

รายงานผลการดำเนินงาน

โครงการพัฒนารูปแบบ

การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ

(i-MAP Health)



มาตรการ
จัดการ
ระยะแรก



มาตรการ
บำบัดรักษา
ภาวะถอนพิษสุรา



มาตรการดูแล
ระยะยาว
หลังการรักษา



มาตรการ
บำบัดรักษาและ
ฟื้นฟูสภาพ



สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.)

รายงานผลการดำเนินงาน
โครงการพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ
(i-MAP Health)



จัดทำโดย

แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.)

รายงานผลการดำเนินงาน

โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหา การดื่มสุราในระบบสุขภาพ (i-MAP Health)

ISBN : 978-616-11-0754-3

เรียบเรียงโดย

พญ. พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์

ผู้จัดการแผนงาน ผรส.

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์

นักวิชาการบริหารแผนงาน ผรส.

สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

จัดทำ พิมพ์ เผยแพร่ และสงวนลิขสิทธิ์โดย

แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)

ชั้น 2 อาคารฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลสวนปรุง

เลขที่ 131 ถนนช้างหล่อ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 โทรสาร 0-5327-3201 www.i-mapthailand.org

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กรกฎาคม 2554

จำนวน : 168 หน้า

จำนวนที่พิมพ์ : 2,000 เล่ม

ออกแบบ/พิมพ์ : วนิดาการพิมพ์ โทรศัพท์ 0-5311-0503-4, 08-1783-8569

ข้อมูลการค้นคว้า :

พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์, สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. รายงานผลการดำเนินงาน

โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ. เชียงใหม่:

แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2554.

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ่ายทอด ไม่ว่าด้วยรูปแบบหรือวิธีการใด ๆ เพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนเอกสารได้ที่แผนงาน ผรส. โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 โทรสาร 0-5327-3201 หรือดาวน์โหลดข้อมูลได้ที่ www.i-mapthailand.org

คำนำ

การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อม ขึ้นอยู่กับลักษณะและปริมาณการดื่ม ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพกาย เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ บาดเจ็บเสียชีวิต เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคติดสุรา โรคจิตจากสุรา นอกจากนั้นการดื่มสุรายังไม่เพียงส่งผลกระทบต่อบุคคล แต่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ เป็นต้นเหตุของความรุนแรงในครอบครัว อาชญากรรม ปัญหาการทำงาน และอื่น ๆ

สถานการณ์ปัญหาการดื่มสุราของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปี พ.ศ. 2551 พบว่าประชากรไทยมากกว่า 5 ล้านคนมีความผิดปกติพฤติกรรม การดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders) จากปัญหาที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อภาระการดูแลในระบบสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลเฉพาะทาง (โรงพยาบาล/สถาบันจิตเวช สถาบัน/ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด) ต่างมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการให้บริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุราตามความรุนแรง และมีระบบการดูแลรักษาที่แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน

แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) ในปี พ.ศ. 2553 ที่ผ่านมา ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ นำร่อง (Integrated Management of Alcohol Intervention program in Health Care System; i-MAP Health) ในโรงพยาบาลเฉพาะทาง 8 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง และสถานพยาบาลปฐมภูมิ เช่น สถานีอนามัย/PCU 184 แห่ง จาก 10 จังหวัดทั่วประเทศ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

แผนงาน พรส. ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงาน พรส. และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแผนงาน พรส. มาโดยตลอด ขอขอบพระคุณ ผู้บริหารหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ในการร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำมาพัฒนาและต่อยอดการดำเนินงานเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ประสบปัญหาการดื่มสุราและครอบครัวต่อไป

สารบัญ

คำนำ	ก
สารบัญ	ค
บทสรุปผู้บริหาร	ง
บทนำ	ช
บทที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพ	1
บทที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินงาน i-MAP Health	11
บทที่ 3 การพัฒนาหลักสูตรอบรม	24
บทที่ 4 สรุปการดำเนินงาน i-MAP Health รายจังหวัด	34
บทที่ 5 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	62
บทที่ 6 ผลการนิเทศติดตามเชิงบริหารจัดการโครงการ i-MAP Health	104
บทที่ 7 ผลการประเมินผู้เข้าร่วมโครงการ i-MAP Health	109
บทที่ 8 รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพฉบับปรับปรุง	132
บทที่ 9 สรุปบทเรียนรู้ ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	148
ภาคผนวก คณะทำงาน	155

บทสรุปผู้บริหาร

โครงการนำร่องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพ (i-MAP Health) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยให้ครอบคลุมตามระดับและความรุนแรงของปัญหา โดยประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก ได้แก่ 1) มาตรการการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและการบำบัดแบบสั้น เพื่อค้นหาผู้มีปัญหาการติ่มสุราในผู้ป่วยที่มาใช้บริการสุขภาพ และให้การบำบัดแบบสั้นในผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุราแบบเสี่ยงหรือติ่มแบบอันตราย หรือจูงใจให้เข้ารับบริการที่เหมาะสม 2) มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุรา รักษาและลดอันตรายจากโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนทางกาย 3) มาตรการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยลด ละ เลิกสุรา ป้องกันการกลับติ่มซ้ำ และเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติสุข 4) มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถงดการหยุดติ่มหรือลดความเสี่ยงในการติ่มลงและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน สังคมได้อย่างมีคุณภาพ

แผนงาน พรส. ยังได้พัฒนาหลักสูตรเพื่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพ โดยแบ่งหลักสูตรเป็น 2 ระดับ คือ สำหรับบุคลากรสุขภาพทั่วไป และสำหรับบุคลากรสุขภาพเฉพาะทางที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดสุราโดยตรง ได้แก่ หลักสูตรการบำบัดรักษาผู้ติดสุราการให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy; MET) และหลักสูตรการบำบัดรักษาผู้ติดสุราด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) โดยทั้งสามหลักสูตร ได้ผ่านการพัฒนาด้วยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ

รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพ (i-MAP Health) นี้ ได้ทดลองนำร่องในพื้นที่ 10 จังหวัดครอบคลุมทุกภาค ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดลำพูน จังหวัดน่าน กรุงเทพมหานคร จังหวัดสระแก้ว จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดขอนแก่น จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดสงขลา ด้วยการบริหารจัดการโครงการ สนับสนุนวิชาการ และนิเทศติดตามผ่านหน่วยงานหลักในพื้นที่ หรือ PM (project manager) พื้นที่ จากโรงพยาบาลจิตเวช 7 แห่ง ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด 1 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง หลังจากนั้น PM พื้นที่ได้นำไปขยายการดำเนินงานในพื้นที่อย่างน้อย 2 อำเภอ ที่รวมสถานพยาบาล ทั้งระดับโรงพยาบาลและสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยให้เลือกนำมาตราการของ i-MAP Health ที่เหมาะสมกับบริบทของตนไปทดลองใช้ ทำให้เกิดสถานพยาบาล ที่มีการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพทั้งหมด คือ โรงพยาบาลจิตเวช 7 แห่ง ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง สถานพยาบาลปฐมภูมิ 184 แห่ง ผลการดำเนินงาน รายจังหวัดแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบ i-MAP Health บูรณาการ เข้ากับระบบสุขภาพ แต่ต้องเลือกเฉพาะมาตรการที่เหมาะสมสำหรับสถานพยาบาล แต่ละระดับ และการคัดเลือกตัวชี้วัดที่จำเป็น ง่ายต่อการเก็บและมีประโยชน์ในแง่ ที่แสดงถึงผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่แท้จริง

การดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพนี้ ได้กำหนดตัวชี้วัดไว้ในแต่ละมาตรการ แบ่งเป็นตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า (input) ตัวชี้วัด กระบวนการ (process) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (output) รวม 35 ตัวชี้วัด เพื่อทดลองใช้ และทดสอบความสามารถในการวัดและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และแผนงาน ผรส. ยังได้มีการนิเทศติดตามการดำเนินงานและให้คำปรึกษาพื้นที่นำร่องทั้ง 10 จังหวัด ในภาพรวมพบว่าทั้งสี่มาตรการสามารถบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพ ได้มากขึ้นอยู่กับการบริบทของหน่วยงาน แต่ส่งผลให้คุณภาพในการให้บริการ ผู้ป่วยดีขึ้น

แผนงาน ผรส. ได้จัดทำการประชุมความพึงพอใจของผู้ร่วมโครงการนำร่อง พัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพ เพื่อประเมินความ พึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ ประเมินการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง และปัญหา

อุปสรรคที่พบ ทั้งจากผู้บริหาร ผู้ประสานงาน และผู้ปฏิบัติงาน โดยผู้บริหารส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระบบ i-MAP Health โดยเฉพาะในประเด็นที่ระบบฯ มีรูปแบบและวิธีการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการแต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะ การให้ผู้บริหารเป็นผู้มอบนโยบาย การมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร และเป็นระบบที่เป็นไปได้ในการบูรณาการเข้ากับระบบบริการปกติ ผู้ประสานงาน และผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดทั้งในภาพรวม ด้านการดำเนินงาน ด้านสื่อ/ เอกสารประกอบการทำงาน ด้านการนำระบบ i-MAP Health ไปใช้ และด้านการสามารถประยุกต์เข้าสู่งานประจำ นอกจากนี้บุคลากรพื้นที่ยังสนับสนุนให้มีการดำเนินงานตามระบบ i-MAP Health อย่างยั่งยืน แต่ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมและการสนับสนุนด้านวิชาการอย่างต่อเนื่อง และมีนโยบายเชิงบริหารสนับสนุน

อย่างไรก็ตามจากผลการดำเนินงาน ผลการนิเทศ และผลการประเมินทั้งหมด แผนงาน พรส. ได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนและรับข้อเสนอการปรับปรุง i-MAP Health เพิ่มเติม และได้สรุปประเด็นเพื่อการปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพ ซึ่งยังคงมาตรการทั้ง 4 มาตรการไว้ มีการปรับบางกิจกรรม มีการกำหนดสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องและระเบียบปฏิบัติในแต่ละมาตรการให้ชัดเจนขึ้น ปรับตัวชี้วัดเหลือเพียง 18 ตัวชี้วัดจากสี่มาตรการ

แผนงาน พรส. ได้จัดทำทสรุปรเรียนรู้ ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากผลการดำเนินการโครงการนำร่องนี้ โดยเสนอให้ความสำคัญปัญหาการติ่มสุราให้อยู่ในปัญหาสาธารณสุขลำดับต้นๆ เนื่องจากเป็นความเสี่ยงสำคัญและก่อให้เกิดภาระทางสุขภาพสูง และควรมีการวางแผนในการจัดบริการเพื่อการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราอย่างครบวงจรทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาบำบัดและฟื้นฟู และมีการกำหนดบทบาทสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ชัดเจน สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดคุณภาพในการให้บริการตามมาตรการทั้งสี่ และสนับสนุนกลไกการบริหารจัดการทั้งทรัพยากรบุคลากรและการเงิน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

บทนำ

แผนงานการพัฒนา ระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ชื่อเดิม) หรือ แผนงานการพัฒนา ระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ชื่อใหม่) ชื่อย่อ ผรส. ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ระบบ รูปแบบ และวิธีการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยในพื้นที่นำร่องโดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

แม้ว่าที่ผ่านมา การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราได้มีการพัฒนาและสนับสนุนจากหลายหน่วยงานมาบ้างแล้ว แต่จากปัญหาการดื่มสุราที่เพิ่มอย่างมากในสังคมไทยจนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะสุขภาพ ในขณะที่บริการสุขภาพทั้งระบบยังไม่มีกลไกหรือรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา แผนงาน ผรส. จึงได้พัฒนา “รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ” หรือ “Integrated Management of Alcohol Intervention Program in Health Care System” ที่เรียกชื่อย่อว่า “i-MAP Health” ขึ้น เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่สามารถบูรณาการเข้ากับสถานพยาบาลสุขภาพในแต่ละระดับตามความรุนแรงของปัญหาที่พบ และพัฒนาหลักสูตรอบรมความรู้การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น และการบำบัดเฉพาะทางขึ้น โดยได้ทดลองในพื้นที่นำร่อง 10 จังหวัด ทั้งในระดับโรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานพยาบาลปฐมภูมิ พร้อมทั้งให้การสนับสนุนองค์ความรู้ วิทยากร สื่อ เอกสาร ประกอบการทำงานและงบประมาณ ในการทดลองนำร่อง และมีการนิเทศติดตามการดำเนินงานในหน่วยงานทุกระดับ โดยใช้วิธีบริหารจัดการโครงการและวิชาการ

ผ่านหน่วยงานหลักในพื้นที่ (project manager; PM) เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับระบบบริการด้านสุขภาพของไทย และนำไปสู่การบูรณาการเข้ากับงานประจำเพื่อความยั่งยืนของการดำเนินงานต่อไป

การดำเนินงานตามโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพในพื้นที่นำร่องนี้ ได้ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 และรายงานฉบับนี้เป็นผลผลิตจากรายงานสรุปผลดำเนินการโครงการและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อการพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมระบบบริการสุขภาพต่อไป

บทที่ 1

รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในสถานพยาบาล

วัตถุประสงค์รอง

1. พัฒนามาตรการการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและการบำบัดแบบสั้นในสถานพยาบาล
2. พัฒนามาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกายในสถานพยาบาล
3. พัฒนามาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล
4. พัฒนามาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษาในสถานพยาบาล
5. ปรับปรุงระบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในสถานพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพไทยในแต่ละพื้นที่
6. ศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายผลระบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในสถานพยาบาลเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการ สถานพยาบาลสุขภาพตั้งแต่ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์การแพทย์ชุมชน สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่ โรงพยาบาล/สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต สถาบัน/ศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติดในสังกัดกรมการแพทย์

ประชากรเป้าหมาย ผู้ที่เข้ารับบริการที่สถานพยาบาลสุขภาพ (ทั้งผู้ป่วยทั่วไป และผู้ที่มาด้วยปัญหาการติ่มสุรา) ที่ตรวจพบว่ามีปัญหาการติ่มสุรา หมายถึง ผู้ติ่มสุราที่ติ่มแบบเสี่ยง (hazardous) ผู้ติ่มแบบอันตราย (harmful) และผู้ติ่มแบบติด (dependence)

ประชากรผู้ปฏิบัติงาน แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสุขภาพ

รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพ (i-MAP Health) ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก แสดงดังแผนภาพที่ 1



แต่ละมาตรการประกอบด้วย

- วัตถุประสงค์
- หน่วยบริการสุขภาพ
- กลุ่มเป้าหมาย
- กิจกรรมบริการ
- เครื่องมือ/สื่อ/อุปกรณ์/แบบบันทึก
- ระเบียบปฏิบัติ
- ตัวชี้วัด
- กิจกรรมสนับสนุน การอบรม
- หนังสืออ่านประกอบ และเอกสารอ้างอิง

แผนภาพที่ 1 มาตรการ i-MAP Health

โดยแต่ละสถานพยาบาลนำร่องสามารถเลือกบางมาตรการที่เหมาะสมกับ
หน่วยงานของตนเอง หรือหน่วยงานมีความพร้อม หรือเลือกทุกมาตรการเพื่อพัฒนา
รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในหน่วยงานของตน ภายใต้การสนับสนุนของ
PM พื้นที่



แผนภาพที่ 2 ตัวอย่างสื่อในการดำเนินงานตามมาตรการ i-MAP Health

1.1 มาตรการการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้น

มาตรการการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้น (alcohol screening and brief intervention) หรือมาตรการการจัดการระยะแรก (early Intervention) เป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ เน้นที่การค้นหาและวินิจฉัยผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นโดยเน้นกลุ่มเสี่ยงและให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหาผู้มีปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสุขภาพทั่วไป
2. เพื่อให้ผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinker) หรือดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) ได้รับการแนะนำแบบสั้น (brief advice) เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยการหยุดดื่มหรือดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ
3. เพื่อให้ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดสุราหรือมีปัญหาการดื่มสุรารุนแรงได้รับคำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) เพื่อหยุดดื่มหรือจูงใจ (motivated) ให้เข้ารับบริการที่เหมาะสม

คำจำกัดความ

ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) หมายถึงลักษณะการดื่มสุราที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองหรือผู้อื่น พฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงนี้ถือว่ามีผลสำคัญในเชิงสาธารณสุข แม้ว่าขณะนี้ผู้ดื่มจะยังไม่เกิดความเจ็บป่วยใดๆ ก็ตาม

ดื่มแบบอันตราย (harmful drinking) หมายถึงรูปแบบของการดื่มที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย (เช่น ตับถูกทำลายจากการดื่มเรื้อรัง) หรือทางจิตใจ (เช่น มีอาการซึมเศร้าตามหลังการดื่ม) หรือทางสังคม เช่น (มีปัญหากฎหมาย ขาดเรียน ขาดงาน มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ) ซึ่งผู้ดื่มในกลุ่มนี้จะมีประวัติประสบปัญหาทางร่างกายและจิตใจเนื่องจากการดื่มสุราเป็นประจำมาแล้ว และ/หรือ ได้รับบาดเจ็บเกิดความรุนแรง มีปัญหาทางกฎหมาย มีความบกพร่องในด้านสมรรถภาพการทำงานหรือเกิดปัญหาสังคมเนื่องมาจากการมีปัญหามาบ่อยๆ

ดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ หมายถึง รูปแบบการดื่มและปริมาณการดื่มที่มีโอกาสก่อให้เกิดความเสียหายต่อตัวผู้ดื่มหรือบุคคลอื่นค่อนข้างน้อย ซึ่งตามหลักวิชาการบ่งชี้ว่าความเสี่ยงต่ออันตรายจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หากที่ดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันและดื่มมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ อย่างไรก็ตามในบางสถานการณ์ แม้ว่าปริมาณการดื่มสุราเพียงเล็กน้อยก็สามารถเกิดอันตรายได้

การแนะนำแบบสั้น (brief advice) เป็นการสะท้อนข้อมูลและให้คำแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับการดื่ม ผลกระทบของการดื่มสุรา และการดื่มแบบเสี่ยงน้อยเพื่อปรับทัศนคติในการดื่ม สร้างความตระหนักถึงปัญหาที่ถูกมองข้าม มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณและความถี่การดื่มให้อยู่ในระดับที่มีความเสี่ยงต่ำหรือไม่ดื่มเลย โดยการชักจูง โน้มน้าว และให้กำลังใจ ใช้เวลาในการแนะนำประมาณ 5-10 นาที

การให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) เป็นกระบวนการบำบัดที่เข้มข้นกว่า ใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมาะสมในผู้ป่วยดื่มสุราที่เกิดปัญหาขึ้นมาแล้ว เน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างความตระหนักในพฤติกรรมดื่มของตน

หน่วยบริการสุขภาพ

สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์การแพทย์ชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไป คลินิกเฉพาะทาง คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกจิตเวชทั่วไป ห้องตรวจฉุกเฉิน หอผู้ป่วยในทั่วไป หอผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยทุกคนที่อายุ 15 ปีขึ้นไปเข้ารับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ, ผู้ป่วยวัยรุ่นชาย, ผู้ป่วยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุรา เช่น ผู้ป่วยตับแข็ง กระเพาะอักเสบ แผลในกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยจิตเวช/ยาเสพติด ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และผู้สูงอายุ

กิจกรรมบริการ

- กิจกรรมที่ 1.1 การคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา (alcohol screening)
- กิจกรรมที่ 1.2 การบำบัดแบบสั้น (brief intervention: การให้คำแนะนำ/ปรึกษาเบื้องต้น)

1.2 มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย

มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา (detoxification) และโรคร่วมทางกายนี้เป็นการป้องกันขั้นต้นตติยภูมิ ดูแลรักษาผู้ติดสุราที่มักมีความเสี่ยงในการเกิดอาการขาดสุรา หรือผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนจากการเมาสุราหรือขาดสุราที่จำเป็นต้องให้การประเมิน เฝ้าระวัง ติดตามอาการ และให้การรักษา ซึ่งในบางภาวะถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงในผู้ติดสุรา
2. เพื่อรักษาภาวะถอนพิษสุรา
3. เพื่อลดอันตรายจากโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนทางกายในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

หน่วยบริการสุขภาพ

1. คลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไป/เฉพาะทาง คลินิกสุขภาพจิต/ยาเสพติด
2. หอผู้ป่วยใน โดยเฉพาะหอผู้ป่วยเสี่ยง เช่น หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยออโรปิติกส์ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยสุรา

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ที่สงสัยว่าติดสุรา ผู้ติดสุราที่แสดงอาการขาดสุรา ผู้ติดสุราที่มีประวัติขาดสุรา โดยเฉพาะผู้ติดสุราที่มีประวัติขาดสุรารุนแรง (ชัก/delirium) ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคร่วมทางกาย ผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือมีภาวะฉุกเฉินทางกายที่มีปัญหาการดื่มสุรา

กิจกรรมบริการ

- กิจกรรมที่ 2.1 การประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุรา
- กิจกรรมที่ 2.2 การเฝ้าระวังความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุรา
- กิจกรรมที่ 2.3 การรักษาภาวะถอนพิษสุรา
- กิจกรรมที่ 2.4 การประเมินและรักษาโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนทางกาย
- กิจกรรมที่ 2.5 การบำบัดแบบสั้น หลังผ่านการรักษาภาวะถอนพิษหรือโรคร่วมทางกาย

1.3 มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (treatment and rehabilitation) เป็นขั้นตอนในการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ลด ละ เลิกดื่มโดยการบำบัดฟื้นฟูทางจิตใจ ป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ การติดตามอย่างต่อเนื่องระยะยาวจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมการหยุดดื่มได้ อาจพิจารณาการรักษาด้วยยาหากมีความจำเป็น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ ลด ละ เลิกดื่ม
2. เพื่อป้องกันการกลับดื่มซ้ำ
3. เพื่อเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติสุข

หน่วยบริการสุขภาพ

1. สถานพยาบาลเฉพาะทาง เช่น คลินิกสุขภาพจิต/ยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ คลินิกยาเสพติดในศูนย์บริการสาธารณสุข (กทม.) ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
2. สถานพยาบาลปฐมภูมิที่มีศักยภาพ เช่น สถานีอนามัย หรือ PCU ที่มีความพร้อม

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ติดยาทุกคน ผู้ติดยาที่ผ่านการถอนพิษยา
2. ผู้ดื่มแบบอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้

กิจกรรมบริการ

- กิจกรรมที่ 3.1 การประเมินปัญหาการติ่มสุราอย่างครอบคลุม
- กิจกรรมที่ 3.2 การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด (psychosocial treatment)
- กิจกรรมที่ 3.3 การรักษาด้วยยา (pharmacological treatment)
- กิจกรรมที่ 3.4 การช่วยเหลือด้านครอบครัว

1.4 มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา

มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา (aftercare) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการป้องกันแบบตติยภูมิ ที่ติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนโดยเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้มีปัญหาการติ่มสุราสามารถคงการหยุดติ่มหรือลดความเสี่ยงในการติ่มได้เมื่อกลับสู่ชุมชน ลักษณะของบริการหลังการรักษานั้นมีได้หลายรูปแบบ อาจใช้กระบวนการกลุ่มดูแลตนเอง การบำบัดเสริมแรงและควบคุมสิ่งแวดล้อมโดยชุมชน เครือข่ายผู้ป่วยและผู้ดูแล หรืออาจเป็นบริการจากบุคลากรสุขภาพโดยส่วนใหญ่แล้วบุคลากรสุขภาพจะเป็นกำลังสำคัญในการริเริ่มงานในระดับนี้ โดยได้รับความร่วมมือจากชุมชนที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน หรือเครือข่ายสุขภาพ หรือเครือข่ายอื่นๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สามารถคงการหยุดดื่มหรือลดความเสี่ยงในการดื่มลง
2. เพื่อให้กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน สังคม ได้อย่างมีคุณภาพ

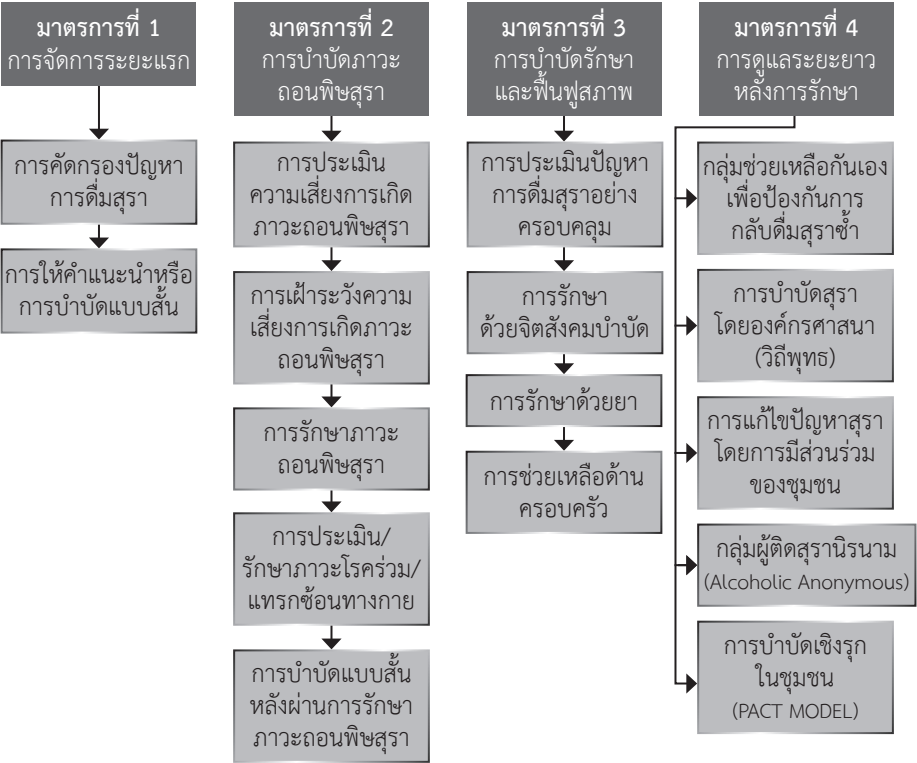
กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ติดสุราที่ผ่านการบำบัด ผู้ดื่มแบบอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้

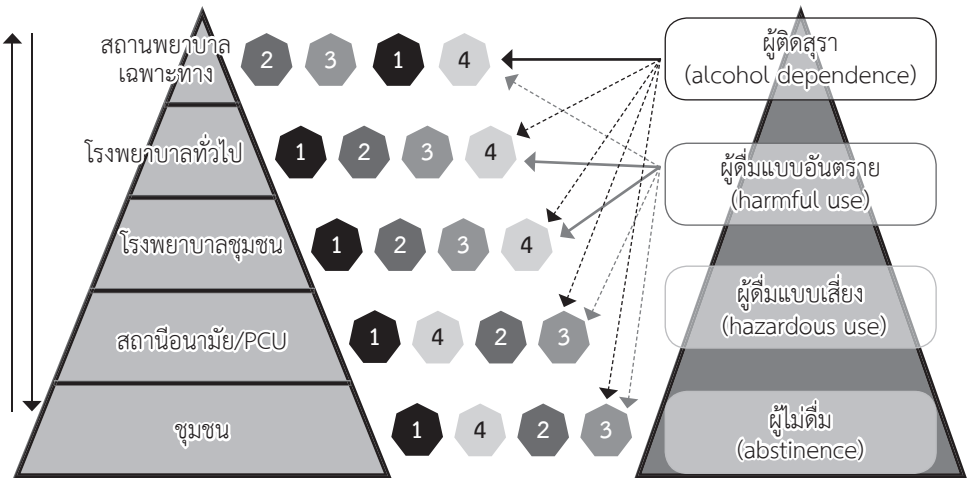
กิจกรรมบริการ

บริการดูแลระยะยาวหลังการรักษาในผู้ติดสุรานั้นมีได้หลายรูปแบบ อาจเกิดได้ทั้งในสถานพยาบาล ในชุมชน วัด หรือที่อื่น เช่น

- กลุ่มช่วยเหลือกันเองเพื่อป้องกันการกลับดื่มสุราซ้ำ
- การบำบัดสุราโดยองค์การศาสนา (วิถีพุทธ)
- รูปแบบการแก้ไขปัญหามสุราโดยชุมชน
- กลุ่มเอเอ
- โปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนของผู้ติดสุรา (Participatory Assertive Community Treatment-PACT Model)



แผนภาพที่ 3 สรุปกิจกรรมบริการหลักและการดำเนินงานในแต่ละมาตรการ



แผนภาพที่ 4 ข้อเสนอมาตรการที่เหมาะสมตามบริบทของสถานพยาบาลแต่ละระดับ

บทที่ 2

ขั้นตอนการดำเนินงาน

รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ

2.1 บทบาทหน้าที่

2.1.1 แผนงาน ผรส. เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ มีหน้าที่

- กำหนดกรอบการดำเนินงาน
- สนับสนุนองค์ความรู้ สื่อ วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ
- จัดอบรมวิทยากรตามหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ
- จัดอบรมบุคลากรสุขภาพเฉพาะทางเรื่องการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา
- จัดประชุมติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน
- นิเทศ ติดตาม

2.1.2 Project Manager (PM) พื้นที่ เป็นหน่วยงานที่มีความพร้อมในทีมสุขภาพจิตและสารเสพติด สามารถรับผิดชอบบริหารจัดการโครงการในพื้นที่ และจัดอบรมให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ปกษาและนิเทศทางวิชาการได้ มีหน้าที่

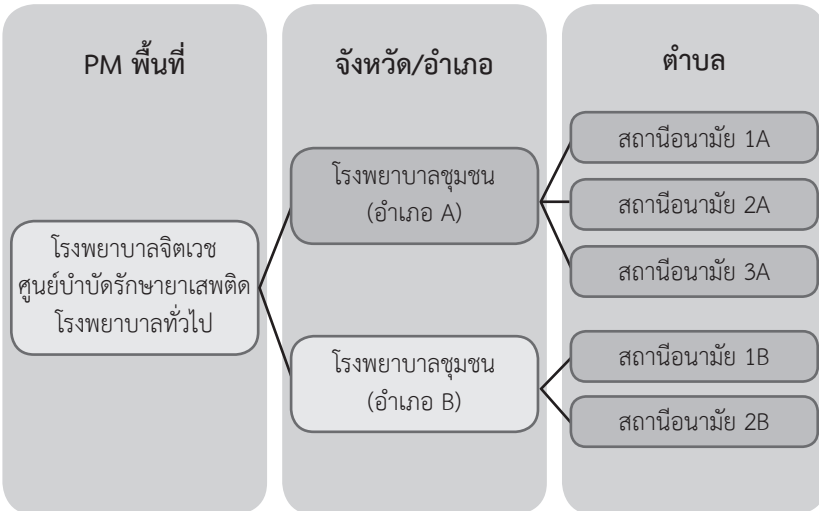
- จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ นำร่อง (อย่างน้อย 2 อำเภอ)
- รับผิดชอบบริหารจัดการโครงการในพื้นที่นำร่อง รายงานผลการดำเนินงาน และการเงิน
- จัดตั้งทีมพี่เลี้ยงในพื้นที่
- จัดอบรมบุคลากรในพื้นที่ตามหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ

- จัดประชุมติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน
- นิเทศ ติดตาม สถานพยาบาลนําร่อง

2.1.3 ทีมพี่เลี้ยง เป็นทีมวิชาการในพื้นที่ ประกอบด้วยทีมพัฒนาบริการ ผู้มีปัญหการดื่มสุราจากหน่วยงาน PM พื้นที่ และทีมสุขภาพจิต/สารเสพติด ในพื้นที่ (ระดับจังหวัด/อำเภอ)

- เป็นวิทยากรอบรมบุคลากรในพื้นที่
- ให้คำปรึกษาแนะนำ นิเทศติดตาม ทั้งในหน่วยงานของตนและหน่วยงาน นําร่องที่รับผิดชอบ

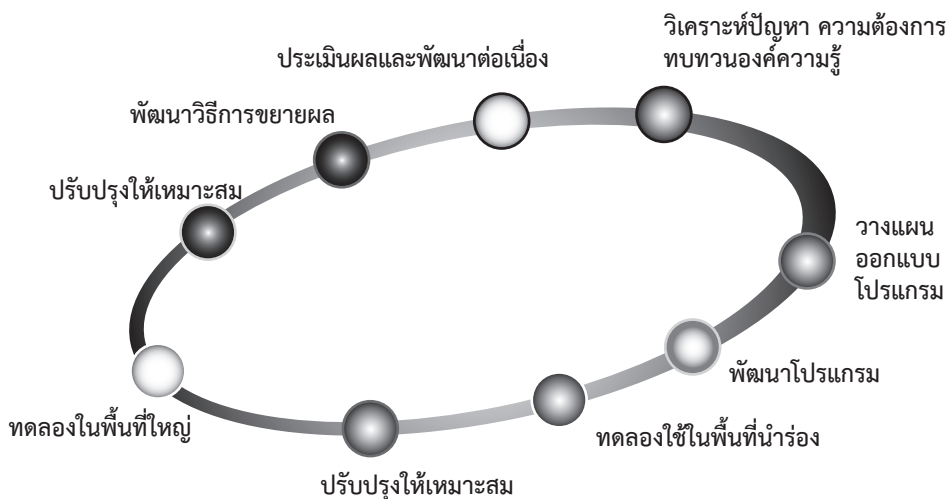
2.1.4 สถานพยาบาลนําร่อง หมายถึง โรงพยาบาลที่เป็น PM และ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอที่ได้รับการคัดเลือก พร้อม หน่วยพยาบาลปฐมภูมิในอำเภอนั้นๆ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล (รพ.สต.)



แผนภาพที่ 5 แสดงกรอบสถานพยาบาลนําร่องในแต่ละพื้นที่

2.2 กิจกรรมดำเนินงาน

ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม พ.ศ. 2552 - ธันวาคม พ.ศ. 2553



แผนภาพที่ 6 แสดงขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหา
การติ่มสุราในระบบสุขภาพ

2.2.1 พัฒนาร่างโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรา
ในระบบสุขภาพนาร่อง และขอรับคำปรึกษาและความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

- แผนงาน ผรส. พัฒนาร่างโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหา
การติ่มสุราในระบบสุขภาพนาร่อง

- รับฟังและปรับปรุงตามข้อคิดเห็นจากที่ประชุมคณะปรึกษาวิชาการ
แผนงาน ผรส. วันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2552 เวลา 10.00 - 16.00 น. ณ ห้องประชุม
ชั้น 3 อาคาร 1 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

- นำเสนอโครงการผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกำกับทิศฯ
เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2552 เวลา 13.30 - 16.00 น. ณ ห้องประชุม 1 ชั้น 34
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) อาคารเอส.เอ็ม.ทาวเวอร์
กรุงเทพมหานคร

2.2.2 พัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ (รายละเอียด ดูในบทที่ 3)

- แผนงาน พรส. พัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพด้วยความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติหลายหน่วยงาน ลักษณะการอบรมเป็นการบรรยาย ชมวีดิทัศน์ตัวอย่าง ฝึกปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน
- เนื้อหาพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลปฐมภูมิ และมีเนื้อหาเพิ่มเติมสำหรับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือผู้ที่ต้องปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้มีปัญหาการดื่มสุราโดยตรง
- หลักสูตรนี้ได้มีการทดลองอบรมในบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลสังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุข ทั้งจากสถานพยาบาลปฐมภูมิ หน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยฉุกเฉิน หน่วยงานผู้ป่วยใน และคลินิกสุขภาพจิต/ยาเสพติด มีการประเมินผลหลักสูตรโดยผู้เข้าอบรมหลังการอบรมแต่ละครั้ง และปรับปรุงหลักสูตรตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้ได้หลักสูตรที่นำเสนอองค์ความรู้และทักษะตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และผู้รับการอบรมสามารถนำไปใช้ในเวชปฏิบัติได้จริง
- การปรับหลักสูตรตามข้อเสนอแนะจากการประเมินผลหลักสูตรนั้น เป็นการปรับโครงสร้างเนื้อหาในบางประเด็นที่ผู้เข้าอบรมต้องการเพิ่มเติมหรือตัดทอนส่วนที่ไม่จำเป็นออก ปรับความสอดคล้องของเนื้อหาในแต่ละแผนการสอน ปรับเวลาการสอนให้เหมาะสมกับเนื้อหา ปรับวิธีและกิจกรรมประกอบการสอน เน้นการฝึกปฏิบัติให้มากขึ้น

2.2.3 คัดเลือกพื้นที่นำร่องและ PM พื้นที่

แผนงาน พรส. คัดเลือกพื้นที่นำร่องในแต่ละภาคตามความชุกของปัญหา ขนาดของพื้นที่ ความพร้อมของพื้นที่ และความพร้อมของ PM พื้นที่ ได้หน่วยงานนำร่องในระบบบริการสุขภาพของรัฐ 10 จังหวัด และ PM พื้นที่ 9 โรงพยาบาล/ศูนย์ ได้แก่ โรงพยาบาล/สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต 7 แห่ง ศูนย์บำบัดรักษา

ยาเสพติดในสังกัดกรมการแพทย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1 แห่ง รายละเอียดดังนี้

จังหวัดเชียงใหม่	PM พื้นที่: โรงพยาบาลสวนปรุง
จังหวัดลำพูน	PM พื้นที่: โรงพยาบาลสวนปรุง
จังหวัดน่าน	PM พื้นที่: โรงพยาบาลน่าน
จังหวัดอุบลราชธานี	PM พื้นที่: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
จังหวัดขอนแก่น	PM พื้นที่: ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น
จังหวัดนครราชสีมา	PM พื้นที่: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
กรุงเทพมหานคร	PM พื้นที่: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
จังหวัดสระแก้ว	PM พื้นที่: โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
จังหวัดสุราษฎร์ธานี	PM พื้นที่: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
จังหวัดสงขลา	PM พื้นที่: โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์



แผนภาพที่ 7 แสดงจังหวัดนำร่องตามโครงการ i-MAP Health

2.2.4 ชี้แจง/แนะนำโครงการนำร่องรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพให้ PM พื้นที่

- แผนงาน พรส. ได้เชิญผู้บริหารและผู้รับผิดชอบของหน่วยงานที่สมัครใจเข้าร่วมเป็น PM พื้นที่ในโครงการนำร่องฯ เพื่อแนะนำโครงการและชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานในวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 ณ ห้องประชุมชั้น 4 อาคาร 1 กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี

2.2.5 คัดเลือกสถานพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ

- PM พื้นที่คัดเลือกสถานพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบเข้าร่วมโครงการอย่างน้อย 2 โรงพยาบาลพร้อมสถานพยาบาลปฐมภูมิในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลตามความสมัครใจและความพร้อมของหน่วยงาน

- ได้พื้นที่นำร่องในระบบบริการสุขภาพของรัฐ 10 จังหวัด ประกอบด้วยโรงพยาบาลจิตเวช 7 แห่ง ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง และสถานพยาบาลปฐมภูมิ 184 แห่ง

- สถานพยาบาลนำร่องในแต่ละจังหวัด มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จังหวัดเชียงใหม่:	โรงพยาบาลสวนปรุง, โรงพยาบาลแม่ออน, โรงพยาบาลจอมทอง, โรงพยาบาลสารภี
จังหวัดลำพูน:	โรงพยาบาลป่าซาง, โรงพยาบาลบ้านธิ
จังหวัดน่าน:	โรงพยาบาลน่าน, โรงพยาบาลทุ่งช้าง
จังหวัดอุบลราชธานี:	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ, โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่
จังหวัดขอนแก่น:	ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น, โรงพยาบาลชุมแพ, โรงพยาบาลคำสูง
จังหวัดนครราชสีมา:	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์, โรงพยาบาลพิมาย, โรงพยาบาลปักธงชัย
กรุงเทพมหานคร:	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, โรงพยาบาลลาดกระบัง

จังหวัดสระแก้ว:	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โรงพยาบาลคลองหาด, โรงพยาบาลวังน้ำเย็น
จังหวัดสุราษฎร์ธานี:	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, โรงพยาบาลเกาะสมุย (รพท.), โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ
จังหวัดสงขลา:	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลสทิงพระ, โรงพยาบาลกระแสสินธุ์

2.2.6 PM พื้นที่จัดตั้งคณะทำงานและทีมพี่เลี้ยง

คณะทำงานและทีมพี่เลี้ยงในพื้นที่ ประกอบด้วยทีมบริหารจัดการโครงการ ทีมสุขภาพจิตและสารเสพติดจากหน่วยงาน PM พื้นที่ และทีมสุขภาพจิตและสารเสพติดในพื้นที่ (ระดับจังหวัดหรืออำเภอ) เพื่อทำหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในข้อ 2.1.2 และ 2.1.3

2.2.7 ประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ (i-MAP Health)

จัดโดยแผนงาน ผรส. เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2553 ณ โรงแรมเดอะปาร์ค จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงและนำเสนอรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพฉบับทดลองใช้และขั้นตอนการดำเนินงาน ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ บุคลากรสุขภาพจากหน่วยงาน PM พื้นที่และทีมพี่เลี้ยงจากหน่วยงานนำร่อง 10 จังหวัด รวม 88 คน

เอกสารประกอบการประชุม :

พื้นฐานภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ: รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพฉบับทดลองนำร่อง 2553. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนา ระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2553.

2.2.8 อบรมวิทยากรตามหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ

จัดโดยแผนงาน ผรส. เมื่อวันที่ 14 - 15 มกราคม พ.ศ. 2553 ณ โรงแรม เดอะปาร์ค จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่ออบรมวิทยากรให้มีความรู้ ทักษะ ในการให้การอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับ บุคลากรสุขภาพ ผู้เข้ารับการอบรม ได้แก่ บุคลากรสุขภาพจากหน่วยงาน PM พื้นที่ และทีมพี่เลี้ยงจากหน่วยงานนำร่อง 10 จังหวัด รวม 82 คน

เอกสารประกอบการประชุม :

พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. คู่มือสำหรับผู้อบรมหลักสูตรการดูแล ผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ : หลักสูตร 2 วัน. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบ บูรณาการ (พรส); 2552.

2.2.9 สนับสนุนเอกสารวิชาการ สื่อ อุปกรณ์และงบประมาณ

แผนงาน ผรส. สนับสนุนเอกสารวิชาการ สื่อ และอุปกรณ์ ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวน (เล่ม/ชุด/แผ่น)		
	PM	รพช.	PCU
เอกสารประกอบการอบรม			
หลักสูตรอบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น	ตามจำนวนผู้อบรม		
CD PowerPoint ประกอบหลักสูตร	20	3	1
วีดิทัศน์	10	3	1
<ul style="list-style-type: none"> • กรณีตัวอย่าง BA/BI • กรณีตัวอย่าง alcohol withdrawal assessment ด้วยเครื่องมือ AWS/CIWA 			
เอกสารประกอบการทำงาน			
แผ่นป้ายประกอบการให้ brief intervention	20	3	1
สมุดฉีกเครื่องมือ AUDIT (ขอรับเพิ่มได้ภายหลัง)	100	20	10
คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ: รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราใน ระบบสุขภาพฉบับทดลองนำร่อง 2553	ตามจำนวนผู้อบรม		

รายการ	จำนวน (เล่ม/ชุด/แผ่น)		
	PM	รพช.	PCU
แผ่นพับ: Thai drinking survey guide, คู่มือลูกเรื่องเหล้า, วัยรุ่นรู้ทันเหล้า, การช่วยเหลือผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น, ต้มสุราอย่างไรไม่ให้เกิดปัญหา หนังสือย่อ: ฉันทะเรอติดเหล้า และหากสามีคุณเป็นนักดื่ม	ตามความต้องการ ของหน่วยงาน		
เอกสารอ้างอิง			
เอกสารทบทวนความรู้ พร้อมแผ่นซีดี	20	3	1
<ul style="list-style-type: none"> • การคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา: รศ.ดร.พญ.สาวิตรี อึ้งฉัตรกรชัย • การบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา: พญ.สายรัตน์ นกน้อย • การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา: รศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล • การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา: ศ.นพ.มานิต ศรีสุรภานนท์ • จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา: พอ.นพ.พิชัย แสงชาญชัย • การปฐมพยาบาลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา: พญ.เบญจพร ปัญญา 			
หนังสือแปล AUDIT/BI ขององค์การอนามัยโลกพร้อมแผ่นซีดี	20	3	1
<ul style="list-style-type: none"> • แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา: แนวปฏิบัติสำหรับ สถานพยาบาลปฐมภูมิ: นพ.ปริทรรศ ศิลปกิจ, พญ.พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์, ผู้แปล • การบำบัดแบบสั้น : คู่มือสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ: นพ.ปริทรรศ ศิลปกิจ, พญ.พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์, ผู้แปล 			
รายงานถอดบทเรียนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน	3	1	1
<ul style="list-style-type: none"> • การบำบัดสุราโดยกลุ่มช่วยเหลือกันเองเพื่อป้องกันการกลับไป ดื่มสุราซ้ำ “ชมรมจิตอาสา” โดย นพวรรณ อุปคำ, ชลธิดา สิมะวงศ์, อุบล ก่องแก้ว • การบำบัดสุราโดยองค์กรศาสนา (วิถิพุทธ) สำนักปฏิบัติถ้ำตอง ต.บ้านแปะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่ โดย นพวรรณ อุปคำ, ชลธิดา สิมะวงศ์, อุบล ก่องแก้ว • รูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาการดื่มสุราในชุมชน โดย นพวรรณ อุปคำ, ชลธิดา สิมะวงศ์, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, แสงจันทร์ พาภิรมย์ 			

2.2.10 อบรมหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราสำหรับบุคลากรเฉพาะทาง

เป็นการอบรมหลักสูตรการบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มสุราแบบเข้มข้น สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุราโดยเฉพาะ เช่น คลินิกบำบัดสุราและสารเสพติดหรือคลินิกจิตเวช จัดอบรมโดยแผนงาน ผรส. ทั้งหมด 2 หลักสูตร จำนวน 2 รุ่น ได้แก่

ก. อบรมรูปแบบการช่วยเหลือชนิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (Cognitive Behavior Therapy; CBT) โดย ดร.ดรณี ภูขาว และคณะ เมื่อวันที่ 18-19 มีนาคม พ.ศ. 2553 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร ผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 55 คน

ข. อบรมการให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (Motivational Enhancement Therapy and Motivational Interviewing; MET/MI) โดย พอ.น.พ.พิชัย แสงชาญชัย และคณะ เมื่อวันที่ 29-30 มีนาคม พ.ศ. 2553 ณ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี ผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 50 คน

2.2.11 ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพในพื้นที่นำร่อง

หน่วยงาน PM พื้นที่ 9 หน่วยงานเป็นผู้รับผิดชอบนำ i-MAP Health ลงดำเนินการในพื้นที่นำร่อง 10 จังหวัด ประกอบด้วยหน่วยงานของ PM (โรงพยาบาลจิตเวช ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด หรือโรงพยาบาลทั่วไป) และอำเภอ นำร่อง 2 อำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอนั้น และสถานพยาบาลปฐมภูมิในพื้นที่รับผิดชอบ โดย

- ชี้แจง i-MAP Health ให้ทีมนำ และทีมบริหารของหน่วยงานตนเอง และหน่วยงานนำร่องระดับอำเภอ (และ/หรือ ทีมบริหารสาธารณสุขในระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอ)

- ประชุมระดมสมอง/ข้อคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้เสีย (ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ผู้รับบริการ ฯลฯ) ในการนำ i-MAP Health ลงสู่การปฏิบัติทั้งในระดับหน่วยงาน PM และหน่วยงานนำร่องระดับอำเภอ
- หน่วยงานนำร่องระดับอำเภอจัดตั้งทีมบริหารหรือคณะกรรมการดำเนินงาน
- หน่วยงาน PM พื้นที่เขียนโครงการนำ i-MAP Health สู่การปฏิบัติในพื้นที่รับผิดชอบพร้อมงบประมาณเสนอมายังแผนงาน ผรส.

กิจกรรมที่กำหนด

- อบรมบุคลากรสุขภาพในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในเนื้อหาการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราตามบริบทที่เกี่ยวข้อง
- ดำเนินการตาม i-MAP Health โดยแต่ละหน่วยงานนำร่องสามารถเลือกบางมาตรการหรือทุกมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทหน่วยงานของตนเองภายใต้การสนับสนุนของ PM พื้นที่
- ประชุมทีมบริหารภายในหน่วยงานนำร่องระดับอำเภอเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในหน่วยงานเดือนละ 2 ครั้ง
- ทีมพี่เลี้ยงจาก PM พื้นที่ ประชุม นิเทศ สนับสนุนหน่วยงานนำร่องระดับอำเภอทุกหนึ่งเดือน
- PM พื้นที่จัดประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างหน่วยงานนำร่องในพื้นที่และประชุมสรุปผลการดำเนินงานรวม 2 ครั้ง
- สรุปและรายงานผลการดำเนินงานในพื้นที่

2.2.12 ติดตาม นิเทศ การดำเนินงาน i-MAP Health

- แผนงาน ผรส. จัดประชุม PM พื้นที่และตัวแทนจากหน่วยงานนำร่อง 2 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพื้นที่และติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน

๑ ประชุมติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพครั้งที่ 1 ในวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 ณ โรงแรมเมอเคียว จังหวัดเชียงใหม่

๑ ประชุมติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพครั้งที่ 2 ในวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2553 ณ โรงแรม ปริ้นซ์พาลาส กรุงเทพมหานคร

- แผนงาน พรส. และคณะ นิเทศ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานนำร่องในพื้นที่ 10 จังหวัดจำนวน 15 ครั้ง เยี่ยมพื้นที่โรงพยาบาลจิตเวช 7 แห่ง ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 9 แห่ง และสถานพยาบาลปฐมภูมิ 7 แห่ง ดังนี้

- ๑ ครั้งที่ 1 วันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2553 ณ โรงพยาบาลจอมทอง และสถานือนามัยสบเตี๊ยะ อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
- ๑ ครั้งที่ 2 วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 ณ โรงพยาบาลป่าซาง และสถานือนามัยม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน
- ๑ ครั้งที่ 3 วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2553 ณ โรงพยาบาลทุ่งช้าง และสถานือนามัยตำบลปอน อำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน
- ๑ ครั้งที่ 4 วันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2553 ณ โรงพยาบาลน่าน และสถานือนามัยถิมตอง อำเภอเมือง จังหวัดน่าน
- ๑ ครั้งที่ 5 วันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2553 ณ โรงพยาบาลวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
- ๑ ครั้งที่ 6 วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2553 ณ โรงพยาบาลเกาะสมุย และสถานือนามัยมะเร็ต อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ๑ ครั้งที่ 7 วันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2553 ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อำเภอพนมพิณ โดยมีโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ และสถานือนามัยเขานินพันธ์ อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ร่วมให้ข้อมูลในการดำเนินงาน
- ๑ ครั้งที่ 8 วันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 ณ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

- ๑ ครั้งที่ 9 วันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 ณ โรงพยาบาลคลองหาด โดยมีโรงพยาบาลวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ร่วมให้ข้อมูล และที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว
- ๑ ครั้งที่ 10 วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2554 ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด ขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
- ๑ ครั้งที่ 11 วันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ณ โรงพยาบาลชุมแพ และ PCU ศรีมงคล อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
- ๑ ครั้งที่ 12 วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ณ โรงพยาบาลลาดกระบัง เขตลาดกระบัง และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร
- ๑ ครั้งที่ 13 วันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ณ โรงพยาบาลพิมาย อำเภอพิมาย มีสถานีอนามัยทุกแห่งของอำเภอพิมาย จำนวน 18 แห่ง ร่วมให้ข้อมูลการดำเนินงาน และที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
- ๑ ครั้งที่ 14 วันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2553 ณ โรงพยาบาลสติงพระ และสถานีอนามัยนางเหล้า อำเภอสติงพระ จังหวัดสงขลา
- ๑ ครั้งที่ 15 วันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2553 ณ โรงพยาบาลจิตเวช สงขลา ราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา
- แผนงาน ผรส. ตรวจสอบการใช้จ่ายเงินตามระเบียบบริหารการเงิน บัญชีและพัสดุของ สสส.

2.2.13 สรุปผลการดำเนินงาน

ประชุมสรุปผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ ในวันที่ 22 - 23 ธันวาคม พ.ศ. 2553 ณ โรงแรม เซ็นจูรี่พาร์ค กรุงเทพมหานคร โดยมีการนำเสนอสรุปรายงานตัวชี้วัดของแต่ละหน่วยงานที่มีการรายงาน และวิพากษ์ถึงการปรับตัวชี้วัดให้เหมาะสมตามบริบทของหน่วยงานและความเป็นไปได้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ (รายละเอียดในบทที่ 5)

บทที่ 3

การพัฒนาหลักสูตรอบรม

ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถดำเนินการตาม i-MAP Health นั้น แบ่งหลักสูตรการพัฒนาเป็น 2 ระดับ คือ สำหรับบุคลากรสุขภาพทั่วไป และสำหรับบุคลากรสุขภาพเฉพาะทางที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดสุราโดยตรง ดังนี้

- หลักสูตรสำหรับบุคลากรสุขภาพทั่วไป ได้แก่ หลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ
- หลักสูตรสำหรับบุคลากรเฉพาะทาง ได้แก่ หลักสูตรการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy; MET) และหลักสูตรการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy; CBT)

3.1 หลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ

3.1.1 วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย

วัตถุประสงค์ เป็นหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายบุคลากรสุขภาพให้สามารถดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราเบื้องต้นได้เต็มศักยภาพตามบริบทของหน่วยงานของตน

กลุ่มเป้าหมาย บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในเวชปฏิบัติทั่วไปในสถานพยาบาลปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน PCU สถานีอนามัย รวมถึงบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน ฝ่ายเวชศาสตร์ป้องกัน ฝ่ายเวชศาสตร์ชุมชน

3.1.2 ขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร

หลักสูตร “การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ” นี้พัฒนาขึ้นด้วยความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติหลายหน่วยงาน ทั้งภาควิชาชีพเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสวนปรง และโรงพยาบาลชุมชน โดยปรับจากต้นทุนเดิมที่เป็นหลักสูตรของกรมสุขภาพจิตพัฒนาโดยโรงพยาบาลสวนปรงและโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ หลักสูตรของศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือร่วมกับหน่วยงาน Turning point ของออสเตรเลียและคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อให้ได้หลักสูตรที่มีคุณภาพ ตรงตามปัญหาที่พบ และมีวิชาการทันสมัย

3.1.3 เนื้อหาหลักสูตร

ลักษณะการอบรมเป็นการบรรยาย ชมวีดิทัศน์ตัวอย่าง ฝึกปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เนื้อหาหลักสูตรแบ่งเป็น 2 ส่วน คือหลักสูตร 1 วัน และหลักสูตร 2 วันโดยเนื้อหาวันแรกของหลักสูตร 2 วัน จะเป็นเนื้อหาเดียวกันกับหลักสูตร 1 วัน

หลักสูตร 1 วัน สำหรับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลปฐมภูมิ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานอนามัย บุคลากรที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉิน คลินิกพิเศษ เน้นความเข้าใจพื้นฐานของสถานการณ์ปัญหาการดื่มสุรา การจำแนกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่เป็นปัญหา การประเมินและคัดกรองปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น การให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยการบำบัดแบบสั้น (Brief intervention) และการวางแผนการจัดบริการ

หลักสูตร 2 วัน สำหรับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยมีเนื้อหาของหลักสูตร 1 วัน และเพิ่มเติมเนื้อหาวันที่สอง เรื่องการตระหนักถึงความเสี่ยงของผู้มีปัญหาการดื่มสุราในสถานพยาบาล ภาวะติดสุราและโรคร่วมทางกายและทางจิตเวชที่พบบ่อย ภาวะถอนพิษสุราและแนวทางการป้องกันรักษา แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา การป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ และสุขภาพจิตผู้ดูแล การวางแผนระบบบริการ การประเมินผล และการส่งต่อ

3.1.4 การทดลองอบรม

หลักสูตรนี้ได้มีการทดลองอบรมในบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลเทศบาล โรงพยาบาลค่ายฯ ในสังกัดของกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลเอกชน ทั้งจากหน่วยงานผู้ป่วยนอก หน่วยฉุกเฉิน หน่วยงานผู้ป่วยใน และคลินิกสุขภาพจิต/ยาเสพติด มีการประเมินผลหลักสูตรโดยผู้เข้าอบรมหลังการอบรมแต่ละครั้ง และปรับปรุงหลักสูตรตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้ได้หลักสูตรที่นำเสนอองค์ความรู้ และทักษะตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และผู้รับการอบรมสามารถนำไปใช้ในเวชปฏิบัติได้จริง

เนื้อหาวันแรกนี้ได้มีการทดลองอบรมทั้งสิ้นรวม 5 ครั้ง ส่วนเนื้อหาในวันที่สองมีการทดลองอบรมทั้งสิ้นรวม 3 ครั้ง มีบุคลากรสุขภาพที่เข้ารับการทดลองอบรมทั้งสิ้น 317 คน ได้แก่

- | | |
|--|---------------------|
| • หลักสูตร 1 วัน | จำนวน 107 คน |
| รุ่นที่ 1 อบรมวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2552 | จำนวนผู้เรียน 47 คน |
| รุ่นที่ 2 อบรมวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2552 | จำนวนผู้เรียน 60 คน |
| • หลักสูตร 2 วัน | จำนวน 210 คน |
| รุ่นที่ 1 วันที่ 8-9 ตุลาคม พ.ศ. 2552 | จำนวนผู้เรียน 60 คน |
| รุ่นที่ 2 วันที่ 12-13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 | จำนวนผู้เรียน 83 คน |
| รุ่นที่ 3 วันที่ 14-15 ธันวาคม พ.ศ. 2552 | จำนวนผู้เรียน 67 คน |

3.1.5 การประเมินผลหลักสูตร

การประเมินผลหลักสูตรแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ช่วงที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 เป็นการประเมินรายวิชา และช่วงที่ 2 เดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2552 เป็นการประเมินภาพรวมรายวัน โดยแบบประเมินประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของผู้อบรม ความพึงพอใจในการอบรม ทั้งต่อผู้สอน เนื้อหาบทเรียน สื่อการสอน เอกสารประกอบการสอน ระดับความรู้และทักษะของผู้เรียนเปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกอบรม เนื้อหาทักษะความรู้ที่เป็นประโยชน์สูงสุด แนวทางการประยุกต์ใช้ และความคิดเห็นเพิ่มเติม

การปรับหลักสูตรตามข้อเสนอแนะของการประเมินผลหลักสูตรนั้น เป็นการปรับโครงสร้างเนื้อหาในบางประเด็นที่ผู้เข้าอบรมต้องการเพิ่มเติมหรือตัดทอนส่วนที่ไม่จำเป็นออก ปรับความสอดคล้องของเนื้อหาในแต่ละแผนการสอน ปรับเวลาการสอนให้เหมาะสมกับเนื้อหา ปรับวิธีและกิจกรรมประกอบการสอน เน้นการฝึกปฏิบัติให้มากขึ้น

3.1.6 สรุป

หลักสูตรนี้สามารถใช้พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพได้โดยเฉพาะบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในเวชปฏิบัติทั่วไปทั้งในระดับสถานพยาบาลปฐมภูมิและบุคลากรระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ทำให้ผู้ที่ปฏิบัติงานในเวชปฏิบัติทั่วไปตระหนักถึงปัญหาการดื่มสุราในผู้เข้ารับบริการสุขภาพและมีความรู้ทักษะที่เหมาะสมในการให้บริการ

อย่างไรก็ตามในการจัดอบรมนั้น การจัดกลุ่มบุคลากรที่มีความรู้ทักษะใกล้เคียงกันที่ปฏิบัติงานในลักษณะงานคล้ายคลึงกันและให้การอบรมเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องหรือการแบ่งระยะการอบรมเป็นช่วง อาจช่วยลดปัญหาของเวลาการอบรมที่น้อยเกินไป นอกจากนี้การพัฒนาหลักสูตรในระยะต่อไปควรพิจารณาถึงผลการประเมินติดตามหลังกลับไปปฏิบัติงานจริงร่วมด้วย และหลักสูตรนี้ยังไม่เหมาะในการอบรมบุคลากรเฉพาะทางที่ต้องให้การบำบัดรักษาผู้ติดสุราด้วยวิธีการที่เข้มข้นกว่า

3.1.7 การนำไปใช้ในโครงการ i-MAP Health

หลังจากดำเนินการตามโครงการ i-MAP Health ในพื้นที่นำร่องมีจำนวนบุคลากรสุขภาพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรดังนี้

หลักสูตร	จำนวนผู้เข้ารับการอบรม (คน)				
	รพ. เฉพาะทาง	รพ. ขนาดใหญ่	รพ. ชุมชน	PCU/ สอ.	รวม
วันที่ 1	826	728	407	331	2,292
วันที่ 2	754	490	127	52	1,423

3.2 หลักสูตรการให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา (Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy; MI & MET)

3.2.1 วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย

วัตถุประสงค์ เป็นหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพเฉพาะทางเพื่อให้สามารถให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยปัญหาการดื่มสุราได้

กลุ่มเป้าหมาย บุคลากรสุขภาพเฉพาะทางที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุรา เช่น แผนกสุขภาพจิตและสารเสพติด คลินิกสุรา/สารเสพติด/จิตเวช และควรมีพื้นฐานทักษะการให้คำปรึกษา (counseling) เบื้องต้น

3.2.2 เนื้อหาหลักสูตร

ประกอบด้วยเนื้อหาหลัก ดังนี้

- จิตวิญญาณของการให้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (the spirit of motivational interviewing : MI spirit)
- ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (the stage of change theory)
- ทักษะของการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing skills)
- โครงสร้าง กระบวนการ และเทคนิคในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (the structure, process and techniques of motivational enhancement therapy)
- เครื่องมือและแบบประเมิน (tools and evaluation)

ลักษณะการอบรมเป็นการบรรยาย ชมวีดิทัศน์ตัวอย่าง เน้นการฝึกปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

3.2.3 ประเมินผลการอบรม

ผู้เข้าอบรม

จำนวน	ผู้เข้ารับการอบรมที่ตอบแบบสอบถาม กลับทั้งสิ้น 41 คน
สถานพยาบาล	โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 47.5 โรงพยาบาลเฉพาะทางร้อยละ 45.0
วิชาชีพ	พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 97.5
หน่วยงาน	แผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 29.0 แผนกผู้ป่วยในจิตเวชร้อยละ 25.8 แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชร้อยละ 22.6
ประสบการณ์ทำงาน	ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไปร้อยละ 75.0
การอบรมหลักสูตร MI/MET	ไม่เคยอบรมมาก่อนร้อยละ 70.0
ความมั่นใจในการบำบัดก่อนอบรม	ระดับปานกลางร้อยละ 47.5 ระดับน้อยร้อยละ 37.5
ความมั่นใจในการบำบัดหลังอบรม	ระดับมากร้อยละ 76.9
การนำความรู้ไปใช้หลังการอบรม	สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ ร้อยละ 100

ความพึงพอใจในหลักสูตร

เนื้อหา

• เหมาะสม ทันยุคทันสมัย	ระดับมากที่สุดร้อยละ 48.5 ระดับมากร้อยละ 45.9
• ความครอบคลุม	ครบถ้วนร้อยละ 82.1
• เข้าใจง่าย	ระดับมากที่สุดร้อยละ 50.0 ระดับมากร้อยละ 47.4
• สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้	ระดับมากที่สุดร้อยละ 51.4 ระดับมากร้อยละ 45.9
• สอดคล้องกับวัตถุประสงค์	ระดับมากที่สุดร้อยละ 70.3

สื่อ

- เหมาะสมกับผู้ได้รับ ระดับมากร้อยละ 62.2
- สื่อดึงดูดความสนใจ ระดับมากร้อยละ 54.1
- การนำสื่อไปใช้ ระดับมากร้อยละ 52.6
- ระดับมากที่สุดร้อยละ 31.6

การฝึกปฏิบัติ

- เนื้อหาเหมาะสม ระดับมากที่สุดร้อยละ 60.5
- เหมาะสมกับผู้รับการอบรม ระดับมากที่สุดร้อยละ 67.6
- เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม ระดับมากที่สุดร้อยละ 81.1
- ระยะเวลาเหมาะสม ระดับมากร้อยละ 50.0
- ระดับมากที่สุดร้อยละ 42.1

ภาพรวม

- ความพึงพอใจต่อการอบรม ระดับมากที่สุดร้อยละ 57.9
- ระดับมากร้อยละ 39.5

3.3 หลักสูตรการบำบัดรักษาผู้ติดสุราด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy; CBT)

3.3.1 วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย

วัตถุประสงค์ เป็นหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพเฉพาะทาง เพื่อให้สามารถให้การบำบัดรักษาผู้ติดสุราด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้

กลุ่มเป้าหมาย บุคลากรสุขภาพเฉพาะทางที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุรา เช่น แผนกสุขภาพจิตและสารเสพติด คลินิกสุรา/สารเสพติด/จิตเวช ควรมีพื้นฐานทักษะการให้คำปรึกษา (counseling) เบื้องต้น

3.3.2 เนื้อหาหลักสูตร

ประกอบด้วยเนื้อหาหลัก ดังนี้

- ประเมินสมรรถนะการใช้ CBT ก่อนเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (pre-test)
- แนวคิด ทฤษฎี การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ CBT for alcohol use disorders
- ความก้าวหน้าของการนำเอา CBT มาใช้ในวิชาชีพพยาบาล
- ทักษะการทำความเข้าใจองค์ประกอบปัญหาผู้ที่ประสบปัญหาจากการดื่มสุราโดยใช้ Cognitive Model (case formulation/conceptualization based on cognitive model)
- ภาพรวมทักษะความคิด-พฤติกรรม (cognitive-behavioral skills)
- ทักษะการจัดการกับอารมณ์/ทักษะการจัดการกับสิ่งกระตุ้น/เหตุการณ์ นำ (stimulus control)
- การใช้เทคนิค cost-benefit analysis เพื่อจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมาย (goal setting) พฤติกรรม
- ทักษะการวิเคราะห์พฤติกรรมที่ถูกพัฒนาจากการได้รับการวางเงื่อนไข (conditioning analysis)
- ทักษะการกำกับความคิด (thought regulation)
- ทักษะการวินิจฉัยประเภทของความคิดที่มีได้อยู่บนฐานของความเป็นจริง (cognitive distortion)
- ทักษะการปรับโครงสร้างความคิด (cognitive restructuring)
- สรุปภาพรวม ขั้นตอน และตัวอย่างคู่มือ CBT for alcohol use disorders

3.3.3 ประเมินผลการอบรม

ผู้เข้าอบรม

จำนวน	ผู้เข้ารับการอบรมที่ตอบแบบสอบถาม กลับทั้งสิ้น 42 คน
สถานพยาบาล	โรงพยาบาลเฉพาะทางร้อยละ 57.1 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 38.1
วิชาชีพ	พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 92.9
หน่วยงาน	แผนกผู้ป่วยในจิตเวชร้อยละ 23.8 แผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 19.0 แผนกผู้ป่วยในร้อยละ 19.0
ประสบการณ์ทำงาน	ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไปร้อยละ 64.3
การอบรมหลักสูตร MI/MET	ไม่เคยอบรมมาก่อนร้อยละ 77.5
ความมั่นใจในการบำบัดก่อนอบรม	ระดับน้อยร้อยละ 47.6 ระดับปานกลางร้อยละ 42.9
ความมั่นใจในการบำบัดหลังอบรม	ระดับมากร้อยละ 47.4 ระดับปานกลางร้อยละ 44.7
การนำความรู้ไปใช้หลังการอบรม	สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ ร้อยละ 92.1

ความพึงพอใจในหลักสูตร

เนื้อหา

- เหมาะสม ทันยุคทันสมัย ระดับมากร้อยละ 55.6
ระดับมากที่สุดร้อยละ 38.8
- ความครอบคลุม ให้ความรู้กับเนื้อหาบางเรื่องมากไป
ร้อยละ 54.1
- เข้าใจง่าย ระดับมากร้อยละ 61.1
ระดับปานกลางร้อยละ 33.3
- สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ระดับมากร้อยละ 50.0
ระดับปานกลางร้อยละ 27.8

• สอดคล้องกับวัตถุประสงค์	ระดับมากที่สุด ร้อยละ 61.1 ระดับมากที่สุดร้อยละ 30.6
สื่อ	
• เหมาะสมกับผู้ได้รับ	ระดับมากร้อยละ 63.9
• สื่อดึงดูดความสนใจ	ระดับมากร้อยละ 44.4 ระดับปานกลางร้อยละ 38.9
• การนำสื่อไปใช้	ระดับมากร้อยละ 61.1
การฝึกปฏิบัติ	
• เนื้อหาเหมาะสม	ระดับมากร้อยละ 58.3 ระดับปานกลางร้อยละ 33.3
• เหมาะสมกับผู้รับการอบรม	ระดับมากร้อยละ 52.8 ระดับปานกลางร้อยละ 26.2
• เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม	ระดับมากร้อยละ 50.0 ระดับมากที่สุดร้อยละ 38.9
• ระยะเวลาเหมาะสม	ระดับปานกลางร้อยละ 35.1 ระดับน้อยร้อยละ 29.7
ภาพรวม	
• ความพึงพอใจต่อการอบรม	ระดับมากร้อยละ 60.5 ระดับมากที่สุดร้อยละ 28.9

บทที่ 4

ผลการดำเนินงาน i-MAP Health รายจังหวัด

4.1 สรุปการดำเนินงาน i-MAP Health จังหวัดเชียงใหม่

4.1.1 โรงพยาบาลสวนปรุง

โรงพยาบาลสวนปรุงรับผิดชอบเป็น PM ในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน เป็นโรงพยาบาลจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรามาต่อเนื่อง เริ่มจัดตั้งตึกเฉพาะทางเพื่อการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่ตึกฝ่ายคำเมื่อปี พ.ศ. 2546 มีการบำบัดรักษาผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา และระยะบำบัดฟื้นฟูสภาพ มีบริการคลินิก Addiction ที่แผนกผู้ป่วยนอกมีการดำเนินงานดังนี้

- แผนกผู้ป่วยนอก มีการคัดกรองผู้มีปัญหาการติ่มสุรด้วยแบบประเมิน AUDIT ลงบันทึกผลการประเมินใน OPD Card และให้การบำบัดแบบสั้นที่คลินิก Addiction มีการติดตามผู้ป่วยตามสภาพปัญหา และให้การบำบัดแบบสั้นต่อเนื่อง มีการจัดทำ flow chart ในการดำเนินงาน

- แผนกผู้ป่วยใน

- ๑ ทุกหอผู้ป่วยมีการคัดกรองปัญหาการติ่มสุรา และลงบันทึกผลการประเมินในแฟ้มผู้ป่วย ในผู้ที่มีความเสี่ยงจะได้รับการประเมินแรงจูงใจและให้การบำบัดแบบสั้นเพื่อให้ลด ละ เลิกติ่มสุรา

- ๑ ผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดสุราหรือผู้ที่ติดสุราจะได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะถอนพิษสุราโดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar และได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในภาวะถอนพิษสุรา นอกจากนี้ยังได้ทำการศึกษาวิจัยร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบท

ของโรงพยาบาลจิตเวชในการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีภาวะแทรกซ้อน และโรคร่วมทางกาย

๑ ผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาภาวะถอนพิษสุราจะได้รับการบำบัดทางจิตสังคมที่หอผู้ป่วยใน ด้วย MI หรือ CBT และมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ

- **การติดตามฟื้นฟู** มีการส่งต่อการดูแลในสถานพยาบาลเครือข่ายและมีการติดตามผู้ป่วยหลังได้รับการรักษา มีการดำเนินกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูทางเลือก เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (AA) และโครงการบำบัดวิถีพุทธร่วมกับวัดพระธาตุศรีจอมทอง วัดปทุมसरาราม และวัดหัวริน

4.1.2 โรงพยาบาลจอมทอง

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีทีมสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง ทั้งจิตแพทย์ และพยาบาลจิตเวช มีการดำเนินงานดังนี้

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราด้วยแบบประเมิน AUDIT และลงบันทึกผลการประเมินใน OPD Card รวมทั้งให้การบำบัดแบบสั้น แต่ยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถให้บริการได้ทุกราย บางหน่วยบริการ เช่น ห้องฉุกเฉิน มีผู้รับผิดชอบเฉพาะและพยายามให้การคัดกรองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น อุบัติเหตุ หรือเมื่อผู้ป่วยกลับมาทำแผล และการประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ลด ละ เลิกสุรา

- **แผนกผู้ป่วยใน** มีการคัดกรองทุกหอผู้ป่วยในผู้ที่มีความเสี่ยงจะเกิดอาการถอนพิษสุราและได้รับการเฝ้าระวังภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน AWS และได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในภาวะถอนพิษสุรา

- **การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา** มีคลินิกสุขภาพจิตให้บริการผู้ที่ผ่านการบำบัดภาวะถอนพิษสุรา หรือผู้ดื่มสุราที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา มีการให้จิตสังคมบำบัดทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล มีการติดตามต่อเนื่อง

- **การติดตามฟื้นฟู** โรงพยาบาลจอมทองได้มีกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูทางเลือกในชุมชนมาก่อนหน้านี้แล้ว ด้วยการสนับสนุนจาก ผรส. จึงได้มีการถอดบทเรียนและขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมมากขึ้น นอกจากนั้นผู้บริหารสูงสุดคือนายอำเภอให้

ความสำคัญต่อปัญหาการดื่มสุรา และถือเป็นนโยบายของอำเภอที่จะแก้ไขปัญหาการดื่มสุรา กิจกรรมบำบัดฟื้นฟูทางเลือกในชุมชนที่ดำเนินการได้แก่ การบำบัดสุราโดยกลุ่มช่วยเหลือกันเอง การบำบัดสุราโดยองค์กรศาสนา รูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาการดื่มสุราในชุมชน และกลุ่มผู้ติดสุรานินนาม (AA)

- *สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 15 แห่ง* ได้แก่ สถานีอนามัยแม่เตี้ยะ สถานีอนามัยท่าข้าม สถานีอนามัยวังน้ำหยาด สถานีอนามัยเมืองกลาง สถานีอนามัยหนองท้าย สถานีอนามัยแท่นดอกไม้ สถานีอนามัยห้วยทราย สถานีอนามัยดงเย็น สถานีอนามัยแม่หอย สถานีอนามัยอินทนนท์ สถานีอนามัยขุนแซง สถานีอนามัยบ้านใหม่สารภี สถานีอนามัยห้วยม่วง สถานีอนามัยห้วยสะแพรง สถานีอนามัยขบแตะ

- *ตัวอย่างสถานีอนามัยแม่เตี้ยะใต้* มีการสนับสนุนสถานีอนามัยให้สามารถทำการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและให้การแนะนำแบบสั้นได้ และให้การดูแลเชิงรุกในผู้ป่วยติดสุรา โดยผู้นำชุมชนและแกนนำเป็นแบบอย่างที่ดีในการลดละ เลิกสุรา มีการประชุมร่วมกันในหมู่บ้าน จัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันปัญหาการดื่มสุรา

4.1.3 โรงพยาบาลแม่ออน

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีการดำเนินงานดังนี้

- *แผนกผู้ป่วยนอก* สามารถคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราด้วยแบบประเมิน AUDIT และมีการลงบันทึกผลการประเมินใน OPD Card และให้การบำบัดแบบสั้น มีการประเมินแรงจูงใจ ผู้ป่วยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ลดละ เลิกสุรา โดยพยาบาลคลินิกจิตเวชและยาเสพติดเป็นผู้ให้การดูแล

- *แผนกผู้ป่วยใน* มีการคัดกรองผู้ป่วยในผู้ที่มีความเสี่ยงจะเกิดปัญหาการถอนพิษสุรา ด้วยการเฝ้าระวังและประเมินภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน AWS มีการบำบัดตามแนวปฏิบัติ พบว่าปัญหาผู้ป่วยเกิดภาวะถอนพิษสุราลดลง หรือหากเกิดภาวะถอนพิษสุราอาการจะไม่รุนแรงมาก รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุงก็มีจำนวนลดลงเช่นเดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนจะนำระบบ i-MAP Health มาดำเนินการ

- **การติดตามฟื้นฟู** มีกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูทางเลือกในชุมชนเช่น กลุ่มช่วยเหลือกันเอง กิจกรรมชุมชนแก้ไขปัญหาการดื่มสุรา ในเรื่องงานขูดตดเหล้า (งานศพปลอดเหล้า) งานบุญปลอดเหล้า และงานงดเหล้าเข้าพรรษา
- **สถานพยาบาลปฐมภูมิ** ร่อง 6 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยออนเหนือ สถานีอนามัยออนกลาง สถานีอนามัยบ้านสหกรณ์ สถานีอนามัยห้วยแก้ว สถานีอนามัยแม่ทา สถานีอนามัยทาเหนือ

4.1.4 โรงพยาบาลสารภี

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีการดำเนินงานดังนี้

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราด้วยการถาม “3 เดือนที่ผ่านมาดื่มสุราหรือไม่” ในทุกรายที่ตอบว่าดื่มจะได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT ลงบันทึกผลการประเมินใน OPD Card และให้การบำบัดแบบสั้น โดยพยาบาลคลินิกจิตเวชและยาเสพติดเป็นผู้บำบัด รวมทั้งประเมินแรงจูงใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด ละ เลิกสุรา
- **แผนกผู้ป่วยใน** เป็นหอผู้ป่วยรวม มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงของการเกิดภาวะถอนพิษสุราด้วยการประเมิน AWS ให้การดูแลตามแนวปฏิบัติก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย มีการวางแผนพร้อมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ร่วมดำเนินโครงการแนวพุทธ โดยให้กำลังใจผู้มีปัญหาการดื่มสุราให้ ลด ละ เลิกสุรา
- **การติดตามส่งต่อ** มีการพัฒนาโครงการนำร่องร่วมกับโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อส่งต่อและติดตามผู้ป่วยในพื้นที่
- **สถานพยาบาลปฐมภูมิ** ร่อง 13 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยสันทราย สถานีอนามัยข่วงมุง สถานีอนามัยชมพู สถานีอนามัยสารภี สถานีอนามัยไชยสถาน สถานีอนามัยยางเนิ้ง สถานีอนามัยท่าวังตาล สถานีอนามัยป่าบาง สถานีอนามัยดอนแก้ว สถานีอนามัยหนองผึ่ง สถานีอนามัยท่ากว้าง สถานีอนามัยท่าดับกว่า สถานีอนามัยหนองแฝก

4.2 สรุปการดำเนินงาน i-MAP Health จังหวัดลำพูน

4.2.1 โรงพยาบาลป่าซาง

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาการติ่มสุรามาก่อนหน้านี้แล้ว ผู้บริหารของโรงพยาบาลถือเป็นนโยบายสำคัญของหน่วยงาน มีกิจกรรมรณรงค์ให้ข้อมูลเรื่องโทษและพิษภัยของการติ่มสุรา มีพยาบาลจิตเวชรับผิดชอบในการดำเนินงาน และได้นำระบบ i-MAP Health ไปดำเนินงานครบทั้ง 4 มาตรการ ดังนี้

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการคัดกรองผู้มีปัญหาการติ่มสุราด้วยแบบคัดกรองการติ่มสุราใช้คำถาม “3 เดือนที่ผ่านมาติ่มสุราหรือไม่” ถ้าใช่ให้ส่งต่องานสุขภาพจิตบันทึกผลการประเมินใน OPD Card และให้การบำบัดแบบสั้นที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด แต่ยังมีข้อจำกัดไม่สามารถคัดกรองผู้ป่วยในคลินิกตรวจโรคทั่วไปได้ทุกราย

- **แผนกผู้ป่วยใน** มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการถอนพิษสุรา โดยการใช้แบบประเมิน AWS พบว่ายังมีปัญหาในการควบคุมอาการถอนพิษสุรา เนื่องจากขนาดยาที่ให้ยังไม่พอเพียง แต่พยาบาลสามารถเฝ้าระวังปัญหาได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยอาการรุนแรงลดลง

- **การบำบัดรักษาผู้ติ่มสุรา** มีคลินิกให้คำปรึกษาที่ดำเนินการมาก่อนแล้ว มีการรับให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ผ่านการถอนพิษสุราจากผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมบำบัดเฉพาะ เช่น กลุ่มบำบัดเพื่อเสริมศักยภาพ การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ ทั้งในกลุ่มปัญหาสารเสพติดและสุรา

- **การติดตามฟื้นฟู** การดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีการทำงานร่วมกับสถานีอนามัย ชุมชน และวัด ในการป้องกันไม่ให้ผู้มีปัญหาการติ่มสุรากลับไปติ่มซ้ำ ผู้นำชุมชนมีความตระหนักในปัญหาการติ่มสุราของสมาชิกชุมชน มีการรณรงค์ให้คนในชุมชน ลด ละ เลิกสุรา ตัวอย่างกิจกรรม เช่น

- ๑ การทำประชาพิจารณ์ถึงปัญหาการติ่มสุรา การทำบัญชีครัวเรือน เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่ลดลงจากการไม่ติ่มสุรา
- ๑ การรณรงค์งานศพปลอดเหล้า ขอความร่วมมือร้านค้าให้งดขายสุราให้แก่ผู้ป่วย

- ๑ การทำกลุ่มบำบัดช่วยเหลือกันเองในชุมชน (ชมรมเลิกเหล้าป่าซาง-เวียงหนองล่อง) และมีแกนนำชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่ไม่มาเข้ากลุ่มช่วยเหลือกันเอง

- สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 14 แห่ง ได้แก่ PCU ปากบ่อง PCU บ้านเรื่อน PCU ม่วงน้อย PCU มะกอก PCU มงคลชัย PCU น้ำดิบ PCU ห้วยอ้อ PCU ท่าตุ้ม PCU วังสวนกล้วย PCU แม่แรง PCU ดอนหลวง PCU ห้วยไฟ PCU โรงพยาบาลป่าซาง

- ตัวอย่าง PCU ม่วงน้อย สามารถให้การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและให้การแนะนำแบบสั้นได้

4.2.2 โรงพยาบาลบ้านธิ

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง หน่วยงานได้พัฒนาการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา โดยมีการอบรมบุคลากรในพื้นที่ รวมทั้งจาก PCU มาก่อนแล้ว เพื่อให้มีศักยภาพในการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราได้ ผู้บริหารเห็นความสำคัญ มีเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง หน่วยงานมีผู้รับผิดชอบงานโดยเฉพาะ ผลการดำเนินงานตามระบบ i-MAP Health มีดังนี้

- แผนกผู้ป่วยนอก สามารถคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราด้วยแบบประเมิน AUDIT ได้ทุกราย และมีการลงบันทึกผลการประเมินใน OPD Card รวมทั้งให้การบำบัดแบบสั้น มีพยาบาลคลินิกจิตเวชและยาเสพติดให้การดูแล

- แผนกผู้ป่วยใน มีการคัดกรองผู้ป่วยในผู้ที่มีความเสี่ยงจะเกิดปัญหาการถอนพิษสุรา ด้วยการเฝ้าระวังและประเมินภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน AWS มีการบำบัดตามแนวปฏิบัติ พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะถอนพิษสุราลดลง หรือเมื่อเกิดภาวะถอนพิษสุราอาการของผู้ป่วยก็จะรุนแรงลดลง อัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นลดลง

- การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา มีคลินิกให้คำปรึกษาที่ให้บริการผู้ที่มึปัญหาการดื่มสุรา และมีการติดตามต่อเนื่อง

- การติดตามฟื้นฟู มีกิจกรรมการดูแลในชุมชน เช่น กลุ่มช่วยเหลือกันเอง กิจกรรมชุมชนแก้ไขปัญหาการดื่มสุรา งานศพปลอดเหล้า งานบุญปลอดเหล้า และ

งดเหล้าเข้าพรรษา มีการทำกลุ่มบำบัดช่วยเหลือกันเองในชุมชน (กลุ่มสามัคคี คนใจเด็ดเชียงใหม่ - ลำพูน) และมีแกนนำชุมชน ติดตามเยี่ยมบ้านผู้มีปัญหาที่ไม่มา เข้ากลุ่มช่วยเหลือกันเอง เป็นต้น

- PCU มีการดูแลติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลได้ดี สามารถให้การคัดกรองปัญหาการติดเชื้อและให้การแนะนำแบบสั้นได้
- สถานพยาบาลปฐมภูมิในอำเภอ 4 แห่ง ได้แก่ PCU ห้วยยาบ PCU ห้วยไซ PCU ศรีดอนชัย PCU บ้านใหม่ภาคเหนือ

4.3 สรุปการดำเนินงาน i-MAP Health จังหวัดน่าน

4.3.1 โรงพยาบาลน่าน

เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 500 เตียง แยกเป็นแผนกต่างๆ มีแพทย์เฉพาะทางในแต่ละแผนก ได้มีกิจกรรมรณรงค์ปัญหาการติดเชื้อโดยผู้ว่าราชการจังหวัด ร่วมกับภาคประชาสังคม สนับสนุนจาก สสส. เช่น รณรงค์ปลอดเหล้าในกีฬาแข่งเรือประเพณี กีฬาสาธารณสุขปลอดเหล้า

นอกจากนั้นในระดับโรงพยาบาล หนึ่งในสี่ยุทธศาสตร์หลักของโรงพยาบาล คืองานจิตเวชและสารเสพติด มีทีมงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่เข้มแข็ง มีจิตแพทย์ 2 ท่าน หอผู้ป่วยจิตเวช 30 เตียงสามารถให้บริการผู้มีปัญหาการติดเชื้อทั้งในแผนก และการปรึกษาข้ามแผนก ผลการดำเนินงานตามระบบ i-MAP Health มีดังนี้

- แผนกผู้ป่วยนอก มีการคัดกรองผู้มีปัญหาการติดเชื้อด้วยแบบประเมิน AUDIT ทำแบบบันทึกปัญหาการติดเชื้อติดที่ OPD Card เพื่อป้องกันการประเมินซ้ำ มีการกระตุ้นให้ดำเนินการทุกแผนกอย่างแท้จริง มีการจัดทำสื่อเพื่อให้สุขภาพจิตศึกษา ให้คำแนะนำแบบสั้น และให้การบำบัดแบบสั้น ที่ง่าย สะดวกต่อการใช้งาน มีการจัดทำ guideline และ flow chart ในการปฏิบัติงาน แต่ยังมีข้อจำกัดในการคัดกรองให้ครอบคลุมในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉิน
- แผนกผู้ป่วยใน มีการคัดกรองผู้มีปัญหาการติดเชื้อด้วยแบบประเมิน AUDIT และให้การบำบัดแบบสั้นในหอผู้ป่วยทั่วไปได้ค่อนข้างครอบคลุมถึงร้อยละ 57-100 โดยเฉพาะหอผู้ป่วยเสี่ยง เช่น ศัลยกรรมกระดูกและข้อ สามารถดำเนินการ

ได้ถึงร้อยละ 84 นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการตามมาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา เพื่อเฝ้าระวังและประเมินอาการถอนพิษสุราโดยใช้แบบประเมิน AWS โดยปรับเปลี่ยนบันทึกให้สะดวกต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้การรักษาตามแนวปฏิบัติ โดยมียาตาม standing order เป็นพื้นฐาน และรายงานอาการเพิ่มเติมให้จิตแพทย์โดยตรงได้ พบว่าสามารถลดการเกิด alcohol withdrawal delirium ลงเหลือเพียงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยใน

- **การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา** มีทีมสุขภาพจิตให้การบำบัดและเสริมสร้างแรงจูงใจทั้งผู้ป่วยในที่มีปัญหาการดื่มสุรา และที่คลินิกจิตเวชและสารเสพติด มีการติดตามต่อเนื่องโดยจิตแพทย์

- **สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 27 แห่ง** ได้แก่ สถานีอนามัยคูใต้ สถานีอนามัยกองควาย สถานีอนามัยดอนมูล สถานีอนามัยดอนน้ำครก สถานีอนามัยสวน สถานีอนามัยนาขาว สถานีอนามัยไชยสถาน สถานีอนามัยป่าคา สถานีอนามัยเรือง สถานีอนามัยถ้ำทอง สถานีอนามัยละบายา สถานีอนามัยน้ำโค้ง สถานีอนามัยบ่อ สถานีอนามัยผาสิงห์ สถานีอนามัยน้ำจาว สถานีอนามัยเสนียน สารณสุขชุมชน ห้วยมอญ สถานีอนามัยน้ำแก่น สถานีอนามัยน้ำเกียน สถานีอนามัยเมืองจั่ง สถานีอนามัยบ้านเมืองจั่ง สถานีอนามัยบุพผาราม สถานีอนามัยท่านาว สถานีอนามัยนาบั้ง สถานีอนามัยฝายแก้ว สถานีอนามัยดงป่าศักดิ์ สถานีอนามัยม่วงตึ๊ด ศสมช.บ้านอภัย ศสมช.มิ่งเมือง ศสมช.บ้านพันต้น ศสมช.บ้านภูมินทร์ท่าลี่ ศสมช.บ้านพญาภู ศสมช.บ้านไผ่เหลือง ศสมช.บ้านมณเฑียร ศสมช.บ้านหัวช่วง ศสมช.มงคล ศสมช.ช้างค้ำ ศสมช.บ้านดอนศรีเสริม ศสมช.บ้านหัวเวียงใต้ ศสมช.บ้านดอนแก้ว ศสมช.บ้านอรัญญาวาส ศสมช.บ้านประตูป่อง ศสมช.บ้านพระเกิด ศสมช.บ้านท่าช้าง ศสมช.บ้านเมืองเส้น ศสมช.บ้านสวนตาล ศสมช.บ้านช้างเผือก ศสมช.บ้านสภารส ศสมช.บ้านมหาโพธิ์ ศสมช.เชียงแข็ง ศสมช.บ้านน้ำล้อม ศสมช.บ้านสวนหอม ศสมช.บ้านดอนสวรรค์ ศสมช.บ้านพระเนตร

- **ตัวอย่างสถานีอนามัยตำบลถ้ำทอง** สามารถให้การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและให้การบำบัดแบบสั้นเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยที่รุนแรงเข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลน่าน

4.3.2 โรงพยาบาลทุ่งช้าง

อำเภอทุ่งช้างมีปัญหาการดื่มสุราเป็นปัญหาลำดับต้นๆ ของพื้นที่ เนื่องจากมีการผลิตสุราพื้นบ้านจำนวนมาก อย่างไรก็ตามทางสาธารณสุขอำเภอได้ให้ความสำคัญของปัญหาการดื่มสุราและผลักดันให้เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมจัดการปัญหาในชุมชน ส่วนโรงพยาบาลทุ่งช้าง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีพยาบาลรับผิดชอบงานด้านยาเสพติดโดยตรง การดำเนินการตามระบบ i-MAP Health มีดังนี้

- **แผนกผู้ป่วยนอก** สามารถคัดกรองผู้ป่วย บันทึกข้อมูล และให้การบำบัดแบบสั้นในผู้ป่วยนอกได้ครบทุกราย เนื่องจากผู้รับบริการมีจำนวนไม่มาก และบุคลากรทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตร i-MAP Health ครบ (ร้อยละ 100) ในผู้ที่ตอบว่าดื่มสุราจะได้รับการถามต่อด้วยเครื่องมือ AUDIT และให้การช่วยเหลือตามความรุนแรงของปัญหา

- **แผนกผู้ป่วยใน** ก่อนหน้านี้มีผู้ป่วยถอนพิษสุราในหอผู้ป่วยเป็นระยะ การดูแลทำได้ลำบาก แต่หลังจากนำระบบ i-MAP Health มาดำเนินงานได้มีการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงและติดตามอาการถอนพิษสุราโดยใช้แบบประเมิน AWS ให้การดูแลตามแนวปฏิบัติและไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรารุนแรงในหอผู้ป่วยอีกเลย

- **การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา** ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามอาการ ในรายที่ยุ่งยากซับซ้อนมีการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลนานในรายที่ไม่สามารถรักษาได้

- **สถานพยาบาลปฐมภูมิ** นรื่อง 7 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยงอบ และสถานีอนามัยปอน สถานีอนามัยปางแก สถานีอนามัยน้ำสอ สถานีอนามัยผกฤษ์ สถานีอนามัยห้วยสะแตง

- **ตัวอย่างสถานีอนามัยตำบลปอน** จัดทำแฟ้มดูแลสุขภาพครอบครัว มี OPD card ของทุกคนในครัวเรือน ทำให้สามารถคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในผู้รับบริการได้ทุกราย และในผู้ที่ผลการประเมิน AUDIT พบปัญหาให้มีการประเมินแรงจูงใจให้ไปรับการรักษาต่อ แม้ผู้ป่วยจะยังไม่ยอมรับการรักษา แต่ก็มีการติดตาม

ดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการจัดทำสติ๊กเกอร์สีแดงที่แฟ้มผู้ป่วย เพื่อบอกว่าได้รับการคัดกรองและช่วยเหลือเมื่อไร อย่างไร เพื่อการติดตามและป้องกันการประเินซ้ำซ้อน มีการวางแผนให้ อสม. ติดตามในครัวเรือนเพื่อคัดกรองปัญหาการดื่มสุราด้วย

4.4 สรุปการดำเนินงาน i-MAP Health จังหวัดนครราชสีมา

4.4.1 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

เป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุรามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และเป็นผู้จัดการโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุราของกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2551 มีการดำเนินงานตามระบบ i-MAP Health ดังนี้

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราด้วยแบบประเมิน AUDIT ในผู้ป่วยใหม่ทุกรายที่มีประวัติการดื่มสุรารายใน 1 ปี และประเมิน AWS หากมีอาการถอนพิษสุรา บันทึกข้อมูลใน OPD card ก่อนที่จะพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ในกรณีที่ไม่ได้รับไว้เป็นผู้ป่วยใน พยาบาลจะให้การช่วยเหลือ/บำบัดทางจิตเมื่อประเมิน TMSE ได้ > 26 คะแนน จะให้การบำบัด MET และถ้าประเมิน TMSE ได้ < 26 คะแนน จะให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษา มีการติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกหลังการบำบัดนาน 6 เดือน - 1 ปี กรณีติดตามนอกโรงพยาบาล จะติดตามโดยเครือข่ายสาธารณสุขตามเกณฑ์ที่กำหนด กรณีที่แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานผลการตรวจและให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์

- **แผนกผู้ป่วยใน** ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกี่ยวกับปัญหาจากสุรา จะรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะสุรา ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปจะรับไว้ที่ตึกแรกรับ แต่หากพบอาการขาดสุราจะได้รับย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยเฉพาะสุรา สามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราได้ โดยลดจำนวนวันลงจาก 7 วันเหลือเพียง 5 วัน

- **การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา** ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัดและติดตามภายใน 3 เดือน มีโปรแกรมการบำบัดที่พัฒนาขึ้นเป็นของโรงพยาบาลเพื่อเสริมแรงจิตใจให้ผู้ป่วยลด ละ เลิกสุรา และเสริมศักยภาพไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำ โปรแกรมประกอบด้วย MI ร่วมกับ CBT และกลุ่ม AA 12 ขั้นตอนแนวพุทธ
- **การติดตามการรักษา** มีการดูแลเป็นรายบุคคล ให้การบำบัดต่อเนื่องตามปัญหา มีกิจกรรมในชุมชนเป็นการบำบัดวิถีแนวพุทธที่วัดมะรุม ให้ทำวัตรปฏิบัติและถือบวชทางใจ มีรายงานผู้ป่วยที่หยุดดื่มไม่กลับมารักษาซ้ำได้นาน 9 เดือน

4.4.2 โรงพยาบาลพิมาย

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง เริ่มมีการดูแลผู้ป่วยปัญหาสุราทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ทั้งผู้ป่วยที่ติดสุรา ผู้ดื่มแบบอันตรายที่มีภาวะถอนพิษสุรา โรคจิตจากสุรา ดำเนินการตามระบบ i-MAP Health ดังนี้

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราด้วยแบบประเมิน AUDIT และให้คำแนะนำเป็นกลุ่มเล็กสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงระดับ 2 และมีการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่มิมีปัญหาการดื่มสุราแต่ยังทำได้จำกัดเนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก และผู้ป่วยบางคนไม่สนใจรับฟัง
- **แผนกผู้ป่วยใน** ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยในหญิงและชายทุกคนจะได้รับการคัดกรองโดย 11 แบบแผนของ Gordon ที่จะมีคำถามถึงการดื่มสุราและจะได้รับการประเมิน AUDIT ในกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางกายหรือแสดงอาการขาดสุรา จะได้รับการเฝ้าระวังภาวะถอนพิษสุราโดยแบบประเมิน AWS พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราระดับรุนแรงลดลง และมีทีมพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาฯ มาช่วยดูแลในผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อน และสาคิการตรวจรักษาให้กับทีมผู้รักษาของโรงพยาบาลพิมายเป็นระยะๆ
- **ตัวอย่างสถานีนอนมัยในอำเภอพิมาย** สามารถให้การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยที่มารับบริการ และยังอบรม อสม. ให้คัดกรองเชิงรุกในชุมชนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหาของชุมชน มีการมอบป้ายสติ๊กเกอร์เพื่อติดแสดงไว้หน้าบ้านว่า “บ้านนี้ปลอดสุรา” ชื่นชมและเชิดชูหลังคาเรือนที่ไม่ดื่มสุรา

- สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 18 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยสัมฤทธิ์พัฒนา สถานีอนามัยหนองขาม สถานีอนามัยรังกาใหญ่ สถานีอนามัยบ้านซิม สถานีอนามัยบ้านเตย สถานีอนามัยท่าหลวง สถานีอนามัยมะค้ำระเว สถานีอนามัยจารย์ตำรา สถานีอนามัยหนองระเวียง สถานีอนามัยดงน้อย สถานีอนามัยดงใหญ่ สถานีอนามัยชีวาน สถานีอนามัยหนองหญ้าขาว สถานีอนามัยนิคม 1 สถานีอนามัยหนองจิก สถานีอนามัยลุงตามัน สถานีอนามัยนิคม 2 สถานีอนามัยมะกอก

4.4.3 โรงพยาบาลปักษ์ชัย

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีการดำเนินงานดังนี้

- แผนกผู้ป่วยนอก มีการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราด้วยแบบประเมิน AUDIT บันทึกใน OPD Card และให้ความรู้ แนะนำ และบำบัดแบบสั้นตามผลการประเมิน แผนกผู้ป่วยนอกจะมีการคัดกรองการดื่มสุราโดยใช้ QF เมื่อว่ามีภาวะเสี่ยงและให้คำแนะนำแบบสั้นเข้าคลินิกบำบัดหรือส่งเขารับคำปรึกษา จึงประเมินผู้มีปัญหาการดื่มสุราด้วยแบบประเมิน AUDIT แยกระดับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา การดูแลตามระดับปัญหา คือ คะแนน 0-7 ให้ความรู้เรื่องโทษพิษภัยของแอลกอฮอล์ คะแนน 8-15 ให้คำปรึกษาแบบสั้นและสนใจให้เขารับการบำบัด คะแนน 16-19 และตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไปใช้ MI/MET (ยังไม่ได้ใช้ CBT) และมีกลุ่ม AA สำหรับผู้สมัครใจเข้าร่วมเมื่อเข้าคลินิกรักษาปัญหาการดื่มสุรา

- แผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยได้รับการประเมินสมรรถนะเมื่อพบว่ามีประวัติดื่มสุราจึงมีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา ด้วยแบบประเมิน AUDIT และในผู้ที่มีความเสี่ยงเกิดภาวะถอนพิษสุรา จะได้รับการเฝ้าระวังด้วยแบบประเมิน AWS ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้นและสนใจให้เขารับการรักษาปัญหาการดื่มสุรา มีทีมที่เลี้ยงจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์เพื่อให้คำแนะนำ ปรึกษาในผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการถอนพิษสุราเกิดอาการถอนพิษสุราลดลง และเมื่อเกิดอาการถอนพิษสุราก็ไม่รุนแรงมากและสามารถควบคุมอาการถอนพิษได้ไม่เกิน 5 วัน จึงทำให้อัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาลดลง

- **สถานีอนามัยในอำเภอภักธงชัย** สามารถคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราได้ และได้มีการอบรมให้ อสม. สามารถคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราในพื้นที่
- **สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 20 แห่ง** ได้แก่ สถานีอนามัยพระเพลิง สถานีอนามัยบุสมอ สถานีอนามัยบ้านคู้ สถานีอนามัยบ้านพร้าว สถานีอนามัยนกกอก สถานีอนามัยบ้านจั่ว สถานีอนามัยนางเจริญ สถานีอนามัยแหลมข้าว สถานีอนามัยบ้านโคก สถานีอนามัยเชียงสา สถานีอนามัยขุนละคร สถานีอนามัยหนองนกเขียบ สถานีอนามัยตะขบ สถานีอนามัยลำนางแก้ว สถานีอนามัยน้ำซัย สถานีอนามัยท่าเยี่ยม สถานีอนามัยตะคุ สถานีอนามัยสุขัง สถานีอนามัยปลายดาบ สถานีอนามัยหนองปลิง

4.5 สรุปการดำเนินงาน i-MAP Health จังหวัดขอนแก่น

4.5.1 ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดขอนแก่น

เป็นสถานบริการในสังกัดกรมการแพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแล บำบัด ผู้มีปัญหายาเสพติดทุกชนิด ทางศูนย์บำบัดฯ ได้มีการจัดทำแนวเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสุราตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 และมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราต่อเนื่องทั้งในหน่วยงานและเป็นแม่ข่ายให้โรงพยาบาลชุมชน กิจกรรมดำเนินงานจะคู่ขนานไปกับการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด มีการบันทึกข้อมูลโดยระบบคอมพิวเตอร์ที่พัฒนาเฉพาะของหน่วยงาน ทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด สมบูรณ์ และเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ได้ มีใบบันทึกนัดหมายพร้อมปฏิทินเพื่อให้บันทึกวันที่หยุดดื่ม การดำเนินงานตาม i-MAP Health มีดังนี้

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการประเมินในผู้ป่วยสุรารายใหม่ และเพิ่มการประเมินในผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ป่วยที่อยู่ในความเสี่ยงระดับ 2 จะได้รับคำแนะนำแบบสั้น ผู้ป่วยที่อยู่ในความเสี่ยงระดับ 3 ได้รับการปรึกษาแบบสั้น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับ 3 หรือ 4 จะได้รับการประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้การบำบัดแบบเข้มข้น สามารถให้การบำบัดแบบสั้นตามระดับของปัญหาได้ครบร้อยละ 100 มีคู่มือในการติดตามผู้ป่วย 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 4 เดือน แต่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนขาดการติดต่อกลับ

- **แผนกผู้ป่วยใน** ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราจะรับไว้ในหอผู้ป่วยในและได้รับการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยง ประเมินติดตามอาการขาดสุราตามความรุนแรง ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีอาการถอนพิษสุรา ด้วยแบบประเมิน CIWA มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงและโรคร่วมทางกายจากการถอนพิษสุรา รายงานแพทย์เมื่ออาการผู้ป่วยรุนแรง

- **การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา** ผู้ติดสุราในระยะฟื้นฟู ตามตารางการบำบัดฟื้นฟูโดยอิงตาม PMK Model รักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 28 วัน มีการบำบัดทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลด้วย MET หรือ CBT และหลังจำหน่ายแล้วมีการติดตามต่อเนื่อง

- **การติดตามฟื้นฟู** ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามต่อเนื่อง มีการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโปรแกรม aftercare เพื่อติดตามระยะยาว นอกจากนั้นยังมีกลุ่มผู้ติดสุรานานาชาติที่มีภารกิจดำเนินงานนานเป็นศูนย์การเรียนรู้และเป็นผู้นำในการขยายผล

- **จัดทำสื่อในการดำเนินงาน** ประกอบด้วย

- ๑) คู่มือการดูแลผู้ป่วยด้วยโปรแกรมการดูแลรายกรณี สำหรับบุคลากรเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มได้ต่อเนื่อง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดและอารมณ์ และคู่มือสำหรับผู้ป่วยให้บันทึกด้วยตนเอง รวมถึงกิจกรรมที่พยาบาลมอบหมายให้ปฏิบัติ เช่น ความรู้สึกดีกับตนเอง เข้าใจอารมณ์กับความเครียด คิดอย่างไรไม่ให้เครียด สรรวจผลกระทบจากการดื่มสุรา

- ๒) คู่มือกลุ่มบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้บุคลากรจัดทำกลุ่มปรับแก้ไขปัญหา พฤติกรรม อารมณ์ ความคิดโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการบำบัด

- ๓) คู่มือกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้บำบัดสุราเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจแบ่งระยะการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 ประเมินแล้วไม่พบอาการขาดสุรา ระยะที่ 2 วางแผนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะที่ 3 ติดตามต่อเนื่องหลังจากการบำบัดฟื้นฟู ระยะที่ 4 ติดตามหลังรับการรักษา

- ๔) คู่มือสำหรับผู้เข้ารับการบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT model)

๑ คู่มือสำหรับผู้ติดสุราและครอบครัว มีเนื้อหา โรคติดสุราคืออะไร การเลิกสุราเลิกอย่างไร เทคนิคดีๆ ในการลดปริมาณการดื่มถ้ายังเลิกสุราไม่ได้ บทบาทครอบครัวในการช่วยเหลือ

4.5.2 โรงพยาบาลชุมแพ

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีคลินิกให้การบำบัดสารเสพติด โดยเฉพาะ การดำเนินงานตามระบบ i-MAP Health มีดังนี้

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการตกลงร่วมกันในทุกหน่วยงานหลักทั้งคลินิกผู้ป่วยนอก คลินิกยาเสพติด แผนกฉุกเฉิน และคลินิกเฉพาะโรค เพื่อให้คัดกรองการดื่มสุรด้วยแบบประเมิน AUDIT และให้คำแนะนำเบื้องต้น มีแนวปฏิบัติและ flow chart ในการดูแลผู้ป่วย

- **แผนกผู้ป่วยใน** ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและชาย ศัลยกรรม จะได้รับการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรด้วยแบบประเมิน AUDIT และประเมินความเสี่ยงภาวะถอนพิษสุรด้วยแบบประเมิน AWS และได้รับการรักษาภาวะถอนพิษสุรตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้มีอาการถอนพิษสุร มีการประเมินเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย

- **การบำบัดรักษาผู้ติดสุร** ผู้ติดสุรจะได้รับการบำบัดเฉพาะที่ “คลินิกสีขา” มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกคน แต่ยังมีข้อจำกัดในการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง

- **การติดตามหลังการรักษา** มีการส่งต่อผู้ป่วยไปให้ PCU ในเครือข่ายติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

- **สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 1 แห่ง** ได้แก่ สถานีอนามัยศรีมงคล สามารถให้บริการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรได้ทุกราย โดยบูรณาการเข้ากับแบบประเมินภาวะเมตาบอลิกส์ มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้ปัญหาสุขภาพกายเป็นตัวนำ และร่วมแก้ไขปัญหาการดื่มสุรของสมาชิกครอบครัวร่วมด้วย และยังนำผู้ป่วยที่สามารถเลิกสุรได้มาเป็นคนต้นแบบในการทำกลุ่ม AA ของหน่วยงาน

4.5.3 โรงพยาบาลช้างสูง

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีการดำเนินงานดังนี้

- แผนกผู้ป่วยนอก มีประเมินปัญหาการดื่มสุราผู้ป่วยทุกรายที่มาใช้บริการ ด้วยแบบประเมิน AUDIT มี guideline & flow chart ในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังมีข้อจำกัดในทักษะผู้ให้บริการ
- แผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยรวมจะได้รับการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา ด้วยแบบประเมิน AUDIT และประเมินความเสี่ยงภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน AWS ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุรา จะได้รับการรักษาภาวะถอนพิษสุราตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีอาการถอนพิษสุรา มีการประเมินเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย
- สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 1 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยช้างสูง

4.6 สรุปการดำเนินงาน i-MAP Health จังหวัดอุบลราชธานี

4.6.1 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

มีการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข การดำเนินงานตามระบบ i-MAP Health มีดังนี้

- การบริหารจัดการ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจังหวัด ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 3 แห่ง มีทั้งผู้บริหารและปฏิบัติ
- แผนกผู้ป่วยนอก ยังมีข้อจำกัดในการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่แผนกผู้ป่วยนอกให้ครอบคลุม เนื่องจากภาระงานมีมาก แก้ไขด้วยการตั้งจุดคัดกรองเพิ่มเติมหรือประสานกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติดให้ช่วยประเมินคัดกรอง โดยมีการประเมินตามลำดับขั้นด้วยคำถามการดื่มใน 3 เดือน ตามด้วย Quantity-Frequency Questionnaire (QF) และ AUDIT ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากมีอาการทางจิตจะประสานตักผู้ป่วยรับใหม่ให้คัดกรองผู้ป่วยเมื่ออาการ

สงบแล้ว มีการจัดทำสติเกอร์เพื่อบ่งบอกว่าได้รับการคัดกรองและช่วยเหลือปัญหาการดื่มสุราและป้องกันการประเินซ้ำ

- **แผนกผู้ป่วยใน** มีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา หรือหากยังไม่สามารถประเมินได้จะส่งต่อข้อมูลให้ทีมกรรบาย หรือคลินิกกรรขใจให้ดำเนินการต่อ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามปัญหา มีการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน AWS และมีการปรับแบบบันทึกให้เหมาะในการทำงานมากขึ้น พบว่าสามารถลดเวลาการเกิด alcohol withdrawal delirium ลงเหลือเพียง 2.2 วัน

- **การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา** มีการทำจิตสังคมบำบัดให้แก่ผู้ป่วยด้วย CBT, MI รวมทั้งครอบครัวบำบัดโดยหอผู้ป่วยจิตเวชชาย 3 และกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด

- **มีการจัดทำคู่มือ** แนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดแบบสั้นสำหรับบุคลากร

4.6.2 โรงพยาบาลวารินชำราบ

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ในพื้นที่มีปัญหาอุบัติเหตุที่เกิดจากการดื่มสุราในเทศกาลต่างๆ ที่มีสถิติเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบโรคที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา เช่น ความดันโลหิตสูง ตับแข็ง เบาหวาน ภาวะอาหารอากเสบ ยังพบผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีการดื่มสุราาร่วมด้วย และผู้ป่วยจิตเวชที่มีการดื่มสุราาร่วมด้วย การดำเนินงานตามระบบ i-MAP Health มีดังนี้

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราด้วยการประเมินแบบ AUDIT และให้การบำบัดแบบสั้น บุคลากรเกือบทั้งหมดผ่านการอบรมในหลักสูตรดังกล่าว แต่ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินการให้ครอบคลุม จึงได้เน้นเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา เช่น ตับแข็ง อุบัติเหตุ และผู้ป่วยที่มาารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตและสารเสพติด ระบบการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ยังมีข้อจำกัดในการดึงข้อมูลเดิมมาใช้เป็นฐานข้อมูล ในผู้ป่วยที่พบความเสี่ยงระดับ 3 และ 4 จะส่งต่อคลินิกบำบัดรักษายาเสพติดและจิตเวช และแพทย์ผู้รักษาตามลำดับ

- **แผนกผู้ป่วยใน** เป็นหอผู้ป่วยรวม สามารถให้การคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราด้วยแบบประเมิน AUDIT ได้ มีการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงของการเกิดอาการถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน AWS แต่ยังพบว่ามีปัญหาในการดูแลอาการถอนพิษสุรา จึงยังมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สาเหตุหลักของปัญหาคือบุคลากรยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุรา และยาที่จำเป็นพื้นฐาน เช่น chlordiazepoxide
- **สถานพยาบาลปฐมภูมิ** สามารถให้การคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราและฝึกให้อสม. ช่วยคัดกรองด้วยคำถามการดื่มในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ตามด้วย Quantity-Frequency Questionnaire (QF) หากพบว่ามีปัญหาให้ส่งต่อพยาบาล
- **สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 5 แห่ง** ได้แก่ PCU ก่อ PCU บัววัด PCU ห้วยชะยุ้ง PCU ศรีโค PCU ทุ่งบอน

4.6.3 โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีการดำเนินงานดังนี้

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราด้วยแบบประเมิน AUDIT และให้การบำบัดแบบสั้น มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูลเฉพาะ
- **แผนกผู้ป่วยใน** มีการดำเนินกิจกรรมประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราโดยใช้แบบประเมิน AWS ประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยง หากพบปัญหาถอนพิษสุรารุนแรงจะส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
- **สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 5 แห่ง** ได้แก่ PCU บก PCU ลาดควาย PCU ดอนใหญ่ PCU หนามแท่ง PCU นาคำ

4.7 สรุปการดำเนินงาน i-MAP Health จังหวัดสระแก้ว

4.7.1 โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

มีการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราด้วยกิจกรรมต่อยอดของการบำบัดยาเสพติดที่ผ่านมา มีระบบการส่งต่อข้อมูลสารสนเทศที่ครอบคลุมพื้นที่เครือข่าย การดำเนินงาน

ตามระบบ i-MAP Health มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด และติดตามประชุมสัญจรตามอำเภอต่างๆ และมีคณะกรรมการดำเนินงานของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้วยแบบประเมิน AUDIT แต่ยังมีข้อจำกัดในการให้บริการที่ OPD และ ER เนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก จึงได้ตั้งจุดคัดกรองเพิ่มเติม หากพบว่ามีความเสี่ยงในระดับ 3 และ 4 จะติดสติ๊กเกอร์เป็นเครื่องหมายเพื่อการติดตาม และส่งต่อการบำบัดแบบ O Happy ซึ่งเป็นการให้จิตสังคมบำบัดประยุกต์ เพื่อให้คำปรึกษาเบื้องต้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่พร้อมจะส่งพบแพทย์

- **แผนกผู้ป่วยใน** มีการปรับเปลี่ยนวิธีการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงภาวะถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar และให้การดูแลตามแนวปฏิบัติ ทำให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาถอนพิษสุราลดลง อัตราการส่งต่อผู้ป่วยด้วยปัญหาทางกายลดลง แต่ยังมีข้อจำกัดความไม่มั่นใจของบุคลากรในการให้ยาลดอาการขาดสุรา ทำให้ผู้ป่วยยังได้รับยาไม่พอเพียง

- **การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา** มีการดูแลด้วยโปรแกรม O happy ในกลุ่มผู้ป่วยนอก ด้วยการทำกลุ่ม 6 ครั้งโดยทีมสหวิชาชีพและส่งพบนักจิตวิทยา ติดตามการรักษาจนครบ 1 ปี ส่วนผู้ป่วยในส่งพบนักจิตวิทยาเพื่อให้การบำบัดเป็นรายบุคคลจำนวน 6 ครั้ง แล้วจึงส่งเข้ากลุ่ม M happy ทั้ง O happy และ M happy เป็นการประยุกต์โปรแกรมจิตสังคมบำบัดร่วมกับการทำ CBT และ MI เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจะได้พบนักจิตวิทยาเพื่อให้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ และประเมินความพร้อมก่อนจึงส่งเข้ากลุ่ม O happy อย่างไรก็ตามกรณีผู้ป่วยปฏิเสธขั้นตอนข้างต้นจะให้การบำบัดเป็นรายบุคคลแทน

- **การติดตามการรักษา** ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน แต่มีกลุ่มช่วยเหลือกันเองในชุมชน และการบำบัดแนวพุทธ

4.7.2 โรงพยาบาลคลองหาด

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีการอบรมความรู้ให้แก่บุคลากรและเจ้าหน้าที่สนับสนุนสำนักงานครบร้อยละ 100 มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน

อำเภอคลองหาด มีการปรับรูปแบบการบริการให้มีการส่งเสริมป้องกันควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา มีการจัดสถานที่ให้เป็นคลินิกแอลกอฮอล์ ผู้บริหาร นำทีมของโรงพยาบาลให้การสนับสนุน แลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์การทำงาน และประชุมร่วมกับผู้บริหารเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการคัดกรองผู้มีปัญหาการติ่มสุราด้วยแบบประเมิน AUDIT ที่แผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งให้การบำบัดแบบสั้น โดยมีการปรับรูปแบบการบำบัดรักษาเป็นแบบกลุ่มให้เหมาะกับจำนวนบุคลากรที่มีจำนวนน้อย และนำผู้ป่วยที่สามารถเลิกสุราได้มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้มีปัญหาการติ่มสุราในกลุ่ม แต่ยังมีข้อจำกัดที่บุคลากรโยกย้ายบ่อย และบุคลากรที่ผ่านการอบรมแล้วยังขาดประสบการณ์

- **แผนกผู้ป่วยใน** มีการคัดกรองผู้มีปัญหาการติ่มสุราด้วยแบบประเมิน AUDIT แต่ยังไม่ได้นำมาดำเนินการอื่นๆ

- **การบำบัดรักษาผู้ติดยา** มีการจัดบริการคลินิกแอลกอฮอล์และได้ส่งบุคลากรเข้าอบรม CBT และ MET ให้การบำบัดและติดตามผู้ติดยาตลอดระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 15 ราย พบว่าสามารถเลิกได้ 3 ราย ลดการติ่มลง 10 ราย และยังคงติ่มเท่าเดิม 2 ราย

- **สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 7 แห่ง** ได้แก่ รพ.สต.หนองแขวง รพ.สต.นาดี PCU คลองไก่เขื่อน สถานีอนามัยเขาตังกอง สถานีอนามัยบ้านน้ำดำ สถานีอนามัยชุมทอง สถานีอนามัยทับทิมสยาม

4.7.3 โรงพยาบาลวังน้ำเย็น

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีการอบรมความรู้ให้แก่บุคลากร และเจ้าหน้าที่สนับสนุนสำนักงานครบร้อยละ 100 มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน อำเภอวังน้ำเย็น การดำเนินงานตามระบบ i-MAP Health ดังนี้

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการคัดกรองผู้มีปัญหาการติ่มสุราด้วยแบบประเมิน AUDIT และให้การบำบัดแบบสั้น

- **การดำเนินงานในพื้นที่** มีการนำ อสม. มาร่วมดำเนินงาน โดยอบรมให้ความรู้ในการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT และสามารถให้ BA ในกลุ่มเสี่ยง

ระดับที่ 1 และ 2 ครบร้อยละ 100 ส่วนผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระดับที่ 3 และ 4 จะมีการส่งต่อให้กับบุคลากรสาธารณสุข

- **สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 7 แห่ง** ได้แก่ รพ.สต.ทุ่งมหาเจริญ PCU ตาหลังใน PCU คลองหินปูน สถานีอนามัยคลองตาสุตร สถานีอนามัยคลองจระเข้ สถานีอนามัยคลองตะเคียนชัย สถานีอนามัยท่าตาสี

4.7.4 สาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์

เป็นสำนักงานสาธารณสุขที่ไม่ได้เป็นหน่วยบริการแต่เป็นหน่วยงานหลักในการนำระบบ i-MAP Health ไปให้สถานพยาบาลปฐมภูมิดำเนินการ แม้ว่าจะไม่ได้กำหนดให้เป็นหน่วยงานนำร่องในระยะแรก แต่ทางสำนักงานมีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมดำเนินการตามระบบ i-MAP Health มีการอบรมความรู้ให้แก่บุคลากร และมีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานอำเภอวังสมบูรณ์

- **สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 6 แห่ง** ได้แก่ รพ.สต.ทุ่งกบินทร์ รพ.สต.วังสมบูรณ์ สถานีอนามัยคลองเจริญสุข สถานีอนามัยซบสังโต สถานีอนามัยวังใหม่ PCU บ้านถวาย

4.8 สรุปการดำเนินงาน i-MAP Health กรุงเทพมหานคร

4.8.1 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุราของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เครือข่ายในพื้นที่ของ กทม. คือ สำนักการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลและสำนักอนามัยสำหรับสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งบริบทแตกต่างจากหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการคัดกรองโดยคำถามการดื่มในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ต่อด้วย Quantity-Frequency Questionnaire (QF) และ AUDIT ตามระดับของปัญหา มีการให้การบำบัดทั้งความรู้ การแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้น และในผู้ที่มีความเสี่ยงระดับ 3 และ 4 จะได้รับการบำบัดตามโปรแกรมบำบัดจากกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดตามระดับความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุรา

- **แผนกผู้ป่วยใน** ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา รวมถึง การประเมินหรือเฝ้าระวังอาการถอนพิษสุราโดยการใช้แบบประเมิน AWS แต่เนื่องจากเป็นสถาบันที่มีจิตแพทย์ ดังนั้นการให้การรักษาส່วนใหญ่เป็นไปตาม การตัดสินใจทางคลินิกของแพทย์ พยาบาลยังมีส่วนร่วมน้อยในการประเมินอาการ ถอนพิษสุราและพิจารณาให้ยาตามอาการ

- **การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา** มีโปรแกรมบำบัดผู้มีปัญหาการดื่มสุราแบบ ผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย การประเมินแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราและตั้งเป้าหมาย วิเคราะห์หาสาเหตุของการดื่ม การจัดการสถานการณ์เสี่ยง การวางแผนการดำเนินชีวิต ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราและยึดมั่นในเป้าหมาย มีการติดตามจำนวน 4 ครั้ง โดยใช้คู่มือวันฟ้าใส และโปรแกรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยในประกอบด้วย การพัฒนาความรู้เรื่องสุรา ทักษะการจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง การฝึกทักษะกับ การกลับไปดื่มซ้ำ และจิตบำบัดแบบประคับประคอง

- **การติดตามการรักษา** หลังการจำหน่าย จะนัดมาให้การบำบัดต่อเนื่อง ด้วย MI และให้การดูแลตามปัญหาที่พบ เช่น การดูแลตนเอง การรับประทานยา ปัญหาครอบครัว การจัดการกับสถานการณ์เสี่ยง เป็นต้น

4.8.2 โรงพยาบาลลาดกระบัง

เป็นโรงพยาบาลในสังกัดของสำนักงานการแพทย์ กทม. ดูแลพื้นที่ 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนเลียบบคลองมอญ ชุมชนหลวงพ่อพรตท่านเลี่ยม และชุมชนเอื้ออาทร ลักษณะชุมชนมีทั้งชุมชนชนบทและชุมชนเมือง มีประชากรที่รับผิดชอบ จำนวน 154,644 คน ไม่มีคลินิกจิตเวช แต่งานด้านสุรารอยู่ในความรับผิดชอบของงาน เวชศาสตร์ชุมชน มีการตรวจและคัดกรองสุขภาพทุกครัวเรือนใน 6 อ. ซึ่ง 1 ใน 6 คือ อบายมุข ได้แก่ ปัญหาสุรา บุหรี่ มีการวิเคราะห์ปัญหาและจัดกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุก 3 – 6 เดือน มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ในพื้นที่ เช่น ตำรวจชุมชนสัมพันธ์ แกนนำชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยาและศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 การดำเนินงานตามระบบ i-MAP Health มีดังนี้

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการอบรมความรู้เรื่องการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา ให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้อง มีการคัดกรองในแผนกฉุกเฉินเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ คลินิกผู้ป่วยนอก LR , ANC และ OSCC ด้วยแบบประเมิน AUDIT และให้การดูแลเบื้องต้น
- **ในชุมชน** มีการคัดกรองในชุมชน โดยการอบรมแกนนำชุมชนและมีอาสาสมัครเป็นเยาวชนในพื้นที่ ช่วยคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนได้จำนวนมาก หากพบว่ามีปัญหาจะส่งต่อบุคลากรสาธารณสุข
- **สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 3 แห่ง** ได้แก่ ชุมชนเสียบคลองมอญ ชุมชนหลวงพ่อบุตรท่านเลี่ยม ชุมชนเอื้ออาทร

4.9 สรุปการดำเนินงาน i-MAP Health จังหวัดสุราษฎร์ธานี

4.9.1 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุราของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และได้พัฒนาต่อเนื่องจนถึงการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม มีหอผู้ป่วยสุราและยาเสพติด โดยเฉพาะ มีการให้การบำบัดแบบกลุ่มทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 10 ครั้งโดยทีมสหวิชาชีพ การดำเนินการตามระบบ i-MAP Health มีดังนี้

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยนอกทุกราย แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาและปริมาณผู้ป่วย จึงได้มีการจัดตั้งจุดคัดกรองโดยผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งพบว่าหลังให้บริการระยะหนึ่งเกิดความชำนาญ สามารถทำการคัดกรองได้เร็วขึ้นและใช้ลักษณะการพูดคุยสัมภาษณ์โดยไม่ต้องอ่านตามแบบประเมิน AUDIT ผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่า 20 จะได้รับการบำบัดแบบสั้นโดยพยาบาล
- **แผนกผู้ป่วยใน** ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยสุรายาเสพติด จะได้รับการประเมิน AUDIT ทุกราย ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเกิดอาการขาดสุราจะได้รับการดูแลเฝ้าระวังภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน MINDS ตามแนวปฏิบัติที่กำหนด และแพทย์มีการสั่งให้ยาเป็นมาตรฐานเบื้องต้น หากอาการรุนแรงขึ้นจะรายงาน

แพทย์เพื่อเพิ่มยา พบว่าสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราที่รุนแรงได้ ลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย

- **การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา** โปรแกรมบำบัดรักษาผู้ติดสุราได้ดำเนินการมาก่อนหน้านี้แล้ว โดยหลังจากผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุราใน 1 สัปดาห์แรก นำผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัดที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพจำนวน 10 ครั้ง ประกอบด้วย CBT, MI และกลุ่มจิตบำบัดวิถีพุทธ

- **การจัดทำสื่อ**

- ๑ คู่มือกิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อการสำนึกในคุณค่าแห่งตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา
- ๑ คู่มือครอบครัวศึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุราและยาเสพติด

4.9.2 โรงพยาบาลเกาะสมุย

เป็นโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐขนาด 160 เตียงแห่งเดียวในเกาะสมุย มีโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง สถานีอนามัย 9 แห่ง และคลินิกเอกชน 18 แห่ง ดูแลประชากรทั้งสิ้นจำนวน 54,223 คน แต่มีประชากรแฝงที่เป็นแรงงานคนไทยย้ายถิ่นชาวต่างประเทศ และแรงงานข้ามชาติที่ถูกต้องตามกฎหมายและหลบหนีเข้าเมืองรวมกันแล้วเป็นจำนวน 10 เท่าของประชากรเกาะสมุย โรงพยาบาลมีการจัดตั้งคลินิกเลิกสุราที่ให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการอบรมบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องมากกว่าร้อยละ 80 ให้การคัดกรองผู้ป่วยปัญหาการดื่มสุราในคลินิกผู้ป่วยนอกด้วยแบบประเมิน AUDIT แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมากจึงเลือกคัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุ วัยรุ่นชาย ผู้ป่วยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับสุรา ผู้ป่วยจิตเวช และให้การบำบัดตามความรุนแรงของปัญหา เมื่อบุคลากรมีประสบการณ์พบว่าสามารถที่จะประเมินผู้ป่วยโดยไม่ต้องใช้แบบประเมิน AUDIT แต่เป็นการประเมินในลักษณะการพูดคุยกัน

- **แผนกผู้ป่วยใน** มีการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราโดยใช้แบบประเมิน AWS และให้การดูแลตามแนวปฏิบัติฯ พบว่าสามารถควบคุมไม่ให้เกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง (delirium) ได้
- **การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา** มีการให้บริการที่คลินิกสุราด้วยการบำบัดแบบประคับประคองทางด้านจิตใจ และส่งบุคลากรที่ผ่านการอบรม MET/CBT เพิ่มเติมสามารถให้การดูแลบำบัดได้ ยกเว้นในรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน จะส่งต่อโรงพยาบาลสวนสราญรมย์
- **สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 2 แห่ง** ได้แก่ สถานีอนามัยมาเร็ด สถานีอนามัยอ่างทอง
- **ตัวอย่างสถานีอนามัยมาเร็ด** สามารถให้การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในผู้รับบริการทุกราย มีการอบรม อสม. โดยบูรณาการไปกับการอบรมการคัดกรองและดูแลสุขภาพอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต อสม. ช่วยคัดกรองที่สถานีอนามัยและลงพื้นที่ในชุมชน โดยเฉพาะพื้นที่ในหมู่ 5 สามารถคัดกรองประชากรในพื้นที่ได้ร้อยละ 100 พบว่าผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราค่อนข้างน้อยในประชากรสมุย แต่มีปัญหามากในประชากรแฝงโดยเฉพาะแรงงานคนไทยย้ายถิ่นและแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งหญิงในร้านขายสุรา ทำให้ต้องมีการวางแผนดำเนินการเฉพาะ

4.9.3 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราทุกวันทำการ มีการประชุมของทีม PCT จัดทำแนวปฏิบัติและกำหนดเป็นข้อตกลงให้ใช้แนวทางเดียวกัน

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราด้วยแบบประเมิน AUDIT ผู้ที่มีคะแนนน้อยกว่า 15 คะแนน นัดมาตรวจทุก 0, 15, 30 วัน และทุก 1 เดือนจนครบ 1 ปี โดยให้ความรู้และคำแนะนำแบบสั้น ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนนมากกว่า 15 คะแนน นัดมาตรวจทุก 0, 7, 15, 30 วัน และทุก 1 เดือนจนครบ 1 ปี ให้การปรึกษาแบบสั้น หรือ MI ตามความรุนแรงของปัญหา

- **แผนกผู้ป่วยใน** มีการประเมิน AWS ในผู้ป่วยในทุกราย มีการสร้างความตระหนักปัญหาสุขภาพจากการดื่มสุราในผู้รับบริการ และนำปัญหาผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนกันในการประชุมทีม PCT
- **การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา** มีคลินิกสุขใจให้การบำบัดเป็นรายบุคคล รวมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือแก้ไขปัญห
- **การติดตามฟื้นฟู** มีการติดตามผู้ป่วยโดยขอเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดตามและมอบหมายให้ อสม. ติดตามเยี่ยมที่บ้าน
- **สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 5 แห่ง** ได้แก่ รพ.สต.เหนือคลอง รพ.สต.พลูแกง รพ.สต.เวียงสระ รพ.สต.ทุ่งหลวง รพ.สต.เขานิพันธ์
- **ตัวอย่าง รพ.สต.เขานิพันธ์** สามารถคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในประชากรในพื้นที่ได้ถึงร้อยละ 67 สร้างความตระหนักถึงค่าใช้จ่ายจากการดื่มสุรา เน้นผลเสียต่อสุขภาพ มีการสำรวจข้อมูลและวิถีชีวิตของชุมชน ประชุม อสม. และอบรบความรู้ให้แก่ อสม. มีการคัดกรองผู้ดื่มสุราทุก 1 ปี และมีการถอดบทเรียน เรื่องการรณรงค์ ลด ละ เลิกสุราของชมรมจิตจรัสประภัสสร (ชุมชน) ของ รพ.สต.เขานิพันธ์ และจัดทำเป็นสื่อเผยแพร่

4.10 สรุปการดำเนินงาน i-MAP Health จังหวัดสงขลา

4.10.1 โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ได้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุราของกรมสุขภาพจิตมาก่อน และเนื่องจากมีโครงสร้างเดิมของโรงพยาบาลฝ่ายกาย ทำให้สถานที่เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราได้ การดำเนินงานตามระบบ i-MAP Health มีดังนี้

- **แผนกผู้ป่วยนอก** การประเมินปัญหาสุราที่เดิมแพทย์จะเป็นผู้ประเมินเท่านั้น เมื่อนำระบบ i-MAP Health มาดำเนินการ ได้เปลี่ยนให้พยาบาลเป็นผู้คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงจะได้รับคำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้น

- **แผนกผู้ป่วยใน** มีการใช้แบบประเมิน AWS เพื่อประเมินเฝ้าระวังความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุราในทุกหอผู้ป่วย และมีแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล มีการกำหนด clinical pathway รวมทั้งจัดตั้ง patient care team alcohol ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- **การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา** ผู้ป่วยที่ได้ผ่านการบำบัดภาวะถอนพิษสุรา จะได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งได้รับการบำบัดแบบจิตสังคมบำบัด

4.10.2 โรงพยาบาลสติงพระ

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีการดำเนินงานตามระบบ i-MAP Health ดังนี้

- **แผนกผู้ป่วยนอก** มีการจัดอบรมบุคลากรของโรงพยาบาล และสถานีนอนาามัยเครือข่าย สามารถให้บริการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราได้ แต่ยังไม่สามารถดำเนินงานได้ครอบคลุมทุกราย จึงได้เน้นให้แผนกฉุกเฉินคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกราย
- **แผนกผู้ป่วยใน** ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยรวมหญิงและชายทุกคน จะได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดอาการขาดสุรา จะได้รับการเฝ้าระวังภาวะถอนพิษสุราโดยใช้แบบประเมิน AWS พบว่าสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราได้ภายใน 3 วัน และมีการประเมินแรงจูงใจและให้การบำบัดแบบสั้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา
- **การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา** ให้การดูแลและการปรึกษาเป็นรายบุคคล แต่ส่วนมากเป็นการช่วยเหลือแบบประคับประคองทางด้านจิตใจ
- **การบำบัดฟื้นฟูในชุมชน** เริ่มมีกลุ่มลด ละ เลิกในชุมชน และที่สถานีนอนาามัย มีแผนการจัดอบรมให้ อสม. และกลุ่มคนที่ต้องการจะเลิกสุรา
- **สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 13 แห่ง** ได้แก่ รพ.สต.นางเหล้า รพ.สต.บ่อแดง รพ.สต.วัดจันทร์ รพ.สต.บ่อदान รพ.สต.พรวน รพ.สต.ดีหลวง รพ.สต.คลองรี รพ.สต.สนามชัย รพ.สต.คุชุต รพ.สต.กระดังงา รพ.สต.ชุมพล รพ.สต.ท่าหิน

- ตัวอย่าง รพ.สต. นางเหล้า สามารถคัดกรองผู้มารับบริการได้ทุกรายและทุกวัน มี guideline และ flow chart ในการดูแลผู้ป่วย การนำระบบ i-MAP Health ไปดำเนินงาน ไม่ได้สร้างความยุ่งยาก แต่สามารถนำความรู้ที่ได้รับการอบรมมาใช้ในการดำเนินงาน

4.10.3 โรงพยาบาลกระแสดินธุ์

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีการดำเนินงานตามระบบ i-MAP Health ดังนี้

- แผนกผู้ป่วยนอก มีการคัดกรองผู้มีปัญหาด้านการดื่มสุราในผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และให้การบำบัดแบบสั้น

- แผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยในทุกคนจะได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมิน AUDIT ในกลุ่มเสี่ยงจะมีการเฝ้าระวังภาวะถอนพิษสุราโดยใช้แบบประเมิน AWS ในรายที่ย่างยากซับซ้อนจะขอรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์จากจิตแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ พบว่าสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราได้ และจำนวนผู้ป่วยส่งต่อลดลง

- การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ให้การดูแลและการปรึกษาเป็นรายบุคคล
- การบำบัดฟื้นฟูในชุมชน มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน
- สถานพยาบาลปฐมภูมินำร่อง 5 แห่ง ได้แก่ PCU เริงแส รพ.สต.กระแสดินธุ์ รพ.สต.บ้านไร่ รพ.สต.โรง รพ.สต.แหลมหาด

บทที่ 5

ผลการดำเนินงาน i-MAP Health ตามตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

จากการรายงานผลปฏิบัติการตามตัวชี้วัดที่กำหนดตาม i-MAP Health นำนรื่องในพื้นที่ 10 จังหวัด โดยหน่วยงาน PM พื้นที่ 9 หน่วยงาน (โรงพยาบาลจิตเวช 7 แห่ง ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด 1 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง) และ นำนรื่องในโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง และสถานพยาบาล ปฐมภูมิ 184 แห่ง ซึ่งมีผลการดำเนินงานที่แตกต่างกันไปตามบริบทของหน่วย บริการในแต่ละพื้นที่

ตัวชี้วัด i-MAP Health ฉบับทดลองนำนรื่อง กำหนดไว้ในแต่ละมาตรการ แบ่งเป็นตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า (input) ตัวชี้วัดกระบวนการ (process) และตัวชี้วัด ผลลัพธ์ (output) รวม 33 ตัวชี้วัด เพื่อทดลองใช้และทดสอบความสามารถ ในการวัดและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

ข้อมูลนี้ได้จากการรวบรวมรายงานตัวชี้วัดจากสถานพยาบาลนำนรื่อง และ ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากการประชุมสรุปผลการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ ในวันที่ 22-23 ธันวาคม พ.ศ. 2553 ณ โรงแรมเซ็นจูรี่พาร์ค กรุงเทพมหานคร

โดยนำเสนอแผนภูมิของสถานพยาบาลที่มีการรายงานข้อมูลกลับเท่านั้น การนำเสนอจะแยกเป็น 4 กลุ่มสถานพยาบาล ได้แก่

- กลุ่มที่ 1** กลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชและ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด
- กลุ่มที่ 2** กลุ่มโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดตั้งแต่ 90 เตียงขึ้นไป
- กลุ่มที่ 3** กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30-60 เตียง
- กลุ่มที่ 4** กลุ่มสถานพยาบาลปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย หรือ PCU ในระดับตำบล

หมายเหตุ: สถานพยาบาลนำร่องแต่ละหน่วยงานสามารถเลือกดำเนินการบางมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทหน่วยงานหรือความพร้อมของหน่วยงานของตนเอง หรือเลือกทุกมาตรการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในหน่วยงานของตน

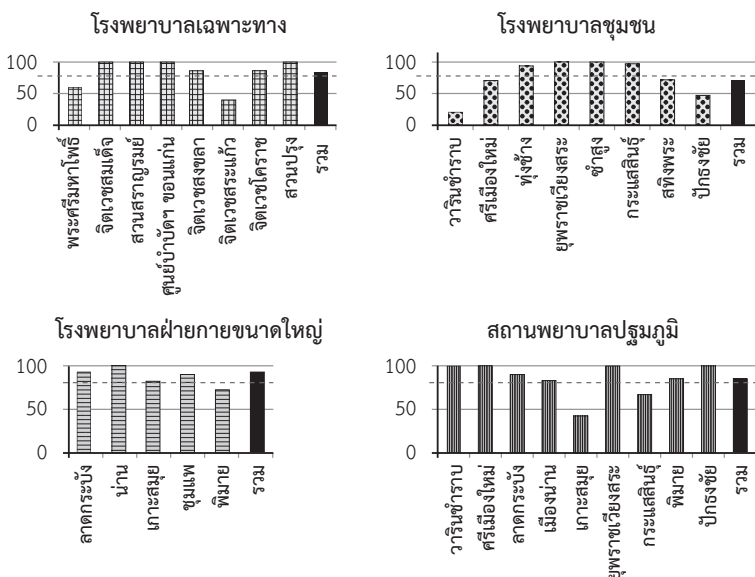
5.1 มาตรการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น

ประกอบด้วย ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 3 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 6 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2 ตัวชี้วัด รวม 11 ตัวชี้วัด

หน่วยงานเป้าหมาย : กลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทาง กลุ่มโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่ กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน และกลุ่มสถานพยาบาลปฐมภูมิ

5.1.1 ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 3 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ SBI 1.1: ร้อยละ 80 ของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผ่านการอบรมหลักสูตรในหัวข้อ Alcohol screening และ Brief intervention



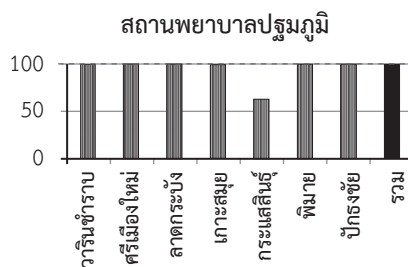
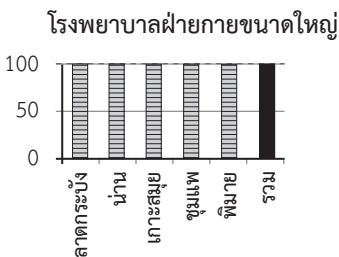
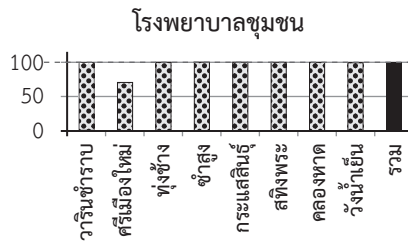
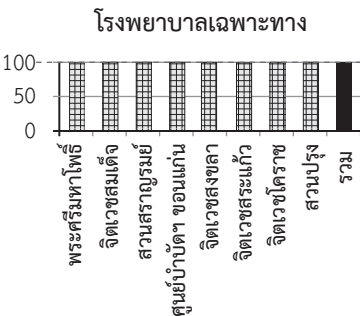
ผลการดำเนินงาน ในภาพรวมสถานพยาบาลส่วนใหญ่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด มีเพียงกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนและที่บางโรงพยาบาลยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- ความเป็นไปได้ในการดำเนินการตามตัวชี้วัดนี้
- บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (ไม่จำกัดเฉพาะผู้มีปัญหาการติดสุรา) ควรมีความรู้และทักษะในการคัดกรองและให้คำปรึกษาเบื้องต้นในผู้ที่มีความเสี่ยง หรือผู้มีปัญหาการติดสุราได้

ตัวชี้วัด SBI 1.2: ร้อยละ 100 ของหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการติดสุรา มีระเบียบปฏิบัติ Alcohol screening/BI ของหน่วยงาน

คำจำกัดความ หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการติดสุรา ได้แก่ หน่วยอุบัติเหตุ หน่วยฉุกเฉิน คลินิกอายุรกรรม คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกจิตเวช/ยาเสพติด คลินิกฝากครรภ์ หอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยเฉพาะทาง เช่น ศัลยกรรมชาย ออร์โธปิดิกส์ชาย อายุรกรรมชาย จิตเวช

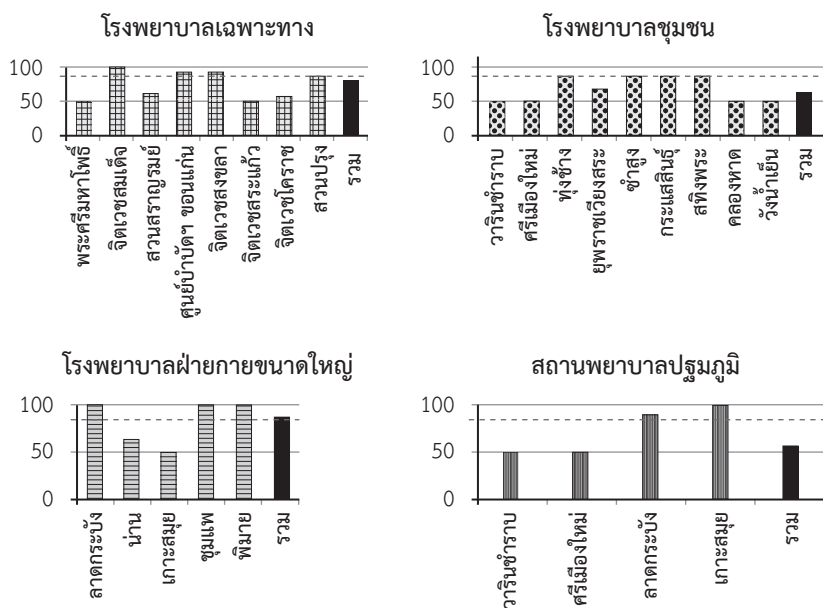


ผลการดำเนินงาน ในภาพรวมสถานพยาบาลส่วนใหญ่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด มีเพียงโรงพยาบาลชุมชนและสถานพยาบาลปฐมภูมิส่วนน้อยเท่านั้นที่ยังไม่มีระเบียบปฏิบัติ Alcohol screening/BI เฉพาะของหน่วยงาน

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- สถานพยาบาลทุกระดับควรมีระเบียบปฏิบัติ Alcohol screening/BI เฉพาะของหน่วยงาน และควรเป็นไปตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพสถานบริการ (hospital accreditation) ของหน่วยงาน
- เห็นควรให้ตัดตัวชี้วัดนี้ออก เนื่องจากเป็นไปตามหน้าที่ของสถานพยาบาลอยู่แล้ว

ตัวชี้วัด SBI 1.3: สถานพยาบาลมีการประชุมภายในหน่วยงานในวาระกิจกรรม Alcohol screening/BI ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเป้าหมายที่กำหนด (เดือนละ 2 ครั้ง)



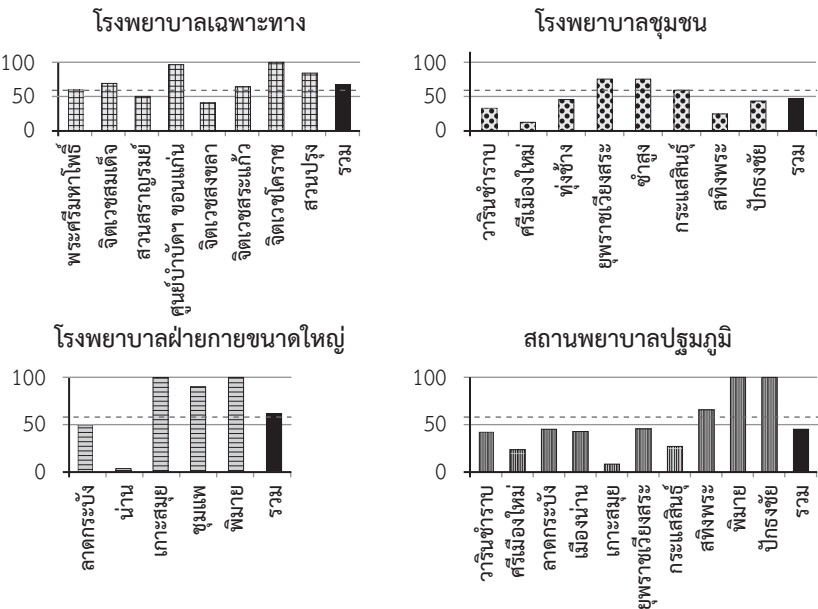
ผลการดำเนินงาน มีเพียงสถานพยาบาลบางแห่งที่สามารถผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สำคัญ เพราะจะช่วยในการแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคการทำงานและแก้ไขปัญหาร่วมกันภายในหน่วยงาน โดยเฉพาะในหน่วยงานที่มีองค์ประชุมเป็นผู้บริหารเข้าร่วมประชุมด้วย
- มีข้อเสนอให้นำวาระนี้เข้าประชุมบริหารของหน่วยงาน เพื่อที่จะไม่เกิดเป็นภาระงานซ้ำซ้อนและเกิดความเข้าใจตรงกันทั้งหน่วยงาน
- ความถี่ในการจัดประชุม ควรลดลงเหลือเพียงเดือนละ 1 ครั้ง และให้กำหนดในระเบียบปฏิบัติ โดยไม่จำเป็นต้องรายงานเป็นตัวชี้วัด

5.1.2 ตัวชี้วัดกระบวนการ 6 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด SBI 2.1: ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการสุภาพได้รับการประเมินและคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา



ผลการดำเนินงาน ในภาพรวมเฉพาะโรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่ส่วนใหญ่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่โรงพยาบาลชุมชนและสถานพยาบาลปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังไม่สามารถทำได้ตามเกณฑ์

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- แม้ว่าหน่วยงานส่วนใหญ่ดำเนินการได้ต่ำกว่าเกณฑ์ แต่ก็พบว่าบางหน่วยงานที่สามารถดำเนินงานได้เกินเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้หน่วยงานดังกล่าวได้มีการปรับกลุ่มเป้าหมายคัดกรองให้เหมาะกับบริบทของตนเอง เช่น เลือกเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราหรือเฉพาะในผู้ป่วยใหม่ นอกจากนี้ยังพบวิธีบริหารจัดการเพิ่มเติม เช่น มีผู้รับผิดชอบหรือจัดตั้งจุดคัดกรองเฉพาะหรือให้อาสาสมัครสาธารณสุขช่วยคัดกรอง เป็นต้น

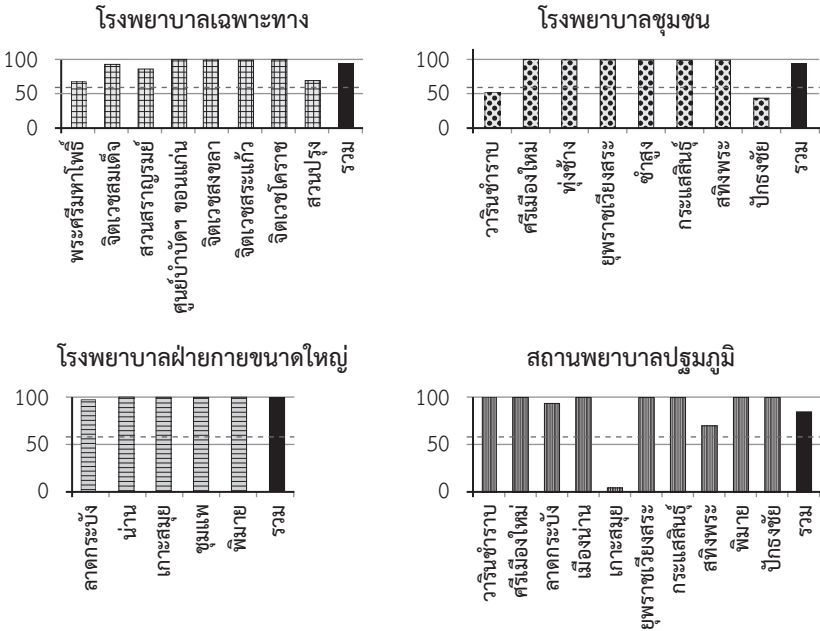
- การคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา อาจใช้เครื่องมือที่หลากหลายให้เหมาะสมกับบริบทของตน เครื่องมือที่แนะนำในสถานพยาบาลปฐมภูมิ คลินิกผู้ป่วยนอก คือ AUDIT เพื่อค้นหาผู้มีความเสี่ยงและผู้ดื่มแบบอันตรายและให้คำแนะนำเบื้องต้นเพื่อลดอันตรายจากการดื่มสุรา หรือแจ้งผู้มีปัญหาการดื่มสุราให้เข้ารับการรักษาเฉพาะทาง

- มีความเป็นไปได้ที่จะบูรณาการการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราเข้าไปในบริการทั่วไป แต่ต้องพัฒนาระบบบริหารจัดการที่ดี

- สถานือนามัยบางแห่ง สามารถให้เครือข่าย อสม. ในพื้นที่ดำเนินการคัดกรองประชากรทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อค้นหาผู้มีปัญหาการดื่มสุรา แล้วส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- เห็นควรให้คงตัวชี้วัดนี้ แต่ควรกำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และมีกลไกในการบริหารจัดการที่ดี

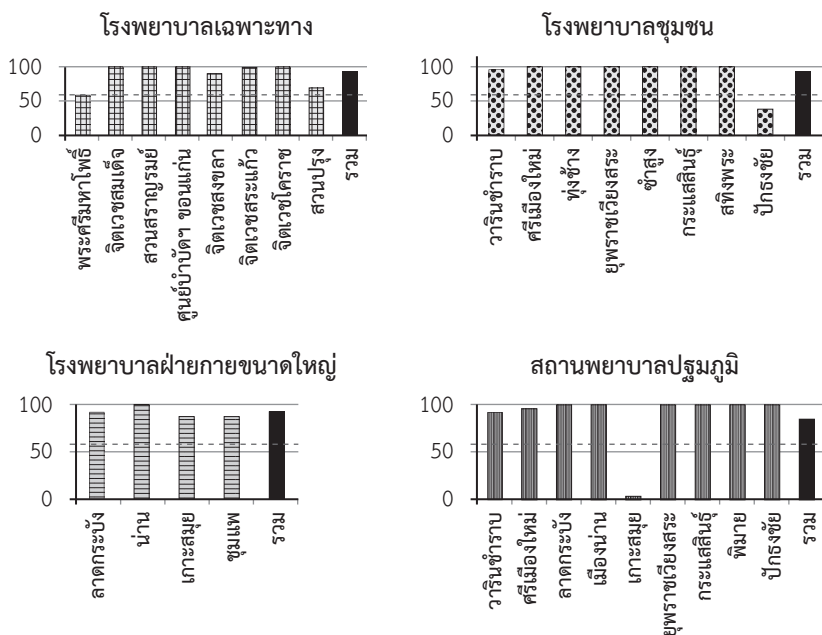
ตัวชี้วัด SBI 2.2: ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยง 2 หรือตมแบบมีความเสี่ยงสูงได้รับการให้คำแนะนำแบบสั้น



ผลการดำเนินงาน สถานพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการได้เกินเกณฑ์ที่กำหนด
ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- มีความเป็นไปได้ที่จะเพิ่มเป้าหมายจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยง 2 หรือตมแบบมีความเสี่ยงสูงได้รับการแนะนำแบบสั้น
- เป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องกันจากการคัดกรอง หากคัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยง ควรจะต้องให้การแนะนำแบบสั้นเพื่อลดความเสี่ยงอันตรายจากการดื่มสุราของผู้ป่วย

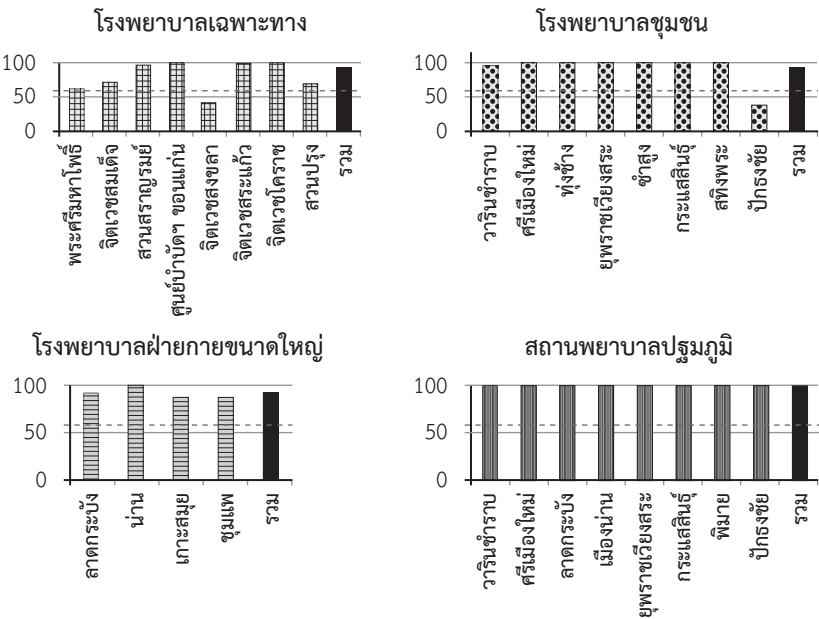
ตัวชี้วัด SBI 2.3: ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยง 3 หรือดื่มแบบอันตรายและระดับความเสี่ยง 4 หรือสงสัยว่าติดสุราได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น



ผลการดำเนินงาน สถานพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการได้เกินเกณฑ์ที่กำหนด
ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

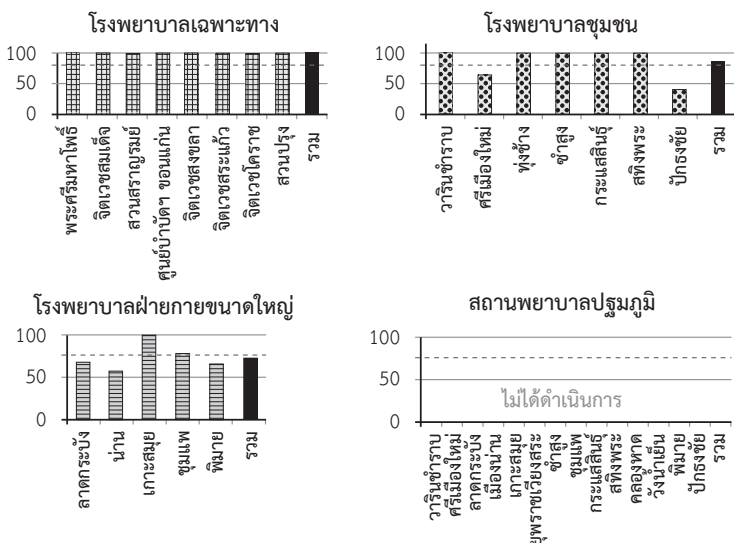
- มีความเป็นไปได้ที่จะเพิ่มเป้าหมายจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยง 3 หรือดื่มแบบอันตรายและระดับความเสี่ยง 4 หรือสงสัยว่าติดสุราได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น
- เป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องกันจากการคัดกรอง หากคัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยง ควรจะต้องให้คำปรึกษาแบบสั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมการดื่มของตน โดยลด ละ เลิกดื่มสุรา หรือเป็นการจูงใจผู้ป่วยที่มีปัญหามากให้ยินยอมเข้ารับบริการเฉพาะทางต่อไป
- อาจพิจารณารวมเป็นตัวชี้วัดเดียวกับ SBI 2.2 โดยเป็นการให้การบำบัดแบบสั้นตามความรุนแรงของปัญหา

ตัวชี้วัด SBI 2.4: ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยง 3 หรือตีแบบอันตรายและระดับความเสี่ยง 4 หรือสงสัยว่าติดสุราได้รับการประเมินแรงงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



- ผลการดำเนินงาน** สถานพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการได้เกินเกณฑ์ที่กำหนด
ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
- มีความเป็นไปได้ที่จะเพิ่มเป้าหมายจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยง 3 หรือตีแบบอันตรายและระดับความเสี่ยง 4 หรือสงสัยว่าติดสุราได้รับการประเมินแรงงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - เป็นกิจกรรมในขั้นตอนของการให้คำปรึกษาแบบสั้น ควรจะรวมอยู่ในตัวชี้วัดที่ SBI 2.3

ตัวชี้วัด SBI 2.5: ร้อยละ 80 ของผู้ที่เสี่ยงต่อการติดสุราหรือผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยง 4 ของปัญหาการดื่มสุราได้รับการตรวจประเมินโดยแพทย์

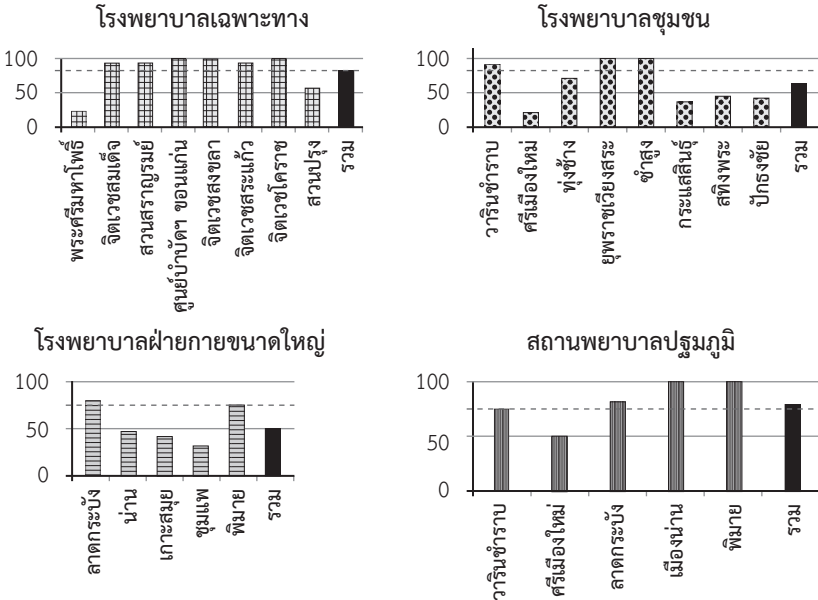


ผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลเฉพาะทางสามารถทำได้ร้อยละ 100 ส่วนในโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนทำได้ใกล้เคียงเกณฑ์ที่กำหนด สำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากไม่มีแพทย์ประจำ

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- เห็นควรให้ตัดตัวชี้วัดนี้ออก เนื่องจากเป็นกิจกรรมของสถานพยาบาลตามบริบท และเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยไม่จำเป็นต้องรายงานตัวชี้วัด
- กลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทาง ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดสุราทุกคนควรได้พบแพทย์เชี่ยวชาญในสถานพยาบาลเฉพาะทางที่มีบริการพร้อมอยู่แล้ว
- กลุ่มโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่ หรือโรงพยาบาลชุมชน ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดสุราควรได้พบแพทย์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพกายร่วม
- สถานพยาบาลปฐมภูมิ เนื่องจากไม่มีแพทย์ประจำการ แต่ควรจะมีระเบียบปฏิบัติกำหนดว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพกายร่วม

ตัวชี้วัด SBI 2.6: ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยง 3 หรือดื่มน้ำเกิน 2 ลิตร และระดับความเสี่ยง 4 หรือสงสัยว่าติดเชื้อได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น ได้รับการติดตามภายใน 3 เดือน



ผลการดำเนินงาน ในภาพรวมโรงพยาบาลเฉพาะทางและสถานพยาบาลปฐมภูมิ สามารถดำเนินการตามตัวชี้วัดได้ แต่ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่ดำเนินการได้ต่ำกว่าเกณฑ์มาก

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

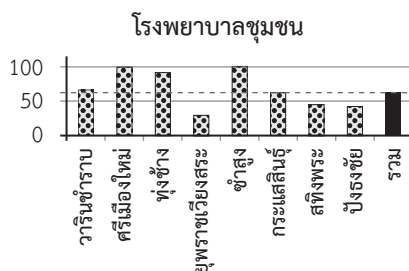
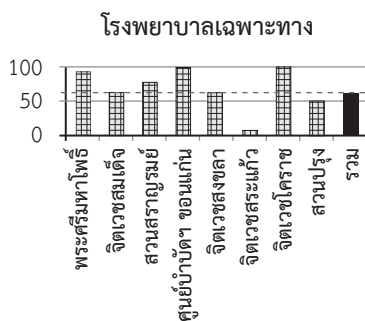
- กลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทาง ถือว่าเป็นบทบาทหลักในการติดตามผู้ที่มีปัญหาการติดเชื้อหลังได้รับคำปรึกษาแบบสั้น เพื่อการติดตามผลการรักษาและการบำบัดต่อเนื่อง
- สถานพยาบาลปฐมภูมิแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในกิจกรรมติดตามผู้มีปัญหาการติดเชื้อในชุมชน ทั้งที่ไม่ใช่บุคลากรเฉพาะทาง
- สำหรับกลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทาง กลุ่มโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่ และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ตัวชี้วัดนี้ถือเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบโดยตรง (คลินิกบำบัด/สารเสพติด/จิตเวช) จึงควรไปรวมอยู่ในตัวชี้วัด TRB 2.3 ในมาตรการที่ 3 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

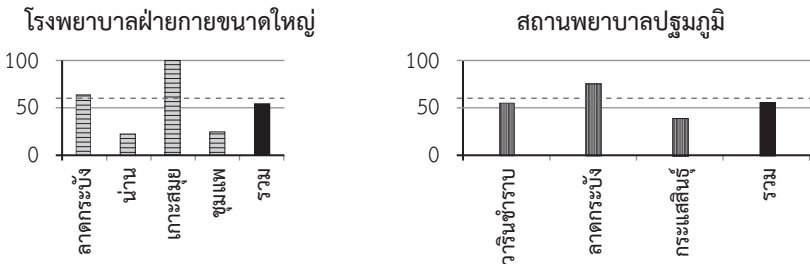
5.1.3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด SBI 3.1: ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยง 3 หรือดื่มแบบอันตรายและผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยง 4 หรือสงสัยว่าติดสุราที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น มีการเพิ่มขึ้นของ % Abstinence day ณ 3 เดือนหลังรับการรักษา

คำจำกัดความ หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราไม่ดื่มสุราเทียบกับจำนวนวันที่มีโอกาสดื่มทั้งหมด (จำนวนวันที่มีโอกาสดื่มหมายถึง จำนวนวันที่ติดตามและผู้ป่วยมีโอกาสดื่มได้ ไม่นับช่วงที่อยู่ในสถานที่ที่ไม่สามารถดื่มได้ เช่น นอนโรงพยาบาล ติดคุก ฯลฯ)

1. % Abstinence day =
$$\frac{\text{จำนวนวันที่ผู้ดื่มระดับเสี่ยง 3 และ 4 ที่ไม่ดื่มสุราเลย (วัน)} \times 100}{\text{จำนวนวันทั้งหมดที่มีโอกาสดื่ม (วัน)}}$$
2. การเพิ่มขึ้นของ % Abstinence day
= % Abstinence day ณ 3 เดือนหลังรับการรักษา - % Abstinence day แรกรับ
3.
$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีการเพิ่มขึ้นของ \% Abstinence day (คน)} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้นทั้งหมด (คน)}}$$





ผลการดำเนินงาน ในภาพรวมโรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาลชุมชนสามารถดำเนินการตามตัวชี้วัดได้ ส่วนโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่บางแห่งสามารถดำเนินการได้สถานพยาบาลปฐมภูมิมีเพียงหน่วยงานเดียวที่สามารถดำเนินการได้ และส่วนใหญ่ไม่รายงานผลกลับ

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- แม้ว่าส่วนใหญ่ของสถานพยาบาลไม่สามารถดำเนินการตามตัวชี้วัดนี้ได้ แต่พบว่าหลายสถานพยาบาลสามารถดำเนินการได้ แม้กระทั่งหน่วยงานสถานพยาบาลปฐมภูมิแสดงให้เห็นว่า หากสถานพยาบาลมีความพร้อมก็สามารถดำเนินการได้ ไม่เป็นข้อจำกัดเฉพาะผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น
- ตัวชี้วัดนี้มีความยากในการทำความเข้าใจและจัดเก็บ ควรปรับให้ง่ายขึ้น
- ตัวชี้วัดเป็นการวัดผลลัพธ์การรักษา สามารถตรวจสอบประสิทธิภาพได้
- เนื่องจากเป็นกิจกรรมวัดผลลัพธ์การรักษาในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งอยู่ในความดูแลของผู้รับผิดชอบเฉพาะ (คลินิกบำบัดสุรา/สารเสพติด/จิตเวช) จึงควรไปรวมอยู่ในตัวชี้วัด TRB 3.1 ในมาตรการที่ 3 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

ตัวชี้วัด SBI 3.2: ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับความเสี่ยง 3 หรือต่ำแบบอันตรายและระดับความเสี่ยง 4 หรือสงสัยว่าติดสุรา มีการลดลงของ % Heavy drinking day ณ 3 เดือนหลังรับการรักษา

คำจำกัดความ หมายถึง จำนวนวันที่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราดื่มหนักเกินระดับเทียบกับจำนวนวันที่มีโอกาสดื่มทั้งหมด (จำนวนวันที่มีโอกาสดื่มหมายถึง จำนวน

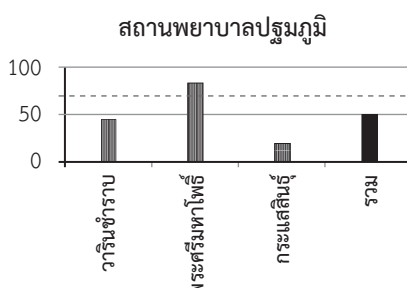
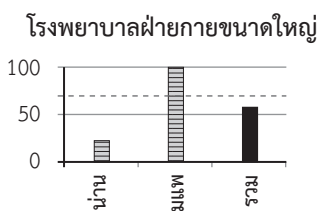
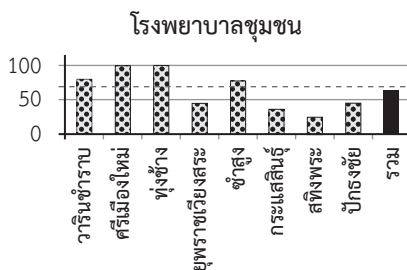
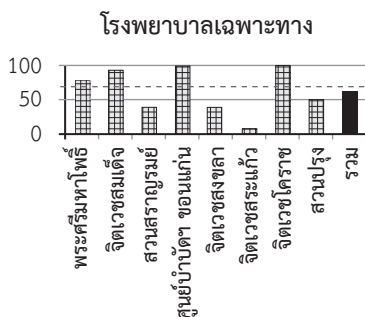
วันที่ติดตามและผู้ป่วยมีโอกาสดื่มได้ ไม่นับช่วงที่อยู่ในสถานที่ที่ไม่สามารถดื่มได้ เช่น นอนโรงพยาบาล ติดคุก ฯลฯ)

Heavy drinking day หมายถึง การดื่มตั้งแต่ 5 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปในผู้ชาย และตั้งแต่ 4 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปในผู้หญิง หรือเทียบโดยประมาณเหล้า (35 ดีกรี) ครึ่งแบน ไวน์ (12%) ¾ ขวด หรือเบียร์ (5%) 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่

$$1. \% \text{ Heavy drinking day} = \frac{\text{จำนวนวันที่ผู้ดื่มระดับเสี่ยง 3 และ 4 ดื่มหนัก (วัน)} \times 100}{\text{จำนวนวันทั้งหมดที่มีโอกาสดื่ม (วัน)}}$$

$$2. \text{การลดลงของ \% Heavy drinking day} = \% \text{ Heavy drinking day ณ 3 เดือนหลังรับการรักษา} - \% \text{ Heavy drinking day แรกรับ}$$

$$3. \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีการลดลงของ \% Heavy drinking day (คน)} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้นทั้งหมด (คน)}}$$



ผลการดำเนินงาน ในภาพรวมทุกสถานพยาบาลดำเนินการได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดสถานพยาบาลปฐมภูมิมีเพียงหน่วยงานเดียวที่สามารถดำเนินการได้ และส่วนใหญ่ไม่รายงานผลกลับ

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- แม้ว่าส่วนใหญ่ของสถานพยาบาลไม่สามารถดำเนินการตามตัวชี้วัดนี้ แต่หลายสถานพยาบาลสามารถดำเนินการได้ แม้กระทั่งหน่วยงานสถานพยาบาลปฐมภูมิแสดงให้เห็นว่า หากสถานพยาบาลมีความพร้อมก็สามารถดำเนินการได้ ไม่จำกัดเฉพาะผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น
- ตัวชี้วัดนี้มีความยากในการทำความเข้าใจและจัดเก็บ ควรปรับให้ง่ายกว่านี้
- ตัวชี้วัดเป็นการวัดผลลัพธ์การรักษา สามารถตรวจสอบประสิทธิภาพได้
- เช่นเดียวกับตัวชี้วัด SBI 3.1 เนื่องจากเป็นกิจกรรมวัดผลลัพธ์การรักษา ในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ซึ่งอยู่ในความดูแลของผู้รับผิดชอบเฉพาะ (คลินิกบำบัดสุรา/สารเสพติด/จิตเวช) จึงควรไปรวมอยู่ในตัวชี้วัด TRB 3.2 ในมาตรการที่ 3 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

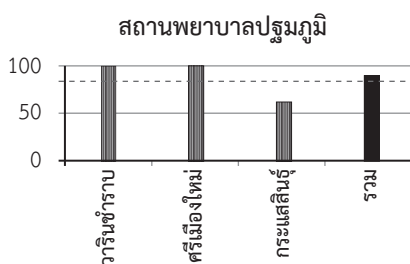
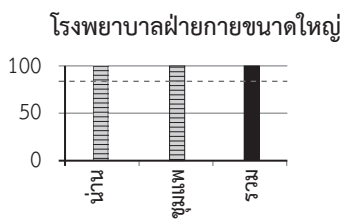
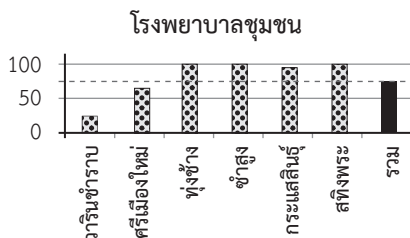
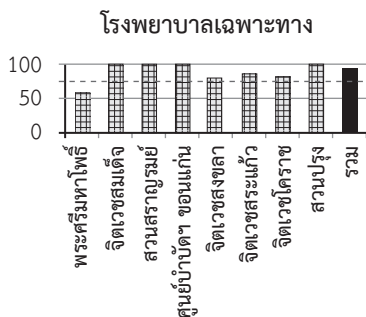
5.2 มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา

ประกอบด้วย ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 3 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 6 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3 ตัวชี้วัด รวม 12 ตัวชี้วัด

หน่วยงานเป้าหมาย: โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่ โรงพยาบาลชุมชน

5.2.1 ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 3 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด ADT 1.1: ร้อยละ 80 ของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นในหัวข้อ alcohol withdrawal/alcohol detoxification/medical complication/medical co-morbidity

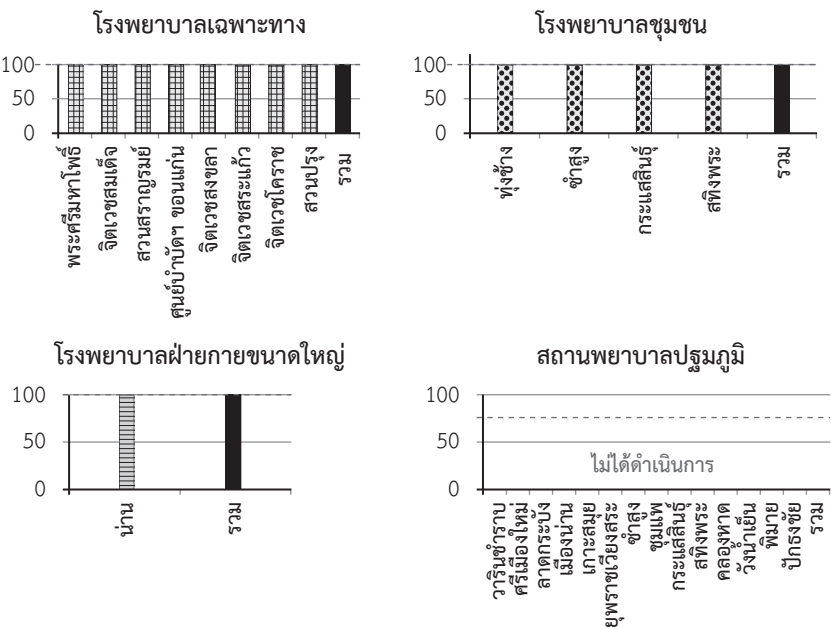


ผลการดำเนินงาน ในภาพรวมทุกสถานพยาบาลดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด แม้ว่าสถานพยาบาลปฐมภูมิจะไม่ใช้กลุ่มเป้าหมายหลัก แต่ก็ยังสนใจเข้ารับการอบรมนี้

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการตามตัวชี้วัดนี้ โดยเฉพาะในกลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่ และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน
- บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยเฉพาะหอผู้ป่วยเสี่ยง เช่น หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยออโรโรติกส์ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ควรมีความรู้และทักษะในการประเมิน ติดตาม เผื่อระวังอาการขาดสุรา และภาวะแทรกซ้อน/โรคร่วมทางกายในผู้มีปัญหาการดื่มสุราได้
- แม้ว่าสถานพยาบาลปฐมภูมิจะไม่ใช้กลุ่มเป้าหมายหลัก แต่การมีความรู้ทักษะดังกล่าว จะช่วยในการดูแลผู้ติดสุราในพื้นที่ที่ยังไม่ยอมเข้ารับการบำบัดรักษาได้เบื้องต้น ดังนั้นในกลุ่มนี้ควรได้รับการอบรมเนื้อหาส่วนนี้อย่างย่อ

ตัวชี้วัด ADT 1.2: ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการดื่มสุรามีระเบียบปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังความเสี่ยง และรักษาภาวะถอนพิษสุรา และโรคร่วมทางกาย



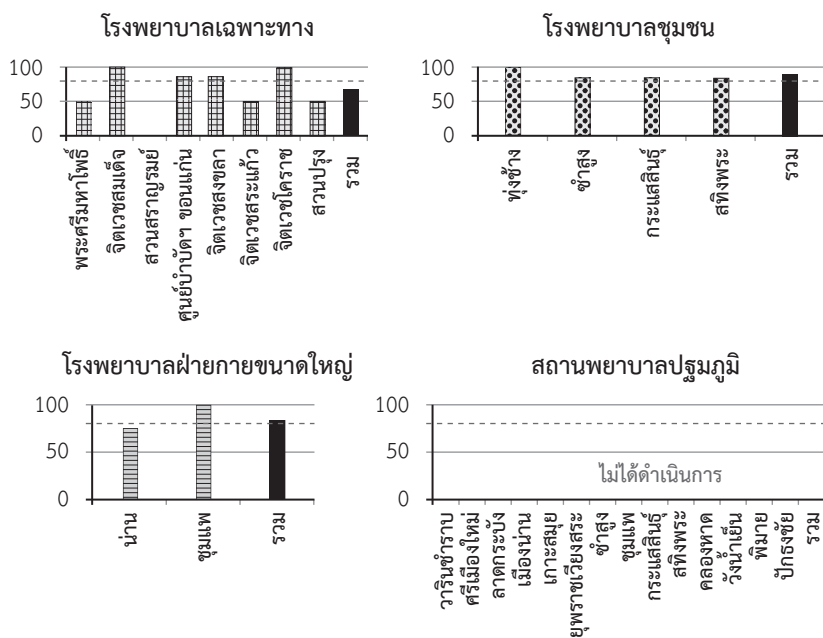
ผลการดำเนินงาน ในภาพรวม สถานพยาบาลทุกหน่วยงานผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- หอผู้ป่วยในที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการดื่มสุรามีระเบียบปฏิบัติของหน่วยงาน เพื่อการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังความเสี่ยง และรักษาภาวะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย และควรเป็นไปตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพสถานบริการ (hospital accreditation) ของหน่วยงาน
- ควรมีการกำหนดหอผู้ป่วยเสี่ยงสูงตามบริบทของหน่วยงาน ตัวอย่างเช่น หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยจิตเวช หอผู้ป่วยสุรา ฯลฯ

- หากมีการกำหนดดังกล่าวแล้ว สามารถตัดตัวชี้นี้ทิ้งได้ เนื่องจากเป็นไปตามหน้าที่ของสถานพยาบาลอยู่แล้ว

ตัวชี้วัด ADT 1.3: สถานพยาบาลมีการประชุมภายในหน่วยงานในวาระกิจกรรมการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังความเสี่ยงและรักษาภาวะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเป้าหมายที่กำหนด (เดือนละ 2 ครั้ง)



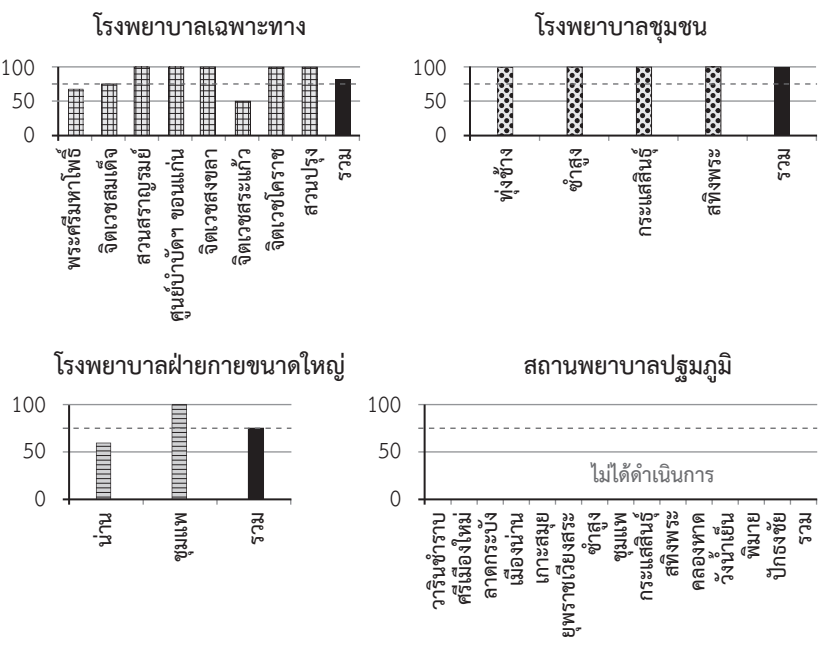
ผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สำคัญ เพราะจะช่วยในการแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคการทำงานและแก้ไขปัญหาร่วมกันภายในหน่วยงาน
- มีข้อเสนอให้นำวาระนี้เข้าเป็นประเด็นการจัดการความเสี่ยง (risk management) ของโรงพยาบาลตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล
- ความถี่ในการจัดประชุมควรลดลงเหลือเพียงเดือนละ 1 ครั้ง และให้กำหนดในระเบียบปฏิบัติ โดยไม่จำเป็นต้องรายงานเป็นตัวชี้วัด

5.2.2 ตัวชี้วัดกระบวนการ 6 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด ADT 2.1: ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปในหอผู้ป่วยเสี่ยงได้รับการประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุรา

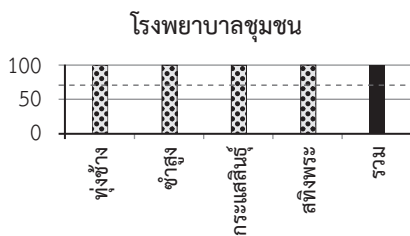
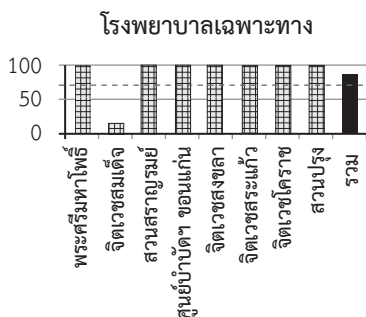


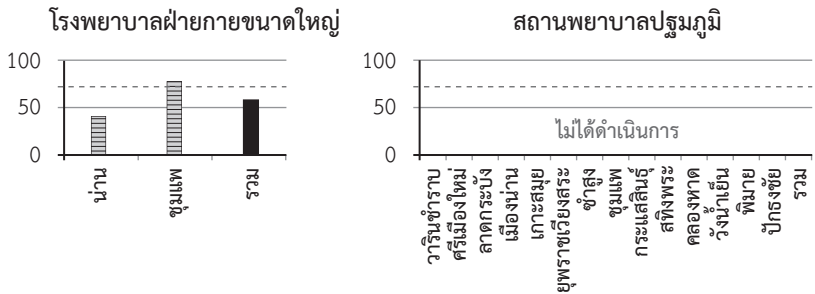
ผลการดำเนินงาน สถานพยาบาลที่ดำเนินการตามมาตรการนี้ ส่วนใหญ่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ยกเว้นโรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่บางแห่ง

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- หอผู้ป่วยในควรดำเนินการตามตัวชี้วัดนี้ เพื่อค้นหาผู้มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการขาดสุราระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล
- ควรกำหนดวิธีการประเมินให้ง่าย และสามารถรวมอยู่ในใบประเมินสมรรถนะก่อนการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยทุกโรค เช่น ตอบว่าใช่ 1 ข้อขึ้นไปจากเครื่องมือ CAGE หรือตอบว่าในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาดื่มสุราทุกวันหรือเกือบทุกวัน เป็นต้น
- เห็นควรให้คงตัวชี้วัดนี้แต่กำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ วิธีการประเมินและควรมีกลไกจัดการต่อเนื่องที่เหมาะสม
- มีโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนอีกหลายแห่งที่ยังไม่พร้อมในการดำเนินการตามมาตรการนี้ ทั้งที่เป็นประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ

ตัวชี้วัด ADT 2.2: ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้รับการประเมินติดตามอาการขาดสุรา (alcohol withdrawal monitoring) ตามความรุนแรงตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีอาการถอนพิษสุรา



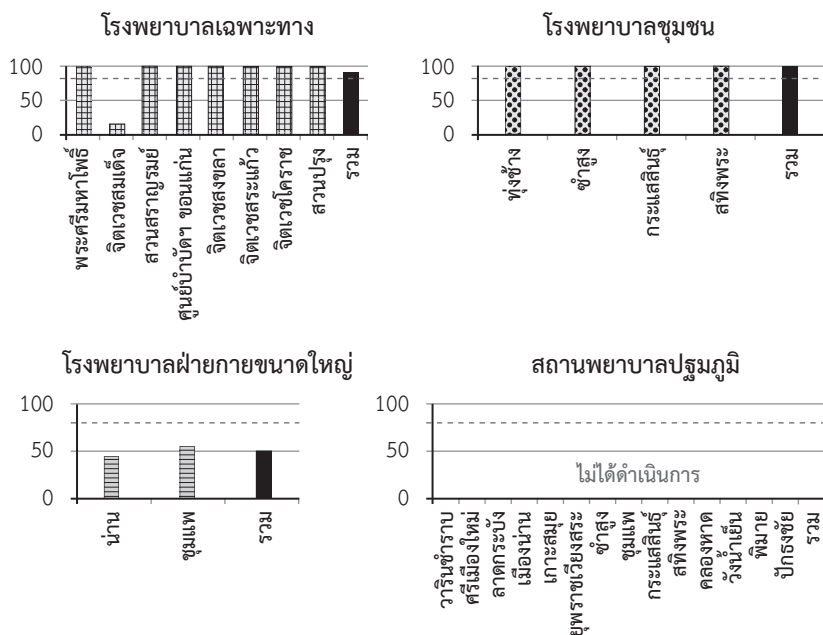


ผลการดำเนินงาน สถานพยาบาลที่ดำเนินการตามมาตรการนี้ ส่วนใหญ่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ยกเว้นโรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่บางแห่ง

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- กลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทาง มีบทบาทโดยตรงในการดูแลผู้ติดสุรา จึงควรมีการประเมินเฝ้าระวังอาการขาดสุราตามความรุนแรงตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีอาการถอนพิษสุรา
- กลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีความเป็นไปได้ในการติดตามเฝ้าระวังอาการขาดสุราตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีอาการถอนพิษสุรา ต่างจากโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่ ที่มีการแยกหอผู้ป่วยเฉพาะ ทำให้บุคลากรขาดประสบการณ์และความชำนาญในการดำเนินการตามกิจกรรมที่กำหนด
- ควรนำประเด็นนี้เข้าสู่ระบอบการจัดการความเสี่ยงในกระบวนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล สร้างความตระหนัก และพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- มีโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนอีกหลายแห่งที่ยังไม่พร้อมในการดำเนินการตามมาตรการนี้ ทั้งที่เป็นประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ

ตัวชี้วัด ADT 2.3: ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ได้รับการรักษาภาวะถอนพิษสุราตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีอาการถอนพิษสุรา



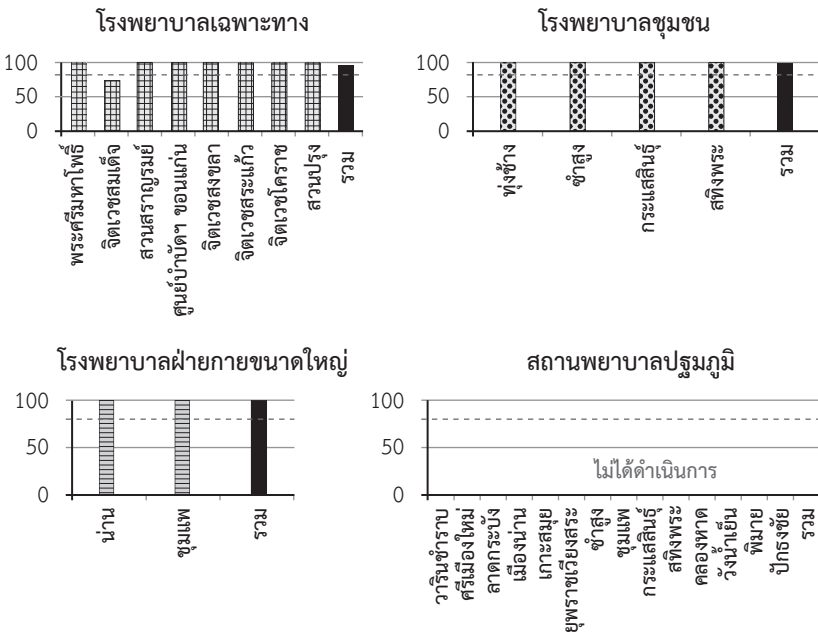
ผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาลชุมชนผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ในขณะที่โรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่ยังดำเนินการได้ต่ำกว่าเกณฑ์

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- แม้ว่าการรักษาภาวะถอนพิษสุราตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีอาการถอนพิษสุรานั้นเดิมเชื่อว่าต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ แต่ผลการดำเนินการแสดงให้เห็นว่า กลุ่มโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้บริการตามกิจกรรมนี้ได้
- ข้อจำกัดของกลุ่มโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่ คือมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหลายสาขา ทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่กำหนดอาจต้องแก้ไขโดยใช้ระบบปรึกษาข้ามแผนกกับจิตแพทย์หรือแพทย์ที่รับผิดชอบเฉพาะ

- หากกิจกรรมนี้อยู่ในแนวปฏิบัติการดูแลผู้มีอาการถอนพิษสุรา ไม่จำเป็นต้องมีตัวชี้วัดนี้
- มีโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนอีกหลายแห่งที่ยังไม่พร้อมในการดำเนินการตามมาตรการนี้ ทั้งที่เป็นประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญ

ตัวชี้วัด ADT 2.4: ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราได้รับการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกาย

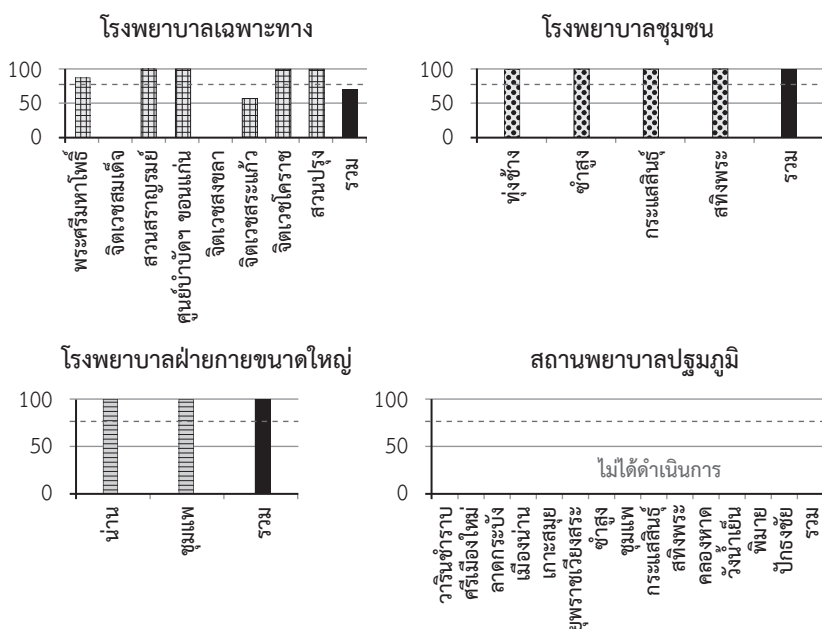


ผลการดำเนินงาน ในภาพรวมโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- ในกลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา โดยทั่วไปจะมีกิจกรรมประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกายอยู่ในหน่วยงานแล้ว เพราะเป็นความเสี่ยงรุนแรงและพบได้บ่อย
- ในขณะนี้กลุ่มโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผู้เข้ารับบริการมักมาด้วยปัญหาทางกายมาก่อน อีกทั้งมีความชำนาญในการดูแลรักษาโรคทางกาย จึงมีการตรวจและดูแลรักษาโรคทางกายเป็นกิจกรรมพื้นฐาน
- เมื่อกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่เป็นประจำแล้ว จึงไม่จำเป็นต้องมีตัวชี้วัดนี้

ตัวชี้วัด ADT 2.5: ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราหรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกายได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น และมุ่งใจให้รับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มสุรา

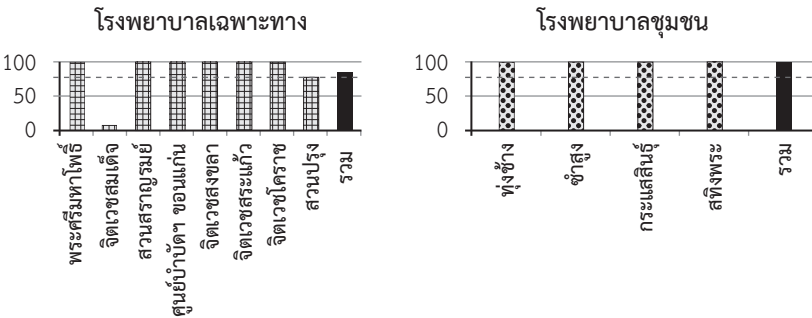


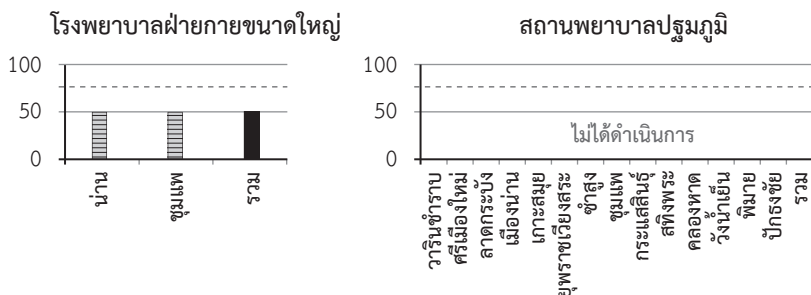
ผลการดำเนินงาน ในภาพรวมโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- ตัวชี้วัดนี้ควรจะจำกัดเฉพาะกลุ่มโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้เข้ารับบริการมาด้วยปัญหาทางกายมาก่อน แล้วตรวจพบว่ามึปัญหาการติ่มสุรา จึงควรได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้นและสนใจให้การบำบัดรักษาปัญหาการติ่มสุรา
- ส่วนผู้ที่มาด้วยปัญหาการติ่มสุราที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเฉพาะทางโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลชุมชน จะได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้นและสนใจให้การบำบัดรักษาปัญหาการติ่มสุราตามตัวชี้วัดที่ TRB 2.2 ตามมาตรการที่ 3 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

ตัวชี้วัด ADT 2.6: ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น และสนใจให้การบำบัดรักษาปัญหาการติ่มสุรา





ผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาลชุมชนผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ในขณะที่โรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่ ยังดำเนินการได้ต่ำกว่าเกณฑ์

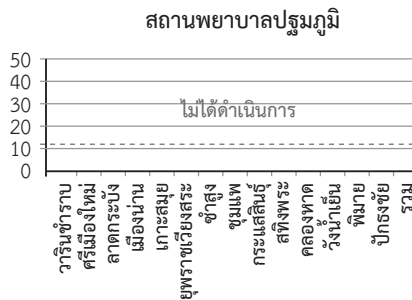
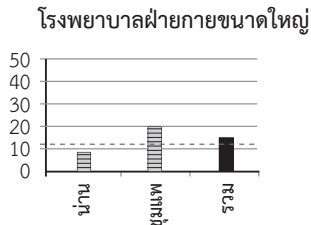
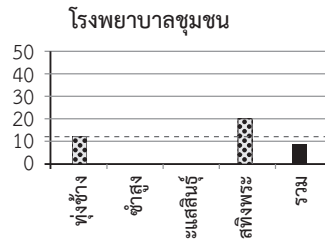
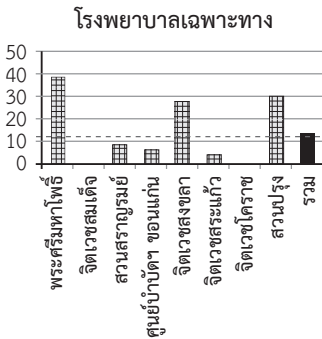
ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- ในกลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทาง หลังจากผู้ป่วยผ่านการบำบัดภาวะถอนพิษสุรา ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial treatment) ก่อนจำหน่าย เป็นลำดับขั้นตอนปกติของกระบวนการบำบัดรักษา
- ในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน แม้จะไม่ใช้สถานพยาบาลเฉพาะทาง แต่สามารถดำเนินการตามกิจกรรมนี้ได้ทุกโรงพยาบาลที่ร่วมดำเนินการร้อยละ 100 แสดงให้เห็นถึงความครอบคลุมและความเป็นไปได้ในการดำเนินการ
- ในกลุ่มโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่ อาจมีข้อจำกัดจากจำนวนหอผู้ป่วยที่หลากหลาย ทำให้ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายอาจไม่พร้อมที่จะรับบริการนี้อีกทั้งบุคลากรประจำหอผู้ป่วยยังขาดความชำนาญและทักษะในการให้คำปรึกษาแบบสั้นและจูงใจให้เข้ารับการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มสุรา
- ตัวชี้วัดนี้ เหมาะสำหรับกลุ่มโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่หรือกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา จะได้รับการบำบัดทางจิตสังคมต่อเนื่อง ในขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทางอาจไม่จำเป็นต้องใช้ตัวชี้วัดนี้ เนื่องจากอยู่ในขั้นตอนปกติของการบำบัดรักษาอยู่แล้ว

5.2.3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด ADT 3.1: อัตราการเกิดภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงของหน่วยงานในแต่ละวันน้อยกว่าร้อยละ 10

คำจำกัดความ ภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง หมายถึง อาการขาดสุราที่ประเมินด้วยเครื่องมือได้คะแนน AWS>10 หรือ CIWA-Ar>15 หรือมีอาการชัก (rum fits) หรือ Delirium Tremens



ผลการดำเนินงาน สถานพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

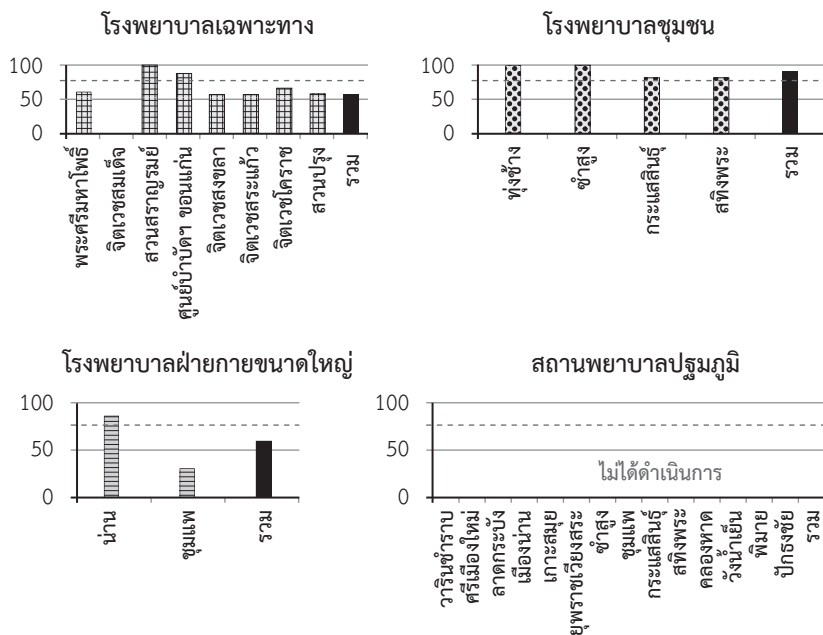
ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- กลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีการดูแลเฉพาะผู้ติดสุรา มีจำนวนผู้ป่วยมากและมีอาการถอนพิษสุราเป็นอาการนำตั้งแต่แรกพบ ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรารุนแรงสูง จึงไม่สามารถผ่านเกณฑ์นี้ได้ และตัวชี้วัดนี้ไม่ได้แสดงถึงผลลัพธ์การรักษา

- กลุ่มโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ป่วยไม่ได้มาด้วยอาการนำขาดสุราหากสามารถเฝ้าระวังได้ตามขั้นตอนจะสามารถป้องกันอาการถอนพิษสุรารุนแรงได้ ตัวชี้วัดนี้สามารถสะท้อนผลลัพธ์การรักษาได้ แต่วิธีการจัดเก็บยุ่งยาก ควรปรับปรุงตัวชี้วัดใหม่

ตัวชี้วัด ADT 3.2: ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราได้ภายใน 3 วัน

คำจำกัดความ การควบคุมอาการถอนพิษสุราหมายถึง มีอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรงน้อย (คะแนน AWS < 5 หรือ CIWA-Ar <10) ติดต่อกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ภายใน 3 วันนับจากวันที่อาการถอนพิษสุรารุนแรงที่สุด (คะแนน AWS หรือ CIWA-Ar สูงที่สุด)

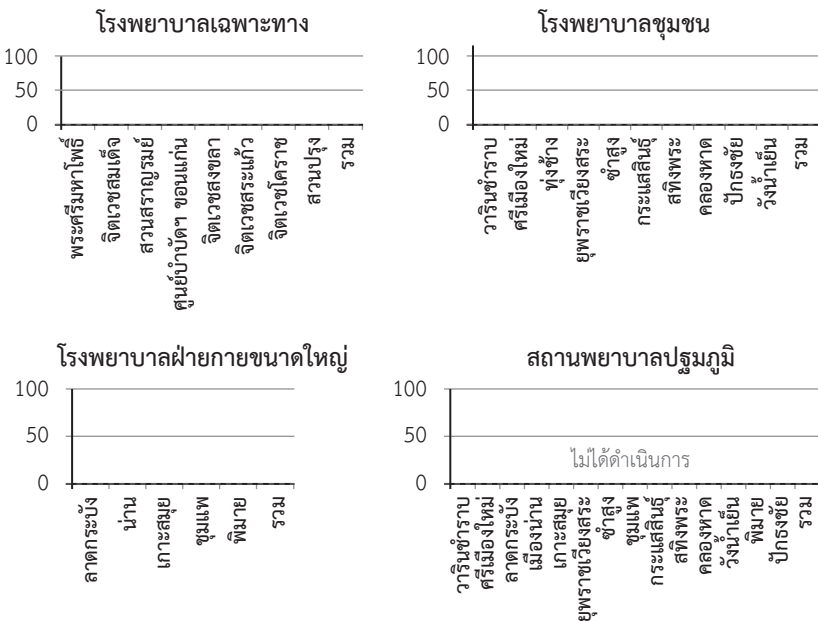


ผลการดำเนินงาน กลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ในขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทาง ยังดำเนินการได้ต่ำกว่าเกณฑ์

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- ในกลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทาง โดยเฉพาะโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยติดสุราหนักมักมีอาการนำด้วยอาการถอนพิษสุรารุนแรงมาก่อน บางครั้งจึงยากที่จะควบคุมอาการถอนพิษสุราได้ภายใน 3 วัน อาจตั้งเป็นระดับเช่น ภายใน 7 วัน ภายใน 5 วัน และภายใน 3 วัน เพื่อเป็นลำดับขั้นในการพัฒนาคุณภาพบริการ
- ในกลุ่มโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ป่วยไม่ได้มาด้วยอาการขาดสุรา ในกลุ่มดังกล่าวหากตรวจพบตั้งแต่เริ่มต้นและให้การรักษาที่เหมาะสมเพียงพอ น่าจะสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุรารุนแรงได้ และสามารถแสดงผลลัพธ์ได้จากตัวชี้วัดนี้

ตัวชี้วัด ADT 3.3: อัตราการเสียชีวิตในผู้มีปัญหาการดื่มสุราร้อยละ 0



ผลการดำเนินงาน ทุกสถานพยาบาลสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- ควรมีการกำหนดคำจำกัดความให้ชัดเจน เนื่องจากตัวชี้วัดนี้จะสะท้อนถึงผลลัพธ์การรักษาผู้ติดสุราในระหว่างถอนพิษที่อาจมีภาวะแทรกซ้อนทางกายจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้นจะต้องไม่รวมถึงผู้ที่เสียชีวิตจากโรคทางกายอื่นๆที่ไม่เกี่ยวกับการติดสุรา

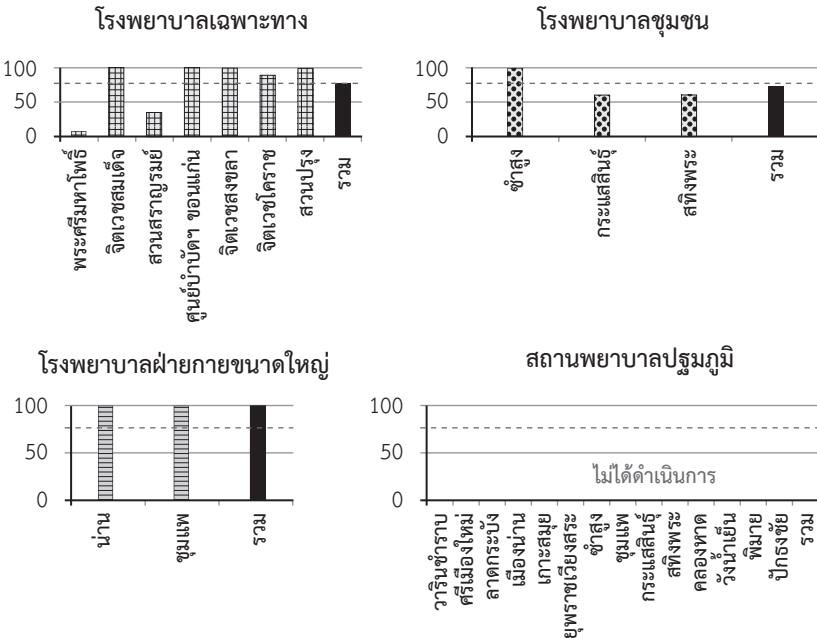
5.3 มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

ประกอบด้วยตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 2 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 3 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2 ตัวชี้วัด รวม 7 ตัวชี้วัด

หน่วยงานเป้าหมาย: โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่
โรงพยาบาลชุมชน

5.3.1 ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 2 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด TRB 1.1 ร้อยละ 80 ของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกบำบัดสุรา ได้รับการอบรมหลักสูตรการบำบัดรักษาผู้ติดสุราในหัวข้อ CBT/MET

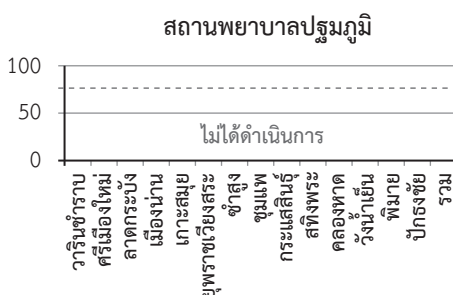
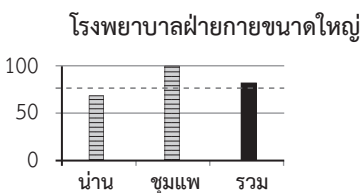
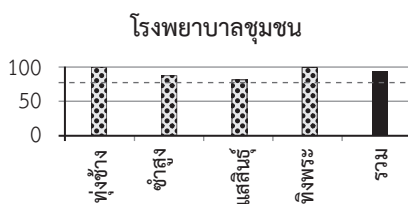
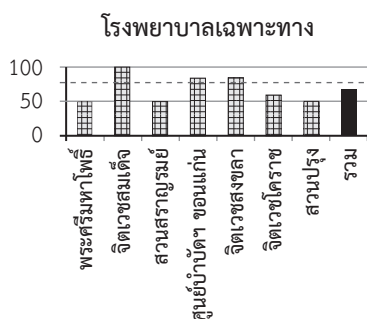


ผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่ ส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามตัวชี้วัดนี้

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- ตัวชี้วัดนี้สะท้อนถึงคุณภาพของบริการที่ให้ เนื่องจากการบำบัดด้วย CBT/MET มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิผลในการรักษาผู้ติดสุรา ดังนั้นบุคลากรที่ปฏิบัติในหน่วยงานควรจะมีความรู้และทักษะดังกล่าวในการบำบัดผู้ป่วยด้วย
- ในสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาล ควรมีบุคลากรอย่างน้อยหนึ่งคนที่สามารถให้การบำบัดผู้ติดสุราด้วยความรู้และทักษะที่เป็นมาตรฐานสากล

ตัวชี้วัด TRB 1.2 สถานพยาบาลมีการประชุมภายในหน่วยงานในวาระกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มสุราไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเป้าหมายที่กำหนด (เดือนละ 2 ครั้ง)



ผลการดำเนินงาน กลุ่มโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ในขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลเฉพาะทางดำเนินการได้ต่ำกว่าเกณฑ์

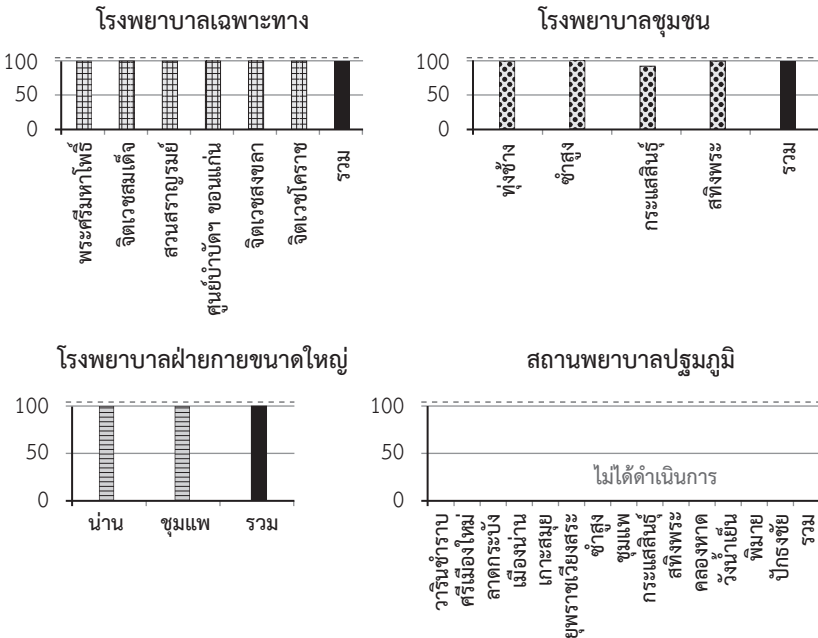
ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- กิจกรรมนี้จะช่วยในการแลกเปลี่ยนปัญหา อุปสรรคการทำงานและแก้ไขปัญหาาร่วมกันรวมถึงช่วยสะท้อนผลลัพธ์การรักษาให้สมาชิกบริบทราบ อาจใช้เป็นเวทีหนึ่งในการ supervision กรณีศึกษาเพิ่มเติมได้ด้วย

- ความถี่ในการจัดประชุม ควรลดลงเหลือเพียงเดือนละ 1 ครั้ง และให้กำหนดในระเบียบปฏิบัติ โดยไม่จำเป็นต้องรายงานเป็นตัวชี้วัด

5.3.2 ตัวชี้วัดกระบวนการ 3 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด TRB 2.1 ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการติ่มสุราในคลินิกบำบัดสุรา ได้รับการประเมินปัญหาการติ่มสุราอย่างครอบคลุม

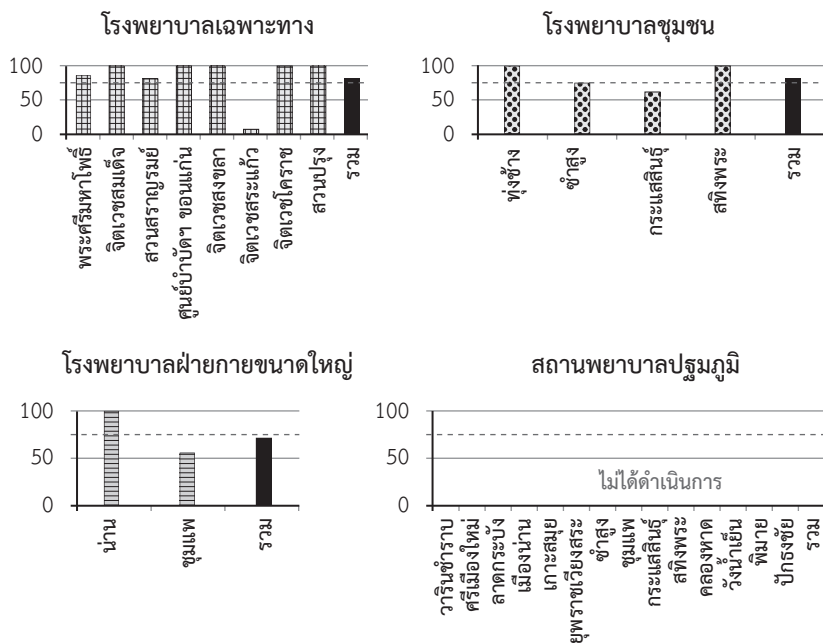


ผลการดำเนินงาน สถานพยาบาลส่วนใหญ่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด
ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- สถานพยาบาลทุกระดับควรมีการประเมินปัญหาการติ่มสุราอย่างครอบคลุมเพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม แต่ควรมีการระบุประเด็นที่ชัดเจนว่าประเมินด้านใดบ้างจึงจะเรียกว่าครอบคลุม และในขณะเดียวกันก็ไม่ละเอียดมากหรือใช้เวลานานเกินไป

- เห็นควรให้ตัดตัวชี้วัดนี้ออก ควรอยู่ในระเบียบปฏิบัติในการประเมินผู้มีปัญหาการติ่มสุรา

ตัวชี้วัด TRB 2.2 ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราในคลินิกบำบัดสุรา ได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด

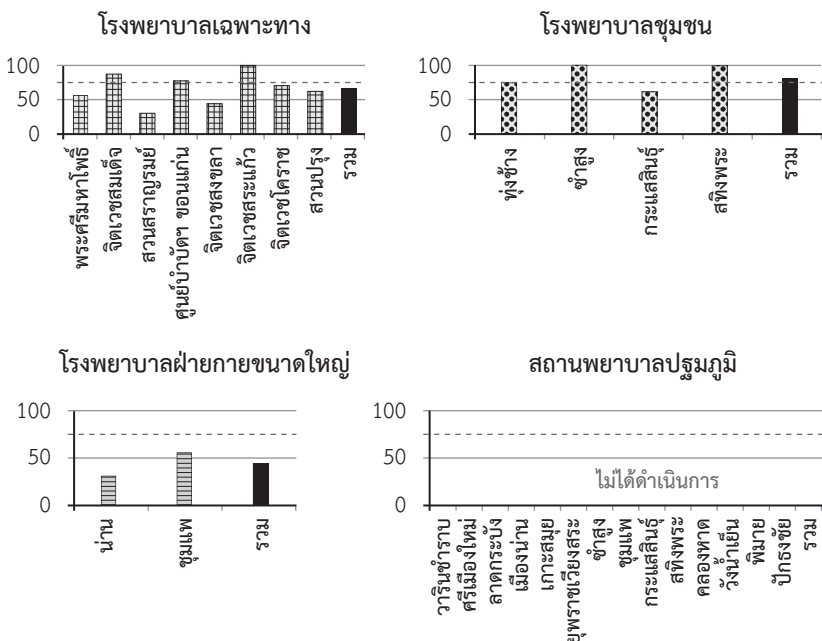


ผลการดำเนินงาน สถานพยาบาลทั้ง 3 ระดับส่วนใหญ่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- การบำบัดรักษาผู้ติดสุรายังต้องใช้จิตสังคมบำบัด (psychosocial treatment) เป็นหลัก โดยเฉพาะในประเทศไทยที่ยังไม่สามารถให้การบำบัดด้วยยาเนื่องจากยังไม่มีจำหน่าย ดังนั้นคลินิกบำบัดสุราควรต้องให้จิตสังคมบำบัดได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งในผู้ที่มารับบริการด้วย
- จิตสังคมบำบัดที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิผลในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา เช่น MET, CBT, 12 Steps เป็นต้น และการดูแลครอบครัวร่วมไปด้วยจะทำให้ประสิทธิผลการรักษาดีขึ้น
- เห็นควรให้ตัดตัวชี้วัดนี้ออก ควรอยู่ในระเบียบปฏิบัติของคลินิกบำบัดสุรา

ตัวชี้วัด TRB 2.3 ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราในคลินิกบำบัดสุรา ได้รับการรักษาด้วยจิตสังคัมบำบัด ได้รับการติดตามภายใน 3 เดือน



ผลการดำเนินงาน สถานพยาบาลทั้ง 3 ระดับส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

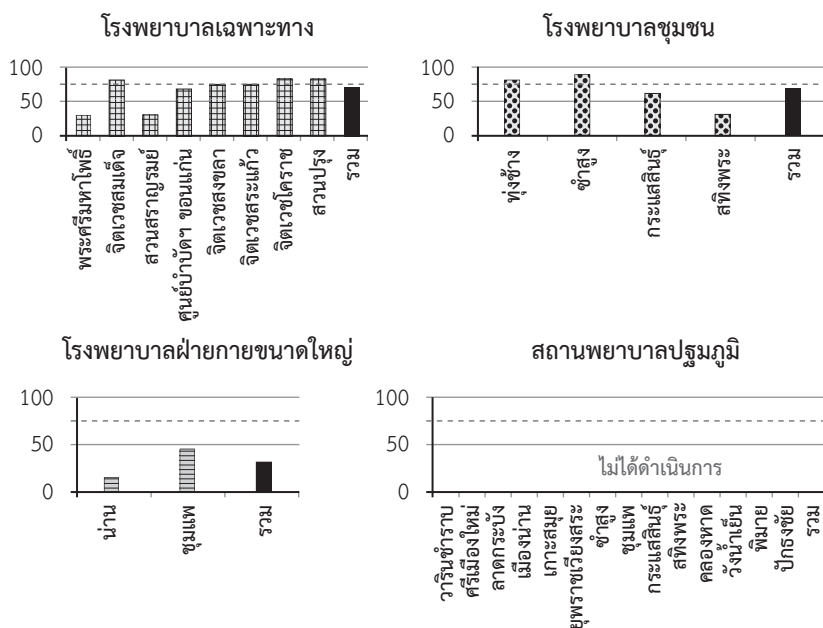
ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- การติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นหลักการสำคัญในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ดังนั้นกิจกรรมนี้นับเป็นกิจกรรมที่สำคัญ
- หากเป็นไปได้ควรติดตามทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1-2 ปี เพื่อติดตามพฤติกรรมการดื่ม และให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่
- หากไม่สามารถติดตามได้โดยให้ผู้ป่วยกลับมาพบที่สถานพยาบาล จะต้องหาวิธีการติดตามที่เหมาะสม เช่น ผ่านหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ติดตามทางโทรศัพท์ ติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

5.3.3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด TRB 3.1 ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราในคลินิกบำบัดสุรา มีการเพิ่มขึ้นของ % Abstinence day ณ 3 เดือนหลังรับการรักษา

คำจำกัดความ (ดูที่ตัวชี้วัด SBI 3.1)



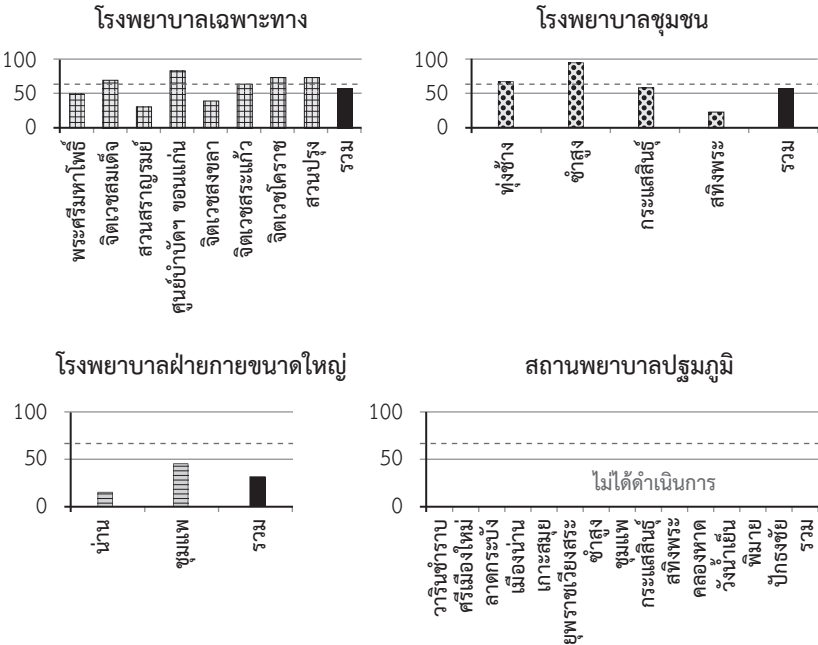
ผลการดำเนินงาน มีเฉพาะโรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาลชุมชน บางแห่งสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- ตัวชี้วัดนี้เป็นการวัดผลลัพธ์การรักษา สามารถใช้ดูประสิทธิผลได้ แต่ยากในการทำความเข้าใจและจัดเก็บ ควรปรับให้ง่ายกว่านี้

ตัวชี้วัด TRB 3.2 ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราในคลินิกบำบัดสุรา มีการลดลงของ % Heavy drinking day ณ 3 เดือนหลังรับการรักษา

คำจำกัดความ (ดูที่ตัวชี้วัด SBI 3.1)



ผลการดำเนินงาน มีเฉพาะโรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาลชุมชน บางแห่งสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- ตัวชี้วัดนี้เป็นการวัดผลลัพธ์การรักษา สามารถใช้ดูประสิทธิผลได้ แต่ยากในการทำความเข้าใจและจัดเก็บ ควรปรับให้ง่ายขึ้น

5.4 มาตรการดูแลและระยะยาวหลังการรักษา

ประกอบด้วยตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 1 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดกระบวนการ 1 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3 ตัวชี้วัด รวม 5 ตัวชี้วัด

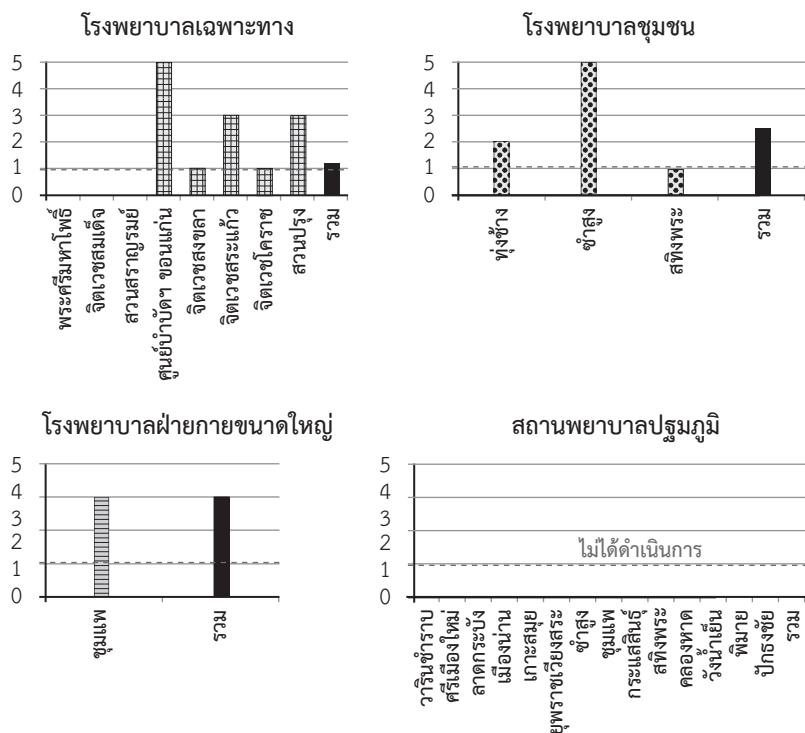
หน่วยงานเป้าหมาย: โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่ โรงพยาบาลชุมชน และสถานพยาบาลปฐมภูมิ

5.4.1 ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด AFC 1.1 สถานพยาบาลมีการบริการการดูแลและระยะยาวหลังการรักษาในระดับ 1 ขึ้นไป หากมีกิจกรรม aftercare กรณาระบุกิจกรรม และอธิบายเพิ่มเติม

คำจำกัดความ มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลและระยะยาวหลังการรักษาในชุมชน ดังนี้

- 0 ยังไม่มีการดำเนินการใดๆ
- 1 มีการวิเคราะห์ศักยภาพของสถานพยาบาล ชุมชนและหารูปแบบกิจกรรมการดูแลและระยะยาวในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของตน
- 2 มีการวางแผนดำเนินกิจกรรมการดูแลและระยะยาวในพื้นที่ มีกรอบระยะเวลาและแผนกิจกรรมชัดเจน
- 3 มีการเริ่มดำเนินกิจกรรมการดูแลและระยะยาวในพื้นที่
- 4 มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลและระยะยาวในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง
- 5 มีการประเมินผลกิจกรรมการดูแลและระยะยาวในพื้นที่



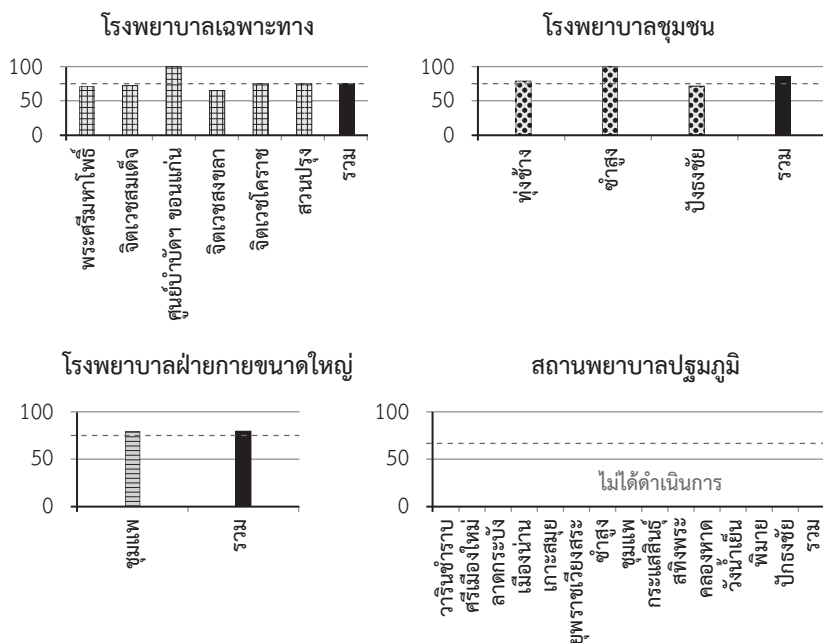
ผลการดำเนินงาน สถานพยาบาลส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ในขณะที่บางแห่งมีการพัฒนาไปถึงระดับ 3, 4 หรือ 5

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- ตัวชี้วัดนี้เป็นการเพิ่มบทบาทเชิงรุกของสถานพยาบาลเข้าไปเชื่อมโยงกับชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราระยะยาวในชุมชน ซึ่งจะช่วยลดการกลับไปดื่มซ้ำหรือกลับไปมีปัญหาดื่มซ้ำของผู้ติดสุรา
- สถานพยาบาลปฐมภูมิ ยังไม่มีการดำเนินการในกิจกรรมนี้ ทั้งที่เป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดและสามารถดำเนินงานร่วมกับชุมชนได้ดีที่สุด
- มีโรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนอีกหลายแห่งที่ยังไม่พร้อมในการดำเนินการตามมาตรฐานนี้
- ให้คงตัวชี้วัดนี้ เพื่อให้สถานพยาบาลมีทิศทางในการพัฒนาคุณภาพบริการเชื่อมโยงกับชุมชน

5.4.2 ตัวชี้วัดกระบวนการ 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด AFC 2.1 อัตราการคงอยู่ในโปรแกรม aftercare ของผู้มีปัญหาการดื่มสุรามากกว่าร้อยละ 70



คำจำกัดความ อัตราการคงอยู่ในโปรแกรม หมายถึง จำนวนผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่เข้าร่วมโปรแกรม aftercare สม่ำเสมอมากกว่าครึ่งหนึ่งของนัดหมายที่กำหนด

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่คงอยู่ในโปรแกรมสม่ำเสมอมากกว่าครึ่งหนึ่ง} \times 100}{\text{จำนวนนัดหมายที่กำหนด} \times 100}$$

จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด

ผลการดำเนินงาน สถานพยาบาลที่ได้ดำเนินการตามมาตรการนี้ สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- อัตราการคงอยู่ในโปรแกรมฟื้นฟูพระยะยาวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมการดื่มของผู้ติดสุรา
- ควรปรับตัวชีวิตให้เข้าใจและจัดเก็บได้ง่ายขึ้น
- สถานพยาบาลปทุมธานี ยังไม่มีการดำเนินการในกิจกรรมนี้
- โรงพยาบาลฝ่ายกายขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนอีกหลายแห่งที่ยังไม่พร้อมในการดำเนินการตามมาตรการนี้

5.4.3 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 3 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด AFC 3.1: % Abstinence day เท่ากับ 100

คำจำกัดความ (ดูที่ตัวชี้วัด SBI 3.1)

ผลการดำเนินงาน ยังไม่สามารถรายงานได้

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- เป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงผลลัพธ์การรักษาระยะยาว ว่าคงการหยุดดื่มได้ตลอด แต่เป้าหมายที่ตั้งเกณฑ์ไว้สูงเกินที่จะเป็นไปได้ในทุกราย
- ควรมีการกำหนดระยะเวลาว่าภายใน 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี
- ควรเป็นเป้าหมายรายบุคคลมากกว่าเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน

ตัวชี้วัด AFC 3.2: % Heavy drinking day เท่ากับ 0

คำจำกัดความ (ดูที่ตัวชี้วัด SBI 3.2)

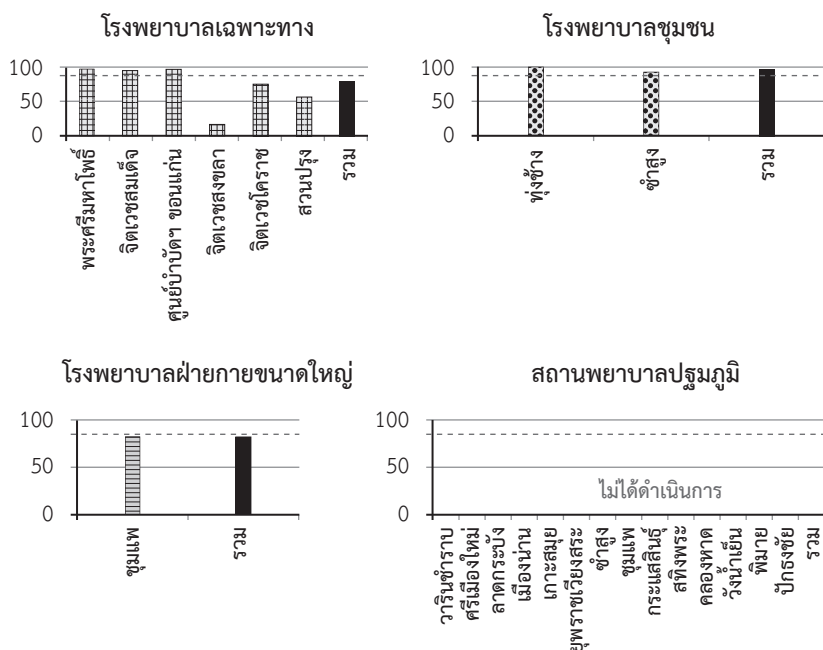
ผลการดำเนินงาน ยังไม่สามารถรายงานได้

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- เป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงผลลัพธ์การรักษาระยะยาว ว่าไม่กลับไปดื่มหนักจนก่อให้เกิดปัญหาเป็นเป้าหมายที่อาจพอเป็นไปได้ คือดื่มบ้างแต่ไม่หนัก

- ควรมีการกำหนดระยะเวลาว่าภายใน 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี
- ควรเป็นเป้าหมายรายบุคคลมากกว่าเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน

ตัวชี้วัด AFC 3.3: ร้อยละ 80 ของผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่เข้าโปรแกรม aftercare ไม่กลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission)



ผลการดำเนินงาน สถานพยาบาลหลายแห่ง สามารถดำเนินการได้
ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

- เป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงผลลัพธ์การรักษาระยะยาว ว่าไม่กลับไปติ่มจนต้องรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
- ควรมีการกำหนดระยะเวลาว่าภายใน 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี
- สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดของหน่วยงานได้

บทที่ 6

ผลการนิเทศติดตามเชิงบริหารจัดการโครงการ i-MAP Health

โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ ได้ทดลองนำร่องในพื้นที่ 10 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน น่าน สระแก้ว กรุงเทพมหานคร นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี สุราษฎร์ธานี และสงขลา ในโรงพยาบาลจิตเวช 7 แห่ง ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง และสถานพยาบาลปฐมภูมิ 184 แห่ง โดยมีโรงพยาบาลหลัก 9 โรงพยาบาลเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบและสนับสนุนสถานพยาบาลในพื้นที่ (Project Manager: PM) ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชนและสถานพยาบาลปฐมภูมิ เริ่มดำเนินการตั้งแต่มีนาคม พ.ศ. 2553 - ตุลาคม พ.ศ. 2553

6.1 สรุปข้อเสนอแนะในการดำเนินการนำร่อง i-MAP Health

ผลการดำเนินการนำร่องโครงการ i-MAP Health พบว่าทั้งสี่มาตรการสามารถบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพได้มากขึ้นอยู่กับบริบทของหน่วยงาน แต่ส่งผลให้คุณภาพในการให้บริการผู้ป่วยดีขึ้น และมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

6.1.1 มาตรการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพที่บูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพทั่วไป ควรมีนโยบายที่ชัดเจนในระบบสุขภาพ ให้มีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในทุกหน่วยงานในทุกระดับของระบบสุขภาพ ตามความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและสอดคล้องกับการบำบัดแบบสั้น ลักษณะการทำงานเป็นการบูรณาการลงสู่งานประจำ ควรมีการเพิ่มศักยภาพ

ให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ให้มีความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานของตนเอง เช่น ควรมีหลักสูตรอบรมความรู้ให้กับบุคลากรตามปัญหาที่พบ มีแนวปฏิบัติและขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน มีสื่อสนับสนุนที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน เพื่อจะได้นำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในงานของตนเองต่อไป ควรมีการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการบันทึกข้อมูล ที่สำคัญผู้บริหารระดับสูงควรให้การสนับสนุนและถือเป็นนโยบายที่จะต้องดำเนินการ

6.1.2 มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา ที่บูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพทั่วไป ควรมีการขยายการปฏิบัติงานลงสู่โรงพยาบาลทุกแห่งในระบบสาธารณสุข เพื่อให้สามารถประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราไม่ให้เกิดภาวะถอนพิษสุรา และควรมีหลักสูตรอบรมความรู้ให้กับบุคลากรพยาบาล มีแนวเวชปฏิบัติสำหรับแพทย์และพยาบาล เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราอย่างมีประสิทธิภาพ

6.1.3 มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ สามารถดำเนินการได้ในโรงพยาบาลที่มีบุคลากรเฉพาะทางทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และสถานพยาบาลเฉพาะทาง ควรมีหลักสูตรการอบรมเฉพาะทางสำหรับบุคลากร เช่น MI/MET, CBT เพื่อเพิ่มพูนทักษะ และควรสนับสนุนให้มีการทำจิตสังคมบำบัด ตั้งแต่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ได้แก่สถานอนามัย PCU และอื่นๆ ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละบริบท ควรมีการพัฒนาในระบบบริการสุขภาพทั้งของภาครัฐและเอกชน

6.1.4 มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพหรือป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำควรมีการดำเนินงานดูแลระยะยาวหลังการรักษาที่มีรูปแบบหลากหลายในระบบบริการสุขภาพร่วมกับชุมชน หรือองค์กรต่างๆ โดยเฉพาะการนำโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนของผู้ติดสุรา ที่บุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับสามารถนำไปใช้ได้ ควรมีความร่วมมือกันระหว่าง

องค์กรต่างๆ ในชุมชนไม่ว่าจะเป็นวัด แกนนำชุมชน หรือองค์กรเอกชนต่างๆ เพื่อช่วยเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ทำงานระหว่างผู้ปฏิบัติงาน และเปิดโอกาสให้นำความรู้ที่ได้ศึกษาไปเผยแพร่ในเวทีระดับประเทศหรือต่างประเทศ

6.2 บทเรียนรู้ในการดำเนินการ i-MAP Health ให้ประสบผลสำเร็จ

สถานพยาบาลแต่ละระดับมีบริบทที่แตกต่างกันไป สามารถสรุปบทเรียนรู้ได้ดังนี้

6.2.1 ระดับหน่วยบริหารจัดการ หน่วยงาน PM พื้นที่

- ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน PM พื้นที่คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการเพื่อมอบหมายให้รับผิดชอบโครงการชัดเจนในทั้ง 8 PM นำร่อง

- มีหน่วยงาน PM นำร่อง 3 พื้นที่ที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดผ่านผู้บริหารในระดับสาธารณสุขจังหวัด พบว่าทำให้การประสานการทำงานราบรื่น เนื่องจากเป็นนโยบายระดับจังหวัด และมีการนำต้นแบบไปนำเสนอให้พื้นที่อื่นเพิ่มเติม

- การคัดเลือกหน่วยงานนำร่องระดับโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยหรือ PCU ในพื้นที่นั้น ต้องอาศัยความสัมพันธ์ที่ดีของทีมหน่วยงาน PM และการประสานเพื่อนำเสนอรายละเอียดกิจกรรม ความรับผิดชอบ ประโยชน์ที่ได้รับ และเป็นไปด้วยความสมัครใจและประสานกัน ซึ่งอาจดำเนินการโดยการประสานงานด้วยวาจา ทำหนังสือแจ้งหน่วยงาน หรือประชุมเพื่อนำเสนอ

- หน่วยงาน PM จะต้องมีความรู้ศักยภาพในการอบรม ถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราตามรูปแบบ i-MAP Health ให้กับหน่วยงานในพื้นที่ได้

- หน่วยงาน PM จะต้องมีการจัดทำแผนปฏิบัติการและแผนการใช้จ่ายที่ครอบคลุมกิจกรรมในพื้นที่นำร่องที่รับผิดชอบทั้งหมด เพื่อให้ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
- หน่วยงาน PM จะต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการกำกับ นิเทศ ติดตาม ให้คำปรึกษากับหน่วยงานนำร่องในพื้นที่ โดยกิจกรรมที่พบว่ามีประโยชน์คือ การนิเทศในพื้นที่อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างหน่วยงานในพื้นที่อย่างน้อย 2 ครั้งใน 1 ปี
- หน่วยงาน PM ได้รับการสนับสนุนองค์ความรู้ หลักสูตร สื่อ จากทีมวิชาการ แผนงาน ผรส. และได้รับการศึกษาด้านการจัดโครงการและการเบิกจ่ายจากทีมบริหาร แผนงาน ผรส. อย่างใกล้ชิด
- หน่วยงาน PM ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานระหว่างพื้นที่จากการประชุมติดตามรายงานความก้าวหน้าของ PM พื้นที่ จัดโดยแผนงาน ผรส. 2 ครั้ง สามารถนำผลการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จจากพื้นที่อื่นไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนได้
- การสรุปผลการดำเนินงานตามมาตรฐานโดยมีตัวชี้วัดกำกับช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจบทบาทและความสำคัญของการดำเนินงานตามกิจกรรมต่างๆ และสามารถนำจุดเด่น จุดด้อยของตนไปพัฒนางานอย่างต่อเนื่องได้
- หน่วยงาน PM มีความมั่นใจในความรู้ ทักษะในการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่ครอบคลุมทุกระดับความรุนแรงและวิธีการบริหารจัดการเชิงระบบ

6.2.2 ระดับโรงพยาบาลชุมชน

- การนำเสนอโครงการให้ผู้บริหารมีความสนใจและรับมาดำเนินการในโรงพยาบาล รวมทั้งการแลกเปลี่ยนดำเนินงานโครงการดังกล่าวในทีม PCT-Patient Care Team เป็นประเด็นสำคัญ
- การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับโรงพยาบาล โดยมีผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการ เช่น องค์กรแพทย์ หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ฯลฯ โดยมีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดเป็นเลขานุการคณะกรรมการ

- การประชุมปรึกษาในหน่วยงานอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีประโยชน์ทั้งในการนำเสนอผลสำเร็จและปัญหา เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกัน
- การอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับให้ครอบคลุมในความรู้ ทักษะ การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา เป็นความต้องการและมีความสำคัญอย่างมาก

6.2.3 ระดับสถานพยาบาลปฐมภูมิ

- เป็นหน่วยงานที่สามารถบริหารจัดการเบ็ดเสร็จในหน่วยงานเดียว โดยการบูรณาการงานการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเข้ากับบริการปกติได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทัศนคติของบุคลากรในหน่วยงาน
- การมีรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่ชัดเจน เข้าใจง่าย มีสื่อประกอบที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งการอบรมความรู้ ทักษะเพิ่ม ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น

บทที่ 7

ผลการประเมินจากผู้เข้าร่วมโครงการ i-MAP Health

หลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานตามโครงการ i-MAP Health แผนงาน ผรส. ได้ทำการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามที่จัดทำขึ้น และขอความร่วมมือให้ผู้ร่วมโครงการตอบกลับ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ ประเมินการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง และปัญหาอุปสรรคที่พบ

ลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย

1. ระดับผู้บริหาร เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลจากโรงพยาบาล PM 9 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง จำนวน 56 ชุด มีผู้ตอบกลับจำนวน 34 ชุด คิดเป็นร้อยละ 60.7 เป็นการสอบถามความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ i-MAP Health ใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินงาน ด้านการพัฒนาศักยภาพ ด้านการนำระบบ i-MAP Health ไปใช้ ด้านภาพรวมของโครงการ และด้านปัจจัยความสำเร็จ โดยแต่ละด้านจะมีประเด็นย่อยและให้คะแนนเป็นระดับน้อยมาก น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

2. ระดับผู้ประสานงาน เป็นผู้รับผิดชอบงานสุราและสารเสพติดจากโรงพยาบาล PM 9 แห่ง จำนวน 27 ชุด มีผู้ตอบกลับจำนวน 21 ชุด คิดเป็นร้อยละ 77.8

3. ระดับผู้ปฏิบัติงาน จากโรงพยาบาลที่เป็น PM 9 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง สถานพยาบาลปฐมภูมิ 184 แห่ง จำนวน 348 ชุด มีผู้ตอบกลับจำนวน 180 ชุด คิดเป็นร้อยละ 51.8

โดยแบบสอบถามสำหรับผู้ประสานงานและผู้ปฏิบัติงานจะแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลใน 5 ด้านประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป (เพศ สถานพยาบาล สถานที่ปฏิบัติงาน) ข้อมูลการอบรม ลักษณะผู้ป่วยและปัญหาที่พบ วิธีการช่วยเหลือ และปัญหาอุปสรรค

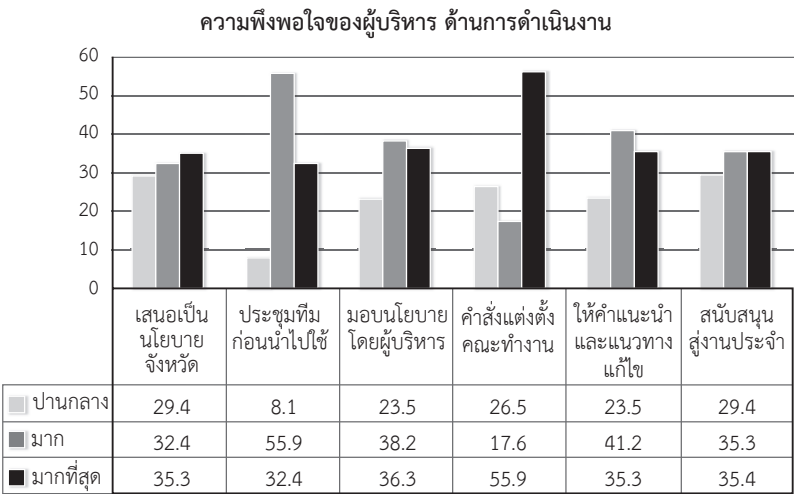
ส่วนที่ 2 เป็นการสอบถามความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ i-MAP Health ใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินงาน ด้านสื่อ/เอกสารประกอบการทำงาน ด้านการนำระบบ i-MAP Health ไปใช้ ด้านความสามารถประยุกต์ใช้งานประจำ และภาพรวมในการดำเนินงาน และให้คะแนนเป็นระดับน้อยมาก น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

7.1 ความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ i-MAP Health

7.1.1 ความพึงพอใจของผู้บริหาร

ก. ด้านการดำเนินงาน

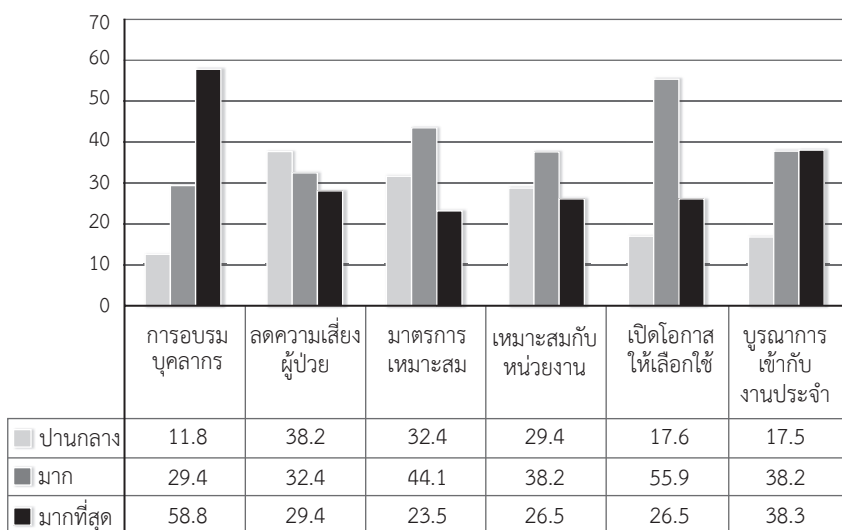
ผู้บริหารมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดร้อยละ 55.9 ที่โครงการฯ ได้กำหนดให้มีการแต่งตั้งคณะทำงานโดยเฉพาะ ส่วนประเด็นที่ผู้บริหารมีความพึงพอใจในระดับมากค่อนข้างสูง คือ มีการประชุมทีมงานเพื่อทำความเข้าใจก่อนลงมือปฏิบัติ (ร้อยละ 55.9) การรับคำแนะนำและแนวทางแก้ไขจากแผนงาน ผรส. (ร้อยละ 41.2) และการที่ผู้บริหารหน่วยงานเป็นผู้มอบนโยบาย (ร้อยละ 38.2) ส่วนประเด็นอื่นๆ ผู้บริหารมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดอย่างน้อยมากกว่าร้อยละ 30 เช่น เสนอให้เป็นนโยบายของจังหวัด มีการประชุมทีมงานเพื่อทำความเข้าใจก่อนลงมือปฏิบัติ การที่ผู้บริหารหน่วยงานเป็นผู้มอบนโยบาย การรับคำแนะนำและแนวทางแก้ไขจากแผนงาน ผรส. และการสนับสนุนสู่งานประจำ



ข. ด้านการพัฒนาศักยภาพ

ผู้บริหารพึงพอใจในการอบรมความรู้ทักษะให้บุคลากรในระดับมากที่สุด ร้อยละ 58.8 ส่วนด้านการนำผลการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยไปเป็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาล ผู้บริหารมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.2

ความพึงพอใจของผู้บริหาร
ด้านการพัฒนาศักยภาพและนำระบบ i-MAP Health ไปใช้

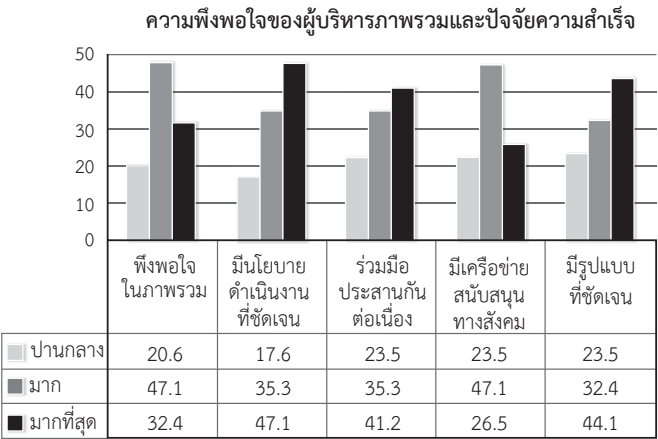


ค. ด้านการนำระบบ i-MAP Health ไปใช้

ผู้บริหารมีความพึงพอใจระดับมากในประเด็นที่ i-MAP Health เปิดโอกาสให้เลือกใช้ตามศักยภาพและความพร้อมของหน่วยงาน (ร้อยละ 55.9) มีมาตรการเหมาะสม (ร้อยละ 44.1) เหมาะสมกับการนำไปใช้ของหน่วยงาน (ร้อยละ 38.2) ส่วนในด้านการนำระบบ i-MAP Health บุคลากรเข้าทำงานประจำมีความพึงพอใจในระดับมากและมากที่สุดใกล้เคียงกัน รวมกันคิดเป็นร้อยละ 76.5

ง. ด้านภาพรวมของโครงการ

ผู้บริหารมีความพึงพอใจกับการดำเนินงานของระบบ i-MAP Health ในระดับมากร้อยละ 47.1 และระดับมากที่สุดร้อยละ 32.4



จ. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ผู้บริหารมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดที่โครงการฯ มีนโยบายดำเนินงานที่ชัดเจน (ร้อยละ 47.1) มีความร่วมมือประสานกันอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 41.2) และระบบ i-MAP Health รูปแบบในการดำเนินงานที่ชัดเจน (ร้อยละ 44.1) และมีความพึงพอใจในระดับมากในการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (ร้อยละ 47.1) นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า ควรมีการนำระบบ i-MAP Health ไปดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

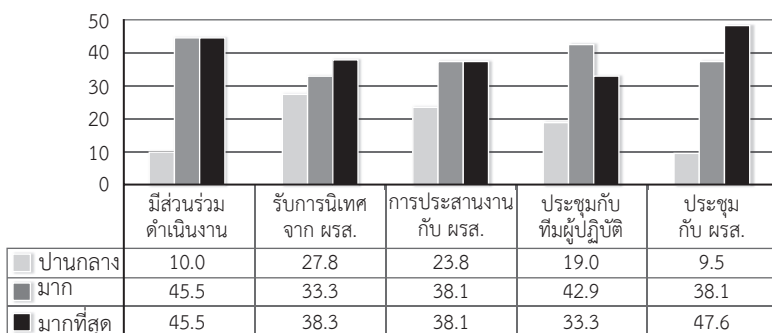
สรุป ผู้บริหารมีความพึงพอใจในระบบ i-MAP Health โดยเฉพาะในประเด็นที่ระบบฯ มีรูปแบบและวิธีการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการแต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะการให้ผู้บริหารเป็นผู้มอบนโยบาย การมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร และเป็นระบบที่เป็นไปได้ในการบูรณาการเข้ากับระบบบริการปกติ อย่างไรก็ตาม ควรเพิ่มความตระหนักให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการที่ระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราของสถานพยาบาลว่าสามารถช่วยลดความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยทั่วไปได้

7.1.2 ความพึงพอใจของผู้ประสานงานและผู้ปฏิบัติงาน

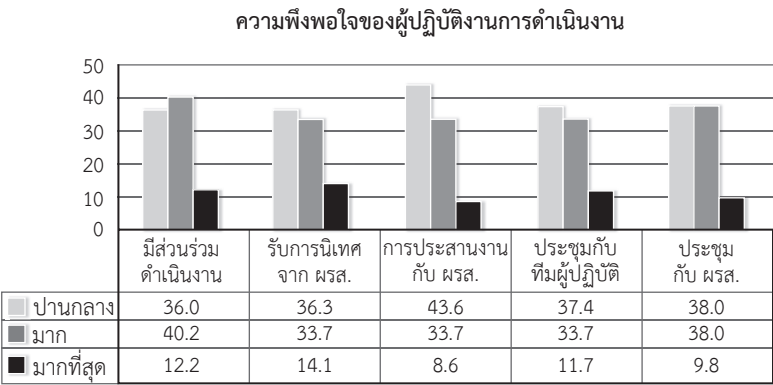
ก. ด้านการดำเนินงาน

ผู้ประสานงาน มีความพึงพอใจระดับมากและระดับมากที่สุดจำนวนใกล้เคียงกัน ทั้งในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (ร้อยละ 45.5) และด้านการประสานงาน จากแผนงาน ผรส. (ร้อยละ 38.1) ส่วนในประเด็นที่การดำเนินงานได้รับการนิเทศ จากแผนงาน ผรส. และการได้ประชุมร่วมกับแผนงาน ผรส. ผู้ประสานงานมีความ พึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 38.3 และร้อยละ 47.6 ตามลำดับ ผู้ประสานงาน มีความพึงพอใจในการประชุมร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานในระดับมากร้อยละ 42.9 อย่างไรก็ตามผู้ประสานงานมีความพึงพอใจในการดำเนินงานตามระบบ i-MAP Health ในระดับมากที่สุดและระดับมากรวมกันสูงมากกว่าร้อยละ 70 โดยเฉพาะ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสูงถึงร้อยละ 91

ความพึงพอใจของผู้ประสานงานการดำเนินงาน

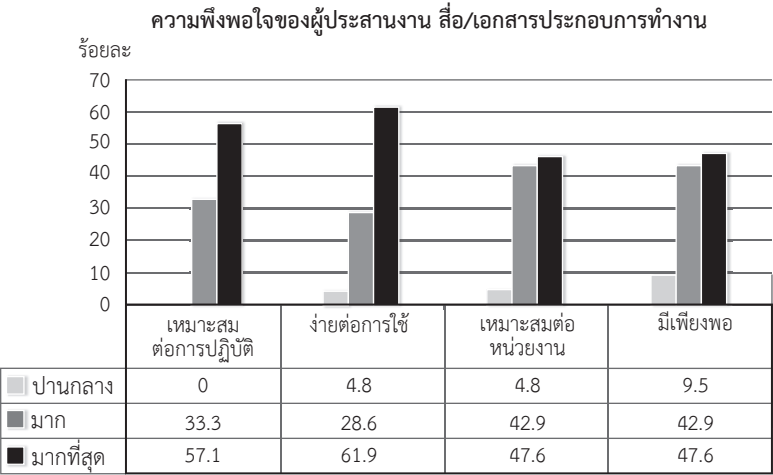


ผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดำเนินงานในระดับมาก ร้อยละ 40.2 และมีความพึงพอใจระดับปานกลางในการรับการนิเทศจากแผนงาน ผรส. และ PM (ร้อยละ 36.3) การประสานงานจากแผนงาน ผรส. และ PM (ร้อยละ 43.6) และการประชุมร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 37.4) ส่วนการได้ประชุมร่วมกับแผนงาน ผรส. และ PM ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจระดับมาก และปานกลางเท่ากัน (ร้อยละ 38.0) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการประสานงาน การนิเทศ การประชุมร่วมในระดับมากที่สุดและระดับมากรวมกันน้อยกว่าร้อยละ 50

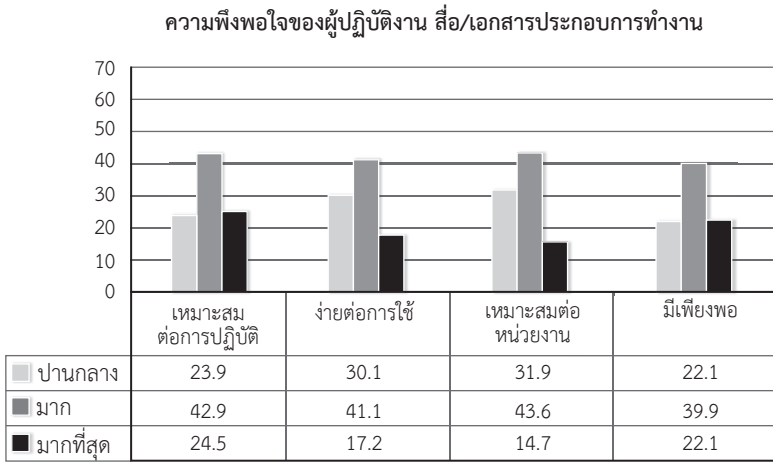


ข. สื่อ/เอกสารประกอบการทำงาน

ผู้ประสานงาน มีความพึงพอใจระดับมากที่สุดต่อสื่อ/เอกสารประกอบการทำงานในทุกด้าน ได้แก่ ด้านความง่ายต่อการนำไปใช้ (ร้อยละ 61.9) ด้านความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 57.1) ด้านความเหมาะสมกับหน่วยงาน และด้านจำนวนที่เพียงพอเท่ากัน (ร้อยละ 47.6) อย่างไรก็ตามผู้ประสานงานมีความพึงพอใจต่อสื่อและเอกสารในระดับมากที่สุดและระดับมากรวมกันสูงกว่าร้อยละ 90 ในทุกด้าน

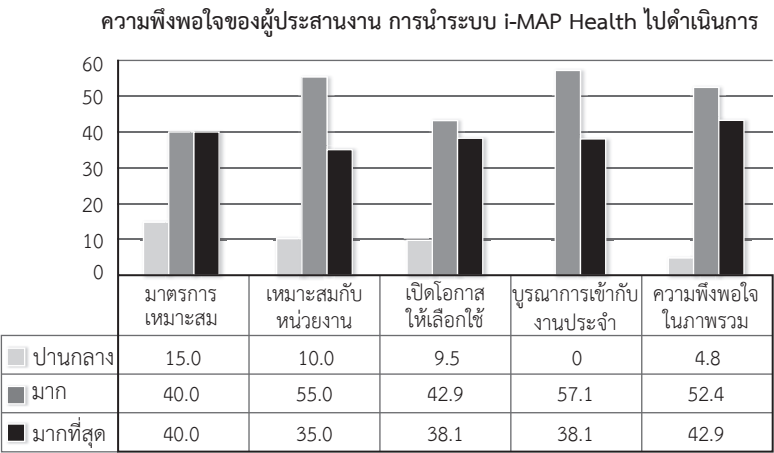


ผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจต่อสื่อ/เอกสารในระดับมากในทุกด้าน ได้แก่ ด้านความเหมาะสมกับหน่วยงาน (ร้อยละ 43.6) ด้านความเหมาะสมต่อการปฏิบัติ (ร้อยละ 42.9) ด้านความง่ายต่อการนำไปใช้ (ร้อยละ 41.1) และด้านจำนวนที่เพียงพอ (ร้อยละ 39.9) อย่างไรก็ตามผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อสื่อและเอกสารในระดับมากที่สุดและระดับมากรวมกันประมาณร้อยละ 60 ในทุกด้าน โดยเฉพาะ ด้านความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานสูงที่สุดถึงร้อยละ 67.4



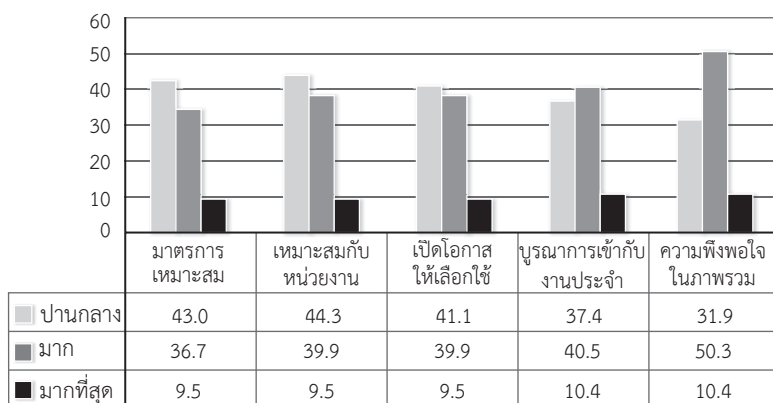
ค. การนำระบบ i-MAP Health ไปดำเนินงาน

ผู้ประสานงาน มีความพึงพอใจระดับมากในการนำระบบ i-MAP Health ไปดำเนินงานในด้านความเหมาะสมกับหน่วยงาน (ร้อยละ 55.0) ด้านการเปิดโอกาสให้เลือกใช้เฉพาะมาตรการที่หน่วยงานพร้อม (ร้อยละ 42.9) ส่วนความพึงพอใจด้านมาตรการเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุดและระดับมากเท่ากัน (ร้อยละ 40.0) อย่างไรก็ตาม ผู้ประสานงานมีความพึงพอใจในการนำระบบ i-MAP Health ไปดำเนินการในระดับมากที่สุดและระดับมากรวมกันสูงมากกว่าร้อยละ 80 ในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านความเหมาะสมกับหน่วยงานสูงถึงร้อยละ 90



ผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจระดับปานกลางในการนำระบบ i-MAP Health ไปดำเนินงานด้านความเหมาะสมกับหน่วยงาน (ร้อยละ 44.3) ด้านมาตรการเหมาะสม (ร้อยละ 43.0) ด้านการเปิดโอกาสให้เลือกใช้เฉพาะมาตรการที่หน่วยงานพร้อม (ร้อยละ 41.1) อย่างไรก็ตาม ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการนำระบบ i-MAP Health ไปดำเนินการในระดับมากที่สุดและระดับมากรวมกันน้อยกว่าร้อยละ 50

ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน การนำระบบ i-MAP Health ไปดำเนินงาน



ง. ระบบ i-MAP Health ไปบูรณาการเข้ากับงานประจำ

ผู้ประสานงาน มีความพึงพอใจระดับมากในการนำระบบ i-MAP Health ไปบูรณาการเข้ากับงานประจำ (ร้อยละ 57.1) อย่างไรก็ตามผู้ประสานงานมีความพึงพอใจในการนำระบบ i-MAP Health ไปบูรณาการเข้ากับงานประจำระดับมากที่สุดและระดับมากรวมกันสูงมากกว่าร้อยละ 95

ผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจในระดับมากในการนำระบบ i-MAP Health ไปบูรณาการเข้ากับงานประจำ (ร้อยละ 50.3) อย่างไรก็ตาม ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการนำระบบ i-MAP Health ไปบูรณาการเข้ากับงานประจำระดับมากและระดับมากที่สุดรวมกันสูงกว่าร้อยละ 60

จ. ความพึงพอใจในภาพรวมในการดำเนินงาน

ผู้ประสานงาน มีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมากที่สุดและระดับมากรวมกันร้อยละ 95.3

ผู้ปฏิบัติงาน มีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมากที่สุดและระดับมากรวมกันร้อยละ 60.7

ฉ. ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

ผู้ประสานงาน

- ให้มีการปรับตัวชีวิตที่มากเกินไปและยากต่อการเก็บข้อมูล
- ควรมีระบบบันทึกข้อมูลด้วยระบบคอมพิวเตอร์เพื่อให้สะดวกในการเก็บข้อมูลที่มีรายละเอียดมากและการประมวลผล
- โครงการนี้ควรมีต่อเนื่องและขยายให้ครอบคลุมทุกจังหวัด
- โครงการนี้เป็นระบบการดูแลที่ชัดเจนสามารถที่จะบูรณาการไปใช้ร่วมกับผู้ป่วยอื่นๆ ได้

ผู้ปฏิบัติงาน

- โครงการ i-MAP Health มีประโยชน์มาก แต่หากจะบูรณาการลงสู่งานประจำควรเน้นการพัฒนาศักยภาพให้บุคลากร
- ควรใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อช่วยในการลงบันทึกข้อมูลที่มีรายละเอียดมาก
- ตัวชีวิตที่มากเกินไปและมีรายละเอียดมากทำให้ปฏิบัติงานจริงได้ยาก

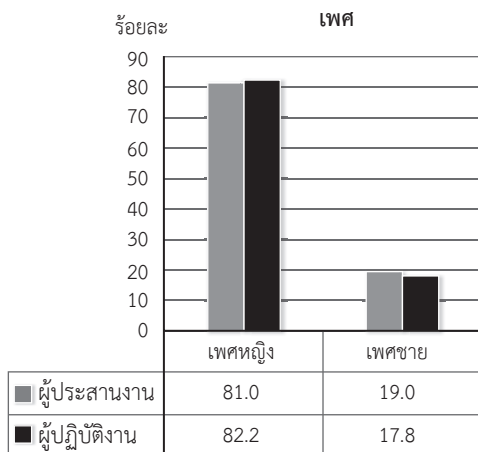
7.2 ข้อมูลของผู้ประสานงานและผู้ปฏิบัติงาน

7.2.1 ข้อมูลทั่วไป

ก. เพศ

ผู้ประสานงาน ตอบแบบสอบถาม จำนวน 21 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.0 และเพศชายร้อยละ 19.0

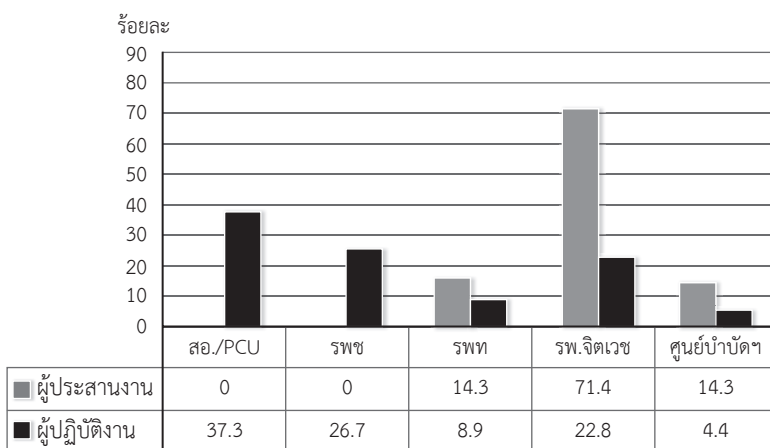
ผู้ปฏิบัติงาน ตอบแบบสอบถามจำนวน 180 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.2 และเพศชายร้อยละ 17.8



ข. สถานพยาบาลที่ปฏิบัติงาน

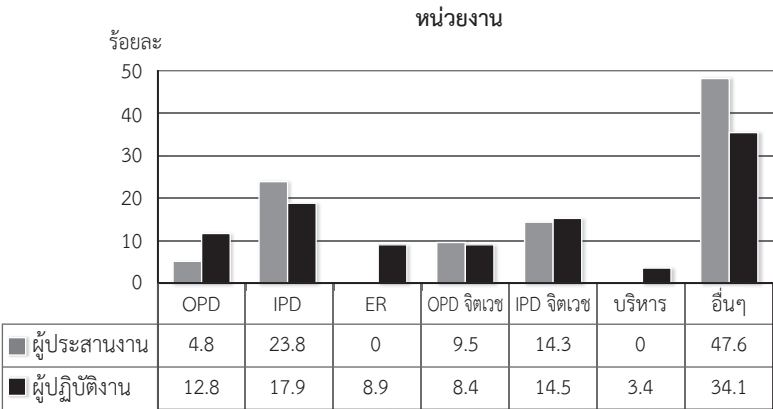
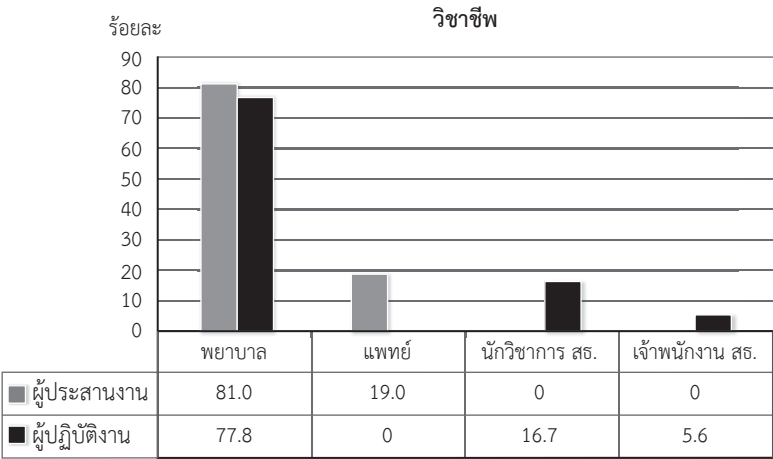
ผู้ประสานงาน ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวชร้อยละ 71.4 ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดร้อยละ 14.3 โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 14.3

ผู้ปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานที่สถานเอนามัย/PCU ร้อยละ 37.3 โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 26.7 โรงพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 22.8



ค. ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน

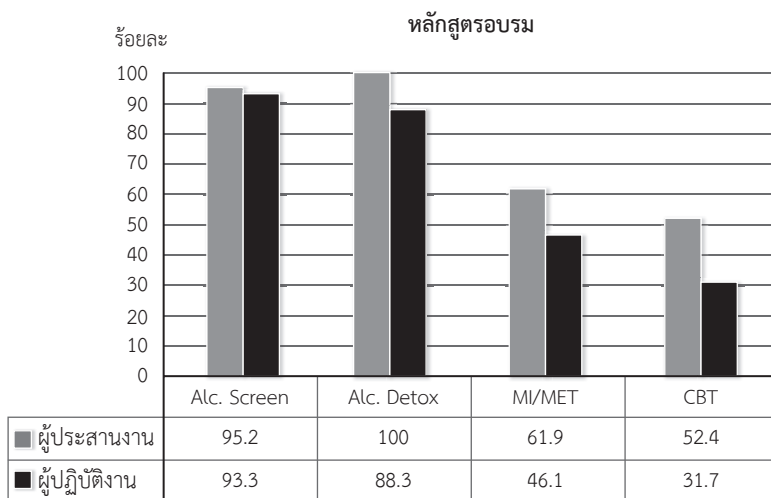
ผู้ประสานงาน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 81.0 หน่วยงานที่ปฏิบัติงานมากที่สุด เป็นแผนกอื่นๆ ร้อยละ 47.6 โดยในจำนวนนี้พบว่าปฏิบัติงานที่แผนกจิตเวชและยาเสพติดร้อยละ 50.0 รองลงมาคือแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 23.8 ประสบการณ์ทำงานของผู้ประสานงานเฉลี่ย 17.14 ปี ผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 29 ปี



ผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 77.8 หน่วยงานที่ปฏิบัติงานมากที่สุดเป็นแผนกอื่นๆ ร้อยละ 34.1 ในจำนวนนี้พบว่าปฏิบัติงานที่สถานีนามัย/PCU ร้อยละ 91.8 รองลงมาเป็นแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 17.9. และ 14.5 ตามลำดับ ประสบการณ์ทำงานของผู้ปฏิบัติงานเฉลี่ย 16.63 ปี ผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยที่สุด 2 ปี และมากที่สุด 37 ปี

7.2.2 ข้อมูลการอบรม

ผู้ประสานงาน ได้รับการอบรมในหัวข้อ alcohol screening ร้อยละ 95.2 หัวข้อ Alcohol withdrawal/Alcohol detoxification/Medical complication/Medical co-morbidity ร้อยละ 100 หัวข้อ MI/MET ร้อยละ 61.9 และหัวข้อ CBT ร้อยละ 52.4



ผู้ปฏิบัติงาน ได้รับการอบรมในหัวข้อ Alcohol screening ร้อยละ 93.3 หัวข้อ Alcohol withdrawal /Alcohol detoxification /Medical complication / Medical co-morbidity ร้อยละ 88.3 หัวข้อ MI/MET ร้อยละ 46.1 และหัวข้อ CBT ร้อยละ 31.7 นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานยังได้รับการอบรมจากโครงการย่อยอื่นๆ

ของแผนงาน พรส. เช่น กลุ่มเอเอ self help group การดูแลผู้ป่วยสุราโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม ฯลฯ

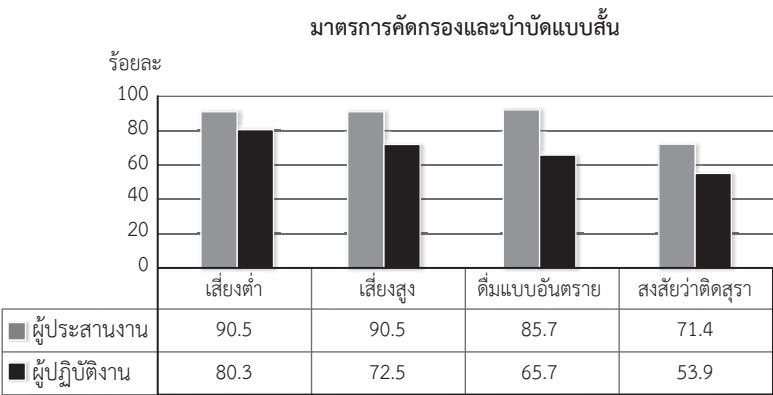
7.2.3 ลักษณะผู้ป่วยและปัญหาที่พบ

ในระหว่างดำเนินการตาม i-MAP Health ในแต่ละมาตรการ ผู้ประสานงาน และผู้ปฏิบัติงานพบลักษณะผู้ป่วยและปัญหาดังต่อไปนี้

มาตรการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น

ผู้ประสานงาน มีประสบการณ์พบผู้ป่วยที่ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ และผู้ป่วยที่ดื่มแบบเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 90.5 เท่ากัน ผู้ป่วยที่ดื่มแบบอันตรายร้อยละ 85.7 และผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดสุราร้อยละ 71.4

ผู้ปฏิบัติงาน มีประสบการณ์พบผู้ป่วยที่ดื่มแบบเสี่ยงต่ำร้อยละ 80.3 ผู้ป่วยที่ดื่มแบบเสี่ยงสูงร้อยละ 72.5 ผู้ป่วยที่ดื่มแบบอันตรายร้อยละ 65.7 และผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดสุรา 53.9

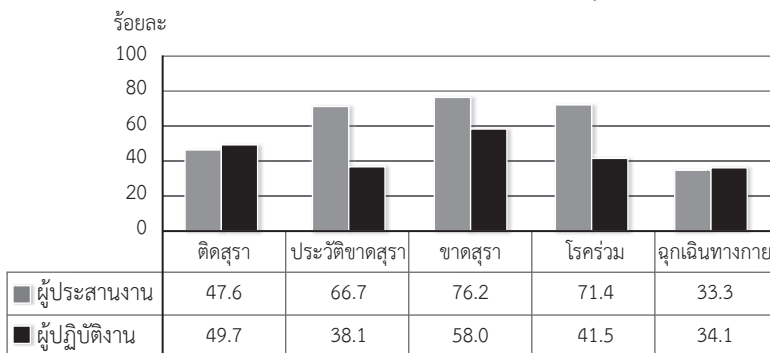


มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา

ผู้ประสานงาน มีประสบการณ์พบผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดร้อยละ 47.6 ผู้ป่วยมีประวัติขาดสุราร้อยละ 66.7 ผู้ป่วยที่แสดงอาการขาดสุราร้อยละ 76.2 ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกายร้อยละ 71.4 และผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางกายหรืออุบัติเหตุจากการดื่มสุราร้อยละ 33.3

ผู้ปฏิบัติงาน มีประสบการณ์พบผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดร้อยละ 49.7 ผู้ป่วยมีประวัติขาดสุราร้อยละ 38.1 ผู้ป่วยที่แสดงอาการขาดสุราร้อยละ 58.0 ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกายร้อยละ 41.5 และผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางกายหรืออุบัติเหตุจากการดื่มสุราร้อยละ 34.1

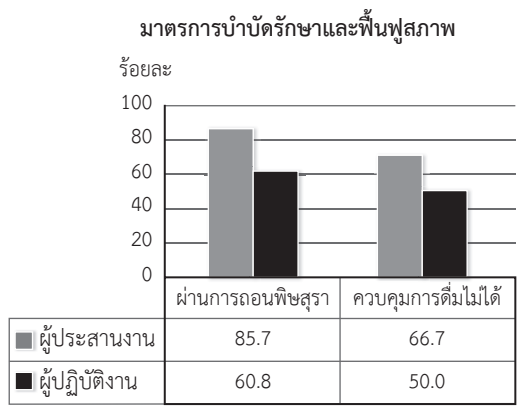
มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา



มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

ผู้ประสานงาน มีประสบการณ์พบผู้ป่วยติดสุราที่ผ่านการถอนพิษสุราร้อยละ 85.7 และผู้ป่วยดื่มแบบอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราได้ร้อยละ 66.7

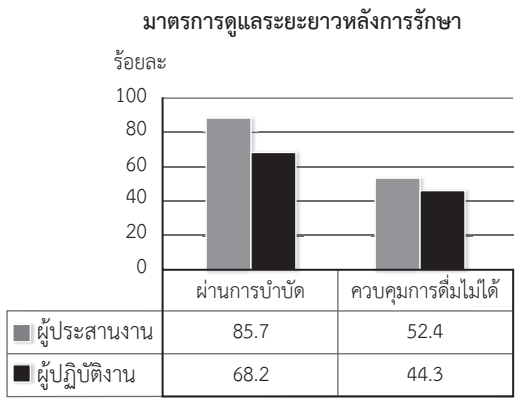
ผู้ปฏิบัติงาน มีประสบการณ์พบผู้ป่วยติดสุราที่ผ่านการถอนพิษสุราร้อยละ 60.8 และผู้ป่วยดื่มแบบอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราได้ร้อยละ 50.0



มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา

ผู้ประสานงาน มีประสบการณ์พบกลุ่มผู้ติดสุราที่ผ่านการบำบัดร้อยละ 85.7 และผู้ป่วยดื่มแบบอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราได้ร้อยละ 52.4

ผู้ปฏิบัติงาน มีประสบการณ์พบผู้ป่วยติดสุราที่ผ่านการถอนพิษสุราร้อยละ 68.2 และผู้ป่วยดื่มแบบอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราได้ร้อยละ 44.3



7.2.4 วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย

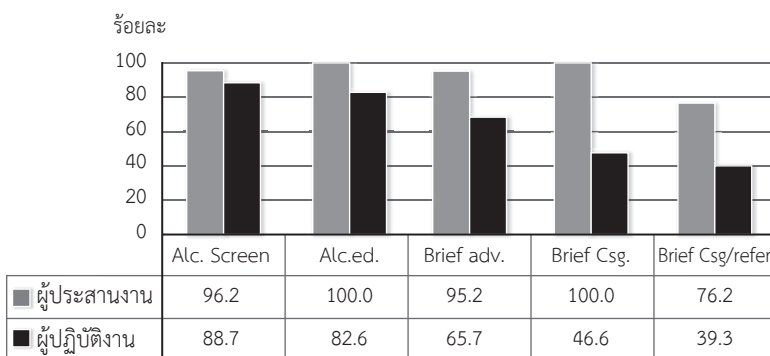
ในระหว่างดำเนินการตาม i-MAP Health ในแต่ละมาตรการ ผู้ประสานงาน และผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสดำเนินการตามกรอบกิจกรรมที่กำหนดดังนี้

มาตรการคัดกรองและบำบัดแบบสั้น

ผู้ประสานงาน มีประสบการณ์ได้ทำกิจกรรม alcohol screening ร้อยละ 95.2 กิจกรรม alcohol education ร้อยละ 100 กิจกรรม brief advice ร้อยละ 95.2 กิจกรรม brief counseling ร้อยละ 100 และกิจกรรม brief counseling & refer to specialist ร้อยละ 76.2

ผู้ปฏิบัติงาน มีประสบการณ์ได้ทำกิจกรรม alcohol screening ร้อยละ 88.7 กิจกรรม alcohol education ร้อยละ 82.6 กิจกรรม brief advice ร้อยละ 65.7 กิจกรรม brief counseling ร้อยละ 46.6 และกิจกรรม brief counseling & refer to specialist ร้อยละ 39.3

มาตรการคัดกรองและบำบัดแบบสั้น

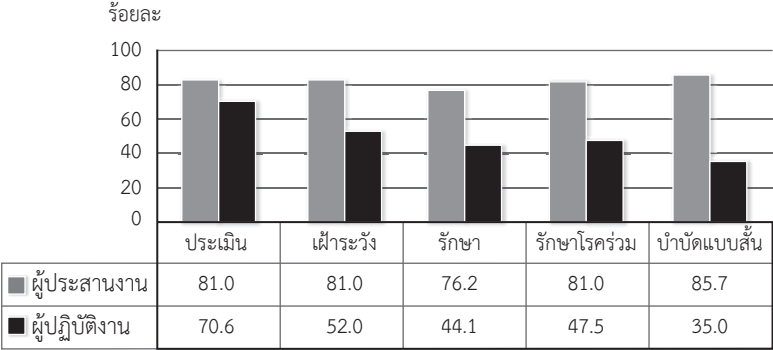


มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา

ผู้ประสานงาน มีประสบการณ์ได้ทำกิจกรรมประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราร้อยละ 81.0 การเฝ้าระวังความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราร้อยละ 81.0 การรักษาภาวะถอนพิษสุราร้อยละ 76.2 การประเมินรักษาโรคร่วม/แทรกซ้อนทางกายร้อยละ 81.0 การบำบัดแบบสั้นหลังผ่านการถอนพิษสุราเพื่อจูงใจให้บำบัดรักษาสุราอย่างต่อเนื่องร้อยละ 85.7

ผู้ประสานงาน มีประสบการณ์ได้ทำกิจกรรมประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราร้อยละ 70.6 การเฝ้าระวังความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราร้อยละ 52.0 การรักษาภาวะถอนพิษสุราร้อยละ 44.1 การประเมินรักษาโรคร่วม/แทรกซ้อนทางกายร้อยละ 47.50 การบำบัดแบบสั้นหลังผ่านการถอนพิษสุราเพื่อจูงใจให้บำบัดรักษาสุราต่อเนื่องร้อยละ 35.0

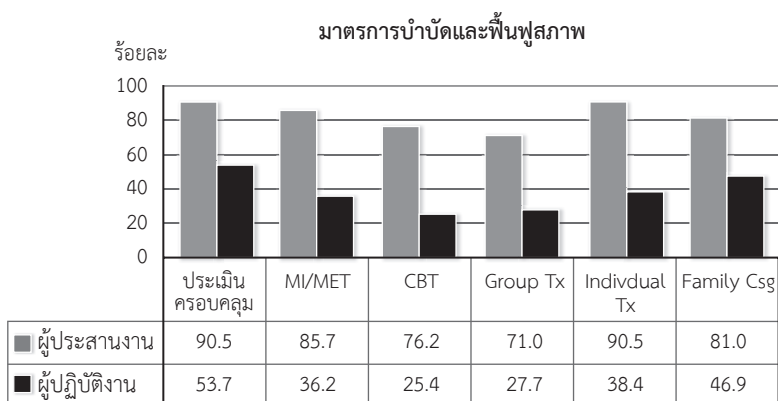
มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา



มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

ผู้ประสานงาน มีประสบการณ์ทำกิจกรรมการประเมินปัญหาการดื่มสุรา อย่างครอบคลุมร้อยละ 90.5 การบำบัดแบบ MI/MET ร้อยละ 85.7 การบำบัดแบบ CBT ร้อยละ 76.2 การบำบัดแบบกลุ่มร้อยละ 81.0 การบำบัดรายบุคคลร้อยละ 90.5 และการให้ความช่วยเหลือทางครอบครัวและสังคม ร้อยละ 81.0

ผู้ปฏิบัติงาน มีประสบการณ์ได้ทำกิจกรรมการประเมินปัญหาการดื่มสุรา อย่างครอบคลุมร้อยละ 53.7 การบำบัดแบบ MI/MET ร้อยละ 36.2 การบำบัดแบบ CBT ร้อยละ 25.4 การบำบัดแบบกลุ่มร้อยละ 27.7 การบำบัดแบบรายบุคคล ร้อยละ 38.4 และการให้ความช่วยเหลือทางครอบครัวและสังคมร้อยละ 46.9

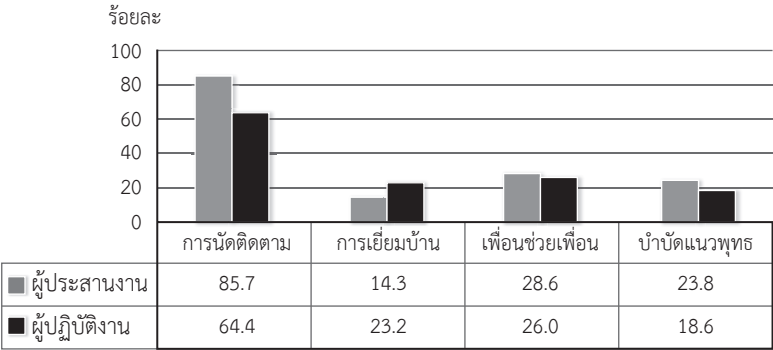


มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา

ผู้ประสานงาน มีประสบการณ์ทำกิจกรรมนัดติดตามผู้ป่วยมาที่สถานพยาบาล ร้อยละ 85.7 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยใช้ PACT model ร้อยละ 14.3 กิจกรรมที่ผู้ประสานงานเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุน เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ร้อยละ 28.6 การบำบัดรักษาฟื้นฟูแนวพุทธร้อยละ 23.8 และการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนร้อยละ 47.6

ผู้ปฏิบัติงาน มีประสบการณ์ได้ทำกิจกรรมนัดติดตามผู้ป่วยมาที่สถานพยาบาลร้อยละ 64.4 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยใช้ PACT model ร้อยละ 23.2 กิจกรรมที่ผู้ประสานงานเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุน เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ร้อยละ 26.0 การบำบัดรักษาฟื้นฟูแนวพุทธร้อยละ 18.6 และการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนร้อยละ 44.3

มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา



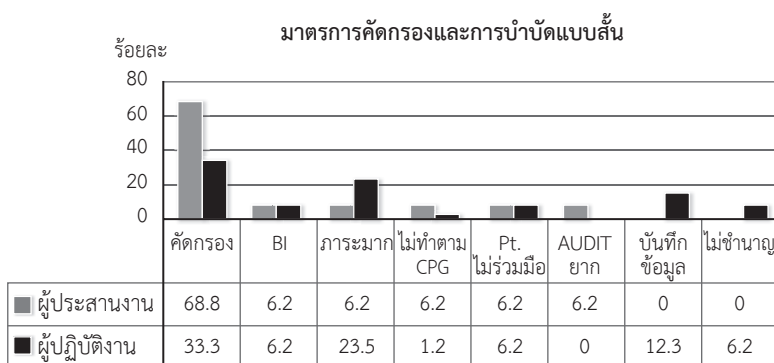
7.2.5 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ในระหว่างดำเนินการตาม i-MAP Health ในแต่ละมาตรการผู้ประสานงาน และผู้ปฏิบัติงานที่ทำให้การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรายังไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ได้แก่

มาตรการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น

ผู้ประสานงาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบบากน้อยตามลำดับ ได้แก่ ไม่สามารถ คัดกรองผู้ป่วยได้ครบทุกราย ไม่สามารถให้คำแนะนำแบบสั้นในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ ครบคลุม ยังไม่สามารถดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่กำหนดได้ มีภาระงานมาก ญาติและผู้ป่วยบางครั้งยังไม่ให้ข้อมูลที่เป็นจริง คำถามบางข้อในแบบประเมิน AUDIT เข้าใจยาก

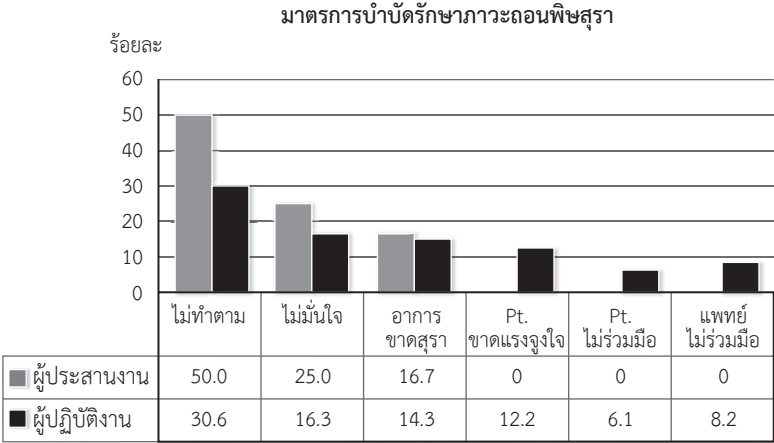
ผู้ปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบบากน้อยตามลำดับ ได้แก่ ไม่สามารถ คัดกรองผู้ป่วยได้ครบทุกราย มีภาระงานมาก การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยยังไม่สอดคล้องกับ ระบบของโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติยังไม่ให้ข้อมูลที่เป็นจริง บุคลากรยังไม่มี ความชำนาญ ไม่สามารถให้คำแนะนำแบบสั้นในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ครบคลุม ยังไม่ สามารถดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่กำหนดได้



มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา

ผู้ประสานงาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบบากน้อยตามลำดับ ได้แก่ ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวปฏิบัติที่กำหนดได้ บุคลากรขาดความมั่นใจ ผู้ป่วยมีอาการขาดสุรารุนแรง

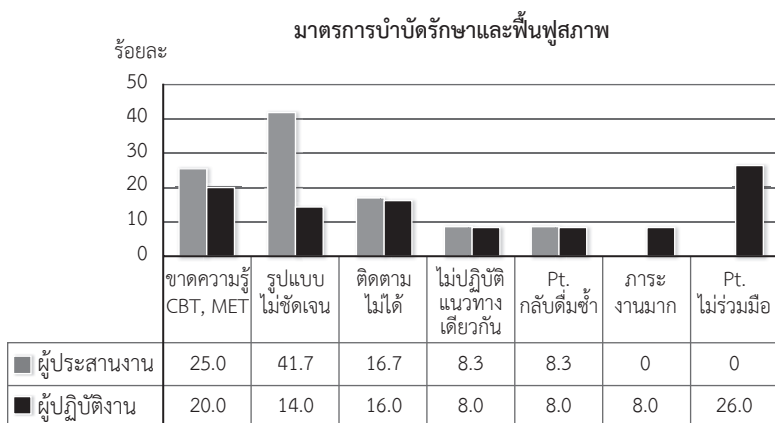
ผู้ปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบบากน้อยตามลำดับ ได้แก่ ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวปฏิบัติที่กำหนดได้ บุคลากรขาดความมั่นใจ ผู้ป่วยมีอาการขาดสุรารุนแรง ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ แพทย์ยังไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการรักษาทำให้บางครั้งยาไม่เพียงพอ และผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ



มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

ผู้ประสานงาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบบากน้อยตามลำดับ ได้แก่ ยังไม่มีรูปแบบการบำบัดที่ชัดเจน บุคลากรยังไม่มีความรู้การบำบัดเฉพาะทาง ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง บุคลากรยังไม่ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันและผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำ

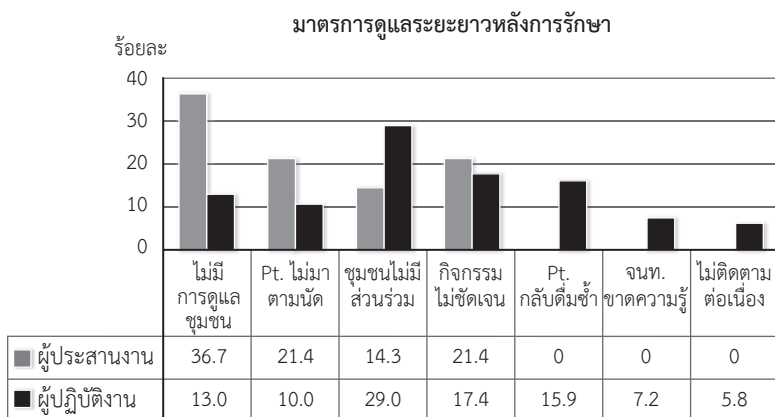
ผู้ปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบบากน้อยตามลำดับ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ บุคลากรยังไม่มีความรู้การบำบัดเฉพาะทาง ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง มีภาระงานมาก บุคลากรยังไม่ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันและผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำ



มาตรการดูแลและเฝ้าระวังหลังการรักษาพยาบาล

ผู้ประสานงาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบมากน้อยตามลำดับ ได้แก่ ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่ชัดเจน หรือหากมีแต่กิจกรรมไม่ชัดเจน ปัญหาผู้ป่วยไม่มาตามนัด และครอบครัวและชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบมากน้อยตามลำดับ ได้แก่ ครอบครัวและชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมไม่ชัดเจน ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่ชัดเจน ผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำ บุคลากรยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง



บทที่ 8

สรุปประเด็นเพื่อการปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพฉบับนำร่อง

โปรแกรมการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในสถานพยาบาลนั้น ควรมีครอบคลุมทั้ง 4 มาตรการเพื่อให้เกิดการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่ครบวงจรตามระดับความรุนแรงของปัญหาและตามความพร้อมและศักยภาพและปัญหาที่พบในสถานพยาบาลแต่ละระดับ

โปรแกรมการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราในระบบสุขภาพ (i-MAP Health) ประกอบด้วย 4 มาตรการ ได้แก่



1. มาตรการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและให้การบำบัดแบบสั้นหรือมาตรการจัดการระยะแรก
2. มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา
3. มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ
4. มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา

กลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการ ควรคงไว้ในสถานพยาบาลสุขภาพทุกระดับ และควรสนับสนุนให้ดำเนินการทั้งในสถานพยาบาลในภาครัฐ ที่หมายรวมถึงในกระทรวงสาธารณสุข และนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงมหาดไทย และอื่นๆ และสถานพยาบาลภาคเอกชน

ประชากรเป้าหมาย นอกจากจะเน้นกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพแล้ว ยังมีความท้าทายในกลุ่มประชากรทั่วไป เพื่อค้นหาผู้ดื่มสุราที่ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous) ผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful) และผู้ดื่มแบบติด (dependence)

ประชากรผู้ปฏิบัติงาน นอกจากบุคลากรสุขภาพในสถานพยาบาล ควรร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน สังคม เช่น อสม. แกนนำชุมชน พระสงฆ์ ผู้นำท้องถิ่น เป็นต้น

8.1 มาตรการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น

8.1.1 วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหาผู้มีปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสุขภาพทั่วไป
2. เพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราได้รับการบำบัดแบบสั้นตามความรุนแรงของปัญหา

8.1.2 คำจำกัดความ

ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา หมายถึง ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinker) ผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) หรือผู้ดื่มที่เสี่ยงต่อการติดสุรา

ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) หมายถึง ลักษณะการดื่มสุราที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองหรือผู้อื่น พฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงนี้ถือว่ามีความสำคัญในเชิงสาธารณสุข แม้ว่าขณะนี้ผู้ดื่มจะยังไม่เกิดความเจ็บป่วยใดๆ ก็ตาม

ดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ หมายถึงรูปแบบการดื่มและปริมาณการดื่มที่มีโอกาสก่อให้เกิดความเสียหายต่อตัวผู้ดื่มหรือบุคคลอื่นค่อนข้างน้อย ซึ่งตามหลักวิชาการบ่งชี้ว่าความเสี่ยงต่ออันตรายจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหากผู้ดื่มที่ดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันและมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ อย่างไรก็ตามในบางสถานการณ์แม้ว่าปริมาณสุราเพียงเล็กน้อยก็สามารถเกิดอันตรายได้

ดื่มแบบอันตราย (harmful drinking) หมายถึงรูปแบบของการดื่มที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย (เช่น ตับถูกทำลายจากการดื่มเรื้อรัง) หรือทางจิตใจ (เช่น มีอาการซึมเศร้าตามหลังการดื่ม) หรือทางสังคม เช่น มีปัญหากฎหมาย ขาดเรียน ขาดงาน มีปัญหาสัมพันธภาพ) โดยผู้ดื่มในกลุ่มนี้จะมีประวัติประสบปัญหาทางร่างกายและจิตใจเนื่องจากการดื่มสุราเป็นประจำมาแล้ว และ/หรือ ได้รับบาดเจ็บเกิดความรุนแรง มีปัญหาทางกฎหมาย บกพร่องในสมรรถภาพการทำงานหรือเกิดปัญหาสังคมเนื่องมาจากการเมาบ่อยๆ

ดื่มมาตรฐาน (standard drink) เป็นการเปรียบเทียบหน่วยของปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มแต่ละชนิดที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์แตกต่างกันในแต่ละประเทศ ปริมาณเครื่องดื่มที่ให้บริการและเป็นที่นิยมนั้นมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจะต้องมีการกำหนดนิยามของหน่วยดื่มมาตรฐาน แต่ในคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกได้ตั้งค่าดื่มมาตรฐานไว้เท่ากับแอลกอฮอล์ 10 กรัม ซึ่งในประเทศไทยก็ใช้เกณฑ์นี้เช่นเดียวกัน โดยการคำนวณหน่วยดื่มมาตรฐานนั้นจะต้องทราบความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม (% หรือ ดีกรี) และปริมาณที่ดื่ม (ซีซี)

การแนะนำแบบสั้น (Brief advice) เป็นการสะท้อนข้อมูลและให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับการดื่ม ผลกระทบของการดื่มสุรา และการดื่มแบบเสี่ยงน้อยเพื่อปรับทัศนคติในการดื่ม สร้างความตระหนักถึงปัญหาที่ถูกมองข้าม มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณและความถี่การดื่มให้อยู่ในระดับมีความเสี่ยงต่ำหรือไม่ดื่ม โดยการชักจูง โน้มน้าว และให้กำลังใจ ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที

การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counseling) เป็นกระบวนการบำบัดที่เข้มข้นกว่า ใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมาะสมในผู้ป่วยดื่มสุราที่เกิดปัญหาขึ้นมาแล้ว เน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างความตระหนักในพฤติกรรมดื่มของตน

8.1.3 หน่วยบริการสุขภาพ

ทำได้ทุกสถานบริการ รวมทั้งหน่วยบริการเคลื่อนที่ในชุมชน แต่ควรมีพื้นที่ส่วนตัว

8.1.4 กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการดื่มสุรา เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยโรคทางกาย ที่สัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุรา เช่น ผู้ป่วยตับแข็ง กระเพาะอักเสบ ผู้ป่วยจิตเวช/ ยาเสพติด ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และผู้สูงอายุ หากทำในเชิงรณรงค์ควรรวมถึงประชากรทั่วไป

8.1.5 กิจกรรมบริการ

กิจกรรมที่ 1.1 การคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา (alcohol screening)

กิจกรรมที่ 1.2 การบำบัดแบบสั้น (Brief intervention: การให้คำแนะนำ/ปรึกษาเบื้องต้น)

8.1.6 เครื่องมือ/สื่อ

1. แบบบันทึกข้อมูลควรรวมอยู่ในระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 18 แฟ้ม ที่หน่วยงานส่วนใหญ่ใช้อยู่ และจะมีประโยชน์ในการติดตามครั้งต่อไป
2. มีตัวอย่างสื่อวีดิทัศน์ที่ง่ายและกระชับ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

8.1.7 ระเบียบปฏิบัติ

1. กำหนดคำจำกัดความของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของหน่วยงาน
2. กำหนดเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุราที่ใช้ให้เหมาะกับบริบทของหน่วยงาน
3. กำหนดให้หน่วยงานที่มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีระเบียบปฏิบัติเพื่อการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการให้คำแนะนำ/ปรึกษาเบื้องต้น และผังไหลการดำเนินการตามมาตรการนี้

4. กำหนดให้สถานพยาบาลมีการประชุมภายในหน่วยงานในวาระติดตามนิเทศ และสะท้อนข้อมูลกลับในกิจกรรมการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการให้คำแนะนำ/ปรึกษาเบื้องต้นให้ผู้ปฏิบัติและทีมงานของหน่วยงานอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

5. บุคลากรในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นในหัวข้อ Alcohol screening และ Brief intervention

6. การบำบัดแบบสั้น (Brief intervention: การให้คำแนะนำ/ปรึกษาเบื้องต้น) สามารถให้บริการได้ที่หน่วยบริการอื่นๆ ตามความรุนแรงของปัญหาการดื่ม

- หากผู้ป่วยดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ ให้ alcohol education
- หากผู้ป่วยดื่มแบบเสี่ยง ให้ brief advice
- หากผู้ป่วยดื่มแบบอันตรายให้ brief counseling
- หากผู้ป่วยสงสัยว่าติดสุราหรือมีปัญหารุนแรงให้ brief counseling และส่งต่อ

8.1.8 ตัวชี้วัด

ประกอบด้วย 1 ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 2 ตัวชี้วัดกระบวนการ และ 1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ รวม 4 ตัวชี้วัด

ก. ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ SBI 1: ร้อยละ 80 ของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานผ่านการอบรมหลักสูตรในหัวข้อ Alcohol screening และ Brief intervention

ข. ตัวชี้วัดกระบวนการ 2 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด SBI 2: ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการสุขภาพได้รับการประเมิน/คัดกรองปัญหาการดื่มสุรา

ตัวชี้วัด SBI 3: ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราได้รับการบำบัดแบบสั้น (Brief interventions) ตามความรุนแรงของปัญหา

ค. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การรักษา 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด SBI 4: ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ติ่มแบบเสี่ยงระดับ 2 หรือติ่มแบบเสี่ยงและผู้ติ่มเสี่ยงระดับ 3 หรือติ่มแบบอันตราย สามารถหยุดติ่ม ลดปริมาณการติ่ม หรือลดปัญหาจากการติ่มได้เมื่อติดตามการรักษาครั้งต่อไป (อย่างน้อย 1 เดือน)

8.2 มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา (Detoxification)

8.2.1 วัตถุประสงค์

1. เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงในผู้ติ่มสุรา
2. เพื่อรักษาภาวะถอนพิษสุราและลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย

8.2.2 หน่วยบริการสุขภาพ

ก. หน่วยบริการเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลจิตเวช ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลที่มีหอผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่สงสัยว่าติ่มสุรา ผู้ติ่มสุราที่แสดงอาการขาดสุรา หรือผู้ติ่มสุราที่มีประวัติขาดสุรารุนแรง

ข. หน่วยบริการทั่วไป เช่น โรงพยาบาลฝ่ายกายและโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เน้นหอผู้ป่วยในเสี่ยง เช่น หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยออโรปิติกส์ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือมีภาวะฉุกเฉินทางกายที่มีปัญหาการติ่มสุราด้วย

8.2.3 กิจกรรมบริการ

- กิจกรรมที่ 2.1 การประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุรา
- กิจกรรมที่ 2.2 การเฝ้าระวังความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุรา
- กิจกรรมที่ 2.3 การรักษาภาวะถอนพิษสุรา
- กิจกรรมที่ 2.4 การประเมินและรักษาภาวะโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนทางกายสำหรับ หน่วยบริการเฉพาะทาง

กิจกรรมที่ 2.5 การให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาการดื่มและจูงใจให้รับการบำบัดต่อเนื่องสำหรับหน่วยบริการทั่วไป

8.2.4 เครื่องมือ/สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบบันทึก Alcohol Withdrawal Monitoring Form
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกในระยะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกายของหน่วยงาน
3. วัตถุประสงค์กรณีตัวอย่าง alcohol withdrawal assessment ด้วยเครื่องมือ AWS/CIWA-Ar

8.2.5 ระเบียบปฏิบัติ

1. กำหนดหออผู้ป่วยเสี่ยงที่ดำเนินการในมาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา
2. กำหนดเครื่องมือประเมินอาการถอนพิษสุราที่ใช้ในหน่วยงาน เช่น AWS, CIWA-Ar และปรับแบบบันทึกตามความเหมาะสม
3. กำหนดให้หออผู้ป่วยเสี่ยงมีระเบียบปฏิบัติเพื่อการเฝ้าระวังความเสี่ยงภาวะถอนพิษสุราและติดตามและพึงไหลการดำเนินการตามมาตรการนี้
4. กำหนดให้สถานพยาบาลมีการประชุมภายในหน่วยงานในวาระติดตามนิเทศ และสะท้อนข้อมูลกลับในกิจกรรมการเฝ้าระวังความเสี่ยงภาวะถอนพิษสุราและติดตามให้การรักษาให้ผู้ปฏิบัติและทีมงานของหน่วยงานอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง
5. บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหออผู้ป่วยเสี่ยงผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นในหัวข้อ Alcohol withdrawal/Alcohol detoxification/Medical complication/Medical co-morbidity
6. ผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดของสถานพยาบาลจะได้รับการประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราตามกิจกรรม 2.1

7. กลุ่มเป้าหมายที่พบว่ามีความเสี่ยงจะได้รับการเฝ้าระวังความเสี่ยงภาวะถอนพิษสุราและติดตามให้การรักษาตามกิจกรรมที่ 2.2 และ 2.3 และลงบันทึกแบบบันทึก Alcohol Withdrawal Monitoring Form

8. กลุ่มเป้าหมายในหน่วยบริการเฉพาะทางจะได้รับการประเมินและรักษาภาวะโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนทางกายตามกิจกรรมที่ 2.4

9. กลุ่มเป้าหมายในหน่วยบริการทั่วไป หลังสิ้นสุดการรักษาภาวะถอนพิษสุราจะได้รับการรักษาแบบสั้นเพื่อหยุดดื่มหรือลดการดื่ม และสนใจให้รับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกสุขภาพจิต/สารเสพติดหรือคลินิกบำบัดสุรา ส่วนกลุ่มเป้าหมายในหน่วยบริการเฉพาะทางทุกรายจะถูกส่งเข้ารับการบำบัดภาวะติดสุรา

8.2.6 ตัวชี้วัด

ประกอบด้วย 1 ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 4 ตัวชี้วัดกระบวนการ และ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ รวม 7 ตัวชี้วัดโดยเป็นตัวชี้วัดของหน่วยบริการเฉพาะทาง 5 ตัวชี้วัดและตัวชี้วัดของหอผู้ป่วยเสี่ยงหน่วยบริการทั่วไป 5 ตัวชี้วัด

ก. ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด ADL 1: ร้อยละ 80 ของบุคลากรสุขภาพที่หน่วยบริการเฉพาะทางหรือหอผู้ป่วยเสี่ยงที่หน่วยบริการทั่วไปผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นในหัวข้อ Alcohol withdrawal/Alcohol detoxification/Medical complication/Medical co-morbidity

ข. ตัวชี้วัดกระบวนการ 4 ตัวชี้วัด

สำหรับหน่วยบริการเฉพาะทาง 3 ตัวชี้วัด และสำหรับหน่วยบริการทั่วไป 3 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด ADT 2: ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปในหอผู้ป่วยเสี่ยงได้รับการประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุรา

ตัวชี้วัด ADT 3: ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้รับการประเมินติดตามอาการขาดสุรา (Alcohol withdrawal monitoring) และให้การรักษาตามความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา

ตัวชี้วัด ADT 4:

ตัวชี้วัด ADT 4-1 หน่วยบริการเฉพาะทาง: ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราได้รับการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกาย

ตัวชี้วัด ADT 4-2 หน่วยบริการทั่วไป: ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในได้รับการให้คำปรึกษาแบบสั้น และสนใจให้การบำบัดรักษาปัญหาการดื่มสุรา

ค. ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2 ตัวชี้วัด

สำหรับหน่วยบริการเฉพาะทาง 1 ตัวชี้วัด และสำหรับหน่วยบริการทั่วไป 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด ADT 5:

ตัวชี้วัด ADT 5-1 หน่วยบริการเฉพาะทาง: ร้อยละของผู้มีอาการถอนพิษสุราแบบรุนแรงนานเกิน 3 วันน้อยกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยสุราของหอผู้ป่วยนั้นทั้งหมดในแต่ละเดือน

ตัวชี้วัด ADT 5-2 หน่วยบริการทั่วไป: ร้อยละของผู้มีอาการถอนพิษสุราแบบรุนแรงน้อยกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละเดือน

คำจำกัดความ ภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง หมายถึง อาการขาดสุราที่ประเมินด้วยเครื่องมือได้คะแนน AWS > 10 หรือ CIWA-Ar >15 หรือมีอาการชัก (Rum fit) หรือ Delirium Tremens

8.3 มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

8.3.1 วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ ลด ละ หรือเลิกดื่มสุราได้
2. เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มและมีปัญหาซ้ำ เสริมศักยภาพให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติสุข

8.3.2 หน่วยบริการสุขภาพ

1. กลุ่มงาน/ฝ่าย/แผนก/คลินิก ที่รับผิดชอบงานบำบัดรักษาผู้ติดสุราและ/หรือสารเสพติดของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
2. คลินิกสุขภาพจิต/ยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ คลินิกยาเสพติดในศูนย์บริการสาธารณสุข (กทม.)
3. สถานพยาบาลปฐมภูมิ เช่น สถานีอนามัย หรือ PCU ที่มีความพร้อมและศักยภาพ

8.3.3 กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ติดสุรา ผู้ดื่มแบบอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมการดื่มสุราได้

8.3.4 กิจกรรมบริการ

- กิจกรรมที่ 3.1 การประเมินปัญหาการดื่มสุราอย่างครอบคลุม
- กิจกรรมที่ 3.2 การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด (psychosocial treatment)
- กิจกรรมที่ 3.3 การรักษาด้วยยา (pharmacological treatment)
- กิจกรรมที่ 3.4 การช่วยเหลือด้านครอบครัว

8.3.5 เครื่องมือ/สื่อ/อุปกรณ์

วิธีทัศนการณ์ตัวอย่างการใช้เทคนิค motivational Interviewing ที่สั้นและเข้าใจง่าย

8.3.6 ระเบียบปฏิบัติ

1. กำหนดให้หน่วยงานที่รับผิดชอบมีระเบียบปฏิบัติเพื่อการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดสุรา และผังไหลการดำเนินการตามมาตรการนี้
2. กำหนดให้สถานพยาบาลมีการประชุมภายในหน่วยงานในวาระติดตามนิเทศ และสะท้อนข้อมูลกลับในกิจกรรมการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดสุราให้ผู้ปฏิบัติและทีมงานของหน่วยงานอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

3. บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่รับผิดชอบผ่านการอบรม หลักสูตรการบำบัดรักษาผู้ติดสุราในหัวข้อ Cognitive Behavior Therapy และ/หรือ Motivational Enhancement Therapy

4. ผู้มีปัญหาการดื่มสุราทุกรายได้รับการประเมินปัญหาการดื่มสุราอย่างครอบคลุม ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมดื่ม สถานการณ์เสี่ยงและทักษะในการจัดการปัญหา ประเมินแรงจูงใจและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม และประเมินความเข้มแข็งหรือจุดแข็งในชีวิตและแหล่งสนับสนุนในสังคม ตามกิจกรรมที่ 3.1

5. ผู้มีปัญหาการดื่มสุราทุกรายได้รับการบำบัดทางจิตสังคมด้วยวิธีใดก็ตามที่แสดงถึงประสิทธิผลตามกิจกรรมที่ 3.2 ตามความพร้อมของผู้ให้บริการและความเหมาะสมกับปัญหาผู้ป่วย

6. ผู้มีปัญหาการดื่มสุราเฉพาะราย อาจได้รับการพิจารณาให้การรักษาด้วยยาตามกิจกรรมที่ 3.3

7. ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเสริมแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามกิจกรรมที่ 3.4

8. ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานนี้จะได้รับการติดตามต่อเนื่องเพื่อประเมินผลลัพธ์การรักษา

8.3.7 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย 1 ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 1 ตัวชี้วัดกระบวนการ และ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ รวม 4 ตัวชี้วัด

ก. ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด TRB 1 ร้อยละ 80 ของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกบำบัดสุราได้รับการอบรมหลักสูตรการบำบัดรักษาผู้ติดสุราในหัวข้อ CBT/MET

ข. ตัวชี้วัดกระบวนการ 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด TRB 2 ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราในคลินิกบำบัดสุราได้รับการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด ได้รับการติดตามภายใน 3 เดือน

ค. ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 2 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด TRB 3 ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราในคลินิกบำบัดสุรา มีการเพิ่มขึ้นของ % abstinence day ณ 3 เดือนหลังรับการรักษาครั้งนี้

คำจำกัดความ

Abstinence day หมายถึง จำนวนวันที่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราไม่ดื่มสุรา

% *abstinence day* หมายถึง จำนวนวันที่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราไม่ดื่มสุรา เทียบกับจำนวนวันที่มีโอกาสดื่มทั้งหมด (จำนวนวันที่มีโอกาสดื่มหมายถึง จำนวนวันที่ติดตามและผู้ป่วยมีโอกาสดื่มได้ ไม่นับช่วงที่อยู่ในสถานที่ที่ไม่สามารถดื่มได้ เช่น นอนโรงพยาบาล ติดคุก ฯลฯ)

การเพิ่มขึ้นของ % *abstinence day* เป็นตัวชี้วัดระดับบุคคลเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษาหมายถึงการเพิ่มขึ้นของ % *abstinence day* ณ 3 เดือนหลังรับการรักษาเปรียบเทียบกับ % *abstinence day* แรกรับ

ร้อยละของการเพิ่มขึ้นของ % *abstinence day* เป็นตัวชี้วัดระดับหน่วยงานเพื่อติดตามประสิทธิภาพของหน่วยงาน หมายถึง ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ติดตามหลังการบำบัดรักษา 3 เดือนที่พบว่ามี การเพิ่มขึ้นของ % *abstinence day* เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ติดตามได้ ณ 3 เดือนทั้งหมด รายงานทุก 6 เดือน

สูตร ณ วันที่รายงาน

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ติดสุราที่มีการเพิ่มขึ้นของ \% abstinence day ณ 3 เดือนหลังการบำบัดรักษา (คน) \times 100}}{\text{จำนวนผู้ติดสุราที่ติดตามได้หลังการบำบัดรักษา 3 เดือนทั้งหมด (คน)}}$$

ตัวชี้วัด TRB 4 ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราในคลินิกบำบัดสุรามีการลดลงของ % *heavy drinking day* ณ 3 เดือนหลังรับการรักษา

คำจำกัดความ

Heavy drinking day หมายถึง วันที่ดื่มหนักเกินระดับ กล่าวคือดื่มตั้งแต่ 5 ดั้มมาตรฐานขึ้นไปในผู้ชาย และตั้งแต่ 4 ดั้มมาตรฐานขึ้นไปในผู้หญิง หรือเทียบโดยประมาณเหล้า (35 ดีกรี) ครึ่งแบน ไวน์ (12%) ¼ ขวด หรือเบียร์ (5%) 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่

% *heavy drinking day* หมายถึง จำนวนวันที่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราดื่มหนักเกินระดับเทียบกับจำนวนวันที่มีโอกาสดื่มทั้งหมด (จำนวนวันที่มีโอกาสดื่ม

หมายถึง จำนวนวันที่ติดตามและผู้ป่วยมีโอกาสดื่มได้ ไม่นับช่วงที่อยู่ในสถานที่ที่ไม่สามารถดื่มได้ เช่น นอนโรงพยาบาล ติดคุก ฯลฯ)

การลดลงของ % heavy drinking day เป็นตัวชี้วัดรายบุคคลเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการรักษา หมายถึง การลดลงของ % heavy drinking day ณ 3 เดือนหลังรับการรักษาเปรียบเทียบกับ % heavy drinking day แรกรับ

ร้อยละของการลดลงของ % heavy drinking day เป็นตัวชี้วัดระดับหน่วยงานเพื่อติดตามประสิทธิผลของหน่วยงาน หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่ติดตามหลังการบำบัดรักษา 3 เดือนแล้วพบว่าการลดลงของ % heavy drinking day เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ติดตามได้ ณ 3 เดือนทั้งหมด รายงานทุก 6 เดือน

สูตร ณ วันที่รายงาน

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ติดสุราที่มีการลดลงของ \% heavy drinking day ณ 3 เดือนหลังรับการรักษา (คน)} \times 100}{\text{จำนวนผู้ติดสุราได้รับการบำบัดที่ติดตามได้หลังการบำบัดรักษา 3 เดือนทั้งหมด (คน)}}$$

8.4 มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา

8.4.1 วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สามารถงดการหยุดดื่มหรือลดความเสี่ยงในการดื่มลง
2. เพื่อให้กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน สังคมได้อย่างมีคุณภาพ

8.4.2 หน่วยบริการ

1. หน่วยบริการสาธารณสุขในรูปแบบเชิงรุก ทั้งสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฝ่ายสุขภาพจิต/สารเสพติด และเวชศาสตร์ป้องกันในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ฝ่ายชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวช และศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด
2. หน่วยบริการในชุมชน โดยชุมชน เช่น วัด เครือข่ายชุมชน สมาชิกผู้ติดสุราและ/หรือครอบครัว

8.4.3 กลุ่มเป้าหมาย

- ผู้ติ่มสุราที่ผ่านการบำบัด
- ผู้ติ่มแบบอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมการติ่มสุราได้

8.4.4 กิจกรรมบริการ

กิจกรรมที่ 4.1 การติดตามเชิงรุกในชุมชนและให้การดูแลรายกรณี

กิจกรรมที่ 4.2 กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group)

กิจกรรมที่ 4.3 การบำบัดฟื้นฟูในชุมชนโดยชุมชน (community action)

8.4.5 เครื่องมือ/สื่อ/อุปกรณ์

- นพวรรณ อุปคำ, ชลธิดา สิมะวงศ์, อุบล ก่องแก้ว. การบำบัดสุราโดยกลุ่มช่วยเหลือกันเองเพื่อป้องกันการกลับไปติ่มสุราซ้ำ “ชมรมจิตอาสา” โรงพยาบาลจอมทอง อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.

- นพวรรณ อุปคำ, ชลธิดา สิมะวงศ์, อุบล ก่องแก้ว. การบำบัดสุราโดยองค์กรศาสนา (วิถีพุทธ) : สำนักปฏิบัติธรรมถ้ำตอง ตำบลบ้านแปะ อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.

- นพวรรณ อุปคำ, ชลธิดา สิมะวงศ์, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, แสงจันทร์ พาภิรมย์. รูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาการติ่มสุราในชุมชน. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.

- บังอร สุปรีตา, พิทักษ์ สุริยะใจ, เกษภาววัลย์ ตันธิงค์, ดาราวัลย์ พลลาภ, สวรรส วรรณอุบล. การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการติ่มและการดูแลผู้มีปัญหาจากการติ่มสุรา. รายงานการวิจัย. เชียงใหม่: ศูนย์บำบัดยาเสพติดเชียงใหม่; 2552.

- พิชัย แสงชาญชัย. กลุ่มผู้ติ่มสุราเรื้อรังนิรนาม. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2553.

- อนามัยา โรจนชาติรี และคณะ. การพัฒนาเครือข่ายผู้ติดสุรานินนาม อำเภออุดุม จังหวัดยโสธร. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.); 2553.
- อรุณี ประชุมชิต และคณะ. การพัฒนาเครือข่ายกลุ่มผู้ติดสุรานินนาม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.); 2553.

8.4.6 ระเบียบปฏิบัติ

1. กำหนดให้หน่วยงานมีการวิเคราะห์ศักยภาพของสถานพยาบาล ชุมชน และหารูปแบบกิจกรรมการดูแลระยะยาวในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของตน
2. กำหนดให้หน่วยงานมีการวางแผนและดำเนินการกิจกรรมการดูแลระยะยาวในชุมชนรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งหรือมากกว่า
3. มีการติดตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดอย่างต่อเนื่องและให้การช่วยเหลือตามปัญหา
4. มีการประเมินผลกิจกรรมการดูแลระยะยาวในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือน

8.4.7 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย 1 ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 1 ตัวชี้วัดกระบวนการและ 1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ รวม 3 ตัวชี้วัด

ก. ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด AFC 1 สถานพยาบาลมีการสนับสนุนบริการดูแลระยะยาวในชุมชนในระดับ 1 ขึ้นไป

คำจำกัดความ การสนับสนุนบริการดูแลระยะยาวในชุมชน ดังนี้

- 0 ยังไม่มีการดำเนินการใด ๆ
- 1 มีการวิเคราะห์ศักยภาพของสถานพยาบาล ชุมชนและหารูปแบบกิจกรรมการดูแลระยะยาวในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของตน
- 2 มีการวางแผนในพื้นที่ มีกรอบระยะเวลาและแผนกิจกรรมการดูแลระยะยาวในชุมชน
- 3 มีการเริ่มดำเนินการกิจกรรมการดูแลระยะยาวในชุมชน

4 มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลระยะยาวในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

5 มีการประเมินผลกิจกรรมการดูแลระยะยาวในชุมชน

ข. ตัวชี้วัดกระบวนการ 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด AFC 2 อัตราการคงอยู่ในกิจกรรมการดูแลระยะยาวในชุมชนของผู้มีปัญหาการติ่มสุรามากกว่าร้อยละ 50

คำจำกัดความ

การคงอยู่ในโปรแกรม (retention to treatment) เป็นตัวชี้วัดรายบุคคล หมายถึงการที่ผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่คงอยู่ในโปรแกรมการดูแลระยะยาวในชุมชน ณ 6 เดือนหลังเริ่มเข้าโปรแกรม

อัตราการคงอยู่ในโปรแกรม เป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน หมายถึง ร้อยละของจำนวนผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่คงอยู่ในโปรแกรมการดูแลระยะยาวในชุมชน ณ 6 เดือนหลังเริ่มเข้าโปรแกรมเทียบกับผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด

ค. ตัวชี้วัดผลลัพธ์ 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด AFC 3 ร้อยละ 70 ของผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่เข้าโปรแกรมการดูแลระยะยาวในชุมชน ไม่กลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission) ในช่วง 6 เดือนที่ติดตาม

บทที่ 9

สรุปบทเรียนรู้ ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

9.1 สรุปบทเรียนรู้

9.1.1 ด้านนโยบาย การนำระบบ i-MAP Health ไปดำเนินงานในสถานพยาบาล ผู้บริหารหน่วยงานมีความสำคัญอย่างมากต่อการดำเนินงาน เพราะเมื่อผู้บริหารเห็นชอบ และมอบหมายให้เป็นนโยบายของหน่วยงานในการดำเนินงาน พร้อมมีการแต่งตั้งคณะทำงานและผู้รับผิดชอบชัดเจน ทำให้สามารถดำเนินงานร่วมกันระหว่างฝ่าย/กลุ่มงานในสถานพยาบาลได้ นอกจากนี้หากมีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด ประกอบด้วยตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง จะช่วยผลักดันให้เกิดการดำเนินงานแบบครบวงจรและเรียนรู้ร่วมกันในพื้นที่ อีกทั้งเป็นตัวอย่างปฏิบัติให้สถานพยาบาลอื่นๆ นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติยังขอรับการสนับสนุนนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม หรือเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของหน่วยงานด้วย

9.1.2 ด้านบุคลากร บุคลากรในหน่วยงานควรได้รับการอบรมความรู้การดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราเบื้องต้น ตามบริบทหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่อาจมีปัญหการติ่มสุรา เนื่องจากบุคลากรสุขภาพในพื้นที่กว่าร้อยละ 80-90 ที่รายงานว่ายังไม่เคยได้รับการอบรมความรู้การดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรามาก่อน ส่วนบุคลากรในฝ่ายเฉพาะ เช่น คลินิกจิตเวชและยาเสพติด คลินิกสัสขาว คลินิกรักษใจ คลินิกจิตสังคมบำบัด ควรได้รับการอบรมการบำบัดเฉพาะทางที่มีหลักฐานยืนยันถึงประสิทธิผล เช่น MI/MET หรือ CBT เพื่อให้บุคลากรสามารถให้การบำบัดที่มีคุณภาพ

9.1.3 ด้านรูปแบบการดำเนินงาน การดำเนินงานในระบบ i-MAP Health ควรจัดบริการครอบคลุมทั้งสี่มาตรการในแต่ละพื้นที่ โดยแต่ละสถานพยาบาลอาจเน้นการให้บริการในบางมาตรการ เช่น สถานพยาบาลปฐมภูมิ เน้นการดำเนินการตามมาตรการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราและบำบัดแบบสั้น และมาตรการดูแลระยะยาวในชุมชนเป็นต้น แต่ในระดับพื้นที่จะต้องมีการดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายเพื่อให้บริการได้ครอบคลุมทุกมาตรการและสามารถส่งต่อบริการตามความเหมาะสมได้

- **มาตรการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น** มาตรการนี้สามารถประยุกต์เข้าการทำงานประจำของสถานพยาบาลส่วนใหญ่ได้ แต่อาจต้องปรับเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการดื่มสุราสูงเพื่อไม่เป็นการเพิ่มภาระงานมากเกินไป เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา อาทิ โรคตับ กระเพาะอาหารอักเสบเป็นแผล หรือผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น ผู้ป่วยเสี่ยงกลุ่มนี้จะได้ประโยชน์สูงจากการให้การบำบัดแบบสั้น ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาการดื่มของตนแม้จะยังไม่ติดสุราก็ตาม และลดความเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการ ลด ละ เลิกดื่มสุราตามความพร้อมและความตั้งใจของตนเอง บริการดังกล่าวสามารถให้บริการได้ด้วยบุคลากรสุขภาพทั่วไปทุกระดับ หากพบว่าผู้ป่วยปัญหาการดื่มสุรารุนแรง หรือติดสุราควรมีการมุ่งใจให้เข้ารับบริการบำบัดที่คลินิกเฉพาะทางต่อไป เช่น คลินิกสีขาว คลินิกรักษใจ คลินิกจิตเวช/ยาเสพติด คลินิกจิตสังคมบำบัด

- **มาตรการบำบัดและรักษาภาวะถอนพิษสุรา** มาตรการนี้เป็นมาตรการที่จำเป็นเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรา โดยเฉพาะอาการขาดสุารุนแรงระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาโรคทางกายอื่นๆ ถือเป็นปัญหาสำคัญที่พบในการจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาลตามระบบคุณภาพโรงพยาบาล (HA) โดยจำเป็นต้องมีการประเมินความเสี่ยงการติดสุรารุนแรงในผู้รับรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาสุขภาพใดๆ และเฝ้าระวังติดตามอาการขาดสุราในผู้มีความเสี่ยงด้วยแบบประเมินอาการขาดสุรา เช่น AWS หรือ CIWA-Ar และควรมีแนวปฏิบัติการดูแลรักษาและการให้ยาที่ปรับตามความรุนแรงของอาการขาดสุรา โดยถือว่าภาวะขาดสุรารุนแรงนี้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ หรือหากเริ่มเกิด

ก็สามารถควบคุมอาการได้ภายในเวลาอันสั้น ซึ่งการดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวสามารถดำเนินการได้จริงในสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลเฉพาะทาง และแสดงให้เห็นผลชัดเจนหลังการดำเนินการว่าสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการขาดสุรา อาการขาดสุรารุนแรง และภาวะแทรกซ้อนลง จำนวนวันที่สามารถควบคุมอาการขาดสุราได้ลดลง และการส่งต่อผู้ป่วยไปสถานพยาบาลอื่นก็ลดลงเช่นเดียวกัน

- **มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ** มาตรการนี้เป็นมาตรการที่จำเป็นสำหรับสถานพยาบาลทั้งโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ต้องมีความเชี่ยวชาญมาก และสามารถให้บริการผู้ติดสุราที่ซับซ้อนได้ แต่ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปควรสามารถให้บริการดังกล่าวได้ที่คลินิกเฉพาะทาง เช่น คลินิก สุขภาพจิตและสารเสพติด หรือโดยทีมสุขภาพจิตและสารเสพติดในหน่วยงาน ตัวอย่างเช่น MI/MET หรือ CBT นอกจากนี้อาจจัดมีบริการการบำบัดเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มด้วย

- **มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา** มาตรการนี้เป็นมาตรการที่จำเป็นที่จะช่วยให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราสามารถควบคุมการดื่มของตนเองได้จากการดำเนินงาน i-MAP Health นี้ แสดงให้เห็นว่ามาตรการนี้สามารถเกิดขึ้นได้จริง มีกิจกรรมดูแลฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วยในชุมชนด้วยชุมชนเอง โดยการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพในระดับพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชน สถานพยาบาลปฐมภูมิ และมีการสร้างเครือข่ายร่วมกัน ตัวอย่างเช่น การบำบัดสุราโดยองค์กรศาสนา การดูแลและป้องกันปัญหาการดื่มสุราในชุมชน กลุ่มช่วยเหลือกันเอง กลุ่มผู้ติดสุรา นิรนาม (เอเอ) เป็นต้น

9.2 ข้อจำกัด

9.2.1 ด้านนโยบาย การดำเนินงานระบบ i-MAP Health พบว่ายังมีข้อจำกัดในการสนับสนุนหรือความร่วมมือในการดำเนินงานหากยังไม่มีนโยบายชัดเจนเนื่องจากภาระงานมาก หากสามารถผลักดันนโยบายจนเป็นตัวชี้วัดการทำงาน จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

9.2.2 ด้านบุคลากร บุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา แต่จากความจำเป็นที่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีปัญหาการดื่มสุราร่วมด้วย บุคลากรจึงขาดความมั่นใจและลำบากใจในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการขาดทักษะในการประเมินและดูแลผู้มีอาการขาดสุรา นอกจากนี้บุคลากรเชี่ยวชาญในการบำบัดเฉพาะทางเช่น MI/MET หรือ CBT ยังมีจำนวนจำกัด

9.2.3 ด้านรูปแบบการดำเนินงาน การดำเนินการตามระบบ i-MAP Health ในทั้งสี่มาตรการ ยังมีข้อจำกัดดังนี้

- **มาตรการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น** สถานพยาบาลทุกระดับยังมีข้อจำกัดในการคัดกรองผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการเนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมากและบางหน่วยงานยังไม่สามารถแยกคัดกรองเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงได้ การให้คำแนะนำหรือปรึกษาแบบสั้น ณ จุดบริการทั่วไปยังทำได้จำกัดเนื่องจากภาระงานมาก จึงมีการปรับวิธีให้บริการเป็นการแจกแผ่นพับ ให้ข้อมูลสั้นๆ ส่งต่อคลินิกจิตเวชและสารเสพติด หรือนัดมาให้บริการภายหลัง แต่ในบางหน่วยงานก็ยังสามารถให้บริการได้ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการบันทึกข้อมูลการให้บริการเนื่องจากยังไม่มีโปรแกรมสำเร็จรูปในการบันทึก และการป้องกันการคัดกรองซ้ำซ้อน

- **มาตรการบำบัดและรักษาภาวะถอนพิษสุรา** แม้ว่ามาตรการนี้จะเป็ นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงของโรงพยาบาล แต่หลายสถานพยาบาล ยังไม่สามารถจัดบริการได้อย่างครอบคลุม ทั้งข้อจำกัดจาก ความชำนาญและทักษะของผู้ปฏิบัติในการเฝ้าระวังและติดตามอาการขาดสุรา การให้ยาเพื่อควบคุมอาการขาดสุรายังไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติ ส่วนใหญ่ให้ยาต่ำกว่าความจำเป็น ส่วนในโรงพยาบาลเฉพาะทาง ผู้ติดสุราที่เข้ารับบริการบางครั้งมีอาการขาดสุรารุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย การตรวจประเมินและให้การรักษาดังต้องเป็นไปอย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง ถือว่าเป็นหนึ่งในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์

- **มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ** หากสถานพยาบาลไม่มีผู้รับผิดชอบหรือบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการบำบัดสุรายาเสพติดมีจำกัด จะทำให้การดำเนินการตามมาตรการนี้เป็นไปได้ยาก หรือในสถานพยาบาลเฉพาะ

ทางที่มีผู้ติดสุร่าจำนวนมาก ทำให้การบำบัดขาดความครอบคลุมและต่อเนื่อง ควรเปิดโอกาสให้บุคลากรในหน่วยงานได้รับการฝึกอบรมความรู้ทักษะเพิ่มเติม ในประเด็นดังกล่าว เพื่อเพิ่มคุณภาพในการให้บริการบำบัด

- **มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา** มาตรการนี้ในแต่ละพื้นที่ แต่ละชุมชน มีรูปแบบการดูแลและวิธีการที่หลากหลาย ซึ่งต้องอาศัยความพร้อมและศักยภาพของพื้นที่ การขยายให้ครอบคลุมด้วยรูปแบบสำเร็จรูปทำได้ลำบาก เนื่องจากขึ้นอยู่กับทุนทางสังคมของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการส่งต่อข้อมูล ประสานเครือข่ายและการติดตามช่วยเหลือต่อเนื่อง โรงพยาบาลเฉพาะทางดำเนินการ มาตรการนี้ได้ลำบาก ในขณะที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลชุมชนที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนผู้ป่วยที่สุดสามารถดำเนินการตามมาตรการนี้ได้ดี

9.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

9.3.1 ด้านนโยบาย

- **นโยบายของสถานพยาบาล** ควรให้ความสำคัญกับปัญหาการดื่มสุรา ในระบบสุขภาพและสนับสนุนให้มีการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราอย่างครบวงจร ไม่เพียงแต่เฉพาะกลุ่มติดเท่านั้น และถือเป็นนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำคัญ เมื่อมีนโยบายชัดเจนแล้ว ควรมอบหมายผู้รับผิดชอบและจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนและอำนวยความสะดวก ในการปฏิบัติงาน ให้สามารถบูรณาการลงสู่งานประจำได้

- **นโยบายระดับประเทศ** ควรให้ความสำคัญปัญหาการดื่มสุราให้อยู่ใน ปัญหาสาธารณสุขลำดับต้นๆ เนื่องจากเป็นความเสี่ยงสำคัญและก่อให้เกิดภาระทางสุขภาพสูง การวางแผนในการจัดบริการเพื่อการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราอย่างครบวงจร ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาบำบัดและฟื้นฟู และมีการกำหนดบทบาทสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ชัดเจน รวมทั้งกลไกสนับสนุน การดำเนินงานทั้งทรัพยากรบุคลากรและการเงิน (การประกันสุขภาพ)

9.3.2 ด้านบุคลากร

- **บุคลากร** บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาการติ่มสุรา (แม้ว่าจะยังไม่ติดสุราก็ตาม) ควรมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรา สามารถให้บริการได้ตาม บริบทและศักยภาพของหน่วยงาน และสามารถบูรณาการลงสู่งานประจำได้ นอกจากนี้ บุคลากรที่ให้การบำบัดเฉพาะควรมีความรู้ ทักษะในการบำบัดผู้ติดสุรากับวิธีการ ที่แสดงถึงประสิทธิผล และควรมีการนิเทศ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ อย่างต่อเนื่อง

- **หลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรา**

1. ความรู้และทักษะเบื้องต้นในการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและให้การ ช่วยเหลือเบื้องต้นด้วยคำแนะนำหรือปรึกษาเพื่อลดความเสี่ยงจากการติ่มสำหรับ บุคลากรสุขภาพทุกระดับ

2. ความรู้และทักษะในประเมิน ฝ้าระวังความเสี่ยง และติดตามอาการ ขาดสุราในผู้ติดสุราและการให้การรักษาดูแลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการขาดสุรา หรือลดความรุนแรงและควบคุมอาการขาดสุราได้ในเวลาอันสั้น

3. ความรู้และทักษะในการบำบัดเฉพาะทาง เช่น MI/MET หรือ CBT

4. ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ติดสุราหลังผ่านการบำบัดต่อเนื่องระยะยาว เพื่อช่วยให้ผู้ติดสุราควบคุมปัญหาการติ่มและกลับใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

5. ความรู้และทักษะในการสนับสนุนชุมชนเพื่อร่วมดูแลฟื้นฟูผู้ติดสุรา ระยะยาวหลังการรักษา

9.3.3 ด้านรูปแบบการดำเนินงาน

- **มาตรการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น** เป็นมาตรการเชิงป้องกันที่ ช่วยลดความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญ ทำให้สามารถตรวจพบผู้มีปัญหาการติ่มสุรา ตั้งแต่ระยะแรก และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อให้ผู้มีปัญหาการติ่มสุราเกิดความ ตระหนักในปัญหาการติ่มของตน รวมทั้งเชื่อมโยงอันตรายจากการติ่มต่อปัญหา สุขภาพที่ประสบอยู่ นอกจากนี้ในผู้ที่มีปัญหาการติ่มรุนแรงหรือผู้ติดสุรา มาตรการ นี้จะเปิดโอกาสให้บุคลากรสุขภาพแนะนำและจูงใจให้ผู้มีปัญหาดังกล่าวเข้ารับ

บริการสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้นจึงควรมีนโยบายที่ชัดเจนให้สถานพยาบาลทุกระดับมีการคัดกรองปัญหาการติดเชื้อ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง และให้การดูแลช่วยเหลือตามปัญหา บุคลากรเข้าสู่งานประจำ ควรมีการสนับสนุนการอบรมความรู้ทักษะให้บุคลากร การประชุมนิเทศและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน การสนับสนุนสื่อการทำงานที่เหมาะสม

- **มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา** เป็นมาตรการที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล เพราะเป็นความเสี่ยงที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาล ทั้งที่ภาวะถอนพิษสุรานี้ สามารถป้องกันและเฝ้าระวังติดตามรักษาไม่ให้เกิดหรือสามารถควบคุมอาการได้ในเวลาอันสั้น ควรสนับสนุนมาตรการนี้ลงสู่โรงพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง และควรมีระเบียบปฏิบัติและแนวเวชปฏิบัติสำหรับแพทย์และพยาบาลที่ชัดเจน เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- **มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ** เนื่องจากปัญหาการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นและสถานการณ์ที่เป็นจริงว่าผู้ติดเชื้อไม่สามารถรับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะทางเท่านั้น จึงควรสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีการจัดตั้งคลินิกบำบัดสุราและยาเสพติด เพื่อเป็นการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบริการมากขึ้น และมาตรการนี้เป็นมาตรการสำคัญในการยืนยันถึงประสิทธิผลในการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อ และมีการให้การบำบัดสุราด้วยวิธีการที่มีประสิทธิผล

- **มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา** ที่ผ่านมามีการดูแลผู้ที่มีปัญหาการติดสุรามักจะเน้นเฉพาะในระบบสุขภาพเท่านั้น แต่พบปัญหาการกลับไปดื่มและมีปัญหาซ้ำสูงหลังกลับสู่ชุมชน มาตรการนี้เป็นมาตรการเชิงรุกที่บุคลากรสุขภาพเข้าไปสนับสนุนชุมชน ให้ร่วมดูแลและฟื้นฟูผู้ติดเชื้อที่ผ่านการบำบัดแล้ว เป็นมาตรการที่ควรสนับสนุนให้มีการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยอาศัยฐานของทุนทางสังคมหรือกิจกรรมทางสังคมอื่นที่มีอยู่ได้ นอกจากนี้ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ทำงานระหว่างผู้ปฏิบัติงานและเปิดโอกาสให้นำความรู้ที่ได้ศึกษาไปเผยแพร่ในเวทีระดับประเทศหรือนานาชาติ

ภาคผนวก คณะทำงาน

คณะทำงานกลาง ผรส.

1. พญ.พันธุ์ธนาภี กิตติรัตน์ไพบุลย์ แผนงาน ผรส.
2. นางสาวสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ แผนงาน ผรส.
3. นางอรพินท์ บุญหมื่น แผนงาน ผรส.
4. นางสาววิมาลา สุธีอดิษฐ์ แผนงาน ผรส.
5. นางสาวรักชนก จินดาคำ แผนงาน ผรส.
6. นางสาวเบญจมาศ นันทาวิราช แผนงาน ผรส.
7. นางปรียาภรณ์ ปริญญารักษ์ แผนงาน ผรส.
8. นางสาวศุภมิตร หม่อม แผนงาน ผรส.
9. นางสาวจันทร์เพ็ญ จำวงศ์ แผนงาน ผรส.

คณะทำงานจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน

1. พญ.หทัยชนนี บุญเจริญ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
2. นางสาวประหยัด ประภาพรหม โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
3. นางพรทิพย์ ธรรมวงศ์ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
4. นางทิพย์สมัย ทายะรังสี โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
5. นางภรภัทร สิมะวงศ์ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
6. นางสาวสมควร วรรณมณี โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
7. นางเบญจพรพรรณ ทรงสุภา โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่
8. นางนพวรรณ อุบลคำ โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
9. นางรัชดาภรณ์ กาวีวงศ์ โรงพยาบาลแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่
10. นางวันเพ็ญ โอหาริกขาทิ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน
11. นางอุบล กองแก้ว โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน

คณะทำงานจังหวัดน่าน

- | | |
|-------------------------------|-------------------|
| 1. นพ.สุทธิชัย เชื้อสุวรรณ | โรงพยาบาลน่าน |
| 2. นางสาวปราณี ยะวิญชาญ | โรงพยาบาลน่าน |
| 3. นางสาววิลาวัลย์ หมอมูล | โรงพยาบาลน่าน |
| 4. นางกรรณิการ์ เลื่อมใส | โรงพยาบาลน่าน |
| 5. นางนลินภัทร์ พัชรแสงกาญจน์ | โรงพยาบาลทุ่งช้าง |
| 6. นายนิคม แสงรัตน์ | โรงพยาบาลทุ่งช้าง |

คณะทำงานกรุงเทพมหานคร

- | | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| 1. พญ.บุญศิริ จันศิริมงคล | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 2. พญ.ธนิยา วงศ์จรุงเรือง | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 3. นางเพชร คันธสายบัว | สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 4. นางยุติ ไม้ไหว | โรงพยาบาลลาดกระบัง |

คณะทำงานจังหวัดสระแก้ว

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 1. นพ.นพดล สำอาง | โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ |
| 2. นายอนุชา ขุนเมือง | โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ |
| 3. นางพิมพ์จันทร์ ภูแก้ว | โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ |
| 4. นางจริยา เหล่าคำ | โรงพยาบาลคลองหาด |
| 5. นางพจนีย์ จงโชคดี | โรงพยาบาลวังน้ำเย็น |

คณะทำงานจังหวัดนครราชสีมา

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| 1. นพ.ประภาส อุครานันท์ | โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ |
| 2. นพ.ธงชัย วชิรพินพ | โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ |
| 3. นางกุตลิน กัณหา | โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ |
| 4. นางศิริภรณ์ ชัยศรี | โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ |
| 5. นางสาวสวัสดี เทียงธรรม | โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ |
| 6. นางสมจิตร์ พิพิมาย | โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ |

7. นพ.ชาญศักดิ์ คงเสริมสกุล	โรงพยาบาลพิมาย
8. นางสาววิตรี วงศ์สิทธิไพฑูรย์	โรงพยาบาลพิมาย
9. นายก้านรงค์ ระเบิดเดช	โรงพยาบาลพิมาย
10. นางสาวสิริพรรณ เนียมหมื่นไวย	โรงพยาบาลพิมาย
11. นางตรุณี คุณวัฒนา	โรงพยาบาลปักธงชัย
12. นางสาวรอยสุตา วรธงไชย	โรงพยาบาลปักธงชัย
13. นางพันธ์ทิพย์ แอ่เยี่ยม	สถานีอนามัยหนองปลิง อำเภอปักธงชัย
14. นายอิทธิพร อัครนันท์กุล	สถานีอนามัยตะขบ อำเภอปักธงชัย

คณะทำงานจังหวัดขอนแก่น

1. นพ.ชาญชัย ธงพานิช	ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น
2. นางจันทร์เพ็ญ มูลศรี	ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น
3. นางสาวธาดาวรรณ ภูมาตรนา	โรงพยาบาลชุมแพ
4. นางสาวแสงอาทิตย์ บุตรแสง	โรงพยาบาลซำสูง

คณะทำงานจังหวัดอุบลราชธานี


1. พญ.กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. นางอัมพร สีลากุล	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
3. นางวิไลรัตน์ สะสมผลสวัสดิ์	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
4. นางสาววิมาลา เจริญชัย	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
5. พญ.เพชรรุ้ง ไพทยอม	โรงพยาบาลวารินชำราบ
6. นางสาวดารารัตน์ อุ่นศรี	โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

คณะทำงานจังหวัดสุราษฎร์ธานี

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1. พญ.บุญศิริ จันศิริมงคล | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 2. พญ.สรสพร จวงษ์ | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 3. นางสาวอัยยา ญาณहार | โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ |
| 4. นางสาวพนอวดี จันทนา | โรงพยาบาลเกาะสมุย |
| 5. นางพรทิพย์ พลพิชัย | โรงพยาบาลยุพราชเวียงสระ |

คณะทำงานจังหวัดสงขลา

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| 1. พญ.จิตติมา แก้วทอง | โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ |
| 2. นางวิภา สุวรรณรัตน์ | โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ |
| 3. นางสาวภัททิรา บัวจันทร์ | โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ |
| 4. นางสาวกนกวรรณ บุญเสริม | โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ |
| 5. นางสาวสมร พูนขวัญ | โรงพยาบาลสติงพระ |
| 6. นางกุสุมา แก้วแดง | โรงพยาบาลกระแสสินธุ์ |



แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)

ชั้น 2 อาคารฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลสวนปรุง

เลขที่ 131 ถนนช่างหล่อ ตำบลห้วยยา อำเภอมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0 5328 0228 ต่อ 236, 525

โทรสาร 0 5327 3201

www.i-mapthailand.org