

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเข้าถึงบริการและความพร้อมการจัดบริการสำหรับผู้มีปัญหาการติ่มสุรา ของระบบบริการสาธารณสุข

วันรับ : 24 กันยายน 2564

วันแก้ไข : 10 ธันวาคม 2564

วันตอบรับ : 11 ธันวาคม 2564

บุญศิริ จันศิริมงคล, พ.บ.¹, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, พ.บ.²,

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, พย.บ.³, โสพรรณ อินทสิทธิ์, ศศ.ด.⁴

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต¹, ข้าราชการบำนาญ กรมสุขภาพจิต²,
แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต สสส.³, สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการและความพร้อมในการจัดบริการสำหรับผู้มีปัญหาการติ่มสุราของระบบบริการสาธารณสุขหลัก ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการ : วิเคราะห์ข้อมูลผู้มีปัญหาการติ่มสุราจากคลังข้อมูลการแพทย์และสาธารณสุข สามปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2560 - 2562) และคัดเลือกข้อมูลความพร้อมระบบบริการฯ ด้วยการประเมินตนเอง จากจังหวัดตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจงหนึ่งจังหวัด ต่อหนึ่งเขตสุขภาพ

ผล : ในปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 มีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรา (F10.0 - F10.9) ร้อยละ 7.6, 9.1 และ 10.0 ตามลำดับ โดยอัตราการเข้าถึงบริการฯ ในแต่ละเขตสุขภาพต่างกัน หลังการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราอย่างเป็นระบบพบว่า ร้อยละ 32.7 ของผู้มารับบริการสุขภาพทั่วไปได้รับการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและการบำบัดแบบสั้น โดยผลการสำรวจความพร้อมของระบบบริการในพื้นที่ตัวอย่างพบว่า จุดบริการต่าง ๆ เช่น คลินิกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกสุขภาพจิต/ยาเสพติด หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน มีความพร้อมในการจัดบริการคัดกรองปัญหาการติ่มสุรามากกว่าร้อยละ 75 อย่างไรก็ตาม มีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 55.2 ที่มีเพียงผู้รับผิดชอบงานสุรา/ยาเสพติด/สุขภาพจิตเท่านั้นที่มีความรู้และทักษะดังกล่าว

สรุป : หลังการขับเคลื่อนนโยบายอย่างจริงจัง อัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการติ่มสุรามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงการเตรียมความพร้อมบุคลากรสุขภาพทุกระดับเพื่อการดำเนินงานที่ครอบคลุม โดยเฉพาะพยาบาลสุขภาพจิตและยาเสพติดที่เป็นบุคลากรหลักในการขับเคลื่อนและสนับสนุนทีมงานในระดับพื้นที่

คำสำคัญ : การเข้าถึงบริการ การคัดกรองสุรา การบำบัดแบบสั้น ความพร้อม ระบบบริการสุขภาพ

ติดต่อผู้พิมพ์ : บุญศิริ จันศิริมงคล; e-mail: jboonsiri@gmail.com

Original article

The care accessibilities of people with alcohol-use disorder (AUD) and the health service system readiness

Received : 24 September 2021

Revised : 10 December 2021

Accepted : 11 December 2021

Boonsiri Junsirimongkol, M.D.¹, Phunnapa Kittiratanapailoon, M.D.²,Sunan Chamroonsawasdi, MN.S.³, Sorawan Intasitti, Ph.D.⁴Suansaranrom Psychiatric Hospital, Department of Mental Health¹,Pensioner, Department of Mental Health²,Mental Health Promotion Program, Thai Health Promotion Foundation³,Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health⁴

Abstract

Objective: To study the care accessibility of people with alcohol-use disorder (AUD) and the readiness of health service system in general and community hospitals.

Methods: The data from the national health data center (HDC) were tracked from 2017 - 2019. The readiness for alcohol service questionnaire according to the alcohol service guideline were distributed to all level of hospitals under the Ministry of Public Health. The data from the hospitals in 12 provinces representing the 12 health regions were selected and analyzed.

Results: The accessibility rate of health care among people with AUD (ICD code: F10.0 - F10.9) in 2017, 2018 and 2019 were 7.6%, 9.1% and 10.0%, respectively, with variability across health regions. After nationwide implementation of the alcohol service system in 2018, the alcohol screening and brief intervention was provided to 32.7% of health service users. The self-evaluation of alcohol system readiness in selected hospitals revealed that 75% of the service units, including outpatient units, NCD clinics, mental health/substance abuse clinics, primary care units, and emergency units, were able to deliver the alcohol screening and brief intervention. However, alcohol related services in more than half of the hospitals (55.2%) were only performed by mental health/substance abuse nurses.

Conclusion: The alcohol treatment policy implementation has increased the alcohol treatment accessibility. However, the human resources preparation and training for the specific knowledge and skills should be considered especially mental health/substance abuse nurses who are key facilitators and supporters of local services.

Keywords: accessibility, alcohol screening, brief intervention, health system, readiness

Corresponding author: Boonsiri Junsirimongkol; e-mail: jboonsiri@gmail.com

ความรู้เดิม : ช่องว่างของการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราของประเทศไทยสูงถึงร้อยละ 90

ความรู้ใหม่ : การขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้ปัญหาการดื่มสุราด้วยการคัดกรองผู้ปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้นในระดับประเทศ สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการฯ ได้ดีขึ้น และสามารถให้บริการได้ทุกจุดบริการทั้ง ผู้ป่วยนอก คลินิก NCD คลินิกปฐมภูมิ และอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรายังคงต้องการการสนับสนุนเชิงระบบและการเตรียมความพร้อมบุคลากรสุขภาพทุกระดับเพื่อการดำเนินงานที่ครอบคลุม โดยเฉพาะพยาบาลสุขภาพจิต/ยาเสพติด ที่เป็นบุคลากรหลักในการขับเคลื่อนและสนับสนุนทีมงานในระดับพื้นที่

บทนำ

ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders; AUD) ในชายไทยเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years; DALYs) เป็นอันดับที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 4.5 และการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (year lived with disability; YLDs) เป็นอันดับหนึ่งหรือร้อยละ 13.1^{1,2} ผลการสำรวจระดับชาติในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2556 พบความชุกในปัจจุบันของ AUD ร้อยละ 5.3 ประเมินการเป็นจำนวน 2.7 ล้านคน โดยเป็นผู้ดื่มสุราแบบมีปัญห (alcohol abuse; AA) ร้อยละ 3.5 (1.8 ล้านคน) และดื่มแบบติด (alcohol dependence; AD) ร้อยละ 1.8 (0.9 ล้านคน) โดยผู้ที่มีภาวะ AUD เพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้นที่รายงานว่าเคยเข้ารับบริการใด ๆ จากบุคลากรสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ในจำนวนนี้เป็นารับบริการจากบุคลากรสุขภาพทั่วไปร้อยละ 1.4 และจากบุคลากรสุขภาพจิตร้อยละ 0.6³ แสดงถึงช่องว่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่ควรได้รับการรักษา และการเตรียมความพร้อมการจัดบริการทางการแพทย์และบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ

ฐานข้อมูลในระบบคลังฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (health data center; HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานจำนวนผู้ป่วยรหัส F10.0 - F10.9 ซึ่งหมายถึงกลุ่มความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตใจที่เนื่องมาจากแอลกอฮอล์ (alcohol-related disorders) ที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2559 มีทั้งสิ้น 168,729 คน⁴ ซึ่งเมื่อเทียบกับจำนวนประมาณการผู้มีภาวะ AUD ข้างต้นแล้ว คิดเป็นอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 6.1 ในจำนวนนี้เป็นารับบริการจากสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ ร้อยละ 82.3, 14.0 และ 3.7 ตามลำดับ แสดงถึงช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่สูงมากกว่าร้อยละ 90 และส่วนใหญ่รับบริการที่โรงพยาบาลฝ่ายกายทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลเฉพาะทาง ปัญหาดังกล่าวพบได้เช่นเดียวกันในประเทศอื่น ๆ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก รายงานช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีภาวะ AUD ในกลุ่มประเทศภาคพื้นยุโรป แอฟริกา และแถบแปซิฟิกตะวันตก พบได้ร้อยละ 92.4, 72.6 และ 71.6 ตามลำดับ⁵ หรือแม้แต่รายงานของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ประมาณการว่าผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่จำเป็นต้องรับการบำบัดรักษาได้รับการรักษาจริงน้อยกว่าร้อยละ 10⁶

จากมติที่ประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งที่ 1/2560 วันที่ 13 ธันวาคม 2560 ได้เห็นชอบใน “แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา”⁷ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในสถานพยาบาลทุกระดับ โดยมีกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิตเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการ และกรมควบคุมโรคเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานและประสาน ติดตาม และมีข้อสั่งการดำเนินงานให้มีการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ที่ สธ 0407.3/ว438 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2561) โดยมอบให้สถานพยาบาลทุกระดับดำเนินการคัดกรองผู้มารับบริการสุขภาพทุกคนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พร้อมให้การบำบัดแบบสั้นตามแนวปฏิบัติฯ และลงบันทึกข้อมูลการคัดกรอง

ปัญหาการดื่มสุราและการบำบัดแบบสั้นในระบบ 43 แพ้ม (แฟ้มที่ 41 special PP - ส่งเสริมป้องกันโรค) ตามรหัส 1B6 (1B600 - 1B612) และในปีงบประมาณ 2562 ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดการรับรองปฏิบัติราชการของกรมควบคุมโรค มีขั้นตอนการกำกับ ติดตาม และประเมินผลทั้งในระดับเขตสุขภาพและระดับพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราอย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเข้าถึงการบริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราหลังมีนโยบายสนับสนุนระดับประเทศและศึกษาความพร้อมระบบบริการสาธารณสุขทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

วิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ประกอบด้วยข้อมูลสองส่วน ส่วนแรกเป็นข้อมูลทุติยภูมิจากคลังข้อมูลการแพทย์และสาธารณสุข (health data center; HDC) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560 - 2562 ที่แสดงถึงจำนวนผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (F10.0 - F10.9) การคัดกรองและการบำบัดแบบสั้นจาก 43 แฟ้มข้อมูล (special PP) ส่วนที่สองเป็นข้อมูลจากแบบสอบถาม ชนิด Google form เพื่อประเมินความพร้อมระบบบริการสุขภาพตามแนวปฏิบัติ

ประชากรตัวอย่าง คือ หน่วยงานระดับ รพศ. รพท. และ รพช. ของจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือก ผู้ให้ข้อมูล คือ บุคลากรผู้รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย จำนวน 1 คนต่อหน่วยงานแต่ละระดับ จาก 12 จังหวัดที่เป็นตัวแทน 12 เขตสุขภาพ คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Yamane⁹ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่าง
N คือ ขนาดประชากร
e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ผู้วิจัยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ร้อยละ 7.6 หรือ 0.076 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้

$$n = \frac{896}{1 + 896(0.076)^2}$$

$$n = \frac{896}{6.18} = 144.98 \approx 145$$

การศึกษานี้กำหนดขนาดตัวอย่างเท่ากับ 145 หน่วย สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) จากจำนวนของโรงพยาบาลตามระดับของ service plan ทั้ง 7 ระดับ⁹ ได้โรงพยาบาลตัวอย่างที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) 16 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) 68 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) 21 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) 7 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) 23 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) 4 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ (A) 6 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. ฐานข้อมูล HDC ได้แก่ จำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol related disorders) รหัสการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ ICD - 10 รหัส F10.0 - F10.9 จำแนกรายปี รายเขตสุขภาพ และรายจังหวัด¹⁰ และชุดข้อมูลแฟ้มที่ 41 (special PP) รหัส 1B6 การประเมินพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ จำแนกรายปี รายเขตสุขภาพ และรายจังหวัด⁷ โดยจำแนกผู้มารับบริการสุขภาพที่ได้รับการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราเป็นไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอดชีวิตที่ผ่านมา (1B600); เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่หยุดดื่มมาแล้ว 1 ปี ขึ้นไป (1B601); ดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ (1B602); ดื่มในระดับเสี่ยงปานกลาง (1B603); ดื่มในระดับเสี่ยงสูง (1B604) และไม่ระบุรายละเอียด (1B609) และผู้ที่ผ่านการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราจะได้รับบริการการให้คำแนะนำ (1B610); การให้คำปรึกษาแบบสั้น (1B611); และการส่งต่อเพื่อรับการประเมินและการบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญ (1B612)

2. แบบสอบถามประเมินความพร้อมระบบบริการสุขภาพตาม “แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟู

สภาพผู้มีปัญหาการติ่มสุรา” เป็นแบบประเมินฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น อิงจากแบบประเมินตัวเองเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้มีปัญหาการติ่มสุราสำหรับ รพศ. รพท. และ รพช.¹¹ ที่ผ่านกระบวนการพัฒนาและประเมินหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 1 มาแล้ว และผู้วิจัยได้ปรับให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ และทดลองใช้ก่อนนำมาใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินตัวเองด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนข้อมูลทั่วไปและส่วนแนวปฏิบัติฯ ในด้านภาพรวมการดำเนินงานและมิติด้านการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น

ข้อมูลชุดที่หนึ่งได้ขออนุญาตเข้าถึงและใช้ข้อมูลจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนข้อมูลชุดที่สอง สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค ส่งหนังสือเวียนผ่านกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอความร่วมมือให้มอบหมายตัวแทนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานบริการสุราของ รพศ. รพท. และ รพช. ทุกแห่งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ทำการประเมินความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งพัฒนาตามแนวปฏิบัติฯ ผ่านทาง Google forms โดยทีมวิจัยคัดเลือกข้อมูลเฉพาะจังหวัดที่สุ่มเลือกมา รายงานผลการศึกษานี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองชุดโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการศึกษาความพร้อมของระบบบริการในการขับเคลื่อนตามแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการติ่มสุรา ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.COA 003/2562 เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2562

ผล

ผู้ได้รับการวินิจฉัยปัญหาจากพฤติกรรมติ่มสุรา (F10.0 - F10.9)¹⁰ จากฐานข้อมูล HDC จำแนกรายจังหวัดที่เป็นตัวแทนเขตสุขภาพในปี พ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 เทียบกับการประมาณการจำนวนผู้มีปัญหาการติ่มสุราโดยใช้ค่าความชุก 12 เดือนของ AUD จากการสำรวจระดับวิทยา

สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556³ อิงตามเขตสุขภาพของจังหวัดตัวอย่างเทียบกับจำนวนประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พบว่า ในปี 2560 จังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพที่มีอัตราการเข้ารับบริการสุขภาพด้วยวินิจฉัยปัญหาการติ่มสุราสูงที่สุดได้แก่ จังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยละ 41.9) รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 9 (ร้อยละ 18.4) และเขตสุขภาพที่ 10 (ร้อยละ 10.7) ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด ในขณะที่ภาพรวมของประเทศมีอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 7.6 ส่วนเขตสุขภาพที่มีการเข้ารับบริการของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยปัญหาพฤติกรรมติ่มสุราต่ำที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 5 (ร้อยละ 2.9) เขตสุขภาพที่ 3 (ร้อยละ 3.0) และเขตสุขภาพที่ 6 (ร้อยละ 3.1)

หลังจากเริ่มมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามข้อสั่งการดำเนินงานคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้มีปัญหาการติ่มสุราในปี 2561 และดำเนินการเต็มรูปแบบในปี 2562 พบว่าภาพรวมประเทศมีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการติ่มสุราเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.1 ในปี 2561 และร้อยละ 10.0 ในปี 2562 และเกือบทุกจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพมีอัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 1

หลังมีการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล HDC ในปลายปีงบประมาณ 2561 ผลการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2562 พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 มีการคัดกรองมากที่สุดถึงร้อยละ 43.2 รองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 10 (ร้อยละ 42.2) และเขตสุขภาพที่ 9 (ร้อยละ 40.4) ส่วนในภาพรวมประเทศคัดกรองได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.2 ในปีงบประมาณ 2561 เป็นร้อยละ 32.7 ในปีงบประมาณ 2562 ดังแผนภาพที่ 1

ในปีงบประมาณ 2562 ผู้รับบริการได้รับการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและพบว่ามีปัญหาการติ่มสุรา 202,258 คน จำแนกเป็นผู้ติ่มแบบเสี่ยงปานกลาง 174,134 คน และผู้ติ่มแบบเสี่ยงสูง 28,184 คน โดยในจำนวนนี้ได้รับคำปรึกษาแบบสั้น 78,548 คน (ร้อยละ 38.8) ส่วนผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่เสี่ยงสูงได้รับการส่งต่อร้อยละ 37.1 ดังตารางที่ 2

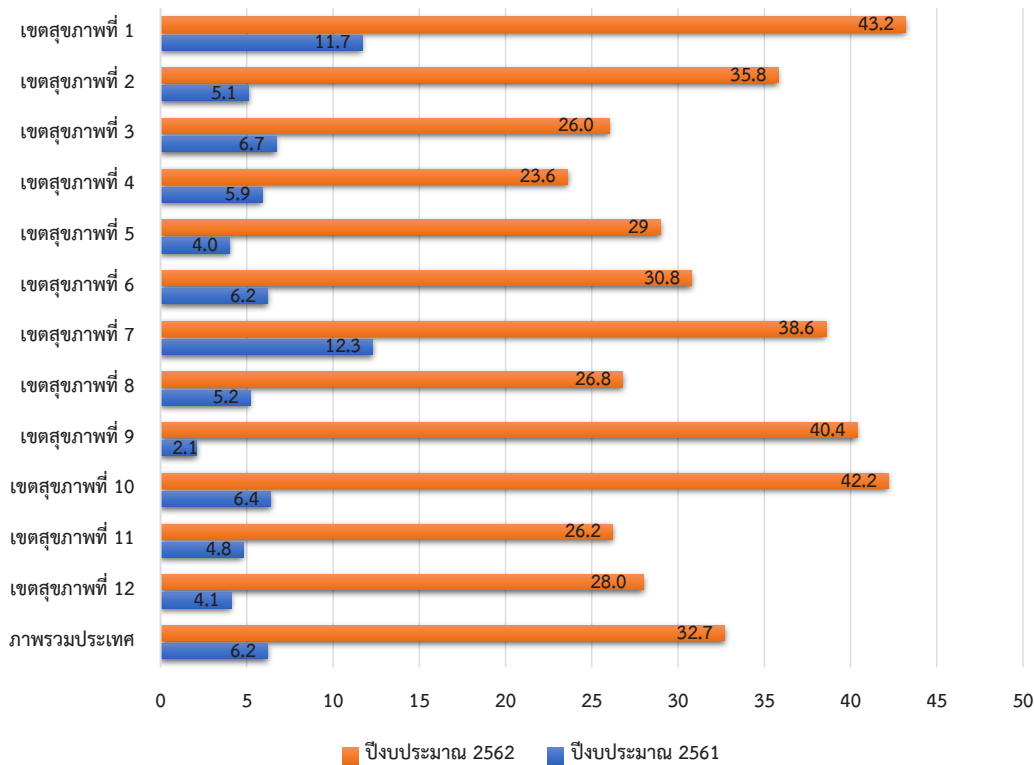
อัตราการตอบกลับ (response rate) การประเมินความพร้อมของระบบบริการสุขภาพตามแนวปฏิบัติฯ ของ

ตารางที่ 1 ประเมินการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ในปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 ของจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพ

จังหวัดตัวแทน เขตสุขภาพ	ความชุก AUD* (ร้อยละ)	ประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป** (คน)			ประมาณการจำนวนผู้มีปัญหา การดื่มสุรา (คน)			จำนวนผู้ป่วย F10.0 - F10.9 (เข้ารับบริการ) (คน)			อัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหา การดื่มสุรา (ร้อยละ)		
		ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
เขตสุขภาพที่ 1	10.0	976,500	980,940	985,310	97,650	98,094	98,531	4,190	4,329	5,260	4.3	4.4	5.3
เขตสุขภาพที่ 2	10.0	408,243	414,742	420,220	40,824	41,474	42,022	2,234	2,276	2,047	5.5	5.5	4.9
เขตสุขภาพที่ 3	10.0	894,319	896,161	897,262	89,432	89,616	89,726	2,670	2,543	3,121	3.0	2.8	3.5
เขตสุขภาพที่ 4	4.9	673,452	678,760	684,049	32,999	33,259	33,518	1,197	1,574	2,448	3.6	4.7	7.3
เขตสุขภาพที่ 5	4.9	704,521	707,951	711,280	34,522	34,690	34,853	993	1,379	1,519	2.9	4.0	4.4
เขตสุขภาพที่ 6	4.9	588,870	569,805	581,208	28,855	27,920	28,479	896	888	917	3.1	3.2	3.2
เขตสุขภาพที่ 7	4.0	1,097,856	1,100,987	1,103,715	43,914	44,039	44,149	18,415	22,500	13,695	41.9	51.1	31.0
เขตสุขภาพที่ 8	4.0	426,982	429,030	431,057	17,079	17,161	17,242	777	832	974	4.5	4.8	5.6
เขตสุขภาพที่ 9	4.0	1,293,721	1,301,858	1,309,626	51,749	52,074	52,385	9,505	12,487	11,111	18.4	24.0	21.2
เขตสุขภาพที่ 10	4.0	1,513,754	1,525,090	1,535,527	60,550	61,004	61,421	6,457	9,282	10,877	10.7	15.2	17.7
เขตสุขภาพที่ 11	3.1	1,264,961	1,271,575	1,277,942	39,214	39,419	39,616	1,432	1,390	1,745	3.7	3.5	4.4
เขตสุขภาพที่ 12	3.1	429,697	431,352	432,841	13,321	13,372	13,418	673	626	676	5.1	4.7	5.0
ระดับประเทศ	5.3	53,761,923	54,107,180	54,442,595	2,849,382	2,867,681	2,885,458	217,576	261,159	287,311	7.6	9.1	10.0

* ความชุก 12 เดือนของความผิดปกติการดื่มสุรา (alcohol use disorder; AUD) จำแนกตามรายเขตสุขภาพ จากการสำรวจระบบทะเบียนโรคของกรมการแพทย์ ปี พ.ศ. 25563

** ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560, 31 ธันวาคม 2561 และ 31 ธันวาคม 2562



แผนภาพที่ 1 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองและลงบันทึกรหัส 1B6 ในฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561 และ 2562

โรงพยาบาลจากจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพ 12 จังหวัดเท่ากับ ร้อยละ 76.7 โดยจังหวัดจากเขตสุขภาพที่ 3, 6, 8 และ 12 โรงพยาบาลทุกระดับมีอัตราการตอบกลับครบร้อยละ 100 บุคลากรผู้รับผิดชอบงานบริการสุราที่ได้รับมอบหมายให้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นพยาบาล (ร้อยละ 91.7) ส่วนบุคลากรอื่น ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 4.8) และนักจิตวิทยา (ร้อยละ 3.4) ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 79.4 ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต ยาเสพติด และสุรา จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการให้บริการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรา (การคัดกรองการติ่มสุรา การรักษาภาวะถอนพิษ การบำบัดผู้ติ่มสุรา และการติดตามในชุมชน) จำแนกตามจุดบริการต่าง ๆ เช่น บริการปฐมภูมิ ผู้ป่วยนอก หน่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน คลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) คลินิกสุขภาพจิต/ยาเสพติด และผู้ป่วยใน แสดงดังตารางที่ 3

อัตรากำลังของบุคลากรที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราจากโรงพยาบาลตัวอย่าง พบว่าหน่วยงานเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.2) มีพยาบาลสุขภาพจิต/ยาเสพติด

อย่างน้อยหนึ่งคนปฏิบัติงานดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรา ส่วนจิตแพทย์พบเพียงร้อยละ 8.3 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) และโรงพยาบาลศูนย์ (A) ทุกแห่ง อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) และโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) มีแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาสุขภาพจิตชุมชนปฏิบัติงานร้อยละ 37.5 และร้อยละ 31.3 ตามลำดับ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงาน ร้อยละ 31.3 และร้อยละ 30.9 ตามลำดับ ส่วนนักจิตวิทยาปฏิบัติงานเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ความพร้อมของระบบการคัดกรองบำบัดดูแลผู้มีปัญหาติ่มสุราด้วยการประเมินตัวเองของโรงพยาบาลในจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพในด้านกิจกรรมการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและการให้คำแนะนำปรึกษาแบบสั้น ด้านการกำหนดนโยบายและวางแผนกิจกรรมการฯ การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย บุคลากรผู้รับผิดชอบ วิธีการคัดกรองฯ การบันทึกข้อมูล การให้คำแนะนำ/ปรึกษาแบบสั้น/ส่งต่อการนัดหมายติดตาม การพัฒนาและจัดการความรู้อย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้มีปัญหาการดื่มสุราจากการคัดกรองที่ได้รับการบำบัดแบบสั้น จำแนกตามเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (คน)		Intervention (คน)		ร้อยละของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับการดื่มสุราได้รับ BC	ร้อยละของผู้ดื่มแบบเสี่ยงสูงที่ได้รับการส่งต่อ
	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง	BC*	refer		
เขตสุขภาพที่ 1	44,668	7,548	18,610	3,380	35.6	44.8
เขตสุขภาพที่ 2	11,984	1,654	4,413	671	32.4	40.6
เขตสุขภาพที่ 3	6,146	1,171	3,948	367	54.0	31.3
เขตสุขภาพที่ 4	8,915	3,140	2,985	253	24.8	8.1
เขตสุขภาพที่ 5	10,134	1,219	5,687	433	50.1	35.5
เขตสุขภาพที่ 6	11,453	1,240	4,528	449	35.7	36.2
เขตสุขภาพที่ 7	13,097	1,627	6,365	471	43.2	28.9
เขตสุขภาพที่ 8	12,479	1,450	5,099	542	36.6	37.4
เขตสุขภาพที่ 9	15,364	3,112	9,082	956	49.2	30.7
เขตสุขภาพที่ 10	22,227	4,026	11,455	1,898	43.6	47.1
เขตสุขภาพที่ 11	10,379	1,213	3,237	612	27.9	50.5
เขตสุขภาพที่ 12	7,288	724	3,139	395	39.2	54.6
รวมทั้งประเทศ	174,134	28,124	78,548	10,427	38.8	37.1

* BC = brief counseling

ตารางที่ 3 กิจกรรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราของจุดบริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพ

หน่วยบริการ	โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการ (จำนวน; ร้อยละ)			
	การคัดกรองการดื่มสุรา	การรักษาภาวะถอนพิษ	การบำบัดผู้ดื่มสุรา	การติดตามในชุมชน
บริการปฐมภูมิ	111 (76.6)	18 (12.4)	39 (26.9)	92 (63.4)
ผู้ป่วยนอก	135 (93.1)	39 (26.9)	40 (27.6)	19 (13.1)
อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน	112 (77.2)	76 (52.4)	16 (11.0)	4 (2.8)
คลินิก NCD	133 (91.7)	11 (7.6)	10 (6.9)	17 (11.8)
สุขภาพจิต/ยาเสพติด	129 (89.0)	81 (55.9)	118 (81.4)	102 (70.3)
ผู้ป่วยใน	75 (51.7)	112 (77.2)	43 (29.7)	6 (4.1)

ตารางที่ 4 การประเมินตัวเองของโรงพยาบาลในจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพในด้านกิจกรรมการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการให้คำแนะนำปรึกษาแบบสั้น

ประเด็น	จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพ; แห่ง												รวม (ร้อยละ)
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	
1. นโยบายหน่วยงานมีการกำหนดทิศทาง นโยบาย และสนับสนุนการคัดกรองและให้คำแนะนำ													
ยังไม่มีกำหนด วางแผน	0	0	1	1	1	2	1	1	0	3	4	2	16 (11.0)
มีการกำหนดและวางแผน	2	0	7	4	1	6	6	5	2	8	8	5	54 (37.2)
กำหนดนโยบายฯ จริงจัง	2	1	2	4	0	0	5	2	3	3	2	1	25 (17.2)
กำหนดนโยบาย/มีผู้รับผิดชอบ	4	1	4	4	4	1	6	1	8	8	6	3	50 (34.5)
2. กลุ่มเป้าหมาย กำหนดกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เพื่อการชักประวัติ คัดกรองและให้คำแนะนำ													
ไม่ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมาย	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	3	9 (6.2)
เฉพาะผู้มีปัญหาสุรา	0	0	1	3	1	1	2	3	1	3	2	1	18 (12.4)
กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุรา	3	0	6	4	1	5	3	1	2	6	4	2	37 (25.5)
ทุกคนที่อายุ 15 ปี ขึ้นไป	4	2	6	6	4	2	12	4	10	13	13	5	81 (55.9)

ตารางที่ 4 การประเมินตัวเองของโรงพยาบาลในจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพในด้านกิจกรรมการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและการให้คำแนะนำปรึกษาแบบสั้น (ต่อ)

ประเด็น	จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพ; แห่ง												รวม (ร้อยละ)
	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	
3. บุคลากรวิชาชีพ มีความรู้/ทักษะในการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น													
บุคลากรเฉพาะงานสุราฯ	4	2	9	7	3	8	6	3	5	12	14	7	80 (55.2)
คลินิกกลุ่มเสี่ยง น้อยกว่าร้อยละ 50	0	0	3	0	0	0	4	1	1	2	2	3	16 (11.0)
คลินิกกลุ่มเสี่ยง มากกว่าร้อยละ 50	2	0	1	3	1	1	4	1	4	3	1	0	21 (14.5)
ทุกแผนกมีความรู้	2	0	1	3	1	0	4	4	3	5	3	1	27 (18.6)
อื่น ๆ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1 (0.7)
4. การคัดกรอง การคัดกรองด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา													
ไม่มีการใช้แบบประเมิน	0	0	1	1	2	0	0	2	0	2	2	1	11 (7.6)
กำหนดเครื่องมือ เช่น AUDIT	2	2	11	6	2	5	11	4	7	11	11	9	81 (55.9)
ใช้แบบประเมินตามแนวฯ	4	0	1	4	1	2	2	2	4	5	5	0	30 (20.7)
ใช้ตามแนวฯและแนวอื่นร่วม	2	0	1	2	1	2	5	1	2	4	2	1	23 (15.9)
5. การบันทึกข้อมูลการคัดกรอง การบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองในฐานข้อมูลสุขภาพ เพิ่ม special PP (เพิ่มที่ 41)													
มีการบันทึกรูปแบบไม่ชัดเจน	0	0	3	0	2	1	2	1	2	3	2	1	17 (11.7)
สืบค้นบันทึกได้แต่ไม่ได้ลง 43 แฟ้ม	0	0	0	1	0	2	1	3	0	1	6	1	15 (10.3)
บันทึกใน 43 แฟ้ม	0	1	2	2	1	5	4	1	2	3	4	4	29 (20.0)
บันทึกรหัส 1B60	8	1	9	10	3	1	11	4	9	15	8	5	84 (57.9)
6. การให้คำปรึกษา/บำบัดแบบสั้น ตามความรุนแรงของปัญหาการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราตระหนักถึงปัญหาและสามารถ ลด ละ เลิกการดื่มได้													
ให้คำแนะนำทั่ว ๆ ไป	0	0	2	1	0	0	0	1	0	3	0	2	9 (6.2)
ให้คำแนะนำแบบสั้น	1	1	3	1	0	2	2	1	0	4	5	4	24 (16.6)
ทำได้น้อยกว่าร้อยละ 50	3	0	5	6	4	6	7	3	7	5	7	2	55 (37.9)
ทำได้มากกว่าร้อยละ 50	4	1	4	5	1	1	9	4	6	10	8	3	56 (38.6)
อื่น ๆ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1 (0.7)
7. การบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษา/บำบัดแบบสั้น การบันทึกข้อมูลวิธีการบำบัดในฐานข้อมูลสุขภาพ													
มีการบันทึกรูปแบบไม่ชัดเจน	0	0	3	0	1	1	3	2	1	4	3	1	19 (13.1)
สืบค้นบันทึกได้แต่ไม่ได้ลง 43 แฟ้ม	1	1	2	2	0	5	4	1	2	5	3	2	16 (11.0)
บันทึกใน 43 แฟ้ม	0	0	0	1	1	2	1	1	0	1	5	4	28 (19.3)
บันทึกรหัส 1B61	7	1	9	10	3	1	10	5	10	12	9	4	81 (55.9)
อื่น ๆ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1 (0.7)
8. การติดตาม ผู้มีปัญหาการดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง													
ไม่มีการติดตาม/นัดซ้ำ	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	3 (2.1)
ไม่มีการติดตาม อาจถามซ้ำ	1	0	2	1	0	2	2	3	1	2	1	3	18 (12.4)
ติดตามที่มารับบริการ	3	0	7	6	0	3	5	1	1	8	3	2	39 (26.9)
มีการนัดเพื่อติดตาม	4	2	5	5	5	4	11	5	11	10	16	6	84 (57.9)
อื่น ๆ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1 (0.7)
9. การประเมินเพื่อการพัฒนาและจัดการความรู้ต่อเนื่อง ผลลัพธ์การทำงานและนำผลมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงระบบงาน													
ไม่มีการรวบรวมข้อมูล	1	0	1	0	0	2	1	1	1	3	1	3	14 (9.7)
มีการรวบรวมข้อมูล	1	0	4	3	1	3	6	2	3	2	5	5	35 (24.1)
ประเมินตามรายบุคคล	1	1	3	5	2	4	1	3	3	5	7	2	37 (25.5)
ประเมินติดตามตัวชี้วัด	5	1	6	5	2	0	10	3	6	12	7	1	58 (40.0)
อื่น ๆ	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1 (0.7)
รวม	8	2	14	13	6	9	18	9	13	22	20	11	145 (100.0)

วิจารณ์

ในปี พ.ศ. 2560 ในภาพรวมระดับประเทศ ผู้มีปัญหาการดื่มสุรามีอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 7.7 กล่าวคือ มีช่องว่างของการเข้าถึงบริการผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (treatment gap) ที่สูงถึงร้อยละ 92.3 โดยในแต่ละเขตสุขภาพมีอัตราการเข้าถึงบริการฯ ที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ร้อยละ 2.9 ถึง 41.9 สะท้อนถึงความแตกต่างด้านศักยภาพของสถานพยาบาลในแต่ละระดับ พบว่าบางแห่งยังไม่พร้อมในการให้บริการ โดยเฉพาะการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราและการให้คำแนะนำแบบสั้นหรือส่งต่อการบำบัดเฉพาะทาง หรือเป็นผลจากการไม่ได้ลงวินิจฉัยโรคในกลุ่มปัญหาจากพฤติกรรมดื่มสุรา (รหัส F10.0 - F10.9) เนื่องจากการเปิดเผยโรคอาจมีผลต่อการจ้างงานหรือมีผลต่อสิทธิด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2551 ที่มีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดจำนวน 1.2 แสนคน (ฐานข้อมูลขณะนั้นไม่สามารถจำแนกสุราออกจากสารเสพติดได้)¹⁴ คิดเป็นการเข้าถึงบริการรวมทั้งสุราและสารเสพติดน้อยกว่าร้อยละ 2 (มีช่องว่างการเข้าถึงบริการมากกว่าร้อยละ 98) ซึ่งหากจำแนกเฉพาะการเข้าถึงบริการด้วยปัญหาการดื่มสุรานั้นจะต่ำกว่านี้ แสดงว่าในช่วงสิบปีที่ผ่านมาถือว่าผู้มีปัญหาการดื่มสุรามีการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น แต่โดยรวมยังคงถือว่ามีความสูงอยู่ อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้าถึงบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.1 ในปี 2561 และร้อยละ 10.0 ในปี 2562 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในรายงานปี ค.ศ. 2004 (พ.ศ. 2547) ที่รายงานว่าช่องว่างการเข้าถึงบริการสุรา (รวมทั้ง alcohol abuse/dependence) ในกลุ่มประเทศภาคพื้นยุโรป แอลเบเนีย และกลุ่มประเทศแปซิฟิกตะวันตก มีประมาณร้อยละ 92.4, 72.6 และ 71.6 ตามลำดับ ส่วนประเทศกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แอฟริกา และเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ในการศึกษาครั้งนั้นยังไม่มีข้อมูลรายงาน เนื่องจากข้อจำกัดด้านฐานข้อมูล⁵ ในขณะที่ข้อมูล substance abuse and mental health service administration (SAMHSA) ของประเทศอเมริกาในปี 2013⁶ พบว่า มีผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

ไม่ถึงร้อยละ 10 ที่ได้รับการรักษาจริง ซึ่งผลศึกษาของประเทศไทยสอดคล้องกับนานาประเทศที่พบช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่สูงมาก

ทั้งนี้ การเข้าถึงบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นนั้น อาจสรุปไม่ได้ชัดเจนว่าเป็นผลมาจากแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา เพราะเริ่มมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในปีงบประมาณ 2561 ที่ใช้แนวทางเชิงรุกในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการสุขภาพเพื่อป้องกันผลกระทบจากการดื่มสุราที่ครอบคลุมทุกด้าน โดยการเฝ้าระวัง คัดกรอง ดูแล ช่วยเหลือ รักษา และติดตามผู้มีปัญหาการดื่มสุราตามระดับความรุนแรงของปัญหา เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงและบูรณาการไปด้วยกัน^{7,14,15} ส่วนปีงบประมาณ 2562 มีการเริ่มใช้แนวปฏิบัติฯ ในการดำเนินงานในพื้นที่ มีการกำหนดเป็นนโยบายระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัดชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุน กำกับติดตาม มีการวางระบบบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างครอบคลุม มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและให้การสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ การให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง รวมทั้งการส่งต่อกรณีมีปัญหา บูรณาการการดำเนินงานร่วมกันทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน การให้บริการบำบัด ดูแลต่อเนื่อง วิเคราะห์ และวางแผนการพัฒนาให้สอดคล้องสภาพปัญหาของพื้นที่ การดำเนินงานผ่านระบบฐานข้อมูล 43 แห่ง เป็นการผลักดันและกระตุ้นให้หน่วยบริการคัดกรองและนำข้อมูลเข้าสู่ระบบบริการได้เพิ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม แม้ปีงบประมาณ 2562 ทุกเขตสุขภาพจะมีแนวโน้มการให้บริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราเพิ่มขึ้น แต่จังหวัดตัวแทนในบางเขตสุขภาพยังมีผู้รับบริการน้อยกว่าเขตสุขภาพอื่น ๆ ทั้งนี้ หากวิเคราะห์จากการข้อมูลการดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ตามแนวปฏิบัติฯ พบว่าเขตดังกล่าวทำได้น้อยกว่าเขตสุขภาพอื่น ๆ เช่น การกำหนดเป้าหมาย คัดกรองและบำบัดแบบสั้น โดยโรงพยาบาลบางแห่งมีกิจกรรมที่ยังไม่ครอบคลุมและบางแห่งยังไม่ดำเนินการใด ๆ

ช่องว่างการเข้าถึงบริการสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ปีงบประมาณ 2562 ยังสูงมากถึงร้อยละ 90 สอดคล้องกับ

รายงานการศึกษาล่าสุดของเนเธอร์แลนด์ที่วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจระดับประเทศสองครั้ง ระยะห่างกันสี่ปีพบว่า ร้อยละ 54 ของผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมติ่มสุรา (AUD) ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา และมีเพียงร้อยละ 10 ที่ได้รับการรักษาปัญหาการติ่มสุรา กล่าวคือ มีช่องว่างการเข้าถึงบริการสูงกว่าร้อยละ 90 อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ชี้ประเด็นว่า ช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่แท้จริงอาจน้อยกว่านี้ ทั้งนี้เนื่องจากพบว่า กลุ่ม AUD ที่เข้ารับการรักษามักเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงสูงหรือมีโรคจิตเวชร่วม ในขณะที่เมื่อติดตามไป 4 ปีพบว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษามีอัตราการหาย (remission rate) สูงถึงร้อยละ 78 มีความรุนแรงของอาการน้อย และมีความสามารถในการทำงานใกล้เคียงกับประชากรทั่วไป โดยในกลุ่มนี้มีเพียง 1 ใน 4 ที่ยังคงมีภาวะ AUD คงอยู่และน่าจะเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการรักษา¹⁶

โรงพยาบาลทุกระดับสามารถคัดกรองผู้มีปัญหาการติ่มสุราได้เกือบทุกจุดบริการ โดยเฉพาะที่คลินิกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกสุขภาพจิต/ยาเสพติด หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน สามารถคัดกรองปัญหาการติ่มสุรามากกว่าร้อยละ 75 ส่วนอัตราการกลับมารักษาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องโดยตรง สะท้อนถึงความจำกัดในการให้บริการผู้มีปัญหาการติ่มสุรา การศึกษานี้พบว่า มีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 55.2 ที่มีเพียงผู้รับผิดชอบงานสุรา/ยาเสพติด/สุขภาพจิตเท่านั้นที่มีความรู้และทักษะดังกล่าว โดยพบว่ามีจิตแพทย์ปฏิบัติงานอยู่เพียงร้อยละ 8.3 ของโรงพยาบาลทั้งหมดและอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 และ F2 ยังมีแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสาขาสุขภาพจิตชุมชนปฏิบัติงาน (ร้อยละ 37.5 และร้อยละ 31.3 ตามลำดับ) และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ร้อยละ 31.3 และร้อยละ 30.9 ตามลำดับ) ส่วนพยาบาลสุขภาพจิต/ยาเสพติดมีปฏิบัติงานอย่างน้อยหนึ่งคนเกือบทุกโรงพยาบาล ในขณะที่นักจิตวิทยามีจำนวนไม่เพียงพอ สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลสุขภาพจิต/ยาเสพติดเป็นอัตรากำลังหลักที่สำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการในโรงพยาบาล

ผลลัพธ์การดำเนินงานจากข้อสั่งการการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้มีปัญหาการติ่มสุรา ให้สถานพยาบาลทุกระดับดำเนินการคัดกรองผู้มารับบริการสุขภาพพร้อมให้การบำบัดแบบสั้นและลงข้อมูลในระบบ 43 แฟ้ม (แฟ้มที่ 41 special PP) และให้มีการกำกับติดตามจากข้อมูล HDC พบผลลัพธ์การขับเคลื่อนที่ชัดเจน คือ ในปีงบประมาณ 2562 มีผู้มีปัญหาการติ่มสุราได้รับการคัดกรองและให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นจากปี 2561 ถึง 5 เท่า และมีผู้มีปัญหาการติ่มสุราได้รับการแนะนำปรึกษาแบบสั้นและได้รับการส่งต่ออย่างไรก็ตาม พบว่า บุคลากรมีความรู้และใช้แบบคัดกรองปัญหาสุราแต่มีการบันทึกข้อมูลรหัสการคัดกรองเพียงร้อยละ 57.9 และให้คำปรึกษา/บำบัดแบบสั้นร้อยละ 55.9

การคัดกรอง special PP มีประโยชน์ในการติดตามปัญหาการติ่มสุราและวางแผนการจัดระบบบริการรายพื้นที่ (อำเภอ/จังหวัด/เขต/ประเทศ) การกำหนดให้การคัดกรองและบำบัดแบบสั้นเป็นตัวชี้วัดการรับรองปฏิบัติราชการของกรมควบคุมโรคและการมีขั้นตอนกำกับติดตามประเมินผลระดับเขตสุขภาพและระดับพื้นที่ ส่งผลลัพธ์ต่อการเข้าถึงที่ดีขึ้นชัดเจน ทั้งนี้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในสถานศึกษา สถานประกอบการ และชุมชน พัฒนาองค์ความรู้ด้านงานคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการติ่มสุรา ประสานการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย จัดระบบการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการติ่มสุราให้มีประสิทธิภาพ และควบคุม กำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานการคัดกรอง ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม (แฟ้ม 41 special PP) และบูรณาการหน่วยบริการของโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยง

การศึกษานี้วิเคราะห์การดำเนินงานขับเคลื่อนแนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการติ่มสุราในพื้นที่จังหวัดตัวแทนสุขภาพเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกอย่างเจาะจง โดยเป็นจังหวัดที่มีความพร้อมในการดำเนินงานอยู่แล้ว จึงอาจไม่สะท้อนถึงขนาดปัญหา

การดื่มสุราและระบบบริการในระดับประเทศ และผู้ตอบแบบสอบถามเป็นบุคลากรผู้รับผิดชอบงานบริการสุราของหน่วยงานซึ่งมีความหลากหลายในวิชาชีพและประสบการณ์การทำงาน

สรุป

อัตราการเข้าถึงบริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราระหว่างปีงบประมาณ 2560 - 2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามภาพรวมทั้งประเทศยังมีช่องว่างของการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 90 โรงพยาบาลทุกระดับสามารถคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราได้เกือบทุกจุดบริการ อัตราการเข้าถึงที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการคัดกรองดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสุขภาพจิต/ยาเสพติด ซึ่งมีการปฏิบัติงานครอบคลุมเกือบทุกโรงพยาบาล ในขณะที่บุคลากรวิชาชีพอื่นยังมีไม่เพียงพอสะท้อนถึงอัตราการเข้าถึงที่จำกัดและภาระงานที่มาก จำเป็นต้องจัดระบบการสนับสนุนที่เหมาะสม

การดำเนินงานแนวปฏิบัติและการบันทึกข้อมูลในระบบ 43 แฟ้ม (แฟ้มที่ 41 special PP) ร่วมกับการกำหนดตัวชี้วัดระดับเขตฯ และพื้นที่ สามารถกระตุ้น ผลักดัน และเพิ่มคุณภาพการคัดกรองและให้คำปรึกษาผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการและการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการได้เพิ่มขึ้น และสามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้วางแผนการดูแลต่อเนื่องได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. ขนิษฐา กุศลิสกุล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, ณัฐพัชร มรรคา, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. ภาระโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 [The burden of mental and alcohol/substance use disorders in Thailand 2014]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;26(1):1-15.
2. แผนงานการพัฒนาดัชนีภาวะทางสุขภาพเพื่อการพัฒนา นโยบาย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 [Report on the burden of disease and injuries of population of Thailand, 2014]. นนทบุรี: แผนงาน; 2560.
3. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสินี, สวาทริ อัยณางค์กรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(1):1-19.
4. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานงบประมาณในการให้บริการบำบัดฟื้นฟูเพื่อเลิกสุรา แผนงานป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษายาเสพติดงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2559 [Budget report on rehabilitation services for alcohol cessation, anti-suppression and drug treatment plan, budget expenditure for the year 2016]. นนทบุรี: สำนัก; 2560.
5. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ. 2004;82(11):858-66.
6. Schmidt LA. Recent development in alcohol service research on access to care. Alcohol Res. 2016;38(1):27-33.
7. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา [Guidelines for screening and rehabilitation of people with alcohol problems]. นนทบุรี: อนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์; 2561.

8. Yamane T. Statistics an introduction analysis. New York: Harper & Row; 1973.
9. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ณ กรกฎาคม 2560 [Basic information on hospitals under the office of the permanent secretary, ministry of public health as of July 2017]. นนทบุรี; กอง: 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พ.ย. 2561]. จาก: <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/57/0>
10. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
11. หทัยชนนี บุญเจริญ, บรรณธิการ. แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการผู้มีปัญหาการดื่มสุรา โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [Guidelines for improving the quality of service systems for people with alcohol use problems center hospital/general hospital, community hospital and Tambon health promoting hospital]. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา; 2557.
12. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
13. Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V, Monteiro M. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010.
14. Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2006.
15. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล, ผู้แปล. บททบทวนวิชาการเรื่อง ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ [Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems]. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2556.
16. Tuithof M, Ten Have M, van den Brink W, Vollebergh W, de Graaf R. Treatment seeking for alcohol use disorders: treatment gap or adequate self-selection? Eur Addict Res. 2016;22(5):277-85. doi:10.1159/000446822.