการแห่งชาติออสเตรเลีย (National Report on Health Sector Performance Indicators 2001 by National Health Performance Committee) และคณะกรรมการแห่งชาติประเทศแคนาดา (Canadian Institute of Health Information) เพราะมีมิติของการวัดที่ครอบคลุมระบบสุขภาพและนำมาใช้กับระบบสาธารณสุขไทยมานาน โดยตัวชี้วัดแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ตัวชี้วัดทางด้านสถานะสุขภาพ (Health status Indicators) เช่น ข้อมูลสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน 2) ตัวชี้วัดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัย (Health Determinant Indicators) เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านชีววิทยา และสิ่งแวดล้อม รวมถึงทักษะส่วนบุคคล พฤติกรรมในการดำเนินชีวิต 3) ตัวชี้วัดระบบสุขภาพ (Health system indicator) ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ใช้ในการจัดสรรทรัพยากร ประเมินแผนงาน ประเมินผลการปฏิบัติงานและปรับปรุงผลงาน รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการสาธารณสุข นโยบายสาธารณะ ข้อมูลข่าวสารและการวิจัย



## บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาตัวชี้วัดและระบบการเก็บข้อมูลผู้รับบริการที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราในโรงพยาบาลครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาตัวชี้วัด (Indicators) และระบบการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดสำหรับผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพโดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้ การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ขั้นตอนนี้เป็น การสร้างองค์ประกอบและตัวชี้วัด การตรวจสอบคุณภาพตัวชี้วัดและขั้นตอนการสร้างและประเมินคู่มือโดยผู้เชี่ยวชาญ การสร้างองค์ประกอบจากศึกษาเอกสาร (Documentary Research) การสร้างตัวชี้วัดจากเอกสาร (Documentary Research) และการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ตรวจสอบคุณภาพตัวชี้วัด โดย ได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความสอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎี ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการใช้เป็นตัวชี้วัดไปเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผู้ปัญหาการบริโภคสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาล โดยการทบทวนการตรวจสอบคุณภาพโดยการหาข้อตกลงร่วม (Consensus) ของผู้เชี่ยวชาญและการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่

### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในโรงพยาบาลที่ถูกคัดเลือกอย่างเจาะจง (Purpose sampling) จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ นครนายก ปราจีนบุรี ปทุมธานี และ สระบุรี และผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) คือ ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล บุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรอง เจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูล นักจิตวิทยาและเจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียน คัดเลือกหน่วยบริการประจำ จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ สถานพยาบาลในเขตอำเภอเมือง 4 แห่ง (โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์) สถานพยาบาลระดับอำเภอ 8 แห่ง (รพช.) รพ.ระดับมหาวิทยาลัย 2 แห่งและรพสต. จำนวน 16 แห่ง รวมเป็น 30 แห่ง

### 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างใช้สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) โดยกำหนดประเด็นคำถาม ดังนี้

#### 3.2.1 ประเด็นคำถามสำหรับผู้บริหาร

1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการบำบัดรักษา/ประสบการณ์/ทัศนคติผู้ที่มีปัญหาจากการบริโภคสุรา/คิดว่าเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่หรือไม่อย่างไร/ตัวชี้วัดมีผลดีผลเสียต่อสถานพยาบาลของท่านอย่างไรทั้งในด้านระบบบริการและด้านค่าใช้จ่าย

2) CUP ของท่านมีส่วนร่วมและประสานงานกันอย่างไร เพื่อให้สามารถดำเนินงานตามตัวชี้วัดได้

3) สถานพยาบาลของท่านมีระบบสนับสนุนเพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามตัวชี้วัดอย่างไร

4) สถานพยาบาลของท่านมีอุปสรรคปัญหาในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดอย่างไร

5) ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรเพื่อให้โครงการพัฒนาตัวชี้วัดนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### 3.2.2 ประเด็นคำถามสำหรับผู้บันทึก รวบรวมและส่งออกข้อมูล

- 1) สถานพยาบาลของท่านมีการบริหารจัดการอย่างไรเกี่ยวกับข้อมูลการให้บริการ(บันทึก รวบรวมและส่งออก)
- 2) สถานพยาบาลของท่านมีตัวชี้วัดเกี่ยวกับผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราอะไรบ้าง ความถี่ในการบันทึกข้อมูล รวบรวม ส่งออกอย่างไร
- 3) ท่านคิดว่าข้อมูลตัวชี้วัดเกี่ยวกับผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราในระบบรายงานสะท้อนการให้บริการจริงหรือไม่ อย่างไร
- 4) ท่านมีอุปสรรคปัญหาใดบ้างในการบันทึก รวบรวม ส่งออกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุรา
- 5) ท่านมีปัญหาอุปสรรคในภาพรวม/เชิงระบบหรือไม่ อย่างไร
- 6) ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรเพื่อให้โครงการพัฒนาตัวชี้วัดนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### 3.2.3 ประเด็นคำถามผู้ปฏิบัติงาน (สำหรับแพทย์และนักจิตวิทยา)

- 1) อะไรคือปัญหาสุขภาพจากการบริโภคสุราที่สำคัญ 5 อันดับแรกในพื้นที่ของท่านและใช้เกณฑ์ใดในการจัดลำดับความสำคัญ(ขนาดของปัญหา /ขนาดความรุนแรงของโรค)
- 2) มีบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจากการบริโภคสุรา
- 3) มีการบริการใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจากการบริโภคสุรา
- 4) ได้มีการนำข้อมูลตัวชี้วัดจากปัญหาการบริโภคสุราที่มีความสัมพันธ์กับโรคต่าง ๆ มีวิเคราะห้เพื่อพัฒนาปรับปรุงบริการหรือไม่อย่างไร/บริการนั้นแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด/แก้ปัญหไม่ได้/ตัวชี้วัดมีประโยชน์ในแง่เพิ่มคุณภาพบริการ รายได้ที่สถานพยาบาลจะได้รับ ค้มกับการลงทุนลงแรงเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดอื่น ๆ
- 5) ในระหว่างการทดสอบตัวชี้วัดท่านจะดำเนินการอย่างไร/-ถ้าเจอกลุ่มเสี่ยง (คัดกรองโดยใช้แบบประเมิน AUDIT, การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน, การประเมินภาวะขาดสุรา, การป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำ ฯลฯ)/พัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ดีการดูแลผู้มีปัญหาที่มีโรคร่วมกับการบริโภคสุรา (CPG, Practice guideline ฯลฯ) /เพิ่มศักยภาพและสมรรถนะบุคลากร ด้านการให้คำปรึกษา/เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาโรคร่วมกับการบริโภคสุราในสถานพยาบาล
- 6) ท่านมีปัญหาอุปสรรคในภาพรวม/เชิงระบบหรือไม่ อย่างไร (ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในสถานพยาบาล ข้อจำกัดอื่น ๆ ทั้งในด้านผู้ป่วย ทีมงานไม่สนับสนุนให้ทำเรื่องนี้ ผู้บริหารไม่สนับสนุน) อย่างไร
- 7) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหานี้อย่างไร
- 8) การให้บริการตามตัวชี้วัดนี้อาจทำให้เกิดผลกระทบอย่างไร
- 9) ท่านคิดว่าตัวชี้วัดในโครงการนี้เหมาะสมและไม่เหมาะสมอย่างไร

3.2.3 ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม (ผู้ปฏิบัติงานในแผนกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนกคัดกรอง แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน)

- 1) ท่านทำหน้าที่อะไรในการคัดกรอง/การบำบัดรักษา/การป้องกันและฟื้นฟู
- 2) กระบวนการคัดกรองเป็นอย่างไร มีกิจกรรมอะไรบ้าง (กระบวนการและวิธีการคัดกรอง ช่วงเวลาในการคัดกรอง แผนการคัดกรองเป็นอย่างไร/ใช้แบบคัดกรอง AUDIT หรือไม่อย่างไร/มีการค้นหา Case อย่างไม่/คัดกรองประชากรเป้าหมายที่เข้าถึงยากอย่างไร เช่น ผู้ป่วยรายเก่าที่นัดไม่ผ่านจุดคัดกรอง ผู้ป่วยที่มาที่แผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ Admit นอกเวลา ฯลฯ/แจ้งผลการคัดกรองอย่างไร ให้ข้อมูลอะไรบ้าง/เมื่อคัดกรองเสร็จแล้ว มีการดำเนินการต่ออย่างไร/มีการติดตามกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยงหรือไม่อย่างไร ความถี่ในการติดตามเป็นอย่างไร
- 3) ท่านมีอุปสรรคในการดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร
- 4) ท่านคิดว่าควรแก้ปัญหาได้อย่างไร
- 5) ท่านมีข้อเสนอเกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัดนี้อย่างไร

### 3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.1 การทบทวนเอกสาร เอกสารที่นำมาทบทวนประกอบด้วย รายงานผลการปฏิบัติงาน รายงานการวิจัย คู่มือ แนวทางปฏิบัติงาน เอกสาร ประกอบการประชุม รายงานการประชุม และเว็บไซต์ ที่จัดทำโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. สำนักงานเขตของ สปสช. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยต่าง ๆ เป็นต้น

3.3.2 การสนทนากลุ่ม คณะผู้วิจัย เป็นผู้นำการสนทนากลุ่ม โดยกำหนดประเด็นการสนทนาไว้ล่วงหน้า โดยคัดเลือกผู้ให้เข้าร่วมสนทนากลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ ผู้ปฏิบัติงานในที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุรา จำนวน 15 คน

3.3.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก คณะผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ โดยกำหนดประเด็นคำถามไว้ล่วงหน้า การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดฯ และผู้บันทึก รวบรวม และส่งออกข้อมูล รวมทั้งสิ้น 80 คน ดังนี้ 1) ผู้บริหารโรงพยาบาลทุกระดับ จำนวน 30 คน 2) ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช จำนวน 23 คน 3) ผู้บันทึก รวบรวม และส่งออกข้อมูล จำนวน 20 คน

### 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ โดยใช้วิธีวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis) จากบทสัมภาษณ์ทั้งหมด และวิเคราะห์รายละเอียดที่สอดคล้องกับแต่ละประเด็นหลัก รวมถึงการตรวจสอบข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า(Data Triangulation)

### 3.5 ขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนตัวชี้วัดผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราที่มารับบริการในสถานบริการพยาบาล ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ศึกษาวัตถุประสงค์ วิเคราะห์ข้อความสำคัญ (Keyword) ของผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งที่เกี่ยวข้องทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้น โดยคณะผู้วิจัยทำการทบทวนเอกสาร วรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่อง กระบวนการให้บริการ มาตรฐานการให้บริการ คุณภาพการให้บริการและตัวชี้วัด จัดทำเป็นร่างตัวชี้วัดเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 คณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสาร นำไปจัดสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง เพื่อพิจารณาร่างตัวชี้วัด วิเคราะห์องค์ประกอบตัวชี้วัดตามข้อความสำคัญ (Keyword) ในบริบทของแต่ละพื้นที่ และคัดเลือกตัวชี้วัดที่สะท้อนวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพจากการบริโภคสุราและมีโรคร่วม ตามนโยบายสาธารณสุขของประเทศโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิล่าสุด ได้แก่ ภาระโรค รายงานสุขภาพของประชากรไทย รายงานการสำรวจ รายงานการวิจัย โดยใช้หลักเกณฑ์การทบทวนและปรับปรุงตัวชี้วัด 3 ข้อ ดังนี้ 1) เป็นตัวชี้วัดที่เชื่อถือได้และมีความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล 2) พัฒนาจากทั้งมุมมองของวิชาชีพและมุมมองของผู้ใช้บริการและมุมมองของผู้ให้บริการ 3) มีการพิจารณาเปรียบเทียบบริบทของแต่ละพื้นที่ว่าควรใช้ตัวชี้วัดใดเป็นตัวชี้วัดร่วม และตัวชี้วัดใดที่ควรปรับไปตามบริบท กำหนดร่างตัวชี้วัดโดยนำองค์ประกอบของตัวชี้วัดแต่ละตัวที่เข้าใจง่าย ตรวจสอบหรือแจ่มชัดได้ กำหนดเกณฑ์เพื่อเปรียบเทียบตามมิติเวลาได้ โดยใช้หลักการคุณลักษณะของตัวชี้วัดที่ดี

ขั้นตอนที่ 3. คณะผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (Saturation) ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารสถานพยาบาล ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีองค์ประกอบ คือ ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องเนื่องจากบริโภคสุรา บริการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด การใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดในการพัฒนาคุณภาพการบริการและอุปสรรคปัญหาในการดำเนินการ เพื่อค้นหาประเด็นของตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในการให้บริการสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการบริโภคสุราในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาประมวลเข้าด้วยกัน โดยการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงร่างตัวชี้วัดให้มีความครอบคลุม และครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 4 นำร่างตัวชี้วัดที่ได้จากการสนทนากลุ่มครั้งแรกมาทบทวนและปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิง ไปทดลองใช้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิจังหวัดละ 3 แห่งรวมเป็น 12 แห่ง ระดับทุติยภูมิจังหวัดละ 2 แห่งรวมเป็น 4 แห่ง และตติยภูมิจังหวัดละ 1 แห่ง โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการให้บริการ คือ มีประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีการดำเนินกิจกรรมตามมาตรการที่กำหนด คือ ในระดับปฐมภูมิ มีการคัดกรอง มีการให้บริการปรึกษาแบบสั้น มีการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา และมีคลินิกบำบัดสุรา เป็นระยะเวลา 3 เดือน ติดตามประเมินผลทุกเดือน

ขั้นตอนที่ 5 นำร่างตัวชี้วัดดังกล่าวมาวิพากษ์โดยจัดสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 1 ครั้ง เป็นการพิจารณาผลการนำตัวชี้วัดที่ได้ทดลองใช้ในสถานบริการสุขภาพ อุปสรรคปัญหาในการนำไปใช้ในประเด็นต่าง ๆ โดยพิจารณาคุณภาพของตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ความเป็นไปได้ของการนำตัวชี้วัดไปใช้ ความสะดวกสบาย ความเชื่อถือได้ รวมทั้งการให้คำนิยาม ความหมาย วิธีการคำนวณ หน่วยวัด เกณฑ์การวัด วิธีการเก็บข้อมูลและแหล่งที่มาของข้อมูลของแต่ละตัวชี้วัดจัดทำเป็นชุดข้อมูลตัวชี้วัดผู้มีปัญหาจากการบริโภครสูราในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6 นำชุดข้อมูลตัวชี้วัดที่ได้มาทบทวนความถูกต้องตามหลักวิชาการโดยการจัดสนทนากลุ่มร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลผู้มีปัญหาจากการบริโภครสูรา 1 ครั้ง เพื่อหาข้อสรุป ข้อเสนอแนะ และ คัดเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในโรงพยาบาลเพื่อจัดทำเป็นคู่มือการใช้งาน

ขั้นตอนที่ 7 นำข้อสรุปตัวชี้วัดที่ได้มาการจัดทำคู่มือการใช้ “ตัวชี้วัดผู้มีปัญหาจากการบริโภครสูราที่มารับบริการในโรงพยาบาล” โดยมีรายละเอียดดังนี้

7.1 การสร้างคู่มือ “ตัวชี้วัดผู้มีปัญหาจากการบริโภครสูราที่มารับบริการในโรงพยาบาล” นั้น คณะผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ที่จะนำแบบสอบถามนี้ไปใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพบริการผู้มีปัญหาสุขภาพ เนื่องจากการบริโภครสูราทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ โดยกำหนดจุดมุ่งหมายในการสร้างคู่มือเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเก็บสถิติและการวัด โดยมีส่วนประกอบของคู่มือ ดังนี้

- 1) หลักการและเหตุผลของการใช้ตัวชี้วัด
- 2) ประเภทตัวชี้วัด
- 3) วัตถุประสงค์ของการใช้ตัวชี้วัด
- 4) เป้าหมายของการใช้ตัวชี้วัด
- 5) คำนิยาม
- 6) รายละเอียดตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมิน
- 7) เกณฑ์มาตรฐานในการประเมิน
- 8) วิธีการคำนวณ
- 9) แหล่งข้อมูล

7.2 การตรวจสอบคุณภาพคู่มือ คณะผู้วิจัย นำคู่มือการใช้ตัวชี้วัดผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพ เนื่องจากการบริโภครสูรา ไปให้ผู้เชี่ยวชาญคือ ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพและปฏิบัติงานในสถานบริการ ได้แก่ รพสต.จำนวน 15 แห่ง รพอ. จำนวน 8 แห่ง รพท. จำนวน 4 แห่ง ได้พิจารณาตรวจสอบคู่มือดังกล่าว เพื่อความเหมาะสมในการนำไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคู่มือเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ 1) ความเหมาะสมของหลักการและเหตุผล 2) ความชัดเจนของเนื้อหาที่นำเสนอในคู่มือ 3) ความครอบคลุมของเนื้อหาที่นำเสนอในคู่มือ 4) ความเหมาะสมของภาษา 5) ความเหมาะสมของขนาดตัวอักษร 6) ความเหมาะสมของการจัดลำดับเนื้อหา 7) ความเหมาะสมในการ

นำเสนอตารางและสัญลักษณ์ 8) ความทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน 9)ความสะดวกในการนำไปใช้จริง 10) ความมีประโยชน์ของคู่มือ

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
- 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
- 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปหาค่าเฉลี่ย (Mean) โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

- 1.00-1.49 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด
- 1.50-2.49 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย
- 2.50-3.49 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง
- 3.50-4.49 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก
- 4.50-5.00 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด

## บทที่ 4 ผลการดำเนินการวิจัย

การศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดและการจัดเก็บข้อมูลผู้รับบริการที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราในโรงพยาบาล เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) เพื่อทบทวนและปรับปรุงตัวชี้วัด (Indicators) และการจัดเก็บข้อมูลผู้รับบริการที่มีปัญหาบริโภคสุราในโรงพยาบาล ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาจนเสร็จสิ้นและรายงานผลการศึกษา ดังนี้

### 4.1 ข้อมูลการทบทวนตัวชี้วัดและการจัดเก็บข้อมูลผู้มีปัญหาบริโภคสุราในโรงพยาบาล

คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องรวมถึงนโยบายในการควบคุมการบริโภคสุราระดับชาติ จัดทำเป็นชุดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการในสถานบริการสุขภาพแล้วนำไปวิพากษ์ รวบรวมชุดข้อมูลตัวชี้วัดตามมาตรการให้บริการ 4 มาตรการ จำนวน 40 ตัวชี้วัด แล้วนำไปทดลองใช้ในสถานบริการสุขภาพ เป็นระยะเวลา 3 เดือน รวบรวมอุปสรรคปัญหาจากใช้งานมาวิเคราะห์และสรุปเป็นข้อมูลตัวชี้วัดจากการวิจัย จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับประเทศ ระดับเขต/จังหวัด และระดับองค์กร/สถานบริการสุขภาพ รวมทั้งสิ้น ตัวชี้วัด ดังนี้

4.1.1 การคัดกรองและการบำบัดสั้น เป็นการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและเมื่อพบกลุ่มเสี่ยงจะให้บริการคัดกรองประเมินพฤติกรรมการบริโภคสุรา การให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนและผู้บริโภคสุราแบบอันตรายได้รับคำแนะนำเบื้องต้นสามารถลดพฤติกรรมการดื่มที่อันตรายลง โดยเน้นการบริการในสถานบริการระดับปฐมภูมิ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติด้วยการประเมินพฤติกรรมการบริโภคสุราของผู้รับบริการสุขภาพด้วยแบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา (ASSIST) และแบบประเมิน AUDIT และมีการบันทึกข้อมูลในระบบสุขภาพโดยมีการกำหนด CODE ที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้นในสถานพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

- 1B60 ผู้มารับบริการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 1B600 ผู้มารับบริการไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดชีวิตที่ผ่านมา
- 1B601 ผู้มารับบริการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่หยุดดื่มมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป
- 1B602 ผู้มารับบริการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยงต่ำ (คะแนน 0-10)
- 1B603 ผู้มารับบริการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 11-26)
- 1B604 ผู้มารับบริการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยงสูง (คะแนน 27 ขึ้นไป)
- 1B609 ผู้มารับบริการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ระบุรายละเอียด
- 1B61 การให้คำแนะนำ/ปรึกษาผู้มีพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยง
- 1B610 การให้คำแนะนำ (Brief advice)
- 1B611 การให้คำแนะนำ (Brief counseling)
- 1B612 การส่งต่อเพื่อรับการประเมินและการบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญ (Refer)

ซึ่งในการจัดเก็บข้อมูลในสถานบริการสุขภาพที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะใช้ระบบ เหมือนกันทั้งประเทศ แต่ในสถานบริการที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นระบบที่เขียนขึ้นมาใหม่และให้รหัสกิจกรรมที่ แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความต้องการใช้ข้อมูลของแต่ละตัวชี้วัดที่ต้องมีการสร้างฐานข้อมูลขึ้นมา และมีหน่วย สารสนเทศช่วยประมวลผลและวิเคราะห์ผล สำหรับในมาตรการคัดกรองและบำบัดอย่างสั้น ประกอบด้วย ตัวชี้วัดระดับประเทศ จำนวน 2 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดระดับจังหวัด จำนวน 2 ตัวชี้วัดและระดับองค์กร/สถาน บริการสุขภาพ จำนวน 11 ตัวชี้วัด ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงตัวชี้วัดในมาตรการคัดกรองและบำบัดอย่างสั้นผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุรา

ระดับตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด
ประเทศ	ตัวชี้วัดกระบวนการ	1. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีความพร้อมให้บริการคัดกรอง และบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุรา
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	2. ร้อยละของผู้มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ อายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุรา
จังหวัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ	3. ร้อยละของสถานบริการสุขภาพที่สามารถจัดบริการคัดกรอง ปัญหาสุราและการบำบัดอย่างสั้นตามมาตรฐานที่กำหนด
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	4. ผู้มีปัญหาคาการดื่มสุราเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อ ประชากรที่มีปัญหาคาการดื่มสุราในพื้นที่โดยประมาณ
องค์กร/สถาน บริการสุขภาพ	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า	5. ร้อยละของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีความ เสี่ยงสูงผ่านการอบรมหลักสูตร Alcohol screening และ Briefs intervention
	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า	6. ร้อยละของหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหา การดื่มสุรา มีระเบียบปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดอย่างสั้น
	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า	7. สถานบริการสุขภาพมีการประชุมเกี่ยวกับผู้มีปัญหาบริโภคสุรา ที่มารับบริการ อย่างน้อยทุก 3 เดือน
	ตัวชี้วัดกระบวนการ	8. ร้อยละของผู้รับบริการอายุ 15 ปีขึ้นไปเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ ที่มารับบริการสุขภาพได้รับการประเมินและคัดกรองปัญหาสุรา
	ตัวชี้วัดกระบวนการ	9. ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลางได้รับการให้ คำแนะนำแบบสั้น
	ตัวชี้วัดกระบวนการ	10. ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงหรือดื่มแบบ อันตราย หรือสงสัยว่าติดสุราได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น
	ตัวชี้วัดกระบวนการ	11. ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงหรือดื่มแบบ อันตราย หรือสงสัยว่าติดสุราได้รับการประเมินแรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



ตารางที่ 4.1 แสดงตัวชี้วัดในมาตรการคัดกรองและบำบัดอย่างสั้นผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุรา (ต่อ)

ระดับตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด
ระดับองค์กร/สถาน บริการสุขภาพ	ตัวชี้วัดกระบวนการ	12. ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงหรือดื่มแบบอันตราย หรือสงสัยว่าติดสุราได้รับการส่งต่อ (refer) บริการเฉพาะทาง
	ตัวชี้วัดกระบวนการ	13. ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงหรือดื่มแบบอันตราย หรือสงสัยว่าติดสุราที่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างสั้น และติดตามภายใน 3 เดือน
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	14. ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลางที่ได้รับการให้คำแนะนำแบบสั้นสามารถลดการดื่มจนมีความเสี่ยงต่ำ
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	15. ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงหรือดื่มแบบอันตราย หรือสงสัยว่าติดสุราที่ได้รับการให้คำแนะนำอย่างสั้น/ปรึกษาอย่างสั้น สามารถลดการดื่มจนมีความเสี่ยงต่ำ

#### ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวชี้วัด ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

ตัวชี้วัดร้อยละของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตร Alcohol screening และ Briefs intervention มีความเป็นไปได้สูงที่จะนำตัวชี้วัดนี้ไปใช้เพราะสามารถบูรณาการไปกับงานประจำได้เนื่องจากมีระบบรองรับแต่อาจต้องเพิ่มอัตรากำลังในการคัดกรองและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาลบางแห่ง

ตัวชี้วัดร้อยละของหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการดื่มสุรา มีระเบียบปฏิบัติ Alcohol screening และ Briefs intervention บุคลากรสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการคัดกรองผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทักษะและความรู้ไม่เฉพาะผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราเท่านั้น ซึ่งควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ มีการทบทวนการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ให้เกิดความชำนาญและสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้มารับบริการได้ อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นความร่วมมือของบุคลากรในการปฏิบัติงาน

ตัวชี้วัดหน่วยงานมีการประชุมเกี่ยวกับกิจกรรม Alcohol screening/BI อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง เห็นควรให้มีตัวชี้วัดนี้เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่สำคัญ ที่ผ่านมาแทบไม่เคยมีบรรจุไว้ในวาระการประชุม ทำให้ไม่เกิดการแลกเปลี่ยนอุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ขาดการสื่อสารและพัฒนาอย่างเป็นระบบแต่ไม่ควรมีบ่อยเกินไปเพราะจะกลายเป็นภาระจึงเสนอให้มีการประชุมทุก 3 เดือน

ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เข้ามารับบริการสุขภาพได้รับการประเมินและคัดกรองปัญหาสุรา เห็นควรให้มีตัวชี้วัดนี้ในทุกสถานบริการสุขภาพแต่ให้เป็นเฉพาะรายใหม่เท่านั้นเนื่องจากปริมาณ

ผู้ป่วยมีจำนวนมากและต้องเพิ่มกลไกในการบริหารจัดการทั้งในเรื่องการบันทึก การรายงานและการนำไปพัฒนาต่อให้เหมาะกับบริบท เช่น เครื่องมือในการคัดกรองในโรงพยาบาลขนาดใหญ่อาจมีการปรับให้สั้นและสะดวกในการใช้งานกว่านี้เพราะต้องใช้เวลาในการซักประวัติอาจทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการผู้ป่วยอื่น อาจร้องเรียนเรื่องความล่าช้าและความไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูลได้

ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลางได้รับการให้คำแนะนำแบบสั้นควรปรับเป้าหมายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80 เพราะเป็นกิจกรรมต่อเนื่องจากการคัดกรองเมื่อประเมินความเสี่ยงได้แล้ว พบว่ามีความเสี่ยงควรให้การบำบัดแบบสั้นมากขึ้น แต่ทั้งนี้ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบด้วยการบริการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยแก้ปัญหาอะไร เพื่อลดปัญหาความไม่เข้าใจของผู้รับบริการ รวมถึงต้องมีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเพราะการประเมินโดยแพทย์บางท่านอาจไม่ต้องการข้อมูลนี้หากผู้ป่วยมาด้วยอาการนำทางกาย ซึ่งสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์ประจำอาจปรับเปลี่ยนเป็นการส่งต่อผู้ป่วยแทน

ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงหรือดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุราได้รับการบำบัดอย่างสั้นและได้รับการติดตามภายใน 3 เดือนเห็นควรให้มีตัวชี้วัดนี้เนื่องจากเป็นขั้นตอนสำคัญในการลด ละ เลิกดื่มสุราและเป็นการประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาแต่ในปัจจุบันในสถานพยาบาลทุกระดับมีการปฏิบัติน้อย ด้วยข้อจำกัดเรื่องนโยบาย ขาดแนวเวชปฏิบัติและขาดอัตรากำลัง ซึ่งสามารถใช้การติดตามหลากหลาย เช่น การนัดหมายเพื่อติดตาม การประสานงานให้สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิช่วยติดตามหรือการติดตามทางโทรศัพท์

ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงหรือดื่มแบบอันตราย หรือสงสัยว่าติดสุราได้รับการส่งต่อ (refer) บริการเฉพาะทางเป็นตัวชี้วัดที่ควรเพิ่มเข้ามาในระดับองค์กร/สถานบริการสุขภาพ เพื่อเป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการลด ละ เลิกดื่มสุราอย่างเป็นมาตรฐาน

ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงหรือดื่มแบบอันตราย หรือสงสัยว่าติดสุราที่ได้รับการให้คำแนะนำอย่างสั้น/ปรึกษาอย่างสั้น สามารถลดการดื่มจนมีความเสี่ยงต่ำ ปรับปรุงมาจากตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยง หรือดื่มแบบอันตรายและผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยง 4 หรือสงสัยว่าติดสุราที่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างสั้น มีการเพิ่มขึ้นของ % Absence day ณ 3 เดือนหลังการรักษาและตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยง 3 หรือดื่มแบบอันตรายและระดับความเสี่ยง 4 หรือสงสัยว่าติดสุราที่มีการลดลงของ % Heavy drinking day ณ 3 เดือนหลังรับการรักษาเป็นตัวชี้วัดที่เห็นประโยชน์ถ้าวัดได้เพียงตรง จะช่วยให้ประเมินผลลัพธ์การรักษาได้ดี แต่ควรปรับวิธีการเก็บข้อมูลให้ง่ายต่อการเข้าใจหรือใช้เครื่องมืออื่นเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้เหมาะสำหรับผู้ที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางและมีความชำนาญในการประเมินด้วย ซึ่งเป็นการวัดผลลัพธ์โดยใช้เครื่องมือเดิมที่มีอยู่แล้ว เหมาะสมสำหรับสถานบริการระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากง่ายต่อการเข้าใจและการเก็บข้อมูล

4.1.2 มาตรการบำบัดภาวะถอนพิษสุรา (detoxication) และรักษาโรคร่วมทางกาย เป็นขั้นตอนสำหรับการดูแลผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลักๆ คือการประเมินความเสี่ยงต่อการติดสุรา การประเมินความเสี่ยงต่ออาการขาดสุรา การเฝ้าระวังและการรักษาภาวะถอนพิษสุรา และการรักษาภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือมีภาวะโรคร่วม โดยส่วนใหญ่จะอาศัยเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีผู้ป่วยทั้งที่อาการรุนแรงน้อยจนกระทั่งถึงรุนแรงมาก สามารถรักษาได้ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งในการรักษาจะมีความซับซ้อนมากขึ้นและต้องใช้ทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษา โดยมีการนำแนวเวชปฏิบัติต่าง ๆ ที่ได้มาตรฐานมาเป็นแนวทางในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรับการรักษาน้อยที่สุด ส่งผลให้มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมกระบวนการดูแลรักษา ในระดับประเทศ จำนวน 1 ตัวชี้วัด ระดับจังหวัด จำนวน 1 ตัวชี้วัดและระดับองค์กร/สถานบริการสุขภาพ จำนวน 12 ตัวชี้วัด ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงตัวชี้วัดในมาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย

ระดับตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด
ประเทศ	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	1. ร้อยละของผู้มีพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีภาวะติดสุราได้รับการบำบัดรักษาตามเกณฑ์มาตรฐาน
ระดับจังหวัด	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า	2. ร้อยละสถานพยาบาลมีแนวเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราแบบผู้ป่วยใน
องค์กร/สถานบริการสุขภาพ	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า	3. ร้อยละของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเสี่ยงผ่านการอบรมหลักสูตร Alcohol withdrawal/Alcohol detoxification
	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า	4. ร้อยละของหอผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยงมีระเบียบปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อประเมินความเสี่ยงและการเฝ้าระวังก่อนการรักษา ระหว่างการรักษาภาวะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย
	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า	5. ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราได้รับการรักษาโดยใช้แนวปฏิบัติการจัดการภาวะถอนพิษสุราตามความรุนแรง
	ตัวชี้วัดกระบวนการ	6. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสุราได้รับการประเมินภาวะถอนพิษสุรา ติดตามอาการขาดสุรา และอาการทางจิตเวช โดยสหวิชาชีพ
	ตัวชี้วัดกระบวนการ	7. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราได้รับการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกาย
	ตัวชี้วัดกระบวนการ	8. ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราและมีภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรงได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลเฉพาะทาง

ตารางที่ 4.2 แสดงตัวชี้วัดในมาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย (ต่อ)

ระดับตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด
ระดับองค์กร/สถาน บริการสุขภาพ	ตัวชี้วัดกระบวนการ	9. ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในได้รับการให้คำปรึกษาอย่างสิ้นและจูงใจให้รับการบำบัดรักษาปัญหาการบริโภคสุรา
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	10. ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราได้ภายใน 72 ชั่วโมง
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	11. ร้อยละของผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง (Delirium Tremens) ภายใน 72 ชั่วโมง
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	12. ร้อยละของผู้ป่วยมีปัญหาถอนพิษสุราสุราปลอดภัยจากการบาดเจ็บในภาวะถอนพิษสุรา
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	13. ร้อยละของผู้ป่วยมีปัญหาถอนพิษสุราพยายามฆ่าตัวตาย
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	14. ร้อยละของผู้ป่วยมีปัญหาถอนพิษสุราเสียชีวิต

### ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดเพิ่มเติม

ตัวชี้วัด ร้อยละของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานผ่านการอบรมหลักสูตร Alcohol withdrawal/Alcohol detoxification และร้อยละสถานพยาบาลมีแนวเวชปฏิบัติ/เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในเห็นควรให้คงตัวชี้วัดนี้ไว้ เพราะเป็นสิ่งจำเป็นและต้องมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยเสี่ยงต่อการมีผู้ป่วยมีปัญหาจากการบริโภคสุรามารักษา จึงควรมีความรู้และทักษะการประเมินติดตาม เฝ้าระวังและอาการแทรกซ้อนจากภาวะขาดสุรา รวมถึงการควรมีการจัดทำแนวเวชปฏิบัติเพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาบริโภคสุราที่ได้มาตรฐานและเป็นทิศทางเดียวกัน เพราะถ้าขาดแนวทางการบำบัดรักษาเจ้าหน้าที่จะขาดความตระหนักและละเอียดปัญหานี้ ทำให้ขาดการเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม และแม้ว่าในสถานพยาบาลปฐมภูมิไม่ใช่เป้าหมายหลักแต่การมีความรู้ดังกล่าวจะช่วยดูแลผู้ติดสุราในชุมชนได้

ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะขาดสุราได้รับการประเมินภาวะถอนพิษสุราและติดตามอาการขาดสุรา, ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาการบริโภคสุราได้รับการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกายและตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราได้รับการรักษาโดยใช้แนวปฏิบัติการจัดการภาวะถอนพิษสุราเป็นตัวชี้วัดเชิงกระบวนการที่ควรกำหนดไว้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานระดับสากล แต่ในสถานพยาบาลที่ไม่ได้มีบริการนี้ก็ไม่ได้จำเป็นต้องกำหนด และควรทำความเข้าใจให้ตรงกันว่าหอผู้ป่วยที่เสี่ยงสูงในการรับผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราได้แก่แผนกใดบ้างให้ชัดเจน เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะถอนพิษสุรา มีทั้งรุนแรงน้อยจนกระทั่งถึงรุนแรงมากและบางรายอาจมี

อาการทางจิตเวชร่วมด้วย ถ้าเฝ้าระวังไม่ดีและไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงระหว่างการรักษาได้รวดเร็ว อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นเสียชีวิตได้

ตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะติดยาและภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรงได้รับการส่งต่อโรงพยาบาล เฉพาะทาง เป็นตัวชี้วัดที่เห็นว่าควรเพิ่มขึ้นมาเนื่องจากการสร้างระบบการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในได้รับการให้คำปรึกษาอย่างสั้น และสนใจได้รับการบำบัดรักษาปัญหาการบริโภคสุรานี้เห็นควรให้คงไว้เพื่อให้ผู้ป่วยที่พ้นระยะถอนพิษสุราแล้ว บางโรงพยาบาลที่มีคลินิกอดสุรา อาจมีการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการประเมินความพร้อมในการเลิกสุราจากผู้ที่มีความชำนาญ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดร้อยละ ของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราได้ภายใน 72 ชั่วโมง, ร้อยละของผู้ป่วย มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง (Delirium Tremens) 72 ชั่วโมง เป็นตัวชี้วัดที่ประเมินผลลัพธ์การรักษาที่ดีและมีการเก็บสถิติข้อมูลอยู่แล้ว เห็นควรให้คงไว้เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่สามารถก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการรักษาให้ได้มาตรฐานมากขึ้น

4.1.3 มาตรการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ (Alcohol Treatment and rehabilitation) ในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลที่ต่อเนื่องจากผู้ป่วยพ้นจากภาวะถอนพิษสุราแล้ว การบำบัดรักษาในขั้นตอนต่อไป มีหลากหลายรูปแบบและอาศัยกระบวนการที่แตกต่างกัน เช่น การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy/CBT) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Intervention Interviewing; MI) และการรักษาด้วยยา (Pharmacological) โดยวัตถุประสงค์ให้ผู้ติดยาสามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มสุราของตนได้ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยระยะเวลาในการบำบัดรักษาขั้นตอนนี้มีความแตกต่างกัน ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในขั้นตอนนี้มักนำไปใช้ในสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ประกอบด้วยตัวชี้วัดระดับเขต/จังหวัด จำนวน 2 ตัวชี้วัดและตัวชี้วัดระดับองค์กร/สถานบริการสุขภาพ จำนวน 7 ตัวชี้วัด ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 แสดงตัวชี้วัดในมาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพในผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุรา

ระดับตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด
จังหวัด	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า	1. ร้อยละของสถานบริการสุขภาพมีคลินิกบำบัดสุรา
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	2. ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะติดยาได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด ได้รับการติดตามภายใน 3 เดือน
องค์กร/สถานบริการสุขภาพ	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า	3. ร้อยละของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกบำบัดสุรา ได้รับการอบรมหลักสูตรการบำบัดผู้ติดยาในหัวข้อ CBT/MET อย่างเข้มข้น

ตารางที่ 4.3 แสดงตัวชี้วัดในมาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพในผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุรา (ต่อ)

ระดับตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด
องค์กร/สถาน บริการสุขภาพ	ตัวชี้วัดกระบวนการ	4. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดสุราได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด
	ตัวชี้วัดกระบวนการ	5. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับวางแผนจำหน่ายโดยมีการประเมินความพร้อมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ
	ตัวชี้วัดกระบวนการ	6. ร้อยละผู้ป่วยที่มีปัญหาการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ และได้รับการติดตามภายใน 3 เดือน
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	7. ร้อยละของผู้ที่ผ่านภาวะถอนพิษสุราไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission) ภายใน 3 เดือน
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	8. ร้อยละของผู้ป่วยที่ปัญหาการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดสุรา มีการเพิ่มขึ้นของ % Absence day ณ 3 เดือนหลังการรักษา
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	9. ร้อยละของผู้ป่วยที่ปัญหาสุราในคลินิกบำบัดสุรา มีการลดลงของ % Heavy drinking day ณ 3 เดือนหลังรับการรักษา

### ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดร้อยละของสถานบริการสุขภาพมีคลินิกบำบัดสุราและร้อยละผู้ป่วยที่มีปัญหาการบริโภคสุราได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดได้รับการติดตามภายใน 3 เดือน เห็นควรให้เป็นตัวชี้วัดระดับจังหวัดเพื่อส่งเสริมให้มีการพัฒนาที่เฉพาะทางมากขึ้นโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งจะเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มที่มีปัญหาติดสุราที่อยู่ในชุมชน แต่ต้องมีนโยบายในการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรเฉพาะทางระดับมาตรฐานสากล ซึ่งควรมีบุคลากรอย่างน้อย 1-2 คนที่สามารถบำบัดผู้ติดสุรา อาจเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ได้ และจัดบริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน จะช่วยให้การพัฒนาระบบบริการได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับวางแผนจำหน่ายโดยมีการประเมินจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เห็นควรให้เพิ่มในมาตรการนี้เพราะสามารถบูรณาการกับงานประจำได้และเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ผ่านภาวะถอนพิษสุราให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ปกติ โดยควบคุมการดื่มได้ด้วยตนเอง

ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่ปัญหาการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดสุรา มีการเพิ่มขึ้นของ % Absence day ณ 3 เดือนหลังการรักษาและตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่ปัญหาสุราในคลินิกบำบัดสุรา มีการลดลงของ % Heavy drinking day ณ 3 เดือนหลังรับการรักษา เป็นตัวชี้วัดที่คงไว้เนื่องจากส่วนใหญ่มาตรการจะเกิดขึ้นในคลินิกบำบัดสุราซึ่งผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะเพียงพอในการเก็บข้อมูลที่ค่อนข้างซับซ้อน แต่เป็นตัวชี้วัดที่ใช้วัดกันในระดับสากล

ตัวชี้วัดร้อยละของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกบำบัดสุราได้รับการอบรมหลักสูตรการบำบัดผู้ติดสุราในหัวข้อ CBT/MET ตัวชี้วัดนี้เหมาะสำหรับโรงพยาบาลที่รับผู้มีปัญหาบริโภคสุราเป็นผู้ป่วยในและมีคลินิกบำบัดสุราในแผนกผู้ป่วยนอกควรมีผู้ที่มีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราและการให้คำปรึกษาด้วยจิตสังคมบำบัดหลังจากพ้นระยะถอนพิษสุราแล้ว เพราะเป็นการดูแลที่ซับซ้อนขึ้น

ตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยที่มีปัญหาการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ และตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยที่มีปัญหาการบริโภคสุราได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดได้รับการติดตามภายใน 3 เดือนเป็นตัวชี้วัดที่ควรคงไว้สำหรับโรงพยาบาลที่มีคลินิกบำบัดสุรา เพราะเป็นกิจกรรมที่สามารถพัฒนาต่อยอดได้อีกมาก และควรส่งเสริมให้เกิดในโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น

ตัวชี้วัดที่ ร้อยละของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Readmission) เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงผลลัพธ์ของการรักษาในมาตรการนี้ และมีความเป็นไปได้เพราะระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยใน 3 เดือนสามารถนัดหมายผู้ป่วยให้กลับมาติดตามอาการหรือพฤติกรรมการดื่มได้ง่าย

4.1.4 มาตรการการดูแลรักษาระยะยาวหลังการรักษา ต้องการให้ผู้ที่เคยประสบปัญหาจากการดื่มและหยุดดื่มได้ สามารถกลับเข้าสู่สังคมและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยไม่เกิดปัญหาอีก ซึ่งแนวทางในการดำเนินการมีหลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับพื้นที่และบริบททางสังคมของชุมชน โดยหลายพื้นที่แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการติดตามผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจและเพิ่มศักยภาพในการควบคุมการบริโภคสุราของตนเองได้ ในขณะที่เดียวกันชุมชนจะมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรม ผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา ดังนั้นการประสานงานและความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชนและระบบบริการสุขภาพจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จในการดูแลขั้นตอนนี้ ตัวชี้วัดที่ในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วยตัวชี้วัดระดับเขต/จังหวัด จำนวน 2 ตัวชี้วัดและระดับองค์กร/สถานบริการสุขภาพจำนวน 5 ตัวชี้วัด ดังแสดงตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4. 4 แสดงตัวชี้วัดในมาตรการการดูแลระยะยาวภายหลังการรักษาในผู้มีปัญหาการบริโภคสุรา

ระดับตัวชี้วัด	ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด
เขต/จังหวัด	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า	1. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีความพร้อมในการให้บริการดูแลระยะยาวตามเกณฑ์มาตรฐาน
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	2. ร้อยละของผู้เข้าโปรแกรม after care เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสามารถลดการดื่มเป็นระดับมีความเสี่ยงต่ำหรือหยุดดื่มได้
องค์กร/สถานบริการสุขภาพ	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า	3. สถานพยาบาลมีการให้บริการดูแลระยะยาวระดับ 3 ขึ้นไป
	ตัวชี้วัดกระบวนการ	4. ร้อยละการคงอยู่ในโปรแกรม after care ของผู้มีปัญหาการดื่มสุรารายหลังจำหน่ายในระยะ 6 เดือน
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	5. ร้อยละของผู้เข้าโปรแกรม after care มี Absence day เพิ่มขึ้น
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	6. ร้อยละของผู้เข้าโปรแกรม after care มี Heavy drinking day ลดลง
	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	7. ร้อยละของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่เข้าโปรแกรม after care ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 6 เดือน

## ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

ตัวชี้วัดสถานบริการสุขภาพมีการบริการดูแลระยะยาวหลังการรักษาระดับ 3 ขึ้นไปเป็นตัวชี้วัดที่จะช่วยให้มีการพัฒนามาตรฐานการให้บริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราในโรงพยาบาลทุกแห่งเห็นควรมีไว้เพื่อให้สถานพยาบาลให้ความสำคัญส่งเสริมให้เกิดการจัดบริการที่ครอบคลุมมากขึ้น

ตัวชี้วัดร้อยละการคงอยู่ในโปรแกรม after care ของผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและร้อยละของผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่เข้าโปรแกรม after care ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ตัวชี้วัดเหล่านี้จะแสดงบทบาทเชิงรุกเข้าไปในชุมชนซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวโดยชุมชนให้ความร่วมมือจะช่วยลดปัญหาการกลับไปติ่มซ้ำของผู้ติดยาได้ แม้ว่าสถานพยาบาลขนาดใหญ่บางแห่งจะยังไม่พร้อมที่จะดำเนินการแต่ก็เห็นประโยชน์ของการเชื่อมโยงกับชุมชนและอาจเป็นโอกาสพัฒนา

## 4.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

สรุปผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก : การพัฒนาระบบสุขภาพในการดูแลผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราจนเกิดผลกระทบทางลบทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ได้ดำเนินการมาโดยตลอดซึ่งในระยะสิบปีที่ผ่านมาได้มีองค์กรหลายองค์กรได้ร่วมมือกันพัฒนาเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการดูแลกลุ่มที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ระดับรุนแรงน้อยไปจนถึงระดับรุนแรงมาก ทำให้เกิดสถานพยาบาลที่ดูแลเฉพาะทางและดูแลทั่วไปหลายรูปแบบแตกต่างกันไปตามข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการได้มากพอเพียงพอ ส่งผลกระทบให้ปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุราอย่างไม่เหมาะสมมีความรุนแรงมากขึ้น การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจึงเป็นกลไกในการขับเคลื่อนสังคมเกี่ยวกับปัญหาสุรา ในมาตรการที่เกี่ยวข้องเมื่อเกิดปัญหาและมีผลต่อสุขภาพของบุคคลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นและจะเป็นตัวช่วยให้บุคคลที่เกิดปัญหาแล้วสามารถใช้ชีวิตกับครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างปลอดภัย ซึ่งถ้ามาตรการคัดกรองเข้มแข็งการที่บุคคลนั้นจะมีอาการรุนแรงขึ้นก็ลดลง และมาตรการการบำบัดรักษา การฟื้นฟูมีคุณภาพผลลัพธ์ดีก็จะส่งผลในแง่การระโรคต่าง ๆ ที่เกิดจากปัญหาการบริโภคสุราก็ลดลงไปด้วย เศรษฐกิจของประเทศชาติก็สามารถพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นได้ ดังนั้นการพัฒนาตัวชี้วัดในระบบสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้หน่วยงานทุกระดับสามารถประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินงานได้เป็นระยะ ๆ บุคลากรทุกระดับต้องให้ความร่วมมือในการแก้ไขพัฒนาและลดช่องว่างในการให้บริการน้อยลง การให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยสรุป มีดังนี้

4.2.1 ความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุราในพื้นที่ พบว่า ผู้ให้บริการในระบบสุขภาพทุกระดับมีความรู้สึกว่ นโยบายเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุราในพื้นที่ยังไม่ได้มีความรุนแรงกว่าปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่ต้องให้การรักษายาบาลก่อน ถึงแม้ว่าจะมีความรู้โรครหรืออาการเจ็บป่วยที่นำมาทั้งโรคเรื้อรังและในภาวะฉุกเฉินเกิดจากการบริโภคสุราที่ไม่เหมาะสม และจัดลำดับความสำคัญในการรักษาพยาบาลของอาการแสดง ณ เวลานั้นให้หมดไปก่อน โดยไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาการติดยาไปพร้อมกัน



ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ทักษะคติเกี่ยวกับการตีตราหรือเครื่องตีตราที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในสังคมยังให้การยอมรับว่าเป็นเรื่องปกติ คนไทยคุ้นชินกับการตีตราและมีการตีตราสอดแทรกอยู่ในทุกงานสร้างสรรค์ แม้แต่ในสังคมบุคลากรทางสุขภาพทุกระดับ จึงทำให้มุมมองของการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นถูกละเลยไป ไม่ได้ให้ความสำคัญ และที่สำคัญ คือ ทุกสถานพยาบาลนโยบายการบำบัดดูแลไม่ชัดเจน ทั้งในแง่ของกระบวนการและตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน แต่การให้ความสำคัญเรื่องสุราจะไปรวมอยู่ในเรื่องงานยาเสพติด เช่น บุหรี่ เหล้าและสารเสพติดอื่น ๆ ที่หน่วยงานรับผิดชอบในสถานพยาบาลจะเป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การณรงค์ให้ลด ละ เลิกเหล้า บุหรี่ ตามเทศกาลสำคัญมากกว่า

“โรงพยาบาลของเรา ไม่มีคลินิกรักษาผู้ติดสุราโดยเฉพาะ เพราะเราเป็นแค่โรงพยาบาลชุมชน หมอทางจิตเวชก็ไม่มี ถ้ามีคนไข้ที่มีปัญหาการรักษาตามอาการไปก่อน ถ้าดีขึ้นเราก็กส่งคลินิกผู้ป่วยโรค NCD จะมีพยาบาลวิชาชีพให้คำปรึกษาเรื่องเกี่ยวกับการเลิกเหล้าค่ะ” พยาบาลคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

“เราเป็นโรงเรียนแพทย์ ปัญหาสุขภาพที่เรา Focus การรักษาที่เป็นเฉพาะทางมากขึ้น อย่างเช่น การผ่าตัดหัวใจ การปลูกถ่ายไต การทำหัตถการขั้นสูงพวก Cardiac cauterizations ถ้าเป็นโรคเราก็ดูตามโรคที่มีปริมาณมาก ค่าใช้จ่ายสูง หรือไม่ก็เป็นโรคที่ซับซ้อนต้องการความเชี่ยวชาญของทีมงานในการดูแล การกำหนดตัวชี้วัดของเราจึงเป็นไปตาม 5 โรคแรก เรื่องตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับปัญหาสุรา ไม่ได้ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับองค์กร อาจทำให้งานด้านนี้ไม่ค่อยถูกหยิบยกมาพัฒนาเท่าไรแต่มีคนไข้มาด้วยโรคทางกาย เขาจะบันทึกเป็น ICD-9 และ ICD-10” ผู้บริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

“ถึงจะเป็นโรงพยาบาลจังหวัดก็จริง แต่เราไม่มีคลินิกหรือหอผู้ป่วยรักษาภาวะติดสุรา แต่เราใช้ระบบ Consult จิตแพทย์ ซึ่งก็มีแค่คนสองคน เพราะมันมีอัตราบรรจุแค่นั้น การจะทำตามมาตรฐานให้ได้ก็ต้องมีอัตรากำลังทั้งนักจิตวิทยา นักสังคมบำบัดและที่สำคัญเราขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพด้านนี้มาก เลยทำให้เราทำได้แค่รักษาตามที่สามารถทำได้ ถ้ามีอาการทางจิตเวชมากเราก็กส่งต่อ โรงพยาบาลเฉพาะทาง ตัวชี้วัดที่เป็นผลการดำเนินงานของเรา ก็จะเป็นการบันทึกในระบบตาม รหัสที่คุณหมอเป็นคนบันทึกลงในแฟ้มประวัติมากที่สุด อีกอย่างการเก็บข้อมูลอื่นก็มีจำนวนมาก ถ้าจะให้เราทำเพิ่มก็คงต้องมีการพูดคุยกับทีมงานว่าคุ้มค่าหรือไม่” พยาบาลหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง

“ในรพสต.ตัวชี้วัดเกี่ยวกับเหล้า เราไม่ได้กำหนดเป็นตัวประเมินผลงานหรือติดตามงานที่สำคัญนัก แต่ก็มีเวลาจะรณรงค์กิจกรรมใหญ่ๆของประเทศสั่งการลงมา เราก็กต้องเก็บสถิติข้อมูลส่งให้อำเภอหรือไม่ก็ส่งให้จังหวัด” เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานบุหรี่ยสุราและยาเสพติดประจำรพสต.แห่งหนึ่ง

“ส่วนใหญ่ตัวชี้วัดในการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลตติยภูมิเราจะเน้น Network ในการพัฒนาร่วมกัน แต่เราจะมองในประเด็นของการเชื่อมโยงกับการเพิ่มรายได้ให้กับองค์กรลดค่าใช้จ่ายในภาพรวม และลดอัตราการเสียชีวิต อย่างเช่น การทำ Fast Track ของผู้ป่วย Stroke แต่ในเรื่องปัญหาการเกิดจากการบริโภคสุรา นี่ก็น่าทำนะ โดยเฉพาะกรณีเมาแล้วขับชนกันเสียชีวิตนี่มันก็เป็นภาวะฉุกเฉินที่เกิดบ่อยมากนะ ” ผู้ปฏิบัติงานศูนย์คุณภาพ

#### 4.2.2 ความเป็นไปได้ในการใช้ตัวชี้วัดตามกระบวนการให้บริการในสถานพยาบาล ทั้ง 4 มาตรการ ดังนี้

1) การคัดกรองปัญหาการดื่มสุรಾದังกล่าวด้วยการประเมินพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพด้วยแบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test: ASSIST) พบว่า สถานการณ์ปัจจุบันยังไม่มีนโยบายกระบวนการคัดกรองและให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่กลุ่มผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุรารายอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมตั้งแต่ระดับประเทศลงมาทั้งที่การคัดกรองและการให้คำปรึกษาเบื้องต้นเป็นโปรแกรมการจัดการกับกลุ่มผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราในรูปแบบที่เสี่ยงหรืออันตรายน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับและเปรียบเทียบกับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ ไม่จำเป็นต้องอาศัยเวชภัณฑ์หรือเทคโนโลยีขั้นสูง ไม่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญและยังเหมาะสมกับการให้บริการระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชนอีกด้วย นอกจากนี้การคัดกรองในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการฉุกเฉินยังขาดระบบการคัดกรองที่สำคัญ ที่จะทำให้มาตรการต่างๆที่กำหนดไว้บกพร่องไป เพราะกลุ่มคนที่มีปัญหาเหล่านี้จะไม่ได้การประเมินความเสี่ยงจากภาวะถอนพิษสุรา การเฝ้าระวังภาวะถอนพิษสุราในหอผู้ป่วยใน ทำให้เกิดอาการหรืออันตรายที่รุนแรงและได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องได้

2) การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราจำนวนมากที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการนำของโรคทางกาย โดยผู้ป่วยและแพทย์เองไม่ได้ให้ความสำคัญว่าอาการดังกล่าวเกี่ยวข้องกับภาวะติดยา ทำให้ขาดกระบวนการประเมินความเสี่ยงต่อการติดยา ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุรา จึงไม่ได้มีกระบวนการเฝ้าระวังและดูแลระหว่างที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งอาการขาดสุราสามารถปรากฏได้ตั้งแต่ 6-96 ชั่วโมงเมื่อขาดการดื่ม การบำบัดรักษาอาการขาดสุราจึงเป็นการรักษาไปตามอาการ จนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่นผู้ป่วยอาละวาด คุ่มคลั่ง หรือกระโดดตึก เป็นต้น เมื่อนโยบายและระบบบริการไม่ชัดเจน จึงไม่ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงกระบวนการบำบัดดูแลรักษาเพื่อติดตามความก้าวหน้า ความต่อเนื่องในการดูแลรักษาว่าเป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ส่งผลเสียแก่ผู้ป่วยและขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพให้มีความพร้อม มีความตระหนักและให้ความสำคัญในการบำบัดรักษาอย่างถูกวิธี ซึ่งในขั้นตอนนี้มีความจำเป็นที่ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ มีความชำนาญและประสบการณ์ในการประเมินอาการ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ หรือกรณีใช้ยาในการรักษาก็ต้องสามารถติดตามอาการ รายงานความผิดปกติรวมถึงการบันทึกเอกสารอย่างถูกต้อง ซึ่งองค์กรต้องให้การสนับสนุนทรัพยากรให้มีเพียงพอต่อการให้บริการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

“ที่คลินิกเป็นคลินิกจิตเวช ปล่อยให้คำปรึกษาทั้งหมด รพช.ไม่มีคลินิกอดเหล้าโดยเฉพาะแต่พยาบาลที่ทำก็ผ่านการอบรม Counseling นะ แต่ปัญหามันคือภาระงานเราเยอะไม่ได้ทำแต่เรื่องปัญหาสุรา ก็บูรณาการเรื่องบุหรี่ยาเสพติดไปด้วย ที่ทำก็เป็นโปรแกรมให้ความรู้สั้นๆ ให้คู่มือเขาไปดูต่อที่บ้านแล้วก็นัดมาเป็นระยะๆ ส่วนใหญ่ก็กลับไปดื่มเหมือนเดิม” พยาบาลประจำคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

“ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการตีตราของหน่วยงานเราไม่มีนะ มีแต่พวก Strokeหรือไม่ก็ Sepsis แต่มีคนไข้ที่เามาตลอดคณะ ก็แค่บันทึกในประวัติว่าเามาสุรา รลั้ม ประมาณนี้” พยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ พบว่ามีสถานบริการที่ให้บริการด้านนี้น้อยมากและมีให้บริการในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไปขึ้นไป แม้ว่าจะมีหลักฐานยืนยันว่าโปรแกรมการดูแลบำบัดทางจิตใจและฟื้นฟูสามารถลดปริมาณการตีตราได้ทั้งในประเทศและต่างประเทศก็ตามทั้งนี้อาจเป็นข้อจำกัดในเรื่องของโครงสร้างทั้งทางด้านบุคลากรที่ให้บริการเป็นสำคัญ เพราะมีจำนวนผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ จากการศึกษาเพียงโรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ เท่านั้นที่เปิดให้บริการคลินิกบำบัดสุรา หรือคลินิกบำบัดผู้ติดสุราอย่างชัดเจน ส่วนโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยอีก 2 แห่งจะเป็นการให้บริการในแผนกจิตเวชโดยไม่ได้มีคลินิกเฉพาะการบำบัดสุรา ซึ่งการกำหนดตัวชี้วัดของแต่ละสถานพยาบาลมีความคล้ายคลึงกันและที่เหมือนกันคือ ยังไม่ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหรือองค์กร การเก็บสถิติข้อมูลที่มีจำนวนมากและใช้ประโยชน์ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและจากกรมบัญชีกลาง

“โรงพยาบาลประจำจังหวัด มีคลินิกอดสุราสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ช่วงบ่าย จะมีจิตแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่จบเฉพาะทาง 4 เดือนคอยจัดกิจกรรมในหน่วยงานและมีเก็บตัวชี้วัดเยอะมาก ส่วนของแพทย์เขาจะให้รหัสเป็น ICD-9 และ ICD-10 สำหรับเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลาง และการเบิกจ่ายในระบบ DRG จะไม่มีแยกเรื่องการคัดกรองหรือการประเมิน ทำให้โรงพยาบาลไม่ได้ให้ความสำคัญเรื่องตัวชี้วัดนี้” นักจิตวิทยาและพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

4) มาตรการดูแลระยะยาวภายหลังการรักษา เป็นขั้นตอนที่ค่อนข้างเป็นไปได้ยากเพราะเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจของผู้มีปัญหาติดสุราในการกลับเข้าสู่สังคมเพราะเป้าหมายคือการลดการตีตราโดยที่ผู้ปัญหาจะต้องควบคุมพฤติกรรมการดื่มตนเอง ซึ่งปัจจัยของคนในครอบครัวและสิ่งแวดล้อมในชุมชนมีส่วนประกอบ ใฝ่ระวังและติดตามพฤติกรรม ไม่ใช่การตีตราว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาแล้วปิดกั้นโอกาสต่างๆที่ส่งผลให้ผู้ที่เคยผ่านระยะการถอนพิษสุราได้แล้ว หันกลับไปบริโภคสุราเหมือนเดิมอีก ซึ่งต้องเน้นกระบวนการให้ความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน กับกระบวนการติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในโปรแกรมการบำบัดอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งเป็นขั้นตอนนี้มีอุปสรรคปัญหาเพราะทั้งนี้ต้องอาศัยต้นทุนทางสังคมและความพร้อมในการรองรับดังกล่าว อีกทั้งในการดำเนินงานต้องอาศัยความตระหนักถึงปัญหาของพื้นที่ บุคลากรสุขภาพในพื้นที่ ระบบการส่งต่อข้อมูลและการประสานงานให้เกิดกิจกรรมในชุมชน ซึ่งต้องมีความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

4.2.3 การประสานความร่วมมือในการเก็บสถิติข้อมูลตัวชี้วัด ในการประสานความร่วมมือในการพัฒนาการนำไปใช้และประเมินผลตัวชี้วัดในสถานพยาบาลแต่ละระดับ พบว่า

1) การเห็นประโยชน์ของตัวชี้วัด ส่วนใหญ่มีความเห็นว่ามีประโยชน์ในการดำเนินงานสามารถบอกได้ว่าจะต้องทำกิจกรรมอะไร มีเป้าหมายอย่างไร แต่การกำหนดตัวชี้วัดมาจากหน่วยงานตามสายบังคับบัญชาไม่อ่อนตัวให้กับบางหน่วยงานที่ไม่สามารถทำให้บรรลุได้ด้วยข้อจำกัดต่างๆ ทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจใน

การต้องรับนโยบายโดยไม่มีข้อโต้แย้ง มีความต้องการให้มีการทบทวนว่าตัวชี้วัดใดจำเป็นและมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

“แผนกผู้ป่วยนอกมีภาระงานค่อนข้างมาก ทำให้การคัดกรองปัญหาสุราไม่ได้ทำในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการ และมีข้อมูลที่ต้องบันทึกจำนวนมาก และตอนนี้ต้องคีย์ลงในคอมพิวเตอร์อย่างคนใช้โรคความดันโลหิตสูง เราต้องคัดกรองเกณฑ์ ICD ด้วย ถ้าใช้แบบประเมิน AUDIT คำถามต้องใช้เวลาประมาณหนึ่ง ถ้าจะให้บันทึกจริงๆ คงต้องทำระบบรองรับ อย่างเช่น การกำหนดรหัส การเพิ่มอัตรากำลัง แต่ต้องคุยกับคุณหมอด้วยว่าอยากได้ข้อมูลนี้หรือเปล่า” พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

“แต่ถ้าในแผนกผู้ป่วยนอกมีการคัดกรองอาจเพิ่มค่าตอบแทนให้กับโรงพยาบาลได้จากงบ PP มันก็มีประโยชน์มากอยู่ แต่ในผู้ป่วยในอาจไม่ชัดเจนเพราะจะเบิกจ่ายเป็นระบบ DRG กิจกรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะคิดเป็นเหมารวม แต่ถ้าเพื่อการพัฒนาคุณภาพและแนวทางการดูแลที่เป็นมาตรฐานก็เห็นด้วยค่ะว่าควรมีการกำหนดให้ชัดเจน” เจ้าหน้าที่จากหน่วย UR

“ความเป็นไปได้ในแผนกฉุกเฉิน มันไม่มีเวลาที่จะคัดกรองเพราะบางทีคนไข้ไม่รู้สึกรู้สีกตัว ญาติก็ตกใจเราก็ต้องทำหัตถการช่วยชีวิตก่อน อย่างมากก็ทำได้แค่บันทึกว่าเมาสุรา มีกลิ่นสุรา ถ้าจะให้ประเมินความเสี่ยงน่าจะเป็นภายหลังมากกว่า แต่ก็เห็นด้วยนะที่จะให้มีการประเมินภาวะเสี่ยง เพราะบางทีก็คนเดิมๆนั้นแหละ” พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินประจำโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

“อันที่จริงตัวชี้วัดนี้มีประโยชน์มากนะ เพราะการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังหรือพวกอุบัติเหตุบนท้องถนนสาเหตุหนึ่งคือกินเหล้าเมาเป็นประจำ พื้นฐานของโรคมากมายมาจากเหล้า แล้วทำให้แยกลงไปอีก ถ้ามีตัวชี้วัดแบบนี้แล้วมีบริการให้คำปรึกษา คนไข้อาจดีขึ้นได้ บางทีเขาอยากเลิกดื่ม แต่มันก็ทำด้วยตัวเองไม่ได้” เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบงานสุรา

2) อุปสรรคปัญหาในการนำตัวชี้วัดไปใช้ ข้อจำกัดในการนำตัวชี้วัดไปใช้ในสถานพยาบาลแต่ละระดับมีหลายประการ ได้แก่ การขาดนโยบายจากระดับจังหวัดอย่างชัดเจนตัวชี้วัดที่เก็บจะเป็นตัวชี้วัดที่เพิ่มภาระงาน มีกิจกรรมเพิ่ม แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนเรื่องทรัพยากรอย่างเพียงพอ ระบบการบันทึกข้อมูลค่อนข้างยุ่งยากและสถานพยาบาลบางแห่งไม่ได้ใช้ระบบบันทึกข้อมูลเหมือนกันทำให้ระบบการรายงานไม่เชื่อมโยงข้อมูลกัน การกำหนดเกณฑ์บางอย่างไม่สามารถเป็นไปได้ในบางพื้นที่

“ในรพสต.ที่ประจำอยู่มีปัญหาเรื่องคัดกรองสุรา ก็ทำเป็นช่วงๆนะ ถ้าช่วงรณรงค์เราก็จะทำให้เพราะมันเยอะ ปกติถ้าข้อมูลที่เราบันทึกก็จะเป็นที่กำหนดอยู่ในระบบ 43 แต่เพิ่มเติมที่ข้อมูลที่ต้องทำมันเยอะมาก เลยบันทึกเฉพาะแต่ที่จำเป็น แต่ถ้ามีคนทำเพิ่มก็อาจช่วยได้ เพราะเกณฑ์ที่กำหนดค่อนข้างสูง” เจ้าหน้าที่รพสต.แห่งหนึ่ง

“แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม คนไข้มาหลากหลายมาก มีปัญหาคือ ทำไม่ทัน หมอเองไม่ได้ใช้ประโยชน์บางคนก็เลยบอกว่า เอามาทำไม ตัวชี้วัดบางตัวอาจจะใช้ในคลินิกเฉพาะก็อาจเหมาะสม” พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

“พอกำหนดเป็นนโยบาย ตอนแรกๆพนักงานมักบ่นเรื่องภาระงานเพิ่มยุ่งยาก อีกอย่างหมอมองว่าคนไข้บางคนก็ไม่อยากให้เราซักประวัติเรื่องนี้มากนัก อาจรู้สึกไม่พอใจเพราะเขาอาจไม่เข้าใจถึงความสำคัญของมัน” ผู้บริหารโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง

“ ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบำบัดรักษาในภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็กมักจะเป็นผู้ป่วยนอกโดยดำเนินงานในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือแผนกจิตเวชซึ่งจะมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาหรือศึกษาเฉพาะทางจิตเวช 4 เดือน แต่เวลาของส่งคนไปอบรมก็ไม่เคยได้” หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน

3) การจัดเก็บข้อมูล การรวบรวมและการวิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์ พบว่า สถานบริการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการจัดเก็บที่เป็นทิศทางเดียวกันโดยใช้ระบบ gishealth.mop.go.thgs ในการบันทึกข้อมูล ซึ่งสามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังระดับจังหวัดและระดับประเทศได้ แต่ในสถานบริการสุขภาพที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จะใช้ระบบสารสนเทศแบบอื่นที่ข้อมูลไม่ได้เชื่อมโยงกันทำให้เกิดอุปสรรคปัญหาในการรายงานข้อมูล แต่ก็มีมีการแก้ปัญหาภายในระดับจังหวัดโดยการส่งข้อมูลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รวมข้อมูลดังกล่าวเข้าด้วยกัน ซึ่งการเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอกจะมีความง่ายในการบันทึกข้อมูลมากกว่า เนื่องจากมีรหัสกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงสามารถบันทึกลงในระบบได้ทันทีที่เกิดกิจกรรมนั้น ๆ แต่ในแผนกผู้ป่วยในการเก็บข้อมูลต้องใช้การทบทวนเวชระเบียนหรือการให้รหัสของแพทย์เมื่อสิ้นสุดการรักษาหรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ซึ่งในกรณีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จะมีหน่วยที่ให้รหัสโรคหรือหน่วย Utilization review unit ในการทบทวนกิจกรรมการดูแล การเก็บข้อมูล

“ สถานบริการที่ไม่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น ศกพ. ไม่ได้ใช้ระบบบันทึกข้อมูลแบบเดียวกัน ทำให้ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มถ้าต้องเพิ่มฐานข้อมูลในการเขียนโปรแกรมใหม่ ซึ่งต้องเสนอผู้บริหารให้อนุมัติ แต่ถ้าตัวชี้วัดที่เก็บแล้วเกิดมูลค่าเพิ่มต่อสถานพยาบาล เช่น ได้ค่าคัดกรองเพิ่มจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เขาก็คงอนุมัติให้ทำ” เจ้าหน้าที่แผนกเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

“ ของแผนกผู้ป่วยในมันยากตรงที่เราเบิกจ่ายเป็นระบบ DRG เป็นแบบเหมาจ่าย ถ้าจะให้หน่วยเราแยกออกเป็นตัวชี้วัดเฉพาะเรื่องการตีมูลค่าก็ยากเพราะเราจะทบทวนกิจกรรมการรักษาจากแฟ้มผู้ป่วย มันต้องใช้เวลา แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกจะเห็นชัดเจนมาก สามารถเคลมเป็นรายรับให้โรงพยาบาลได้ทั้งการคัดกรองและการบำบัดรักษาทุกกิจกรรมเลย” UR Nurse ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

“ หอผู้ป่วยเรามีการประเมินตามแบบฟอร์มการดูแลในคนไข้ทุกราย แต่เรายังขาดการนำมาวิเคราะห์ว่า ผลการใช้แบบประเมินหรือแนวทางและนำมาเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน” พยาบาลประจำหอผู้ป่วยในแห่งหนึ่ง

### 4.3 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ ความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของคู่มือตัวชี้วัดผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราในโรงพยาบาล

ตารางที่ 4.4 แสดงค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อคู่มือตัวชี้วัดผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุรา (n=31)

ข้อที่	การแสดงความคิดเห็น	ระดับคะแนน	
		ค่าเฉลี่ย	S.D.
1.	ความเหมาะสมของหลักการและเหตุผล	3.78	0.72
2.	ความชัดเจน เข้าใจง่าย ของเนื้อหาที่นำเสนอในคู่มือ	3.69	0.82
3.	ความครอบคลุมของเนื้อหาที่นำเสนอในคู่มือ	3.65	0.69
4.	ความเหมาะสมของภาษา	3.72	1.01
5.	ความเหมาะสมของเกณฑ์และการคำนวณที่ใช้	3.58	0.92
6.	ความเหมาะสมของการจัดลำดับเนื้อหา	3.64	0.84
7.	ความเหมาะสมในการนำเสนอตารางและสัญลักษณ์	3.71	0.78
8.	ความทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน	3.67	0.93
9.	ความสะดวกในการนำไปใช้จริง	3.75	0.86
10.	ความมีประโยชน์ของคู่มือ	3.82	0.77
ค่าเฉลี่ยโดยรวม		3.70	0.83

จากตารางที่ 4.4 พบว่าค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของคู่มือตัวชี้วัดผู้มีปัญหาบริโภคสุราในโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=3.70) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าความมีประโยชน์ของคู่มือมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย=3.82) รองลงมาคือความเหมาะสมของหลักการและเหตุผล (ค่าเฉลี่ย=3.78) และความสะดวกในการนำไปใช้จริง (ค่าเฉลี่ย=3.75) ตามลำดับ

## บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

### 5.1 สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาการศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดปัญหาจากการบริโภครูขุรและระบบการจัดเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลสรุปผลการวิจัยเป็นดังนี้

5.1.1 ตัวชี้วัดที่ได้ทำการทบทวนและปรับปรุงตามกระบวนการให้บริการ 4 ขั้นตอน มีดังนี้ 1) มาตรการคัดกรองและการบำบัดอย่างสั้น จำแนกเป็นตัวชี้วัดระดับประเทศได้แก่ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ จำนวน 2 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดระดับเขต/จังหวัด จำนวน 2 ตัวชี้วัด และระดับองค์กร/สถานบริการสุขภาพ จำนวน 11 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 3 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 6 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2 ตัวชี้วัด รวมเป็น 15 ตัวชี้วัด 2) มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา จำแนกเป็นตัวชี้วัดระดับประเทศจำนวน 1 ตัวชี้วัด ระดับเขต/จังหวัด จำนวน 1 ตัวชี้วัด และระดับองค์กร/สถานบริการสุขภาพ จำนวน 12 ตัวชี้วัด ได้แก่ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 3 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 3 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดผลลัพธ์ 5 ตัวชี้วัด รวมเป็น 3) มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ จำแนกเป็นตัวชี้วัดระดับเขต/จังหวัด จำนวน 2 ตัวชี้วัด ระดับองค์กร/สถานบริการสุขภาพ จำนวน 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 1 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 3 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3 ตัวชี้วัด รวมเป็น 9 ตัวชี้วัด 4) มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา จำแนกเป็นตัวชี้วัดระดับเขต/จังหวัด จำนวน 2 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดระดับองค์กร/สถานบริการสุขภาพ จำนวน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 1 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 1 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3 ตัวชี้วัดรวมเป็น 7 ตัวชี้วัด

5.1.2 ข้อจำกัดในการนำตัวชี้วัดผู้มีปัญหาจากการบริโภครูขุรและการจัดเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลไปใช้ในการให้บริการ ประกอบด้วย 1) การตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการติดสุรในพื้นที 2) ขาดการยกระดับความสำคัญให้เป็นตัวชี้วัดระดับองค์กร 3) ขาดการเตรียมความพร้อมของระบบและการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร 4) แรงจูงใจ 5) ขาดการบริหารจัดการเชิงระบบและการจัดสรรทรัพยากร 6) มีปัญหาอุปสรรคในการจัดเก็บข้อมูล เช่น ใช้เทคโนโลยีต่างกัน ระบบการจัดเก็บต่างกันรวมไปถึงระบบการรายงานข้อมูลที่แตกต่างกัน

### 5.2 อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาวัดประสงคของการวิจัย ดังนี้

5.2.1 การทบทวนตัวชี้วัดผู้ปัญหาบริโภครูขุรที่มารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังใช้ตัวชี้วัดเดิมจากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ปัญหาการบริโภครูขุรในระบบสุขภาพ (I-Map Health) โดยพันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์และสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2554) ที่ได้นำไปทดลองใช้ในโรงพยาบาล 10 จังหวัดครอบคลุมทุกภูมิภาคและมีการนิเทศติดตามภายหลังกการนำใช้สามารถใช้ได้ดีจำนวน 18 ตัวชี้วัด สรุปเป็นบทเรียนของพัฒนาทั้งกระบวนการดูแลและตัวชี้วัดไว้เป็นแนวทางการพัฒนาต่อยอดได้เป็นอย่างดี ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำข้อมูลตัวชี้วัดเหล่านั้นไปทบทวนและปรับปรุงเพื่อนำไปใช้งานในสถานบริการสุขภาพที่

เป็นหน่วยงานนำร่อง และพบว่า มีตัวชี้วัดที่โครงการ I-MAP Health ได้ให้ข้อเสนอไว้ว่าใช้ได้ดีและบางตัวชี้วัดไม่ได้ถูกนำไปใช้มาปรับปรุงและเพิ่มเติมการจัดกลุ่มตัวชี้วัดเป็นระดับประเทศ ระดับเขต/จังหวัดและระดับองค์กร/สถานบริการสุขภาพเพื่อความชัดเจนในการให้บริการ การจัดเก็บข้อมูล และการรายงานตัวชี้วัด นอกจากนี้บางตัวชี้วัดได้ปรับปรุงในด้านระยะเวลาการจัดเก็บข้อมูล ระดับร้อยละ และกรอบการวัดเพื่อประสิทธิภาพของการให้บริการและการวัด ดังนี้

**มาตรการคัดกรองและบำบัดรักษาอย่างสั้น** จากตัวชี้วัดระดับประเทศที่กำหนดให้มีสถานบริการสุขภาพที่มีความพร้อมในการให้บริการคัดกรองและร้อยละของผู้รับบริการอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองพฤติกรรมบริโภคสุราไว้แล้ว ดังนั้นในระดับเขต/จังหวัดจึงควรมีตัวชี้วัด ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ซึ่งตัวชี้วัดนี้มีการปรับปรุงมาจากแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุราของกระทรวงสาธารณสุข ที่ลดตัวชี้วัดเหลือเพียง 2 ตัวคือ ร้อยละ 60 ของหน่วยงานสุขภาพที่สามารถจัดบริการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้มารับบริการสุขภาพได้คุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดและผู้มีปัญหาการดื่มสุราเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อประชากรที่มีปัญหา การดื่มสุราในพื้นที่โดยประมาณ (กระทรวงสาธารณสุข,2561 ) และในระดับสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่งจึงควรกำหนดตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า ตัวชี้วัดกระบวนการและตัวชี้วัดผลลัพธ์ ขึ้นมาเพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนากระบวนการคัดกรองและการให้การบำบัดอย่างสั้นให้ดีขึ้น โดยมีตัวชี้วัดการพัฒนาทักษะความรู้ให้กับบุคลากรให้เกิดความชำนาญมีความพร้อมในการให้บริการ เป็นการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ตัวชี้วัดการประชุมเพื่อให้เกิดการสื่อสารกันในทีมเพื่อเพิ่มความเข้าใจ และช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรคระหว่างที่ดำเนินงาน โดยมีผู้บริหารช่วยขับเคลื่อนเป็นการสร้างความร่วมมือภายในองค์กรรวมถึงจะเกิดการพัฒนาด้านต่าง ๆ ตามมาเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ และได้ปรับปรุงตัวชี้วัดบางตัวที่เหมือนกับตัวชี้วัดของโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการบริโภคสุราในระบบสุขภาพ (I-Map Health) โดยพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์และสุนันท์ จำรัสสวัสดิ์ (2554) ในด้านระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม เช่น จำนวนความถี่ของการประชุมที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้มีปัญหาการบริโภคสุราเป็น ทุก 3 เดือน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมในการเห็นแนวโน้มของการดำเนินงานและติดตามประเมินผลการดำเนินงานอีกทั้งไม่เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติ ส่วนการปรับปรุงระดับร้อยละของตัวชี้วัดผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลางได้รับการแนะนำแบบสั้นและร้อยละผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุราได้รับคำปรึกษาอย่างสั้นจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 80 เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องจากการคัดกรอง หากคัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยง ควรต้องได้รับคำแนะนำหรือให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยควบคุมการดื่มของตนเองหรือในรายที่มีปัญหามากยินยอมเข้ารับการรักษาเฉพาะทางต่อไปเป็นการป้องกันมิให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพต่อผู้ป่วยที่รุนแรงขึ้น นอกจากนี้ได้เพิ่มตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราระดับเสี่ยงสูงหรือดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุราได้รับการส่งต่อ (refer) ให้รับบริการเฉพาะทาง เพื่อการสนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงระบบบริการให้เกิดความต่อเนื่องและเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

**มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราและรักษาโรคร่วมทางกาย** ได้จัดตัวชี้วัดร้อยละของผู้มีพฤติกรรมสุราระดับความเสี่ยงสูงหรือดื่มแบบอันตรายหรือมีภาวะติดสุราได้รับการบำบัดรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุราของกระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้ (กระทรวงสาธารณสุข,2561 ) เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการเก็บข้อมูลและรายงานผลลัพธ์ของการให้บริการของแต่ละจังหวัดและจัดให้ร้อยละสถานพยาบาลมีแนวเวชปฏิบัติในการดูแล



ผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราแบบผู้ป่วยในเพื่อให้มีการจัดบริการที่ได้มาตรฐานที่เป็นทิศทางเดียวกัน ส่วนตัวชี้วัดตัวชี้วัดระดับองค์กร/สถานบริการสุขภาพยังคงใช้ตัวชี้วัดเหมือนกับการศึกษาของโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการบริโภคสุราในระบบสุขภาพ (I-Map Health) โดย (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์และสุนันท์ จำรุงสวัสดิ์ ,2554) และจากการทบทวนแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุราโดยทีมสหวิชาชีพ (กรมการแพทย์,2558) โดยมีการตัดตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า คือ การประชุมในหน่วยงานเนื่องจากซ้ำซ้อนกับตัวชี้วัดในมาตรการคัดกรองและเพิ่มตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า คือ ร้อยละของหน่วยงานเสี่ยงต่อปัญหาการดื่มสุราที่มีแนวเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ตัวชี้วัดปัจจัยกระบวนการได้ปรับตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปในหอผู้ป่วยเสี่ยงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะถอนพิษสุราออก เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยอายุ 15 ขึ้นไปมีจำนวนมากที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการการดื่มสุราและมีตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดภาวะขาดสุราได้รับการประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) และติดตามอาการขาดสุรา (Alcohol monitoring) ครอบคลุมอยู่แล้ว และเพิ่มตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราและมีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงได้รับการส่งต่อสถานบริการเฉพาะทาง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดต้องอาศัยยาและผู้ประเมินที่มีความรู้และทักษะเฉพาะในการดูแล ส่วนตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2 ตัว คือร้อยละของผู้ป่วยมีปัญหาสุราปลอดภัยจากการบาดเจ็บในภาวะถอนพิษสุราและร้อยละของผู้ป่วยมีปัญหาถอนพิษสุรารุนแรงไม่เสียชีวิต เนื่องจากตัวชี้วัดนี้บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการประเมินและการเฝ้าระวังในการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา และตัวชี้วัดที่คงไว้มีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดของแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุราของกระทรวงสาธารณสุข 2 ตัวชี้วัด คือ ร้อยละ 80 ของบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบการบำบัดสุราได้รับการอบรมวิธีการบำบัดรักษาผู้ติดสุราแบบเข้มข้น และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้รับการประเมินติดตามอาการถอนพิษสุราและให้การรักษาตามความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่เกิดความสับสนเนื่องจากเป็นตัวชี้วัดเดิมที่ใช้อยู่อยู่แล้ว นอกจากนี้

**มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ** ได้จัดกลุ่มตัวชี้วัดร้อยละของสถานบริการสุขภาพให้มีคลินิกบำบัดสุรา และร้อยละผู้ป่วยที่มีปัญหาติดสุราได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดและได้รับการติดตามภายใน 3 เดือน เพื่อเป็นการสนับสนุนให้สถานบริการสุขภาพมีการดำเนินกิจกรรมบำบัดรักษาผู้มีภาวะติดสุราในพื้นที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับอำเภอ และเพิ่มตัวชี้วัดกระบวนการ 2 ตัวชี้วัดคือ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยมีการประเมินจากทีมสหสาขาวิชาชีพเนื่องจากผู้ป่วยที่ผ่านระยะถอนพิษสุราแล้วเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสุขภาพมีการเตรียมความพร้อม เพื่อให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ผ่านระยะการถอนพิษสุรามีการบำบัดอย่างได้มาตรฐานและเป็นทิศทางเดียวกัน ซึ่งตัวชี้วัดที่คงไว้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุราของกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข,2561) คือ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราในคลินิกบำบัดสุราที่ได้รับการรักษาด้วยจิตสังคม บำบัดได้รับการติดตามภายใน 3 เดือนและตัวชี้วัดของแนวปฏิบัติการบำบัดรักษาผู้ป่วยภาวะขาดสุราสำหรับทีมสหวิชาชีพ โดยกรมการแพทย์ (กรมการแพทย์,2558) นอกจากนี้ได้มีการเพิ่มตัวชี้วัด ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรงหรือมีปัญหาทางจิตเวชระดับรุนแรงไปรักษาต่อโรงพยาบาลเฉพาะทางเนื่องจากการพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งสามารถติดตามข้อมูลผู้ป่วยหรือรับส่งกลับกรณีผู้ป่วยถูกส่งกลับมารักษาต่อจากโรงพยาบาลเฉพาะทางเมื่อพ้นระยะอันตรายแล้ว

### มาตรการรักษาระยะยาวภายหลังการรักษา

คณะผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวชี้วัดระดับจังหวัด คือ ร้อยละของผู้มีปัญหาการตีตมสุราในระดับความเสี่ยงสูงหรือผู้ตีตมสุราในชุมชน เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม after care สามารถลดการตีตมจนมีความเสี่ยงต่ำหรือหยุดตีตมได้ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่คล้ายคลึงกับตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการตีตมสุราของกรมการแพทย์(กรมการแพทย์,2558) และการศึกษาของ (Mondras. Et. al,2009.) เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดวัดผลลัพธ์การบำบัดรักษาที่ผู้ตีตมสุราและบุคลากรทุกระดับสามารถวัดได้โดยง่าย สำหรับตัวชี้วัดสถานบริการสุขภาพมีการบริการดูแลระยะยาวหลังการรักษาระดับ 3 ขึ้นไปได้มีการปรับระดับมากขึ้นกว่าของโครงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการบริโภคสุราในระบบสุขภาพ (I-Map Health) (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์และสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ ,2554) เพราะจะช่วยให้มีการพัฒนามาตรฐานการให้บริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราระยะยาวในโรงพยาบาลทุกแห่ง และตัวชี้วัดร้อยละการคงอยู่ในโปรแกรม after care ของผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและร้อยละของผู้มีปัญหาการตีตมสุราที่เข้าโปรแกรม after care ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ตัวชี้วัดเหล่านี้จะแสดงบทบาท เชิงรุกเข้าไปในชุมชนซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวโดยชุมชนให้ความร่วมมือจะช่วยลดปัญหาการกลับไปตีตมซ้ำของผู้ตีตมสุราได้ แม้ว่าสถานพยาบาลขนาดใหญ่บางแห่งจะยังไม่พร้อมที่จะดำเนินการแต่ก็เห็นประโยชน์ของการเชื่อมโยงกับชุมชนและอาจเป็นโอกาสพัฒนาด้วยการใช้เทคโนโลยีในการติดตาม เช่น การวิดีโอคอล (VDO call) การใช้ไลน์ (line) ซึ่งสามารถสร้างเป็นกลุ่มไลน์สำหรับใช้ในการติดตามได้โดยง่าย สะดวกทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย ไม่ต้องเดินทางไปหากัน ซึ่งจะลดการใช้ทรัพยากรกำลังและงบประมาณได้เป็นอย่างดี

**5.2 ปัญหาอุปสรรคในการนำตัวชี้วัดไปใช้ในระบบบริการ** พบว่า การให้ความสำคัญของปัญหาสุราในพื้นที่ของบุคลากรสุขภาพมีน้อยกว่าปัญหาสุขภาพอื่นๆ และนโยบายในการดูแลบำบัดรักษาในแต่ละมาตรการไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การสนับสนุนเชิงระบบมีน้อย ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของระบบ การพัฒนาศักยภาพคน การให้แรงจูงใจ และการจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอต่อการให้บริการ ตัวอย่างเช่น ในระดับปฐมภูมิซึ่งคาดหวังว่ามาตรการการคัดกรองและการบำบัดอย่างสั้น เป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องอาศัยเทคโนโลยีหรือเวชภัณฑ์ใดๆ เพียงบุคลากรต้องผ่านการอบรมการใช้แบบคัดกรองและการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาอย่างสั้นเท่านั้นก็ให้บริการได้และมีหลักฐานยืนยันว่าโปรแกรมการบำบัดอย่างสั้นนั้นมีประสิทธิผลในชุมชนสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรา แก้วนัย และคณะ (2554) ที่พบว่าสถานบริการในระดับปฐมภูมิหากมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร ระบบการคัดกรองและการให้การบำบัดอย่างสั้นก็สามารถทำได้ประสิทธิผลคุ้มค่าเมื่อเทียบกับการลงทุนแล้วเทียบกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ โดยมีข้อมูลจากการศึกษาของสายรัตน์ นกน้อยและคณะ ( 2552 ) พบว่าการให้คำปรึกษาแบบสั้นในหน่วยบริการปฐมภูมิมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการตีตมสุราของผู้ป่วย

**5.3 การจัดเก็บข้อมูลการรวบรวมและการประมวลผลตัวชี้วัด** ด้วยความแตกต่างของระบบสารสนเทศ ระบบ software ที่ใช้ของสถานบริการสุขภาพไม่ใช่อุปสรรคใหญ่ในการจัดเก็บข้อมูล การรวบรวมและการประมวลผล แต่สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ไม่มีการบันทึกข้อมูลไปในระบบซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุใหญ่ 2 ประการ ได้แก่ การไม่ได้จัดบริการและไม่มีการจัดเก็บข้อมูลในระบบ เนื่องจากนโยบายในระดับจังหวัดไม่ชัดเจนในเรื่องรูปแบบการจัดบริการดูแลรักษาให้เป็นแนวทางเดียวกัน จึงพบว่าสถานบริการบางแห่งไม่มีการคัดกรองโดยใช้แบบประเมิน AUDIT แต่เป็นการซักประวัติและบันทึกว่าผู้ป่วยดื่มสุรา หรือไม่ดื่มสุราเท่านั้น และสถานบริการสุขภาพบางแห่งความพร้อมในการให้บริการ เช่น ขาดอัตรากำลัง เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการบังคับใช้แบบประเมิน AUDIT ให้เหมือนกันทุกแห่งอาจไม่เหมาะสมได้เพราะแบบประเมิน AUDIT มีวัตถุประสงค์ในการค้นหาผู้มีความเสี่ยงและผู้ดื่มแบบอันตรายเพื่อให้คำแนะนำเบื้องต้นโดยคาดหวังผลว่าจะลดอันตรายจากการดื่มสุราหรือจูงใจให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราให้เข้ารับการรักษาเฉพาะทาง ซึ่งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลที่คลินิกเล็กสุราอาจใช้เครื่องมืออื่นที่เหมาะสมกว่า เพราะประเภทผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการโรงพยาบาลระดับนี้ มักมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง หรือมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยนอกจากนี้อาจเป็นผู้ป่วยที่มาจาก การส่งต่อของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือตติยภูมิ หรืออาจเป็นผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินที่มา รับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอาจต้องใช้เครื่องมือที่สะท้อนการทำงานที่รวดเร็วและการส่งต่อ ข้อมูลมากกว่าการจะประเมินตามแนวทางได้ครอบคลุม ซึ่งอาจก่อให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมหรือการวิจัยได้ ดังเช่น การศึกษาของ Oslin และHumenik (2005) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยภาวะติดสุราในวัยกลางคนและผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมมีผลต่อผลลัพธ์การรักษา จึงได้มีการพัฒนาแบบประเมินเพื่อใช้คัดกรอง การใช้ Guideline ในการรักษาและติดตามผลการรักษา ซึ่งตัวชี้วัดที่ได้จากการศึกษาจะบันทึกในรูปแบบของ ICD-10 ซึ่งสามารถนำมาคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุนได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Linda Graham (2005) ที่ทำการศึกษาตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างเป็นระบบซึ่งจัดทำภายใต้ความรับผิดชอบขององค์กร Nova Scotia Health Promotion และพบว่าตัวชี้วัดหลายตัวที่ได้ถูกนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาอย่างกว้างขวาง เช่น ผลลัพธ์การรักษาตาม Guideline การรักษาภาวะถอนพิษสุรา และอัตราการตายจากการบริโภคสุรา ซึ่ง Chudley และคณะ (2005) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์อาการผิดปกติของทารกแรกเกิดในมารดาที่บริโภคสุรา โดยมีการพัฒนา Canadian Guideline for diagnosis ส่งผลต่อการสร้างมาตรฐานการรักษา คุณภาพ ประสิทธิภาพของการดูแลตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในทุกขั้นตอนของแนวทางปฏิบัติ และสถานพยาบาลแต่ละระดับมีศักยภาพในการให้บริการที่แตกต่างกัน การกำหนดตัวชี้วัดดังกล่าวอาจเป็นเพียงตัวชี้วัดหลักที่สามารถนำไปแตกเป็นตัวชี้วัดย่อยได้อีก เช่น ในมาตรการบำบัดภาวะถอนพิษสุราที่มีอาการทางจิตเวชร่วมในโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ นักจิตวิทยาและพยาบาลจิตเวชแล้ว อาจมีตัวชี้วัดการประเมินความพร้อมในการเลิกสุราของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมา แต่อาจไม่ได้เป็นเป็นตัวชี้วัดประเมินคุณภาพองค์กรโดยตรง

### 5.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานประกันสุขภาพเขตควรร่วมกันเพื่อกำหนดนโยบายเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราให้ชัดเจนในระดับเขตและระดับจังหวัด โดยนำแผนปฏิบัติการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ระดับประเทศมาเป็นกรอบในการพัฒนาและกำหนดกิจกรรมที่เป็นมาตรฐานระดับสากลเพื่อให้สถานพยาบาลทุกระดับได้พัฒนาตนเองไปสู่บริการนั้นๆอย่างครอบคลุมทั้งนี้ต้องมีการเตรียมความพร้อมของระบบและพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อที่เมื่อกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการแล้วมีความเป็นไปได้ที่จะบรรลุตามวัตถุประสงค์

5.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงบริหาร ในระดับประเทศต้องให้ความสำคัญในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้ระดับจังหวัดหรือระดับองค์กรสามารถจัดบริการที่ครบถ้วนและต่อเนื่องได้ โดยอาจแบ่งระยะในการจัดสรรเป็นการสนับสนุนในองค์ที่มีความพร้อมในการให้บริการก่อน โดยเฉพาะอัตรากำลังที่เหมาะสมเนื่องจากอัตรากำลังคนเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนมาตรการต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการนำตัวชี้วัดไปใช้ให้เกิดการบริการที่ได้มาตรฐานอย่างแท้จริง

5.3.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัดการดูแลระยะยาวในชุมชนเนื่องจากที่ได้กำหนดไว้ยังมีช่องว่างในเรื่องของการเก็บข้อมูลและอาจมีตัวชี้วัดอื่นๆที่สามารถวัดได้ดีกว่า รวมถึงช่วยให้เกิดการพัฒนาศูนย์เครื่องมือการวัดใหม่เกิดขึ้นได้

## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข.(2561).แนวปฏิบัติกำกับการคัดกรองและบำบัดรักษาฟันผุสภาพผู้มีปัญหาการตีมีสุรา. พิมพ์ครั้งที่ 1,สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนดดีไซน์:กรุงเทพฯ.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2558) .แนวปฏิบัติกำการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุราโดยทีมสหวิชาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 2,โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย:กรุงเทพฯ.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2547). คู่มือกำให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยสปัญหาแอลกอฮอล์. พิมพ์ครั้งที่ 1, สำนักพิมพ์กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก : กรุงเทพฯ.
- คงเดช ลีโทชวลิต.ระบบสุขภาพ.วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน;2544.
- จิรัฐม ศิริรัตนบัลล, สมเกียรติโพธิสตัย, ยุพิน อังสุโรจน, จารุวรรณ ธาราเดช, ศรานูช โดมรงค์ดี. เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543.
- เดชรัน สุขกำเนิด,รุ่งทิพย์ สุขกำเนิด.ดัชนีชี้วัดธรรมาภิบาลของหน่วยบริการจัดการงานวิจัยในระบบสุขภาพ.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.2553;4(1):21-26.
- บัณฑิต ศรีไพศาล,จุฑาภรณ์ แก้วมงคลและกมลลา วัฒนพร.(2553).การศึกษาความต้องการและทบทวน ดัชนีชี้วัดปัญหาแอลกอฮอล์ระดับนานาชาติและระดับชาติและการพัฒนาดัชนีชี้วัดปัญหาแอลกอฮอล์.
- ปณินันท์ สุกุลทอง.(2531). สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคพิษสุรา เรื้อรัง:ศึกษาเฉพาะกรณีบุตรทหารในเขตกรุงเทพมหานคร,บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยมหิดล:กรุงเทพฯ.
- เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์และคณะ.2559.การพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อติดตามและประเมินโครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล .รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- พงศ์เดช สารการและเยาวเรศ คำมะนาด.พฤติกรรมกำบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับกำการกระทำ รุนแรงของสามีต่อภรรยา.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข,2552.4(3).
- พັນธภา กิตติรัตนไพบูลย์และสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์.(2554).รายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการตีมีสุราในระบบสุขภาพ (i-MAP Health).พิมพ์ครั้งที่ 1,วนิดากำพิมพ์:เชียงใหม่.
- พັນธภา กิตติรัตนไพบูลย์,หทัยชนนี บุญเจริญ,สุนทรี ศรีโกไสย(บรรณาธิการ).(2549). แนวเวช ปฏิบัติกำให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน.เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต.
- พสุ เตชะรินทร์. (2545). กลยุทธ์สู่กำปฏิบัติด้วย Balanced scorecard และ Key Performance Indicators. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภรรวัณ จันทการบัณฑิต. (2553). กำพัฒนาตัวชี้วัดความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน.รายงานวิจัย.สำนักงานกองทุนสนับสนุนกำสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- รณกรณ์ เอกนันท์ .กำพัฒนาตัวชี้วัดด้านสุขภาพของผู้ต้องขังเรือนจำไทย.วารสารสาขามนุษย์ศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ.2558;8(3):297-306.
- รณชัย คงสกนธ์.(2548).สุรากับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวไทย.ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา:กรุงเทพฯ.

รุ่งนภา คำผางและคณะ.รายงานวิจัยโครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 .โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.2559,4 (36):1-5.

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขามและกนิษฐา บุญธรรมเจริญ.ดัชนีสถานะสุขภาพเชิงลบ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข:2544.

ศิริชัย กาญจนวาสี.ทฤษฎีทดสอบแบบดั้งเดิม.พิมพ์ครั้งที่ 4.โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.

ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา.( 2551). รายงานโครงการทดลองใช้และประเมินตัวชี้วัดสำหรับงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล.

สายรัตน์ นกน้อย,พิชัย แสงชาญชัย,ราม รังสินธุ์, อุษา ตันติแพทยางกูร. (2547) ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษากับผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ. รายงานการวิจัย.กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลมงกุฎเกล้า, กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก;

สาวิตรี อัจฉนาภกุลชัย.รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยประจำปี 2560.บรรณาธิการ.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992); 2562.

สาวิตรี อัจฉนาภกุลชัยและสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2557).ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่ม สุรา: ความสำคัญและการรักษาในประเทศไทย.สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2539). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพฯ : พีเอ็นการพิมพ์.

สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล.การป้องกันรักษา ภาวะถอนพิษสุรา.เชียงใหม่: แผนงานพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดสุราผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.);2552.

สุวรา แก้วนัย , ทักษพล ธรรมรังสี, โสภิต นาสืบ และ ประพัตร์ เนรมิตพิทักษ์กุล. การคัดกรองบำบัด รักษาและฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มสุรา: ช่องว่างภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.วารสารระบบวิจัยสาธารณสุข.2554; 5(4) :439-451.

สุนีขลา ภิรมยและคณะ. การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา. 2535.

สุรศักดิ์ ไชยสงค์และคณะ.(2562).คู่มือการประเมินการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด.พิมพ์ครั้งที่ 1; ลีโอ ดีไซน์ แอนด์ พรินท์.กรุงเทพฯ.

สมพร อธิติเดชพงศ์ กองแผนงาน กรมอนามัยการสร้างและการพัฒนาตัวชี้วัด.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (2546).ข้อมูลเผยแพร่เพื่อการรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา 2546.กรุงเทพฯ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.2562.ภาวะสังคมไทยไตรมาสสาม ปี 2562.กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม.

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.(2563). ร่างแผนยุทธศาสตร์นโยบาย แอลกอฮอล์ระดับชาติ (ปี 2565-2570).

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดการประเมินผลการพัฒนา สุขภาพในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์; 2544.

อังกูร ภทรากร ,ธณูรช ทิพยวงษ์, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์,พัชรี รัตน์แสงและ วิมล ลักขณาภิชนซ์. (2558).แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา. พิมพ์ครั้งที่ 2; โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.

อรทัย วลีวงศ์,จินตนา จันทร์โคตรแก้ว,สุรศักดิ์ ไชยสงค์และทักษพร ธรรมรังสี.(2558). การศึกษา ผลกระทบของการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อบุคคลรอบข้างผู้ดื่มในประเทศไทย (ระยะที่ 1) รายงานวิจัยศูนย์วิจัย สุรา สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ สสส.

อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว ,พลเทพ วิจิตรคุณากรและสาวิตรี อัญมรงค์กรชัย (2559).ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย.สงขลา:ศูนย์วิจัยสุรา.

Barbor TF,Higgins-Biddke JC,Saunder JB,Motiuro MG.The alcohol use disorders identification test: guideline for use in primary care.2<sup>nd</sup> ed. Geneva : World Health Organization;2001.

Borden and Bottrill,. Performance indicators : History, definitions and method. 1994.8(2);5-12

Canadian Centre on Substance Abuse. Canadian Addiction survey: a nation survey of Canadian's use of alcohol and drugs-prevalence of use and related harms. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse;2004.

Canadian Institute for Health Information. Health Indicators. Ottawa : 2004.

Centers for Disease Control and Prevention. Indicators for Chronic Disease Surveillance.2016.

Chudley, AE,Conry J,et al.(2005).Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis.72(5):S1-S21.

Chikritzhs T,Catalano P ,Stockwell T,et al.Australian Alcohol Indicators,1990-2001.1<sup>st</sup> ed.Chikritzhs T,editor .Australia:National Drug Research Institute,2003.

Institute of Alcohol behavioral Service University of Helsinki, Finland. 2014.

Jonh B Saunders M.D. Centre for Drug and Alcohol Studies, Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Queensland.เอกสารแปล เรื่องการใช้แอลกอฮอล์ การใช้สารที่ ก่อให้เกิดอันตรายและการติดแอลกอฮอล์ (จากเอกสารวิชาการ Alcohol Use, Hazardous use and Dependence); Australia;2004.

Jurrgen Rehm, et al., The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease : an overview. *Addiction*, 2003;98:p.1209-1228.

Keller, M. Models of alcoholism: From days of old to nowadays. Center of Alcohol Studies Pamphlet Series. Piscataway, NJ: Rutgers University, 1990 .

Kotter T, Blozik E, Scherer M. Methods for the guideline -based development of quality indicators-a systematic review . *Implementation science: IS* 2012;7:2

Lester H, Campbell S. Developing Quality and Outcomes Framework (QOF) indicators and the concept of QOF ability. *Qual Prim Care*. 2010;18(2):103-9.

Mondras BK, Compton WM, Avula D, Stegbauer T, Stein JB, Clark HW. *Drug Alcohol Depend*. 2009 Jan 1;99(1-3):280-95.

M. Fe Caces, et al., Alcohol consumption and divorce rate in the United States. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 1999, 60(5):p.647-652.

Marshall Mn, Shekelle PG, McGlynn EA, Campbell S, Brook RH, Roland Mo. Can health care quality indicators be transferred between countries? *WQual Saf Health Care* , 2003;12(1):8-12.

MMWR 2004 Sept [cited 2020 Sept 20]; 53 (No.RR-11). Available from: URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5311a1.htm>

The American Heritage Dictionary of the English Language. Houghton Mifflin, 1992.

The Minister of Health and Wellness. Alberta's Report on Comparable Health Indicators; September 2002.

The National Health Performance Committee. National Report on Health Sector Performance Indicators. A report to the Australian Health Ministers' Conference: 2002.

Thomas Barbor, et, al., Alcohol :No ordinary Commodity Research and Public Policy. 2003, Oxford University Press: New York.

Tom McLellan Ph.D. & Richard Dembo Ph.D., Screening and Assessment of Alcohol- and Other Drug Abusing Adolescents, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series: U.S.A.; 1993.

Statistics Canada. Health Indicators [cited 2004 June 17]; 2003 (No. 2). Available from: URL <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/01103/defin1.h>

WHO Region Office for South-East Asia, World Health Organization. Women of South-East Asia: A Health Profile. New Delhi: 2000.

World organization, Global Alcohol Report. 2016.



ภาคผนวก

## คู่มือตัวชี้วัดผู้มีปัญหาบริโภคสุราที่มารับบริการในสถานพยาบาล

### 1.มาตรการ การคัดกรองและการบำบัดอย่างสั้น

#### ตัวชี้วัดที่ 1

ตัวชี้วัด	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่สามารถจัดบริการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาบริโภคสุรา
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า
คำนิยาม	สถานบริการสุขภาพ หมายถึง หน่วยบริการที่ให้บริการรักษา ป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิขึ้นไป
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีการจัดบริการคัดกรองและบำบัดอย่างสั้นให้ผู้มีปัญหาบริโภคสุราได้
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสุขภาพในจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการสำรวจปีละ 1 ครั้ง
แหล่งข้อมูล	สถานบริการพยาบาลทุกแห่ง/หอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1	จำนวนสถานบริการสุขภาพที่เปิดให้บริการได้
รายการข้อมูล 2	จำนวนสถานบริการสุขภาพทั้งหมดในจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนสถานบริการสุขภาพที่เปิดให้บริการได้ X100
	จำนวนสถานบริการสุขภาพทั้งหมดในจังหวัด
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 =ร้อยละ 20 คะแนน 2=ร้อยละ 30 คะแนน 3=ร้อยละ 40 คะแนน 4=ร้อยละ 50 คะแนน 5=ร้อยละ 60
ผู้รับผิดชอบ	สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง

## ตัวชี้วัดที่ 2

ตัวชี้วัด	ร้อยละของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานผ่านการอบรมหลักสูตร Alcohol screening และ Briefs intervention
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า
ค่านิยาม	บุคลากรสุขภาพ หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบในการคัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาล
วัตถุประสงค์	เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยควรมีความรู้และทักษะในการคัดกรองและให้คำปรึกษาเบื้องต้นในผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้มีปัญหาบริโภคสุราได้
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในสถานพยาบาลทุกระดับและจนท.รพสต.ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากแฟ้มประวัติบุคลากร/รายงานการฝึกอบรมของสถานพยาบาล
แหล่งข้อมูล	สถานบริการพยาบาลทุกแห่ง/หอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1	จำนวนบุคลากรสุขภาพผ่านการอบรมหลักสูตรการคัดกรองและบำบัดอย่างสั้น
รายการข้อมูล 2	จำนวนบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการคัดกรองและการบำบัดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนบุคลากรสุขภาพผ่านการอบรมหลักสูตรการคัดกรองและบำบัดอย่างสั้น X100
	จำนวนบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการคัดกรองและการบำบัดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 =ร้อยละ 40 คะแนน 2=ร้อยละ 50 คะแนน 3=ร้อยละ 60 คะแนน 4=ร้อยละ 70 คะแนน 5=ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง

## ตัวชี้วัดที่ 3

ตัวชี้วัด	ร้อยละของหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการดื่มสุรา มีระเบียบปฏิบัติ Alcohol screening และ Briefs intervention
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า
คำนิยาม	ระเบียบปฏิบัติ Alcohol screening และ Briefs intervention หมายถึง คู่มือการคัดกรอง และการบำบัดอย่างสั้น (BI) เป็นรายละเอียดและขั้นตอนในการปฏิบัติที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกันรวมถึงวิธีการจัดเก็บข้อมูล และการให้รหัสกิจกรรม
วัตถุประสงค์	เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติตามกระบวนการคัดกรองและบำบัดอย่างสั้นได้อย่างเป็นทิศทางเดียวกันและผู้ป่วยบริการได้รับบริการที่ถูกต้องเหมาะสมไม่แตกต่างกัน
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพสต.ทุกแห่ง แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยเสี่ยง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจ/การนิเทศ
แหล่งข้อมูล	สถานบริการพยาบาลทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	จำนวนบุคลากรสุขภาพผ่านการอบรมหลักสูตรการคัดกรองและบำบัดอย่างสั้น
รายการข้อมูล 2	จำนวนบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการคัดกรองและการบำบัดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนหน่วยงานที่มีระเบียบปฏิบัติคัดกรองและบำบัดอย่างสั้น X 100
	จำนวนหน่วยงานทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 50 คะแนน 2 = ร้อยละ 60 คะแนน 3 = ร้อยละ 70 คะแนน 4 = ร้อยละ 80 คะแนน 5 = ร้อยละ 90
ผู้รับผิดชอบ	หอผู้ป่วย/แผนก/สถานบริการสุขภาพ

## ตัวชี้วัดที่ 4

ตัวชี้วัด	สถานพยาบาลควรมีการประชุมเกี่ยวกับปัญหาการบริโภครสุราของผู้รับบริการอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า
คำนิยาม	การประชุม หมายถึงกิจกรรมการประชุมระดับสาขาขึ้นไป ซึ่งมีผู้บริหารฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งร่วมประชุมเพื่อให้สามารถผลักดันให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระดับนโยบายขององค์กรได้
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีการติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขอุปสรรคปัญหาาร่วมกันรวมถึงการปรับปรุงพัฒนามาตรการในการบำบัดรักษาให้เป็นมาตรฐาน
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานประชุมของสถานพยาบาล
แหล่งข้อมูล	สถานพยาบาลทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	จำนวนครั้งที่มีการประชุมเกี่ยวกับตัวชี้วัดปัญหาการบริโภครสุรา
รายการข้อมูล 2	จำนวนครั้งการประชุมที่ควรมีตลอดทั้งปี (4ครั้ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนครั้งที่มีการประชุมเกี่ยวกับตัวชี้วัดปัญหาการบริโภครสุรา X 100
	4
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 2= มีการประชุมครบ 1 ครั้ง/ปี คะแนน 3= มีการประชุมครบ 2 ครั้ง/ปี คะแนน 4= มีการประชุมครบ 3 ครั้ง/ปี คะแนน 5= มีการประชุมครบ 4 ครั้ง/ปี
ผู้รับผิดชอบ	สถานพยาบาลทุกแห่ง

## ตัวชี้วัดที่ 5

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เข้ามาใช้บริการสุขภาพได้รับการประเมินและคัดกรองปัญหาสุรา
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป หมายถึงผู้ป่วยไทยที่อายุ 15ปี ขึ้นไปทุกคนที่มาใช้บริการรักษาด้วยโรคต่างๆ
วัตถุประสงค์	เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงมีปัญหาจากการบริโภคสุรา
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาจากการบริโภคสุรา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถิติผู้ป่วยมารับบริการ/การลงทะเบียนในระบบ 43 แฟ้ม/การดึงข้อมูลในระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย
แหล่งข้อมูล	สถานบริการพยาบาลทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่อายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่มาใช้บริการในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง X 100
	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่อายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่มาใช้บริการในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 =ร้อยละ 40 คะแนน 2=ร้อยละ 50 คะแนน 3=ร้อยละ 60 คะแนน 4=ร้อยละ 70 คะแนน 5=ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	แผนกคัดกรอง/แผนกผู้ป่วยนอก/แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

## ตัวชี้วัดที่ 6

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุราในระดับความเสี่ยงปานกลางได้รับการให้คำแนะนำแบบสั้น
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุราอยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลางหรือมีความเสี่ยงสูง หมายถึง ผู้ป่วยผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT แล้วมีผลคะแนนการประเมินตั้งแต่ 11-26 คะแนน การให้คำแนะนำแบบสั้น หมายถึง การให้คำแนะนำให้ผู้ดื่มสุราระดับเสี่ยงหรือเป็นอันตรายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มลดลงในระดับปลอดภัยและมีคู่มือในการปฏิบัติตนให้กับผู้ป่วยไปด้วย
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบถึงอันตรายและผลกระทบที่มีต่อตนเองและผู้อื่นโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับจากการประเมินและการคัดกรอง อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความรับผิดชอบที่มีต่อตนเองที่ผู้ป่วยต้องยอมรับผลของการเลือกปฏิบัติของตน
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงปานกลางหรือความเสี่ยงสูง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลสถิติผู้ป่วยมารับบริการ/การลงทะเบียนในระบบ 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการพยาบาลทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงปานกลางที่ได้รับการบำบัดอย่างสั้น
รายการข้อมูล 2	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงปานกลางทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงปานกลางได้รับการบำบัดอย่างสั้น X 100 จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงปานกลางทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 40 คะแนน 2 = ร้อยละ 50 คะแนน 3 = ร้อยละ 60 คะแนน 4 = ร้อยละ 70 คะแนน 5 = ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	แผนกคัดกรอง/แผนกผู้ป่วยนอก/แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน/สถานบริการสุขภาพ

## ตัวชี้วัดที่ 7

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่พฤติกรรมดื่มแบบเสี่ยงสูงหรือ แบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุรา ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุราอยู่ในระดับอันตราย หมายถึง ผู้ป่วยผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT แล้วมีผลคะแนนการประเมินตั้งแต่ 27คะแนนขึ้นไป ผู้ป่วยติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรม จิตใจและความนึกคิดรวมถึงความเข้าใจให้มีความแรงผลักดันให้อยากดื่มสุราอยู่เสมอ การให้คำปรึกษาอย่างสั้น หมายถึง การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบสั้นให้ผู้ดื่มสุรามีความตระหนักถึงปัญหา แล้วกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและนำทางเลือกในการบำบัดให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการเลิกสุรา
วัตถุประสงค์	เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเองและเชื่อมั่นต่อกระบวนการบำบัดรักษาและให้การช่วยเหลือใช้การติดต่อสื่อสารด้วยวาจาเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้คำปรึกษา
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบเสี่ยงสูงหรือ แบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุรา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลสถิติผู้ป่วยมารับบริการ/การลงทะเบียนในระบบ 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการพยาบาลทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับอันตรายหรือติดสุราที่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างสั้น
รายการข้อมูล 2	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับอันตรายหรือมีภาวะติดสุรา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับอันตรายหรือติดสุราที่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างสั้น X 100 จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับอันตรายหรือมีภาวะติดสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 40 คะแนน 2 = ร้อยละ 50 คะแนน 3 = ร้อยละ 60 คะแนน 4 = ร้อยละ 70 คะแนน 5 = ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	แผนกคัดกรอง/แผนกผู้ป่วยนอก/แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



## ตัวชี้วัดที่ 8

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุราได้รับการส่งต่อ(refer) บริการเฉพาะทาง
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตราย หมายถึง ผู้ป่วยผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT แล้วมีผลคะแนนการประเมินตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป ผู้ป่วยติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรม จิตใจและความนึกคิดรวมถึงความเข้าใจให้แข็งแรงผลักดันให้อยากดื่มสุร่าอยู่เสมอ การส่งต่อ หมายถึง การส่งผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งอาจรวมถึงการส่งต่อไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายหรือมีภาวะติดสุร่าได้รับการประเมินและวินิจฉัยโดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาที่ซับซ้อนและยุ่งยากที่จำเป็นต้องมีการรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นต้น
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่พฤติกรรมดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุร่าทุกคน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถิติผู้ป่วยมารับบริการ/การลงรหัสในระบบ 43 แฟ้ม/การดึงข้อมูลในระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่พฤติกรรมดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุร่าที่ได้รับการส่งต่อ
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่พฤติกรรมดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุร่าทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่พฤติกรรมดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุร่าที่ได้รับการส่งต่อ X 100 จำนวนผู้ป่วยที่พฤติกรรมดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุร่าทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 30 คะแนน 2 = ร้อยละ 40 คะแนน 3 = ร้อยละ 50 คะแนน 4 = ร้อยละ 60 คะแนน 5 = ร้อยละ 70
ผู้รับผิดชอบ	แผนกคัดกรอง/แผนกผู้ป่วยนอก/แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

## ตัวชี้วัดที่ 9

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุราได้รับการ ได้รับการประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุรอยู่ในระดับอันตราย หมายถึง ผู้ป่วยผู้ป่วยที่ผ่านการ คัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT แล้วมีผลคะแนนการประเมินตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป ผู้ป่วยติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรม จิตใจและความนึกคิดรวมถึงความเข้าใจ ให้มีแรงผลักดันให้อยากดื่มสุร่าอยู่เสมอ การประเมินแรงจูงใจ หมายถึง การสำรวจถึงความต้องการภายในจิตใจของ ผู้ป่วยที่อยากลด ละ เลิก ดื่มสุราโดยใช้แบบประเมินตามขั้นตอนในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งมี 6 ขั้นตอน คือ 1) เมินเฉย 2) ลังเลใจ 3) ตัดสินใจ หรือเตรียมการ 4) ลงมือกระทำ 5) กระทำอย่างต่อเนื่อง และ 6) กลับไปดื่มซ้ำ
วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นการประเมินความพร้อมในการลด ละ เลิกดื่มสุราของผู้ป่วยอย่างเป็น ระบบ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุราทุกคน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถิติผู้ป่วยมารับบริการ/การลงรหัสในระบบ 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการพยาบาลทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุราได้รับการได้รับการ ประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
รายการข้อมูล 2	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุรา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุราได้รับการประเมิน แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม X 100 ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุราทั้งหมดในช่วงเวลา เดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 40 คะแนน 2 = ร้อยละ 50 คะแนน 3 = ร้อยละ 60 คะแนน 4 = ร้อยละ 70 คะแนน 5 = ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	แผนกคัดกรอง/แผนกผู้ป่วยนอก/แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน/รพสต./หอผู้ป่วย เสี่ยงสูง

## ตัวชี้วัดที่ 10

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายหรือสงสัยว่าติดสุราได้รับการปรึกษาอย่างสั้นและได้รับการติดตามภายใน 3 เดือน
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตราย หมายถึง ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT มีผลคะแนนการประเมินตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป ผู้ป่วยติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรม จิตใจและความนึกคิดรวมถึงความเข้าใจ ให้มีแรงผลักดันให้อยากดื่มสุร่าอยู่เสมอ การให้คำแนะนำแบบสั้น หมายถึง การให้คำแนะนำให้ผู้ดื่มสุราระดับเสี่ยงหรือเป็นอันตรายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มลดลงในระดับปลอดภัยและมีคู่มือในการปฏิบัติตนให้กับผู้ป่วยไปด้วย
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มดื่มแบบอันตรายหรือติดสุร่าได้รับการบำบัดอย่างสั้นเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นและการติดตามให้คำปรึกษาจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มอยากเลิกสุร่าเพิ่มขึ้น
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตราย หรือมีภาวะติดสุร่า
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถิติผู้ป่วยมารับบริการ/การลงรหัสในระบบ 43 แพ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการพยาบาลทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตราย หรือมีภาวะติดสุร่า
รายการข้อมูล 1	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตราย หรือมีภาวะติดสุร่าที่ได้รับการบำบัดอย่างสั้นและติดตามภายใน 3 เดือน
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตราย หรือมีภาวะติดสุร่าทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตราย หรือมีภาวะติดสุร่าที่ได้รับการบำบัดอย่างสั้นและติดตามภายใน 3 เดือน X 100 จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตราย หรือมีภาวะติดสุร่าทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 30 คะแนน 2 = ร้อยละ 40 คะแนน 3 = ร้อยละ 50 คะแนน 4 = ร้อยละ 60 คะแนน 5 = ร้อยละ 70
ผู้รับผิดชอบ	แผนกคัดกรอง/แผนกผู้ป่วยนอก/รพสต./หอผู้ป่วยเสี่ยงสูง

## ตัวชี้วัดที่ 11

ตัวชี้วัด	ร้อยละ ของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบเสี่ยงปานกลางได้รับคำแนะนำแบบสั้นสามารถลดการดื่มจนมีความเสี่ยงต่ำ
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดผลลัพธ์
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDITมีผลคะแนนการประเมินอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDITมีผลคะแนนการประเมินอยู่ในช่วง 11-26 คะแนนขึ้นไป
วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นการติดตามผลการให้คำแนะนำอย่างสั้นที่ผู้ป่วยได้รับว่ามีประสิทธิผลเพียงใด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับปานกลาง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถิติผู้ป่วยมารับบริการ/การลงรหัสในระบบ 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับปานกลางที่สามารถลดระดับการดื่มเป็นระดับต่ำ
รายการข้อมูล 2	จำนวนวันที่ผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับปานกลาง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับปานกลางที่สามารถลดระดับการดื่มเป็นระดับต่ำ X 100
	จำนวนผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตรายหรือติดสุร่ามีใน ช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 20 คะแนน 2 = ร้อยละ 30 คะแนน 3 = ร้อยละ 40 คะแนน 4 = ร้อยละ 50 คะแนน 5 = ร้อยละ 60
ผู้รับผิดชอบ	แผนกคัดกรอง/แผนกผู้ป่วยนอก/แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน/รพสต./หอผู้ป่วย เสี่ยงสูง

## ตัวชี้วัดที่ 12

ตัวชี้วัด	ร้อยละ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุราที่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างสันมีสามารถลดการดื่มจนมีความเสี่ยงปานกลางหรือหยุดดื่ม
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุรารอยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT มีผลคะแนนการประเมินอยู่ในช่วง 11-26 คะแนนขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุรารอยู่ในระดับอันตราย หมายถึง ผู้ป่วยผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT แล้วมีผลคะแนนการประเมินตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป ผู้ป่วยติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรม จิตใจและความนึกคิดรวมถึงความเข้าใจให้มีแรงผลักดันให้อยากดื่มสุรารอยู่เสมอ
วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นการติดตามผลการให้คำปรึกษาที่ผู้ป่วยได้รับว่ามีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุราที่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างสันมีสามารถลดระดับการดื่มเป็นความเสี่ยงปานกลางหรือต่ำได้
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถิติผู้ป่วยมารับบริการ/การลงรหัสในระบบ 43 แพ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุราที่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างสันมีสามารถลดระดับการดื่มเป็นความเสี่ยงปานกลางหรือต่ำได้
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุราที่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างสันมี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนวันผู้ป่วยที่มีการดื่มหนักของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุรา X 100 จำนวนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุราที่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างสันมีในเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 20 คะแนน 2 = ร้อยละ 30 คะแนน 3 = ร้อยละ 40 คะแนน 4 = ร้อยละ 50 คะแนน 5 = ร้อยละ 60
ผู้รับผิดชอบ	แผนกคัดกรอง/แผนกผู้ป่วยนอก/แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน/รพสต./หอผู้ป่วยเสี่ยงสูง

## 2.มาตรการการบำบัดภาวะถอนพิษสุรา

### ตัวชี้วัดที่ 1

ตัวชี้วัด	ร้อยละสถานพยาบาลมีแนวเวชปฏิบัติ/เกณฑ์เกี่ยวกับการรับผู้ป่วยมีปัญหาบริโภคนิสราเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า
คำนิยาม	แนวเวชปฏิบัติ/เกณฑ์เกี่ยวกับการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา หมายถึง แนวทางการรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการบริโภคนิสราที่กำหนดโดยทีมสหวิชาชีพ กำหนดข้อบ่งชี้และเงื่อนไขที่เหมาะสมในการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ดูแลรักษาสามารถตัดสินใจได้ง่ายขึ้นโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลที่รับรักษาผู้ป่วยมีปัญหาจากการบริโภคนิสราแบบผู้ป่วยใน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้การสำรวจ
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	จำนวนสถานพยาบาลที่มีแนวเวชปฏิบัติ/เกณฑ์เกี่ยวกับการรับผู้ป่วยมีปัญหาบริโภคนิสราเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
รายการข้อมูล 2	จำนวนสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยมีปัญหาบริโภคนิสราเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนสถานพยาบาลที่มีแนวเวชปฏิบัติ/เกณฑ์เกี่ยวกับการรับผู้ป่วยมีปัญหาบริโภคนิสราเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน X 100
	จำนวนสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยมีปัญหาบริโภคนิสราเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งหมด
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 40
	คะแนน 2 = ร้อยละ 50
	คะแนน 3 = ร้อยละ 60
	คะแนน 4 = ร้อยละ 70
	คะแนน 5 = ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง

## ตัวชี้วัดที่ 2

ตัวชี้วัด	ร้อยละของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานผ่านการอบรมหลักสูตร Alcohol withdrawal/Alcohol detoxification
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า
คำนิยาม	หลักสูตรภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) หมายถึง เป็นการอบรมเพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ให้มีทัศนคติทางบวกและมีความรู้ตามแนวเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย สามารถประเมินอาการผิดปกติ การเฝ้าระวังอาการถอนพิษสุราและการวางแผนการจำหน่ายอย่างครอบคลุม
วัตถุประสงค์	เพื่อให้บุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุราและการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเสี่ยงสูง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แฟ้มประวัติพนักงาน
แหล่งข้อมูล	ทุกสถานพยาบาล
รายการข้อมูล 1	จำนวนบุคลากรที่ให้การดูแลบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่ได้รับการอบรม
รายการข้อมูล 2	จำนวนบุคลากรที่ให้การดูแลบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนบุคลากรที่ให้การดูแลบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่ได้รับการอบรม X 100
	จำนวนบุคลากรที่ให้การดูแลบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 40
	คะแนน 2 = ร้อยละ 50
	คะแนน 3 = ร้อยละ 60
	คะแนน 4 = ร้อยละ 70
	คะแนน 5 = ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	แผนกคัดกรอง/แผนกผู้ป่วยนอก/แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน/รพสต./หอผู้ป่วยเสี่ยงสูง

## ตัวชี้วัดที่ 3

ตัวชี้วัด	ร้อยละของหอผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการบริโภคน้ำดื่มสะอาดมีระเบียบปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังความเสี่ยงก่อนให้บริการ ระหว่างรับการรักษาภาวะถอนพิษสุรา และโรคร่วมทางกาย
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า
คำนิยาม	ระเบียบปฏิบัติ หมายถึง เอกสารคุณภาพที่จัดทำขึ้นไว้เป็น guideline ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและมีภาวะติดยา อาจเป็นแผนการรักษา, CPG ที่มีการจัดทำ โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หอผู้ป่วยเสี่ยงสูง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจ
แหล่งข้อมูล	สถานพยาบาลทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	จำนวนหอผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่มีระเบียบปฏิบัติ
รายการข้อมูล 2	จำนวนหอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนหอผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่มีระเบียบปฏิบัติ}}{\text{จำนวนหอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทั้งหมด}} \times 100$
	$\frac{\text{จำนวนหอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทั้งหมด}}{\text{จำนวนหอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทั้งหมด}} \times 100$
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 40
	คะแนน 2 = ร้อยละ 50
	คะแนน 3 = ร้อยละ 60
	คะแนน 4 = ร้อยละ 70
	คะแนน 5 = ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	แผนกคัดกรอง/แผนกผู้ป่วยนอก/แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน/รพสต./หอผู้ป่วยเสี่ยงสูง



## ตัวชี้วัดที่ 3

ตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงต่อภาวะขาดสุราได้รับการประเมินภาวะถอนพิษสุราติดตามอาการขาดสุราและอาการทางจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) หมายถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ที่ดื่มสุราเป็นปริมาณมากอยู่เป็นประจำแล้วต้องหยุดดื่มอย่างฉับพลัน ผู้ป่วยมักจะมีอาการวิตกกังวล คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หากอาการรุนแรงอาจชักหรือประสาทหลอนได้ ทีมสหวิชาชีพ หมายถึง ทีมที่ทำการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ประกอบด้วยหลากหลายสาขา วิชาชีพได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตบำบัด เป็นต้น
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุรา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เวชระเบียน
แหล่งข้อมูล	หอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุราได้รับการประเมินก่อน ระหว่าง และหลังการบำบัดรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุราได้รับการประเมินก่อน ระหว่าง และหลังการบำบัดรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ X100
	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 40
	คะแนน 2 = ร้อยละ 50
	คะแนน 3 = ร้อยละ 60
	คะแนน 4 = ร้อยละ 70
	คะแนน 5 = ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	หอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทุกแห่ง

## ตัวชี้วัดที่ 3

ตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุราได้รับการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกาย
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) หมายถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ที่ดื่มสุราเป็นปริมาณมากอยู่เป็นประจำแล้วต้องหยุดดื่มอย่างฉับพลัน ผู้ป่วยมักจะมีอาการวิตกกังวล คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หากอาการรุนแรงอาจชักหรือประสาทหลอนได้ โรคร่วมทางกาย หมายถึง อาการแทรกซ้อนของการติดสุราที่มักพบได้เสมอได้แก่ อาการมือสั่น อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ การขาดสารอาหารเป็นต้น ซึ่งขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอาจต้องให้วิตามินบี 1 หรือสารน้ำแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุรา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เวชระเบียน
แหล่งข้อมูล	หอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุราได้รับการประเมินโรคร่วมทางกาย
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุราได้รับการประเมินโรคร่วมทางกาย X100
	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 40
	คะแนน 2 = ร้อยละ 50
	คะแนน 3 = ร้อยละ 60
	คะแนน 4 = ร้อยละ 70
	คะแนน 5 = ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	หอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทุกแห่ง

## ตัวชี้วัดที่ 5

ตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราได้รับการรักษาโดยใช้แนวปฏิบัติการจัดการภาวะถอนพิษสุราตามความรุนแรง
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) หมายถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ที่ดื่มสุราเป็นปริมาณมากอยู่เป็นประจำแล้วต้องหยุดดื่มอย่างฉับพลัน ผู้ป่วยมักจะมีอาการวิตกกังวล คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หากอาการรุนแรงอาจชักหรือประสาทหลอนได้ แนวปฏิบัติการจัดการภาวะถอนพิษสุรา หมายถึง แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ติดสุราแบบรักษาไว้เป็นผู้ป่วยในซึ่งมีหลักฐานจากงานวิจัยที่มีประสิทธิผลและสามารถนำมาใช้ได้ทันทีและมีคู่มือจำนวนพอสมควรที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุรา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เวชระเบียน
แหล่งข้อมูล	หอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุราได้รับการดูแลด้วยแนวปฏิบัติการจัดการภาวะถอนพิษสุรา
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุราได้รับการดูแลด้วยแนวปฏิบัติการจัดการภาวะถอนพิษสุรา X 100 จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเสี่ยงสูงจากการบริโภคสุราหรือมีภาวะติดสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 40 คะแนน 2 = ร้อยละ 50 คะแนน 3 = ร้อยละ 60 คะแนน 4 = ร้อยละ 70 คะแนน 5 = ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	หอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทุกแห่ง

## ตัวชี้วัดที่ 6

ตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราและมีภาวะการถอนพิษสุรารุนแรงได้รับการส่งต่อสถานบริการเฉพาะทาง
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) หมายถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ที่ดื่มสุราเป็นปริมาณมากอยู่เป็นประจำแล้วต้องหยุดดื่มอย่างฉับพลัน ผู้ป่วยมักจะมีอาการวิตกกังวล คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หากอาการรุนแรงอาจชักหรือประสาทหลอนได้
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีผ่านระยะการถอนพิษสุรา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เวชระเบียน
แหล่งข้อมูล	หอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราและมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงได้รับการส่งต่อ
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราและมีอาการถอนพิษสุรารุนแรง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราและมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงที่ได้รับการส่งต่อX100
	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราและมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 =ร้อยละ 40
	คะแนน 2=ร้อยละ 50
	คะแนน 3=ร้อยละ 60
	คะแนน 4=ร้อยละ 70
	คะแนน 5=ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	หอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทุกแห่ง

## ตัวชี้วัดที่ 7

ตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยที่ผ่านระยะการถอนพิษสุราได้รับคำปรึกษาอย่างสิ้นและจูงใจให้การบำบัดรักษาปัญหาการบริโภคสุรา
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) หมายถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ที่ดื่มสุราเป็นปริมาณมากอยู่เป็นประจำแล้วต้องหยุดดื่มอย่างฉับพลัน ผู้ป่วยมักจะมีอาการวิตกกังวล คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หากอาการรุนแรงอาจชักหรือประสาทหลอนได้ การให้คำปรึกษาอย่างสิ้น หมายถึง การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบสิ้นให้ผู้ดื่มสุรามีความตระหนักถึงปัญหา แล้วกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและนำทางเลือกในการบำบัดให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการเลิกสุรา
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีผ่านระยะการถอนพิษสุรา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เวชระเบียน
แหล่งข้อมูล	หอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยผู้ป่วยที่ผ่านระยะการถอนพิษสุราสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราได้ภายใน 3 วัน
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านระยะการถอนพิษสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยผู้ป่วยที่ผ่านระยะการถอนพิษสุราสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราได้ภายใน 3 วัน X100 จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านระยะการถอนพิษสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 =ร้อยละ 40 คะแนน 2=ร้อยละ 50 คะแนน 3=ร้อยละ 60 คะแนน 4=ร้อยละ 70 คะแนน 5=ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	หอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทุกแห่ง

## ตัวชี้วัดที่ 8

ตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยมีภาวะขาดสุรารุนแรง (Delirium tremens) ภายใน 72 ชั่วโมง
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) หมายถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ที่ดื่มสุราเป็นปริมาณมากอยู่เป็นประจำแล้วต้องหยุดดื่มอย่างฉับพลัน ผู้ป่วยมักจะมีอาการวิตกกังวล คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หากอาการรุนแรงอาจชักหรือประสาทหลอนได้ ภาวะขาดสุรารุนแรง หมายถึง เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการอดสุราแล้วมีอาการลงแดง (withdrawal stage) มีอาการเปลี่ยนแปลงอารมณ์อย่างรวดเร็ว กระสับกระส่าย สับสน มีเห็นภาพหลอน หรือชักกระตุก
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 30
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เวชระเบียน
แหล่งข้อมูล	หอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรารุนแรง
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรารุนแรง X100
	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 70
	คะแนน 2 = ร้อยละ 60
	คะแนน 3 = ร้อยละ 50
	คะแนน 4 = ร้อยละ 40
	คะแนน 5 = ร้อยละ 30
ผู้รับผิดชอบ	หอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทุกแห่ง

## ตัวชี้วัดที่ 9

ตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยมีปัญหาภาวะถอนพิษสุราพยายามฆ่าตัวตาย
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราได้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นผลจากการติดสุราแล้วมีการเห็นภาพหลอนหรือมีหูแว่วให้ไปกระโดดตึก เป็นต้น
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 1
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีปัญหาติดสุราและมีภาวะถอนพิษสุราที่เข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยใน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เวชระเบียน
แหล่งข้อมูล	หอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราพยายามฆ่าตัวตาย
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราพยายามฆ่าตัวตาย X100
	จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 2.5
	คะแนน 2 = ร้อยละ 2
	คะแนน 3 = ร้อยละ 1.5
	คะแนน 4 = ร้อยละ 1
	คะแนน 5 = ร้อยละ 0
ผู้รับผิดชอบ	หอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทุกแห่ง

## ตัวชี้วัดที่ 10

ตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยมีปัญหาติดสุราและมีภาวะถอนพิษสุราเสียชีวิตขณะรับการรักษา
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดผลลัพธ์
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากภาวะติดสุราเสียชีวิต หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราและอยู่ในระยะการถอนพิษสุรา หรือระหว่างรับการรักษาบำบัดฟื้นฟูเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆทั้งทางกายและทางจิต
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 1
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีปัญหาติดสุราสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เวชระเบียน
แหล่งข้อมูล	หอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยในที่เสียชีวิตจากปัญหาการบริโภคสุรา
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยในที่มีปัญหาการบริโภคสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยในที่เสียชีวิตจากภาวะถอนพิษสุราX100
	จำนวนผู้ป่วยในที่มีภาวะถอนพิษสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 =ร้อยละ 2.5
	คะแนน 2=ร้อยละ 2
	คะแนน 3=ร้อยละ 1.5
	คะแนน 4=ร้อยละ 1
	คะแนน 5=ร้อยละ 0
ผู้รับผิดชอบ	หอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทุกแห่ง



### 3.มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

#### ตัวชี้วัดที่ 1

ตัวชี้วัด	ร้อยละสถานบริการสุขภาพมีคลินิกบำบัดสุรา
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า
คำนิยาม	คลินิกบำบัดสุรา หมายถึง คลินิกเฉพาะโรคให้บริการผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ให้บริการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจ ร่วมกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราแบบอันตรายหรือมีภาวะติดสุราได้รับการบำบัดอย่างมีมาตรฐาน
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำรวจทุก 1 ปี
แหล่งข้อมูล	ทุกสถานบริการสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	จำนวนสถานบริการสุขภาพที่เปิดคลินิกบำบัดสุรา
รายการข้อมูล 2	จำนวนสถานบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไปทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนสถานบริการสุขภาพที่เปิดคลินิกบำบัดสุรา X 100
	จำนวนสถานบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไปทั้งหมดในแต่ละจังหวัด
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 20
	คะแนน 2 = ร้อยละ 30
	คะแนน 3 = ร้อยละ 40
	คะแนน 4 = ร้อยละ 50
	คะแนน 5 = ร้อยละ 60
ผู้รับผิดชอบ	คลินิกบำบัดสุรา/สถานบริการสุขภาพ

## ตัวชี้วัดที่ 2

ตัวชี้วัด	ร้อยละของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกบำบัดสุราได้รับการอบรมหลักสูตรการบำบัดผู้ติดสุราหัวข้อ CBT/MET
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า
คำนิยาม	หลักสูตรการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) หมายถึง เป็นหลักสูตรการบำบัดทางจิตที่เน้นการพูดคุยใช้ความคิดและพฤติกรรมของตนเองเป็นเครื่องมือในการออกจากปัญหาช่วยให้ผู้ป่วยปรับรูปแบบการใช้ชีวิตใหม่
วัตถุประสงค์	เพื่อให้บุคลากรที่ทำหน้าที่บำบัดผู้ป่วยที่ผ่านระยะถอนพิษสุราได้แล้วสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้โดยลดพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเลิกดื่มสุรา
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเสี่ยงสูง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แฟ้มประวัติพนักงาน
แหล่งข้อมูล	ทุกสถานพยาบาล
รายการข้อมูล 1	จำนวนบุคลากรที่ให้การดูแลบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่ได้รับการอบรม
รายการข้อมูล 2	จำนวนบุคลากรที่ให้การดูแลบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนบุคลากรที่ให้การดูแลบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่ได้รับการอบรม X 100
	จำนวนบุคลากรที่ให้การดูแลบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 40
	คะแนน 2 = ร้อยละ 50
	คะแนน 3 = ร้อยละ 60
	คะแนน 4 = ร้อยละ 70
	คะแนน 5 = ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	คลินิกบำบัดสุรา/สถานบริการสุขภาพ

## ตัวชี้วัดที่ 3

ตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดสุราได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	จิตสังคมบำบัด หมายถึง เป็นการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม การฝึกคลายเครียดให้ตนเอง เป็นกระบวนการสร้างพลังให้กับผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจตนเองและฝึกการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะในการจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมของตนเองให้สามารถอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดสุรา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แฟ้มประวัติพนักงาน
แหล่งข้อมูล	ทุกสถานพยาบาล
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดสุราได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดสุราได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด X100
	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 40
	คะแนน 2 = ร้อยละ 50
	คะแนน 3 = ร้อยละ 60
	คะแนน 4 = ร้อยละ 70
	คะแนน 5 = ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	คลินิกบำบัดสุรา

## ตัวชี้วัดที่ 4

ตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยมีการประเมินจากทีมสหวิชาชีพ
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	การวางแผนจำหน่าย หมายถึง กระบวนการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวในชุมชนโดยต้องมีการประเมินอย่างรอบด้านรวมไปถึงการส่งคนส่งเคราะห์
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะในการจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุราของตนเองและสิ่งแวดล้อม และสามารถประกอบอาชีพได้ตามความเหมาะสม
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคสุรา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แฟ้มประวัติพนักงาน
แหล่งข้อมูล	ทุกสถานพยาบาล
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราได้รับการวางแผนจำหน่ายจากทีมสหวิชาชีพ
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราได้รับการวางแผนจำหน่ายจากทีมสหวิชาชีพ X100
	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 =ร้อยละ 40
	คะแนน 2=ร้อยละ 50
	คะแนน 3=ร้อยละ 60
	คะแนน 4=ร้อยละ 70
	คะแนน 5=ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	หอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทุกแห่ง

## ตัวชี้วัดที่ 5

ตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคน้ำในคลินิกบำบัดสุราได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
คำนิยาม	การประเมินอย่างครอบคลุม หมายถึง กระบวนการประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยจะต้องได้รับการประเมินครอบคลุมทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคน้ำได้รับการประเมินปัญหาทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 90
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคน้ำ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เวชระเบียนผู้ป่วย
แหล่งข้อมูล	ทุกสถานพยาบาล
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคน้ำได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคน้ำทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคน้ำได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ X100
	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคน้ำทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 50
	คะแนน 2 = ร้อยละ 60
	คะแนน 3 = ร้อยละ 70
	คะแนน 4 = ร้อยละ 80
	คะแนน 5 = ร้อยละ 90
ผู้รับผิดชอบ	คลินิกบำบัดสุรา

## ตัวชี้วัดที่ 6

ตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดสุราได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดได้รับการติดตามภายใน 3 เดือน
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดผลลัพธ์
คำนิยาม	จิตสังคมบำบัด หมายถึง เป็นการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม การฝึกคลายเครียดให้ตนเอง เป็นกระบวนการสร้างพลังให้กับผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจตนเองและฝึกการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นการติดตามให้กำลังใจผู้ป่วยและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องป้องกันปัญหาการกลับไปดื่มซ้ำและให้การช่วยเหลือได้ทันเวลา
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดสุรา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เวชระเบียนผู้ป่วย
แหล่งข้อมูล	ทุกสถานพยาบาลที่มีคลินิกบำบัดสุรา
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดสุราที่ได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดได้รับการติดตามภายใน 3 เดือน
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดสุราที่ได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดสุราที่ได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดได้รับการติดตามภายใน 3 เดือน×100
	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการบริโภคสุราในคลินิกบำบัดสุราที่ได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 =ร้อยละ 40
	คะแนน 2=ร้อยละ 50
	คะแนน 3=ร้อยละ 60
	คะแนน 4=ร้อยละ 70
	คะแนน 5=ร้อยละ 80
ผู้รับผิดชอบ	คลินิกบำบัดสุรา

## ตัวชี้วัดที่ 7

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาการบริโภคน้ำตาลกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission) ภายในระยะ 3 เดือน
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดผลลัพธ์
คำนิยาม	การกลับมารักษาซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยอาการเดิมภายใน 28 วัน
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เวชระเบียน
แหล่งข้อมูล	หอผู้ป่วย
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและได้รับการจำหน่ายกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันด้วยอาการเดิม
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและได้รับการจำหน่ายกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันด้วยอาการเดิม X 100
	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการบริโภคสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 25
	คะแนน 2 = ร้อยละ 20
	คะแนน 3 = ร้อยละ 15
	คะแนน 4 = ร้อยละ 10
	คะแนน 5 = ร้อยละ 5
ผู้รับผิดชอบ	หอผู้ป่วยเสี่ยงสูงทุกแห่ง

## ตัวชี้วัดที่ 8

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุราที่ได้รับการบำบัดในคลินิกสุรามีการเพิ่มขึ้นของ % Absence day ณ 3 เดือนหลังการรักษา
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดผลลัพธ์
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตราย หมายถึง ผู้ป่วยผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT แล้วมีคะแนนตั้งแต่ 27คะแนนขึ้นไป ผู้ป่วยติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรม จิตใจและความนึกคิดรวมถึงความเข้าใจ ให้มีแรงผลักดันให้อยากดื่มสุร่าอยู่เสมอ % Absence day หมายถึง จำนวนวันที่ผู้มีปัญหาการบริโภคสุร่าไม่ดื่มสุร่า เทียบกับจำนวนวันที่มีโอกาสดื่มทั้งหมด (จำนวนวันที่มีโอกาสดื่มได้หมายถึงจำนวนวันที่ติดตามและผู้ป่วยมีโอกาสดื่มได้ ไม่นับช่วงที่อยู่ในสถานที่ที่ไม่สามารถดื่ม เช่น นอนโรงพยาบาล ติดคุก เป็นต้น
วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นการติดตามผลลัพธ์การบำบัดในคลินิกเฉพาะทางที่ผู้ป่วยได้รับว่ามีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตรายหรือติดสุร่าที่เข้ารับการรักษาในคลินิกบำบัดสุร่า
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถิติผู้ป่วยมารับบริการ/การลงรหัสในระบบ 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการพยาบาลทุกแห่งที่มีคลินิกบำบัดสุร่า
รายการข้อมูล 1	จำนวนวันที่ผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตรายหรือติดสุร่าที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกบำบัดสุร่าไม่ดื่มสุร่าเลย
รายการข้อมูล 2	จำนวนวันที่ผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตรายหรือติดสุร่าที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกบำบัดสุร่ามีโอกาสดื่ม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนวันที่ผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตรายหรือติดสุร่าที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกบำบัดสุร่าไม่ดื่มสุร่าเลย X 100 จำนวนวันที่ผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตรายหรือติดสุร่าที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกบำบัดสุร่ามีโอกาสดื่ม
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 20 คะแนน 2 = ร้อยละ 30 คะแนน 3 = ร้อยละ 40 คะแนน 4 = ร้อยละ 50 คะแนน 5 = ร้อยละ 60
ผู้รับผิดชอบ	คลินิกบำบัดสุร่า



## ตัวชี้วัดที่ 9

ตัวชี้วัด	ร้อยละ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุราที่ได้รับการบำบัดในคลินิกบำบัดสุรามีการลดลงของ % Heavy drinking day ณ 3 เดือน หลังรับการรักษา
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดผลลัพธ์
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตราย หมายถึง ผู้ป่วยผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT แล้วมีคะแนนตั้งแต่ 27คะแนนขึ้นไป ผู้ป่วยติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรม จิตใจและความนึกคิดรวมถึงความเข้าใจ ให้มีแรงผลักดันให้อยากดื่มสุร่าอยู่เสมอ % Heavy drinking day หมายถึง จำนวนวันที่ผู้มีปัญหาการบริโภคสุร่าดื่มสุร่าหนักเทียบกับจำนวนวันที่มีโอกาสดื่มทั้งหมด (จำนวนวันที่มีโอกาสดื่มได้ หมายถึงจำนวนวันที่ติดตามและผู้ป่วยมีโอกาสดื่มได้ ไม่นับช่วงที่อยู่ในสถานที่ที่ไม่สามารถดื่ม เช่น นอนโรงพยาบาล ติดคุก เป็นต้น
วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นการติดตามผลการบำบัดรักษาในคลินิกบำบัดสุร่าว่ามีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุร่าที่ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างสั้น
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถิติผู้ป่วยมารับบริการ/การลงรหัสในระบบ 43 แพ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการพยาบาลทุกแห่งที่มีคลินิกบำบัดสุร่า
รายการข้อมูล 1	จำนวนวันผู้ป่วยที่มีการดื่มหนักของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุร่าที่เข้าบำบัดในคลินิกบำบัดสุร่า
รายการข้อมูล 2	จำนวนวันทั้งหมดที่มีโอกาสดื่มของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุร่าที่เข้าบำบัดในคลินิกบำบัดสุร่า
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนวันผู้ป่วยที่มีการดื่มหนักของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุร่าที่เข้าบำบัดในคลินิกบำบัดสุร่า X 100 จำนวนวันทั้งหมดที่มีโอกาสดื่มของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุร่าที่เข้าบำบัดในคลินิกบำบัดสุร่า
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 20 คะแนน 2 = ร้อยละ 30 คะแนน 3 = ร้อยละ 40 คะแนน 4 = ร้อยละ 50 คะแนน 5 = ร้อยละ 60
ผู้รับผิดชอบ	คลินิกบำบัดสุร่า

#### 4.มาตรการการดูแลรักษาระยะยาวภายหลังการรักษา

##### ตัวชี้วัดที่ 1

ตัวชี้วัด	สถานพยาบาลมีการให้บริการดูแลระยะยาวระดับ 3 ขึ้นไป
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า
วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์การรักษา สามารถดูประสิทธิผลได้
คำนิยาม	ระดับ 0 หมายถึง ยังไม่มีการดำเนินการใดๆ ระดับ 1 หมายถึง มีการวิเคราะห์ศักยภาพของสถานพยาบาล ชุมชนและหารูปแบบกิจกรรมการดูแลระยะยาวที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ระดับ 2 หมายถึง มีการวางแผนดำเนินการกิจกรรมดูแลระยะยาว ระดับ 3 หมายถึง มีการเริ่มดำเนินการกิจกรรมในพื้นที่ ระดับ 4 หมายถึง มีการดำเนินการกิจกรรมการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ระดับ 5 หมายถึง มีการประเมินผลกิจกรรมการดูแลระยะยาวในพื้นที่
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจ
แหล่งข้อมูล	สถานพยาบาลทุกแห่ง
รายการข้อมูล 1	จำนวนสถานพยาบาลที่มีบริการการดูแลผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราระยะยาวหลังการรักษา ระดับ 3 ขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	จำนวนสถานพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนสถานพยาบาลที่มีบริการการดูแลผู้มีปัญหาจากการบริโภคสุราระยะยาว หลังการรักษา ระดับ 3 ขึ้นไป X100 จำนวนสถานพยาบาลทั้งหมด
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 30
	คะแนน 2 = ร้อยละ 40
	คะแนน 3 = ร้อยละ 50
	คะแนน 4 = ร้อยละ 60
	คะแนน 5 = ร้อยละ 70
ผู้รับผิดชอบ	สถานบริการสุขภาพทุกแห่ง

## ตัวชี้วัดที่ 2

ตัวชี้วัด	อัตราคงอยู่ในโปรแกรม after care ของผู้ป่วยที่ผ่านระยะถอนพิษสุราแล้ว
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดกระบวนการ
วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์การรักษา สามารถดูประสิทธิผลได้
คำนิยาม	อัตราคงอยู่ในโปรแกรม หมายถึง จำนวนผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่เข้าร่วมโปรแกรม after care สม่าเสมอมากกว่าครึ่งหนึ่งของนัดหมายที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยทุกคนที่มีปัญหาสุราที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมทางจิตสังคมและกลับไปอยู่บ้าน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 3 เดือน 6 เดือน
แหล่งข้อมูล	แบบติดตามเยี่ยมบ้าน
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุราที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมทางจิตสังคมและกลับไปอยู่บ้านที่ยังอยู่ในโปรแกรม
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุราที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมทางจิตสังคมและกลับไปอยู่บ้านทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุราที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมทางจิตสังคมและกลับไปอยู่บ้านที่ยังอยู่ในโปรแกรม X 100
	จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุราที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมทางจิตสังคมและกลับไปอยู่บ้านทั้งหมด
เกณฑ์การประเมิน	1=ร้อยละ 20
	2=ร้อยละ 30
	3=ร้อยละ 40
	4=ร้อยละ 50
	5=ร้อยละ 60
ผู้รับผิดชอบ	คลินิกบำบัดสุรา/สถานบริการสุขภาพ

## ตัวชี้วัดที่ 3

ตัวชี้วัด	ร้อยละ ของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุราที่ได้รับการบำบัดในคลินิกสุรา มีการเพิ่มขึ้นของ % Absence day ณ 3 เดือนหลังการรักษา
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดผลลัพธ์
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุรอยู่ในระดับอันตราย หมายถึง ผู้ป่วยผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT แล้วมีคะแนนตั้งแต่ 27คะแนนขึ้นไป ผู้ป่วยติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรม จิตใจและความนึกคิดรวมถึงความเข้าใจให้มีความผลักดันให้อยากดื่มสุร่าอยู่เสมอ % Absence day หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยมีอาการหรือภาวะไม่ดื่มสุราเทียบกับจำนวนวันที่มีโอกาสดื่มทั้งหมด (จำนวนวันที่มีโอกาสดื่มได้หมายถึงจำนวนวันที่ติดตามและผู้ป่วยมีโอกาสดื่มได้ ไม่นับช่วงที่อยู่ในสถานที่ที่ไม่สามารถดื่ม เช่น นอนโรงพยาบาล ติดคุก เป็นต้น
วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นการติดตามผลลัพธ์การบำบัดในคลินิกเฉพาะทางที่ผู้ป่วยได้รับว่ามีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตรายหรือติดสุราที่เข้ารับการรักษาในคลินิกบำบัดสุรา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถิติผู้ป่วยมารับบริการ/การลงทะเบียนในระบบ 43 แฟ้ม/การดึงข้อมูลในระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย
แหล่งข้อมูล	สถานบริการพยาบาลทุกแห่งที่มีคลินิกบำบัดสุรา
รายการข้อมูล 1	จำนวนวันที่ผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตรายหรือติดสุราที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกบำบัดสุราไม่ดื่มสุร่าเลย
รายการข้อมูล 2	จำนวนวันที่ผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตรายหรือติดสุราที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกบำบัดสุร่ามีโอกาสดื่ม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนวันที่ผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตรายหรือติดสุราที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกบำบัดสุร่าไม่ดื่มสุร่าเลย X 100
	จำนวนวันที่ผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุร่าอยู่ในระดับอันตรายหรือติดสุราที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกบำบัดสุร่ามีโอกาสดื่ม
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 20 คะแนน 2 = ร้อยละ 30 คะแนน 3 = ร้อยละ 40 คะแนน 4 = ร้อยละ 50 คะแนน 5 = ร้อยละ 60
ผู้รับผิดชอบ	คลินิกบำบัดสุรา

## ตัวชี้วัดที่ 4

ตัวชี้วัด	ร้อยละ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุราที่ได้รับการบำบัดในคลินิกบำบัดสุรามีการลดลงของ % Heavy drinking day ณ 3 เดือน หลังรับการรักษา
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดผลลัพธ์
คำนิยาม	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุราอยู่ในระดับอันตราย หมายถึง ผู้ป่วยผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT แล้วมีคะแนนตั้งแต่ 27คะแนนขึ้นไป ผู้ป่วยติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรม จิตใจและความนึกคิดรวมถึงความเข้าใจ ให้มีแรงผลักดันให้อยากดื่มสุราอยู่เสมอ % Heavy drinking day หมายถึง จำนวนวันที่ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราดื่มสุราหนักเทียบกับจำนวนวันที่มีโอกาสดื่มทั้งหมด (จำนวนวันที่มีโอกาสดื่มได้ หมายถึงจำนวนวันที่ติดตามและผู้ป่วยมีโอกาสดื่มได้ ไม่นับช่วงที่อยู่ในสถานที่ที่ไม่สามารถดื่ม เช่น นอนโรงพยาบาล ติดคุก เป็นต้น
วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นการติดตามผลการบำบัดรักษาในคลินิกบำบัดสุรามีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุราที่ได้รับการบำบัดในคลินิกสุรา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถิติผู้ป่วยมารับบริการ/การลงรหัสในระบบ 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการพยาบาลทุกแห่งที่มีคลินิกบำบัดสุรา
รายการข้อมูล 1	จำนวนวันผู้ป่วยที่มีการดื่มหนักของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุราที่เข้าบำบัดในคลินิกบำบัดสุรา
รายการข้อมูล 2	จำนวนวันทั้งหมดที่มีโอกาสดื่มของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุราที่เข้าบำบัดในคลินิกบำบัดสุรา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนวันผู้ป่วยที่มีการดื่มหนักของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุราที่เข้าบำบัดในคลินิกบำบัดสุรา X 100 จำนวนวันทั้งหมดที่มีโอกาสดื่มของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มแบบอันตรายและสงสัยว่าติดสุราที่เข้าบำบัดในคลินิกบำบัดสุรา
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 20 คะแนน 2 = ร้อยละ 30 คะแนน 3 = ร้อยละ 40 คะแนน 4 = ร้อยละ 50 คะแนน 5 = ร้อยละ 60
ผู้รับผิดชอบ	คลินิกบำบัดสุรา

## ตัวชี้วัดที่ 5

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่เข้าโปรแกรม after care ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission) ในระยะเวลา 6 เดือน
ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดผลลัพธ์
วัตถุประสงค์	เพื่อเป็นการประเมินผลลัพธ์การรักษา สามารถดูประสิทธิผลได้ว่าประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด
คำนิยาม	โปรแกรม after care หมายถึง กระบวนการบำบัดผู้มีปัญหาจากการติ่มสุราได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่ผ่านระยะถอนพิษสุราและเข้าร่วมกิจกรรมสังคมบำบัดแล้ว จำหน่ายไปอยู่กับครอบครัวและได้รับการเฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรมการติ่มอย่างสม่ำเสมอในระยะ 1 ปีภายหลังการรักษา
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมทางจิตสังคมและกลับไปอยู่บ้าน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การติดตามเยี่ยมบ้าน/เวชระเบียนผู้ป่วย
แหล่งข้อมูล	หอผู้ป่วยเสี่ยงสูงและคลินิกบำบัดสุรา
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่เข้าโปรแกรม after care ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 2	จำนวนผู้ที่มีปัญหาสุราที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมทางจิตสังคมและกลับไปอยู่บ้านทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่เข้าโปรแกรม after care ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลระยะ 6 เดือน X100
	จำนวนผู้ที่มีปัญหาสุราที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมทางจิตสังคมและกลับไปอยู่บ้านทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน 1 = ร้อยละ 30
	คะแนน 2 = ร้อยละ 40
	คะแนน 3 = ร้อยละ 50
	คะแนน 4 = ร้อยละ 60
	คะแนน 5 = ร้อยละ 70
ผู้รับผิดชอบ	หอผู้ป่วยเสี่ยงสูง/คลินิกบำบัดสุรา