

งานประชุมวิชาการสุราระดับภูมิภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2566

เวลา 08.30 - 15.00 น.

ณ ห้องทุ่งศรีเมือง 2 ชั้น 3 โรงแรมเซ็นทาราอุดร





การเสวนา การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุราในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



“การเข้าสู่ระบบการบำบัดของกรมสุขภาพจิต และสิทธิของผู้เข้ารับบริการในพื้นที่รับผิดชอบ”

นายวีระพงษ์ เรียบพร

รองผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 อุดรธานี

นิยามผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย โรคต่าง ๆ ดังนี้

- 1) โรคแทรกทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด (Substance/Alcohol induced psychosis (F1x.5))
- 2) โรคร่วมทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตเภทร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด (F20.xx+F10.xx-F19.xx), กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Moods Disorder) (F3x.xx), กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder)

เป็นผู้ติด (Dependence) แล้วมีอาการผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมตามมาหรือผู้ป่วยมีภาวะความผิดปกติทางจิตใจร่วมกับการเป็นผู้เสพ/ผู้ติดสารเสพติด ทั้งนี้สมควรได้รับการดูแลร่วมกันทั้งปัญหาการใช้สารเสพติดที่ผิดปกติและภาวะความผิดปกติทางจิตใจ

ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมีลักษณะพฤติกรรม ความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ตามเกณฑ์การคัดกรองดังนี้

- 1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
- 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน
- 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย
- 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

หมายเหตุ: ปฏิบัติตามคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต (กลุ่มปัญหาสุรา/ยา/สารเสพติด)

การรับส่งต่อผู้ป่วย

การรับ Refer มาจาก รพ.ในเครือข่าย ประสาน refer IPD เพื่อ admit รพ.ที่ refer ต้องประเมิน Condition ทางกายมาก่อน โรคประจำตัวมาก่อน OPD ถีบใบส่งตัว โดยเน้นการรักษาผู้ป่วยเพื่อการดูแลช่วงภาวะถอนพิษ ขาดเหลืออาการ withdrawal แต่มี psychiatrist ร่วมตามนิยามผู้ป่วย และกรณีเกินถ้าเกินขีดความสามารถการรักษาผู้ที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดของโรงพยาบาล ช่องทางที่จะ walk in ถ้ามีอาการให้พาไป รพ.ใกล้บ้าน



ระยะเวลาการติดตาม

การติดตามผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดหลังการบำบัด อย่างน้อย 4-7 ครั้งใน 1 ปี ปฏิบัติดังนี้

ครั้งที่ 1 : หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 7 วัน

ครั้งที่ 2 : 1 เดือน

ครั้งที่ 3 : 2 เดือน

ครั้งที่ 4 : 3 เดือน

ครั้งที่ 5 : 6 เดือน

ครั้งที่ 6 : 9 เดือน

ครั้งที่ 7 : 12 เดือน

กลุ่มผู้ใช้แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่อง

- 1) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต
- 2) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดของหน่วยบริการในเขตสุขภาพ
- 3) บุคลากร/ผู้นำ/ทีมในชุมชนที่มีส่วนร่วมในการติดตามดูแลต่อเนื่อง

การติดตามดูแลต่อเนื่อง

การติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด หมายถึง การติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ทุกกลุ่มทั้งแบบผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในหลังจบกระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟู สมรรถภาพครบระยะเวลาที่กำหนด ได้รับการจำหน่ายออกจากระบบของโรงพยาบาล ซึ่งต้องติดตามให้ครบ 1 ปี โดยให้การช่วยเหลือประคับประคองให้คำแนะนำ เสริมกำลังใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติโดยไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก อย่างน้อย 1 ปี ในเขตสุขภาพที่ 8 ติดตามต่อเนื่องด้วย R8-506 Dashboard





ผลลัพธ์

- 1) จำนวนผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจนครบ 1 ปี (Retention rate)
- 2) ลดอัตราการเสพยา (Relapse) ของผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด

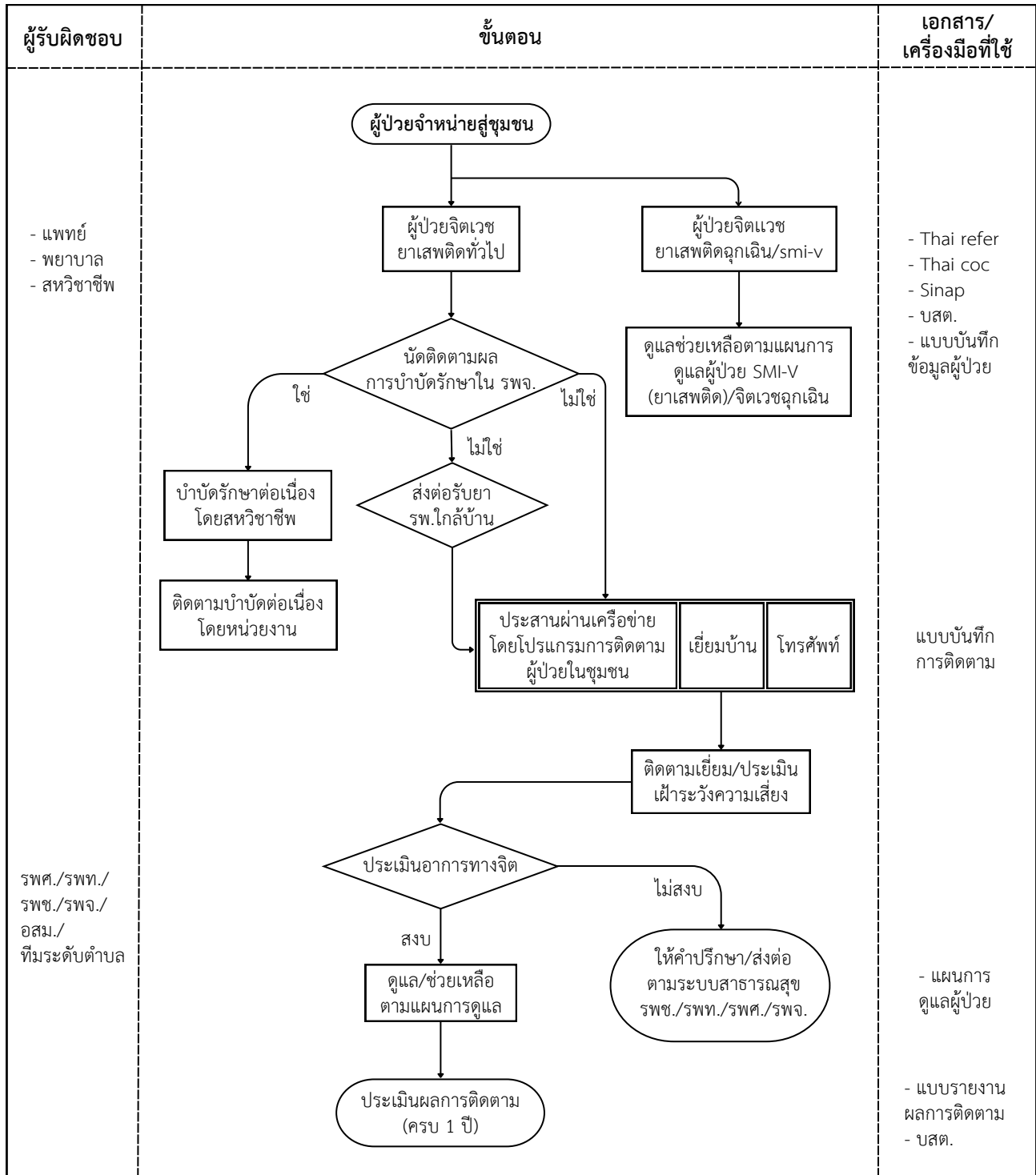
การติดตามหลังการบำบัดรักษา

การติดตามหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ส่วนใหญ่มักพบสาเหตุจากผู้ป่วยขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและไม่มาพบแพทย์ตามนัด ผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่ รวมทั้งระบบการติดตามดูแลยังขาดความต่อเนื่องและเชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่ายในพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ และก่อความรุนแรง ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นได้ รูปแบบการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยในปัจจุบัน เช่น การโทรศัพท์ การนัดพบแพทย์ การเยี่ยมบ้าน และส่งต่อเครือข่ายติดตาม โดยความรับผิดชอบหลักเป็นบุคลากรสาธารณสุขมากกว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนหากต้องการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืนได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรเครือข่ายในพื้นที่ติดตาม เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ญาติ ผู้ดูแล เป็นต้น ทั้งนี้จึงต้องพัฒนาแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือและการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว โดยมีการติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชและเครือข่ายในพื้นที่





กระบวนการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด





สถิติของผู้ใช้บริการในพื้นที่รับผิดชอบ

จังหวัด	ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ในปีที่ใช้คำนวณ	ร้อยละความชุกในคนไทย	จำนวนผู้ป่วยคาดประมาณ จากความชุกที่ได้จากการ สำรวจ (คน)(-B-)	จำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมด (คน) ที่มีทะเบียนบ้านในจังหวัด (1)+(3)=A	ร้อยละของการเข้าถึง บริการสะสม (A)/(B)x100
บึงกาฬ	326,535	3.7	12,082	2,330	19.28
หนองบัวลำภู	404,891	3.7	14,981	3,354	22.39
อุดรธานี	1,249,586	3.7	46,235	8,143	17.61
เลย	509,674	3.7	18,858	5,834	30.94
หนองคาย	412,874	3.7	15,276	3,834	25.1
สกลนคร	904,467	3.7	33,465	42,521	127.06
นครพนม	565,533	3.7	20,925	4,383	20.95
รวม	4,373,560	3.7	161,822	70,399	43.5



“การให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น แก่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน”

นางสุภาพร สัมฤทธิ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจานเตย อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

การให้คำแนะนำหรือการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน

การทำงานแก้ไขปัญหาการดื่มสุราในชุมชนในระดับปฐมภูมิ ที่ตำบลทุ่งกุลา จะเน้นไปที่การส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ในกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงน้อย จะจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และใช้โปรแกรมสติบำบัดในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง สำหรับในกลุ่มที่ดื่มแบบมีปัญหา จะส่งไปรับการบำบัดที่โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ

เมื่อคัดกรองเจอเคสที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา เบื้องต้นจะให้คำปรึกษา พูดคุย ลงเยี่ยมบ้าน หากสมัครใจเข้ารับการบำบัด รพ.สต. จะส่งต่อที่คลินิกบำบัดสุราและยาเสพติด ที่ รพ.สุวรรณภูมิ เข้าสู่กระบวนการบำบัด และถ้าเคสไหนที่ประเมินแล้ว อาจมีอาการทางจิตร่วมด้วย จะส่งพบแพทย์ และก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รพ.สต.จะเตรียมชุมชนวางแผนช่วยกันดูแลต่อ เมื่อคนไข้กลับมาอยู่บ้าน โดยได้รับความร่วมมือจากผู้นำชุมชน อสม. เทศบาลตำบลที่จะช่วยกันดูแล ทั้งเรื่องการทานยา การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่จะกลับไปดื่มหรือเสพยา และมีติดตามเยี่ยมบ้าน

แนวทางการคัดกรอง 4 ขั้นตอน

1) การคัดกรองและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น

หน่วยบริการปฐมภูมิอย่าง รพ.สต. มีความเหมาะสมในการให้บริการคัดกรองและบำบัดรักษาเบื้องต้น กลุ่มเป้าหมายประชาชน 15 ปีขึ้นไป ใช้การคัดกรองด้วยเครื่องมือแบบประเมิน AUDIT ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรมการดื่มและผลกระทบ สามารถแบ่งกลุ่มผู้ดื่มออกเป็น 4 กลุ่ม ตามระดับความเสี่ยงเพื่อจะได้รับคำแนะนำปรึกษาเบื้องต้นที่มีความเข้มข้นแตกต่างกันออกไป กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำจะได้รับคำแนะนำปรึกษาแบบสั้น ใช้โปรแกรมสติบำบัดโดยพยาบาลที่ รพ.สต. เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วยและบางรายอาจจะสิ้นสุดบริการในระดับ รพ.สต. ในขั้นตอนนี้จะเป็นการป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้อัตราความเสี่ยงไปสู่ปัญหาที่รุนแรงต่อไป

2) การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราและโรคร่วมทางกาย

ผู้ป่วยที่มีปัญหารุนแรง เช่น มีอาการถอนพิษสุรา หงุดหงิด คลื่นไส้อาเจียน เพ้อคลั่ง ประสาทหลอน เอะอะไว้วาย หรือมีปัญหาสุขภาพร่วมจะส่งต่อเพื่อเข้ารับการบำบัดที่คลินิกบำบัดสุราและยาเสพติด รพ.สุวรรณภูมิ ซึ่งจะมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและการบำบัดยาเสพติด ทั้งแพทย์และพยาบาล



3) การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ

เป็นขั้นตอนกระบวนการรักษาในระดับโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ติดสุราสามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มของตัวเองได้ มีทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

4) การดูแลระยะยาวหลังการรักษา

ในขั้นนี้ รพ.สต. จะทำหน้าที่รับช่วงการดูแลต่อหลังจากที่ผู้ป่วยผ่านกระบวนการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลแล้ว โดยจะมีการประสานส่งต่อจากโรงพยาบาล และพื้นที่ได้เตรียมชุมชนเพื่อรับผู้ป่วยกลับสู่สังคมหมู่บ้าน ซึ่งในขั้นตอนนี้จะอาศัยความร่วมมือจากภาคีในชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. สมาชิกเทศบาล ญาติ จนท.เทศบาลตำบล และคนในชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ตำรวจ บริหารจัดการ แนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พื้นที่ตำบลทุ่งกุลา มี 3 ราย ที่ให้การดูแลและเฝ้าระวังในชุมชน

ทั้ง 4 ขั้นตอนนี้มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกัน จำเป็นต้องได้ทำไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่เจอในระหว่างปฏิบัติงาน

ผู้ป่วยไม่กลับไปพบแพทย์ตามนัด ทำให้ขาดยา แก้ปัญหาโดยการลงเยี่ยมบ้าน จนท. รพ.สต. รับยามาจัดให้ และให้ อสม. ช่วยกำกับการทานยาและเตือนวันนัดที่ต้องกลับไปพบแพทย์ อปท. สนับสนุนบริการรถนำส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด

ในเชิงระบบ ประเด็นพฤติกรรมกรรมกรดื่มและปัญหายังไม่ถูกบรรจุเข้าไปในกิจกรรมการคัดกรองโรคและข้อมูลชุมชน เหมือนกับการคัดกรองโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้การทำงานเชิงรุกยังไม่ชัดเจน ซึ่งต้องอาศัยความสนใจส่วนตัวของบุคลากร

อย่างไรก็ตาม หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต.บ้านงานเตย ตำบลทุ่งกุลา ได้ให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหาต้นน้ำ คือการคัดกรองในกลุ่มประชาชนทั่วไป และจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหลายๆ กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะหยุดกลุ่มเสี่ยงไม่ให้พัฒนาไปเป็นกลุ่มมีปัญหารุนแรง และในกลุ่มปกติให้ตระหนักและใส่ใจสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งเป็นแนวร่วมในการรณรงค์ ลด ละ เลิกสุราในพื้นที่ เช่น กิจกรรมวิ่งเพื่อสุขภาพ วิ่งรณรงค์สร้างกระแสลด เหล้า กิจกรรมจิตอาสาปลูกป่า รณรงค์จัดงานบุญประเพณีปลอดเหล้า กิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษา





“ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกดื่มสุรา ของผู้ที่มาบำบัดรักษาติดสุราในจังหวัดมหาสารคาม”

ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์

อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกดื่มสุราของผู้มาบำบัดรักษาติดสุรา ในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านกิจกรรม การบำบัดผู้ติดสุรา ดำเนินการศึกษาในศูนย์บำบัดสุราโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ

- 1) ผู้มาขอรับการบำบัดรักษาติดสุราที่ศูนย์บำบัดสุราโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 288 คน วิธีการสุ่มตัวอย่างดำเนินการ ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling)
- 2) กลุ่มผู้ให้บริการบำบัดผู้ติดสุรา จำนวน 6 คน โดยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

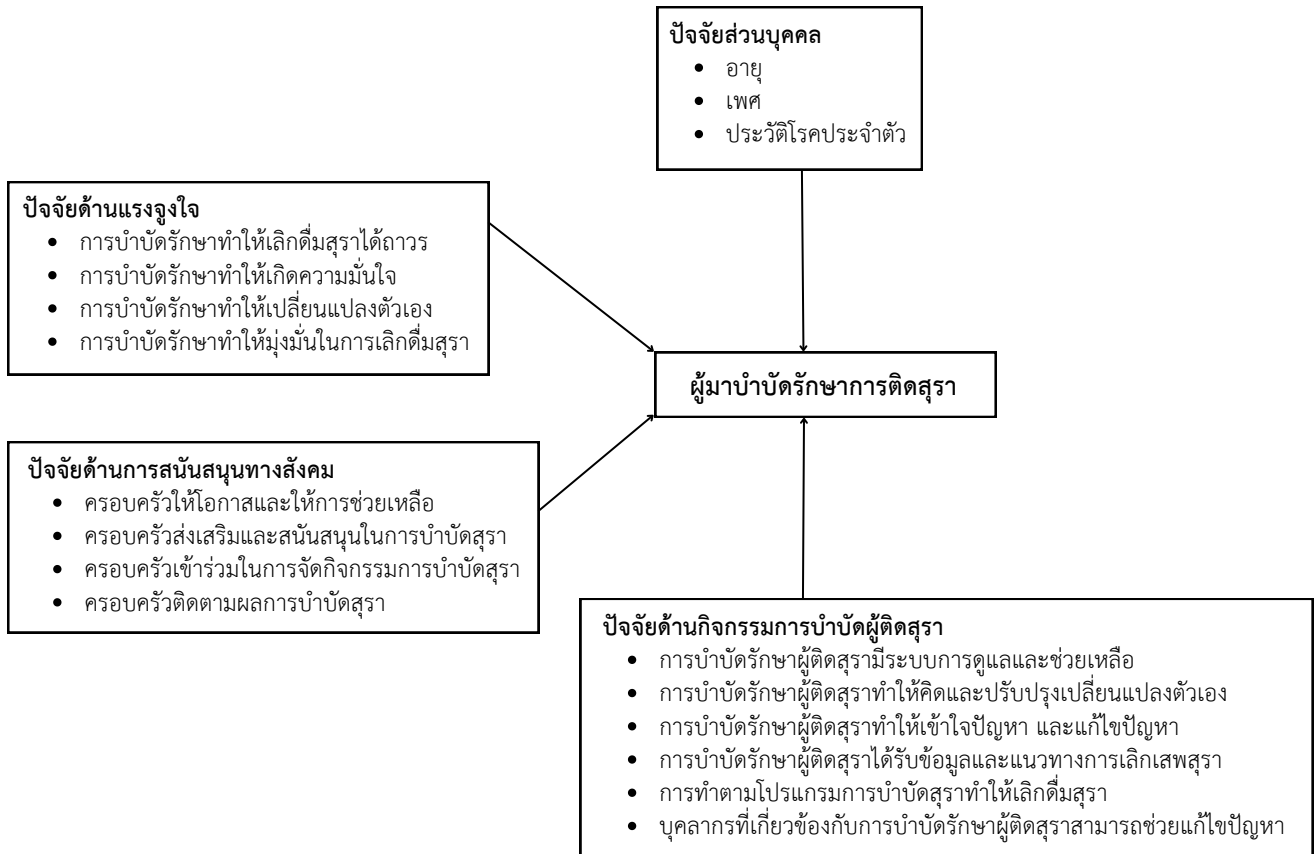
กระบวนการและวิธีการวิจัยเป็นการวิจัยย้อนหลังจากผลไปหาเหตุ (Case - Control Study) แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 2 ขั้นตอน

- **ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ** เป็นการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดตัวแปร กรอบแนวคิดในการศึกษา และเครื่องมือในการศึกษา
- **ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล** จากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ในศูนย์บำบัดสุรา โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 6 โรงพยาบาล โดยมีการจัดประชุมชี้แจงให้ผู้ประสานงานในแต่ละพื้นที่ได้เข้าใจ ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผลของการศึกษา ได้ข้อมูลมีข้อมูลปัจจัยทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกดื่มสุรา ของผู้มาบำบัดรักษาติดสุรา เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ วางแผนการแก้ไขปัญหาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา หรือไปพัฒนาโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ให้มีความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ได้





กรอบแนวคิดในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยพัฒนามาจาก ข้อความรู้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านกิจกรรมการบำบัดผู้ติดสุรา



ผลการศึกษา (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ได้รับการบำบัด และกลุ่มผู้ให้การบำบัด)

• **ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้การบำบัด**

ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในระดับโลกและประเทศ ก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อผู้ดื่มและบุคคลรอบข้าง เป็นสาเหตุสำคัญของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคตับ และอุบัติเหตุบนท้องถนนจากการดื่มแล้วขับ รวมถึงยังก่อให้เกิดผลกระทบและความเสียหายต่อผู้ที่ไม่ดื่ม และเกิดปัญหาด้านสังคม เช่น การทะเลาะวิวาท การใช้ความรุนแรง และอาชญากรรม เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันผู้ดื่มสุราเข้ามาสู่กระบวนการบำบัดค่อนข้างน้อย โดยการดูแลผู้ติดสุรายังให้ความสำคัญกับการบำบัดทางจิตสังคม เนื่องจากการรักษาด้วยยาในบริบทของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดจากราคายาที่สูง ซึ่งสาเหตุของการเข้าบำบัดรักษาน้อย ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญในการบำบัด ขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาดแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ติดสุราสามารถเลิกได้ส่วนหนึ่ง เกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการบำบัดรักษารักษาของกระทรวงสาธารณสุขมีอยู่ 4 ขั้นตอน



- 1) ขั้นตอนเตรียมการบำบัด โดยทีมแพทย์พยาบาลจะทำการตรวจประเมินสุขภาพ ให้ความรู้ ใจผู้ป่วยให้เลิกสุรา ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัด
- 2) ขั้นตอนพิษ เป็นการช่วยผู้ป่วยหยุดสุราเบื้องต้น ช่วยบรรเทาอาการถอนโดยให้ยาชดเชย และป้องกันอาการถอนรุนแรง ใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ ในผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องรับผู้ป่วยเข้าถอนพิษในโรงพยาบาล เพื่อติดตามอาการใกล้ชิด และให้ความช่วยเหลืออย่างทันที่
- 3) ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยหยุดสุราต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยทนต่ออาการอยากสุราได้ปรับตัวกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมได้ ระยะเวลาประมาณ 4 - 6 เดือน ซึ่งรูปแบบของการบำบัดแบ่งออกเป็นหลายวิธี
- 4) ขั้นติดตามผล เป็นการติดตามผลการบำบัดรักษาฟื้นฟู และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีวิถีชีวิตปกติและหยุดสุราได้อย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาประมาณ 1 - 2 ปี

• ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ได้รับการบำบัด

สาเหตุของการดื่ม ส่วนใหญ่ดื่มเพื่อผ่อนคลายหลังการทำงาน ดื่มสังสรรค์ในครอบครัว ญาติ เพื่อน ดื่มตามเทศกาลงานบุญตามประเพณี เช่น วันเกิด ขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานศพ เทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ บุญบั้งไฟ บุญกลองยาว เป็นต้น

ผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา พบปัญหาทางด้านสุขภาพ โรคเรื้อรัง การทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายในครอบครัว ชุมชน การได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในขณะเมาสุรา ทั้งอุบัติเหตุจราจรและการประกอบอาชีพ รวมถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจ รายจ่ายของครอบครัว ขาดรายได้ ขาดอาชีพ และปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องตามมา

การเข้ารับการบำบัด ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มที่เข้ารับการบำบัดมีอายุประมาณ 40 ปีขึ้นไป และสิ่งที่อยากบำบัด คือ มีปัญหาสุขภาพ ญาติครอบครัวอยากให้บำบัด ถูกสังคมและคนรอบข้างรังเกียจ

สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้รับการบำบัดบรรลุผลสำเร็จ ประกอบด้วย การมีครอบครัวสนับสนุนให้กำลังใจ ครอบครัว การสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่ม เช่น ลูก พ่อ แม่





“ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา กับ การฆ่าตัวตาย”

ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้เรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับ

1. การดื่มสุรา มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่
2. การดื่มสุรา นำไปสู่ การฆ่าตัวตาย ได้อย่างไร
3. มีวิธีป้องกัน หรือข้อเสนอแนะสำหรับครอบครัว และบุคคลรอบข้าง ในการให้ความช่วยเหลือหรือดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและมาวิเคราะห์ทางสถิติของ Isaacs และ คณะเมื่อปี ค.ศ.2022 สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล 6 แหล่ง ได้บทความวิจัย 33 ชิ้น ซึ่งมีขนาดตัวอย่าง 10,253,101 ราย (เป็นอาสาสมัครในชุมชน ผู้ป่วยจิตเวช และทหาร) พบว่าการดื่มสุราเพิ่มความเสี่ยงต่อการตายจากฆ่าตัวตายสูงถึง 94% โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อทำมาวิเคราะห์ผลรูปแบบสุ่ม (random effect model) พบว่าการใช้สุราปริมาณมาก และปัญหาการดื่มสุรา มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (odds ratios) จากน้อยจนถึงมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์พหุปัจจัยแบบมถดถอย (meta-regression) พบว่าความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับเพศหญิง อายุน้อย มีการติดตามระยะยาว เป็นทหาร ดื่มสุราบ่อยครั้งและปริมาณมาก¹

การดื่มสุรานำไปสู่การฆ่าตัวตาย ได้จากผลของสุราต่อเซลล์ประสาทและการทำงานของสมอง เพราะฤทธิ์แอลกอฮอล์ไปก่อกำหนดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางในสมอง ทำให้บกพร่องด้านพุทธิปัญญา และการยับยั้งชั่งใจ เกิดพฤติกรรมวุ่นวาย หุนหันพลันแล่น ทำอะไรโดยไม่ทันคิดให้รอบคอบ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ (emotional dysregulation) เชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้า หรืออาการโรคจิต หวาดระแวงและประสาทหลอน คิดอยากตาย ซึ่งเป็นผลกระทบจากปัญหาการดื่มสุราที่ทำให้ทำงานไม่ได้ เสียงาน เสียเงิน ทะเลาะกับคนในครอบครัวมีความรุนแรง หรือต้องแยกทางหย่าร้าง สุขภาพทรุดโทรม ไม่มีคนดูแล ยิ่งเศร้าก็ยิ่งดื่มหนัก จนขาดสติ คิดฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรง เช่น แขนวนคอ ยิงตัวตาย หรือโดดสะพานหรือตึกสูง²⁻⁵





การป้องกันหรือขอแนะนำสำหรับครอบครัว และบุคคลรอบข้าง ในการให้ความช่วยเหลือหรือดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา คือให้ความสำคัญและตระหนักถึงสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ในผู้มีปัญหาดื่มสุรา ได้แก่

1) คำพูด บอกว่ามีความทุกข์ทรมานหรือเจ็บปวดสุดจะทน ตนเป็นภาระให้คนรอบข้าง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่มีทางออก หมดหวัง อยากฆ่าตัวตาย

2) พฤติกรรมแสดงออก ดื่มสุรามากขึ้น ทำอะไรเสี่ยง ๆ บ้าบิ่น ก้าวร้าว แยกตัวจากครอบครัวและเพื่อน ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยทำหรือชอบทำ ค้นหาวิธีการฆ่าตัวตายหรืออาวุธที่จะทำร้ายตนเองจากสื่อทางไกล หรือสื่อสิ่งพิมพ์ นอนมากเกินไปหรือไม่นอน ไปเยี่ยมหรือโทรหาเพื่อนเพื่อบอกลา บริจาคร่างกายหรือสิ่งมีค่าให้กับคนรอบข้าง

3) อารมณ์ เศร้า วิตกกังวล เบื่อ หงุดหงิด โมโหรุนแรง รู้สึกเสียหน้า ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกผิดเมื่อพบหรือสิ่งกระตุ้นสัญญาณเตือน อย่าเพิกเฉย ละเลย ไม่สนใจ เพราะเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ ควรเข้าหาผู้ป่วย พูดจาด้วยความเข้าใจเห็นใจ อ่อนโยนสุภาพ และคอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จัดเก็บของมีคม เข็ม สารเคมี ยาฆ่าแมลง หรือสิ่งของอื่นที่อาจถูกนำมาใช้เป็นอาวุธ เก็บไว้ในตู้ล็อกกุญแจ ขอความช่วยเหลือจากสายด่วนสุขภาพจิต 1323 กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน ช่วยพาไปพบบุคลากรสุขภาพเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันการณ์⁶

เอกสารอ้างอิง

1. Isaacs, J. Y., Smith, M. M., Sherry, S. B., Seno, M., Moore, M. L., Stewart, S. H. Alcohol Use and Death by Suicide: A Meta-Analysis of 33 Studies. *Suicide Life Threat Behav.* 2022;52:600-14.
2. Hsu, W. Y., Chang, T. G., Chang, C. C., Chiu, N. Y., Lin, C. H., Lane, H. Y. Suicide Ideation among Outpatients with Alcohol Use Disorder. *Behavioural neurology.* 2022;2022:4138629.
3. Szczypiński, J., Jakubczyk, A., Kopera, M., Trucco, E., Wojnar, M. ImpulsivityScale-12 and Its Utilization in Alcohol Use Disorder. *Drug and alcohol dependence.* 2021;225:108809.
4. Yuodelis-Flores, C., Ries, R. K. Addiction and Suicide: A Review. *The American journal on addictions.* 2015; 24:98-104.
5. Crossin, R., Cleland, L., McLeod, G. F., Beautrais, A., Witt, K., Boden, J. M. The Association between Alcohol Use Disorder and Suicidal Ideation in a New Zealand Birth Cohort. *Aust N Z J Psychiatry.* 2022;56:1576-86.
6. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, World Health Organization, 2014.



เวทีแลกเปลี่ยนจังหวัดน่านอง SAFER Thailand



“มาทำความรู้จัก SAFER Thailand”

นพ.นิพนธ์ ชินานนท์เวช

ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

SAFER กรอบนโยบายขององค์การอนามัยโลกเพื่อสร้างสังคมปลอดภัยจากปัญหาผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เริ่มใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2561 เป็นเครื่องมือที่จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) คณะทำงานอย่างเป็นทางการแห่งสหประชาชาติเรื่องโรคไม่ติดต่อ (UN INTERAGENCY TASK FORCE ON NCDs) องค์กร NGO ระหว่างประเทศ IOGT INTERNATIONAL แนวร่วมโรคไม่ติดต่อ (NCD Alliance) องค์กร NGO Vital Strategies เครือข่ายแอลกอฮอล์ระดับโลก (Global Alcohol policy Alliance) วัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนประเทศสมาชิกในการลดการตาย การเจ็บป่วย และการบาดเจ็บ ที่มีสาเหตุจากการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเป็นอันตราย เพิ่มความเข้มแข็งของยุทธศาสตร์โลกในการลดอันตรายจากแอลกอฮอล์ (The Global strategy to reduce the harmful use of alcohol) และใช้ SAFER ร่วมกับเครื่องมืออื่นขององค์การสหประชาชาติ (United Nations) เช่น แผนปฏิบัติการโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เป้าหมายการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCD 9 Global targets) เป้าหมายที่ 2 ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงร้อยละ 10 และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) เป้าหมาย 3.5 เสริมการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใชยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางอันตราย โดยกำหนดมาตรการที่มีประสิทธิภาพ คุ้มทุนสูง ส่งผลกระทบในการปกป้องสุขภาพของประชากรจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อ้างอิงตามหลักฐานวิชาการ มีหลักการปฏิบัติโดยมุ่งมั่นดำเนินนโยบาย (Implementation) ตามแนวทาง SAFER ในระดับประเทศ มีการกำกับติดตาม (Monitoring) ที่เข้มแข็งสนับสนุนการดำเนินนโยบายทำให้เกิดการตรวจสอบ และติดตามความก้าวหน้า และการปกป้อง (Protection) เอกภาพของนโยบายและมาตรการหลักเพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุข และปกป้องการแทรกแซงของธุรกิจแอลกอฮอล์ที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ทางการค้า





SAFER ประกอบด้วย 5 มาตรการหลัก ดังนี้

- 1) การสร้างความเข้มแข็งในการควบคุม และจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางกายภาพ (Strengthen restrictions on alcohol availability)
- 2) ยกระดับและบังคับใช้มาตรการควบคุมพฤติกรรมขับขี่ยานพาหนะหลังการดื่ม (Advance & enforce drink driving counter measures)
- 3) เสริมการเข้าถึงบริการคัดกรอง บำบัดแบบสั้น และบำบัดรักษาผู้มีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุรา (Facilitate access to screening, brief interventions & treatment)
- 4) บังคับใช้กฎหมายห้าม หรือจำกัดการโฆษณา การให้ทุนอุปถัมภ์ และการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Enforce bans or comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship, & promotion)
- 5) ขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านระบบภาษีสรรพสามิต และมาตรการทางด้านราคาอื่นๆ (Raise prices on alcohol through excise taxes & pricing policies)

ประเทศไทยได้นำนโยบาย SAFER มากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 – 2570) โดยกำหนดมาตรการสำคัญในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับประเทศไทย เป้าหมายเพื่อควบคุมขนาดและความรุนแรงของปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 7 กลยุทธ์ ได้แก่

- กลยุทธ์ที่ 1 ควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- กลยุทธ์ที่ 2 ควบคุมพฤติกรรมการขับขี่หลังการดื่ม
- กลยุทธ์ที่ 3 คัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากสุรา
- กลยุทธ์ที่ 4 ควบคุมการโฆษณา ส่งเสริมการขาย และการให้ทุนอุปถัมภ์
- กลยุทธ์ที่ 5 ขึ้นราคาผ่านระบบภาษี
- กลยุทธ์ที่ 6 สร้างค่านิยมเพื่อลดการดื่ม
- กลยุทธ์ที่ 7 ระบบสนับสนุนและบริหารจัดการที่ดี



และเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงเกิดเครือข่าย SAFER Thailand โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อขับเคลื่อนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้บรรลุตามแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 – 2570) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบนโยบายขององค์การอนามัยโลก SAFER เริ่มต้นจากการประสานความร่วมมือกันของสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา และศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน



โดยมีแนวคิดในการริเริ่มโครงการ 5 จังหวัดนำร่อง จังหวัดปลอดภัยด้วยนโยบายแอลกอฮอล์ (SAFER Province) ในจังหวัดเชียงราย ศรีสะเกษ ฉะเชิงเทรา นครศรีธรรมราช และปัตตานีโดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- 1) เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด
- 2) เพื่อผลักดันให้เกิดกลไกจังหวัดที่เข้มแข็งในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 3) เพื่อระดมทุนทางสังคม/ งบประมาณสนับสนุนการทำงานในพื้นที่แบบมีเป้าหมายร่วมกัน
- 4) เพื่อให้เกิดโครงสร้างการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ชัดเจนในพื้นที่
- 5) เพื่อให้เกิดการบูรณาการกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 6) เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

โดยมีเป้าหมายสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยประยุกต์ใช้แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 – 2570) ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เพื่อเป็นต้นแบบในการขยายผลให้ครอบคลุมทั่วประเทศ





ติดตามข่าวสารและเอกสารวิชาการด้านแอลกอฮอล์ได้ที่

เว็บไซต์ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

<https://cas.or.th/>

ระบบฐานข้อมูลแอลกอฮอล์ไทย

<https://alcoholstudy.in.th/>

เพจเฟซบุ๊กศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

<https://www.facebook.com/cas.org.th>

ติดต่อสอบถาม 074-451165, 083-5775533