

การพัฒนางานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ สำหรับผู้บริโภคสารเสพติดในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ

Thailand ASSIST Screening and Brief Intervention Implementation



สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)

การพัฒนางานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ สำหรับผู้บริโภคสารเสพติดในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ

Thailand ASSIST Screening and Brief Intervention Implementation



สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.)

การพัฒนางานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ สำหรับผู้โดยสารเสพติดในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ

Thailand ASSIST Screening and Brief Intervention Implementation

ISBN : 978-616-11-1583-8

เรียบเรียงโดย

รศ.ดร.พญ. สาวิตรี อึ้งฉางค์กรชัย

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ดำเนินงานโครงการฯ โดย

เครือข่ายวิชาการ วิจัยและข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90112

โทรศัพท์ 0 7428 6947 โทรสาร 0 7428 6963

พิมพ์ เผยแพร่ และสงวนลิขสิทธิ์โดย

แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)

ชั้น 2 อาคารฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลสวนปรุง

เลขที่ 131 ถนนช่างหล่อ ตำบลห้วยยา อำเภอมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0 5328 0228 ต่อ 60236, 60525 โทรสาร 0 5327 3201

มือถือ 08 0491 0505, 08 0500 2140

www.i-mapthailand.org

สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)

แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน

เครือข่ายวิชาการ วิจัยและข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พิมพ์ครั้งที่ 1 : พฤษภาคม 2556

จำนวน : 122 หน้า

จำนวนที่พิมพ์ : 3,000 เล่ม

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

ข้อมูลการค้นคว้า :

สาวิตรี อึ้งฉางค์กรชัย. การพัฒนางานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้โดยสารเสพติดในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ.

เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2556.

ร่วมเขียน/ร่วมงาน

รศ.พญ. สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร. จุฑารัตน์ สติปัญญา

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผศ.ดร. ขวัญตา บาลทิพย์

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นางอุไรวรรณ พัฒนสัตยวงศ์

งานส่งเสริมสุขภาพและอาชีวอนามัย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

นายแพทย์ชาญชัย ธงพานิช

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

นางจันทร์เพ็ญ มูลศรี

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

นางโสภิตา ดาวสไต

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

นางสาวกณณิกา สิทธิพงษ์

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

นางสาววาริศา ชูแก้ว

เครือข่ายวิชาการ วิจัยและข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ่ายทอด ไม่ว่าด้วยรูปแบบหรือวิธีการใดๆ ด้วยกระบวนการทางอิเล็กทรอนิกส์ การถ่ายภาพ การบันทึก การสำเนา หรือวิธีการอื่นใดเพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนเอกสารได้ที่แผนงาน ผรส. โทรศัพท์ 0 5328 0228 ต่อ 60236, 60525 โทรสาร 0 5327 3201 หรือดาวน์โหลดข้อมูลได้ที่ www.i-mapthailand.org

คำนิยาม

งานบริการดูแลรักษาผู้ป่วยจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด เป็นงานที่สำคัญงานหนึ่งในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ทั้งนี้เพราะมีผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดเหล่านี้จำนวนมาก ซึ่งส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมตามมาอย่างใหญ่หลวง นักวิชาการและบุคลากรสุขภาพในนานาประเทศจึงได้ให้ความสนใจกับการพัฒนาวิธีการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาเหล่านี้เป็นอย่างมาก จากแนวคิดของงานสาธารณสุขสมัยใหม่ที่เน้นการป้องกันก่อนเกิดโรค การค้นหาผู้ที่มีปัญหาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก่อนที่โรคหรือความเจ็บป่วยนั้นจะลุกลามไป การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและเหมาะสมตามหลักวิชาการ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันผลแทรกซ้อนจากการเกิดโรค ทำให้มีการพัฒนามาตรการในการป้องกันในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิที่มีประสิทธิภาพสำหรับปัญหาการใช้สารเสพติดออกมามากมาย การคัดกรองและบำบัดอย่างย่อด้วยเครื่องมือ ASSIST ขององค์การอนามัยโลกเป็นหนึ่งในมาตรการป้องกันระดับทุติยภูมิที่มีประสิทธิภาพ และได้รับการยอมรับให้ใช้กันอย่างแพร่หลายในหลายๆ ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก

สำหรับในประเทศไทย การที่ทีมวิจัยของโครงการพัฒนาระบบบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ที่ใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในงานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในประเทศไทย ได้ริเริ่มและดำเนินงานพัฒนาดังกล่าวนี้นั้นมาในพื้นที่นำร่องของจังหวัดสงขลาและขอนแก่น จึงนับว่าเป็นก้าวที่สำคัญสำหรับประเทศ ทำให้ประเทศไทยได้รู้จักเครื่องมือคัดกรอง ASSIST ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายและมีประโยชน์อย่างมากในการค้นหาและจำแนกระดับความเสี่ยงของปัญหาจากการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ และเป็นการพัฒนาบุคลากรสุขภาพในการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ รวมทั้งการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยต่อไปในระยะยาว และช่วยลดปัญหาสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย ด้วยความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และความตั้งใจมุ่งมั่นของทีมวิจัย ความเสียสละและความร่วมมือของบุคลากรสุขภาพที่ร่วมโครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลและนักวิชาชีพสาธารณสุข วิทยาลัยศัลยกรรมและการสนับสนุนของผู้บริหารในระดับโรงพยาบาลและพื้นที่ ทำให้งานในโครงการนี้สำเร็จออกมาด้วยดี และเป็นตัวอย่างของการทำงานพัฒนางานบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบที่สำคัญงานหนึ่งของประเทศไทย

ในหนังสือเล่มนี้นอกจาก รศ.ดร.พญ. สาวิตรี อัมมฉัตรชัย ผู้เขียนและทีมวิจัยจะถ่ายทอดประสบการณ์ที่ได้จากการทำงานในโครงการนี้ ยังมีเนื้อหาที่น่าสนใจเกี่ยวกับแนวคิดและความรู้พื้นฐานในการพัฒนางานขึ้นใหม่ในระบบงานประจำ เช่น แนวคิดของทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม (Diffusion of innovation theory) กระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเป็นวงจร (Plan-Do-Check-Act; PDCA) การจัดการแบบหลากหลายรูปแบบ (multifaceted approach) รวมทั้งตัวอย่างบทเรียนการจัดบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้มีปัญหาสารเสพติดในต่างประเทศ จึงเป็นหนังสือที่เป็นประโยชน์และน่าสนใจอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรสุขภาพทุกระดับ นักวิชาการ นักวิจัย และนักพัฒนางานสาธารณสุขในประเทศไทย เป็นตัวอย่างของการประยุกต์ใช้ความรู้ทางทฤษฎี และหลักฐานวิชาการในการพัฒนาและทำงานที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

ในฐานะประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางของแผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสียสละชีพในชุมชน ภายใต้สำนักสนับสนุนการสร้างสุขภาวะและลดปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผมขอแสดงความชื่นชมและขอบคุณในความเพียรพยายามของ รศ.ดร.พญ. สาวิตรี อัจฉนาภค์กรชัย และคณะ ที่ได้ดำเนินงานในโครงการนี้และถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ออกมาในหนังสือเล่มนี้ ทาง สสส. พร้อมทั้งจะสนับสนุนต่อไปสำหรับงานพัฒนาในระบบสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติ



ศาสตราจารย์นายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม

ที่ปรึกษาคณะกรรมการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางของแผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสียสละชีพในชุมชน
และประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางของแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรา (ผรส.)
สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

คำนิยม

ผมเคยนึกฝันว่าสักวันหนึ่งผู้ป่วยหรือผู้มีปัญหาเกี่ยวกับสุราหรือสารเสพติดที่มาหาเราที่สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข จะได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและมีหลักวิชาการมากกว่าดูแลไปตามความรู้ความสามารถของผู้รักษา ซึ่งแตกต่างไปตามความสนใจ

ต้องขอขอบคุณอาจารย์สาวิตีและคณะที่ช่วยกันศึกษา ค้นคว้า ดำเนินการจนได้เอกสารวิชาการเรื่อง การพัฒนางานบริการ คัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้บริโภคสารเสพติดในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ เล่มนี้ ซึ่งจะเป็ต้นแบบให้มีการพัฒนา การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป



นพ.มล. สมชาย จักรพันธุ์

กรรมการกำกับทิศทางแผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชน

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

และอดีตอธิบดีกรมสุขภาพจิตและกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

คำนิยม

“The introduction and scale up of Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) is an important moment for Public Health in Thailand. Recognising and responding within general health and welfare settings to the burden of harm caused by substance use disorders exemplifies a commitment to evidence-based practices that will provide a cost-effective early intervention response. I wish you every success in this endeavour.”



Robert Ali

Director

DASSA WHO Collaborating Centre for the Treatment of Drug and Alcohol Problems
Discipline of Pharmacology, School of Medical Sciences, University of Adelaide
South Australia, AUSTRALIA

กิตติกรรมประกาศ

งานในโครงการพัฒนาระบบบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในงานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในประเทศไทยเกิดขึ้น ดำเนินงาน และสำเร็จลงได้ด้วยการสนับสนุนของทีมงานและหน่วยงานต่างๆ มากมาย ขอได้รับการขอบคุณด้วยความจริงใจ

ผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อำเภอควนเนียง และอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา อำเภอพระยืน อำเภอชุมแพ และอำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น ให้พื้นที่ทำงาน ให้ข้อมูล ร่วมคิด ร่วมทำงาน และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่โครงการ

Associate Professor Robert Ali, Director, Dr. Sonali Meena และ Dr. Racheal Humeniuk, Senior Project Officer & International Coordinator, ASSIST, WHO Collaborating Centre for Research in the Treatment of Drug and Alcohol Problems, Drug and Alcohol Services South Australia, The University of Adelaide, Adelaide SA 5005, Australia ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อตามแนวทางของ WHO ASSIST และคำแนะนำสำหรับการดำเนินงานในโครงการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์อดมศิลป์ ศรีแสงนาม ที่ปรึกษาคณะกรรมการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางของแผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชน และแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) ภายใต้สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ นายแพทย์หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธ์ อดีตอธิบดีกรมสุขภาพจิตและกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรรมการกำกับทิศทาง แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชน ให้ข้อคิดเห็นและความเห็นชอบในการดำเนินโครงการตั้งแต่เริ่มต้น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ ดร.อภิรักษ์ อร่ามรัตน์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และศาสตราจารย์นายแพทย์ ดร.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นที่ปรึกษาโครงการ ช่วยทบทวนโครงการและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างต่อเนื่อง

แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ ผู้จัดการแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) และแผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพสารเสพติดในชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการทบทวนโครงการ ผลักดัน สนับสนุนจนได้รับทุนครั้งนี้ และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งทีมบุคลากรของ ผรส. ที่ช่วยในการประสานงานและสนับสนุนการบริหารจัดการโครงการนี้ด้วย

สุดท้าย ขอขอบคุณประชาชน ผู้ป่วย และญาติในอำเภอต่างๆ ผู้ร่วมในการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ ที่ให้ข้อมูลในการประเมินผลโครงการ ช่วยทำให้คณะทำงานเข้าใจบริบทของงานบริการสุขภาพในประเทศไทยมากยิ่งขึ้น

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร	XII
วิธีการดำเนินงาน	XIII
ผลการดำเนินงาน	XIII
ก่อนจะเริ่มงาน Thailand ASSIST-SBI Implementation	1
• ประชากรไทยใช้สารเสพติดมากน้อยเพียงใด	3
• ASSIST คืออะไร	4
• ASSIST พัฒนามาได้อย่างไร	5
• ASSIST ถูกนำมาใช้ในประเทศไทยตั้งแต่เมื่อไร	6
• ทำไมต้องคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ	10
• ใครควรเป็นคนทำการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ	11
• มีหลักฐานทางวิชาการอะไรบ้างที่ยืนยันว่าการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ สำหรับผู้มีปัญหายาเสพติดมีประสิทธิภาพ	12
• ตัวอย่างโครงการพัฒนางานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้มีปัญหายาเสพติดในต่างประเทศ	14
• การคัดกรองและบำบัดอย่างย่อในแผนฉุกเฉิน	15
หลักการและกลยุทธ์ในการทำงาน	17
• การพัฒนางานบริการด้านสารเสพติดควรคำนึงถึงอะไรบ้าง	19
• ปัจจัยด้านผู้ให้และผู้รับบริการ ในบริบทของการให้บริการด้านสารเสพติดที่ควรคำนึงถึง	20
• โครงการวิจัยและพัฒนาแบบ Action research เป็นอย่างไร	21
• ในการนำเครื่องมือหรือบริการใหม่เข้ามาใช้ในประเทศ ควรจะต้องคำนึงถึงปัจจัยอะไรบ้าง	22
• วงจรการพัฒนาคุณภาพงานเป็นอย่างไร	26
• การดำเนินงานแบบหลากหลายรูปแบบ (Multifaceted approach) เป็นอย่างไร	31
• จะประเมินได้อย่างไรว่าโครงการใดมีประสิทธิภาพ	32
เตรียมการ-ดำเนินงานจนเปิดบริการ ASSIST-SBI	35
• การประชุมสัมมนาผู้นำทางความคิดและผู้มีบทบาทหลักในงานบำบัดรักษาสารเสพติด (KOL & KA Meetings)	36
• การฝึกอบรมและประชุมวิชาการ	40
• การเตรียมเครื่องมือและเอกสารประกอบ	49
• การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของสถานบริการสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการ	51
• การสนับสนุนและกำกับดูแลการจัดบริการ ASSIST-SBI	51

ผลการดำเนินงาน	53
• ตารางที่ 4.1 ผลการดำเนินงานคัดกรอง ASSIST ในพื้นที่ศึกษา	54
• ตารางที่ 4.2 ผลการคัดกรองและการบำบัดอย่างย่อ จำแนกตามประเภทสารเสพติดในพื้นที่ศึกษา	55
• ภาพที่ 4.1 การเปลี่ยนแปลงของคะแนน ASSIST หลังได้รับการบำบัดอย่างย่อหรือคำแนะนำอย่างง่าย ในระยะเวลาสามเดือน ในผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง	56
• ภาพที่ 4.2 ความถี่ของการใช้สารเสพติดเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับการบำบัดอย่างย่อหรือคำแนะนำอย่างง่ายในระยะเวลาสามเดือน ในผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง	57
• ปัญหาและอุปสรรค ประโยชน์ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ	58
• ประโยชน์ของการทำ ASSIST-SBI	59
• ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการ	60
ผลการดำเนินงานในโครงการ Thailand ASSIST-SBI Implementation รายอำเภอ	61
• อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา	62
- ผลการดำเนินงานในโครงการฯ ของอำเภอควนเนียง	63
- ภาพที่ 5.1 ผังไหลแสดงการให้บริการ ASSIST-SBI ของโรงพยาบาลควนเนียง	64
- ผลการดำเนินงานคัดกรอง ASSIST ในโรงพยาบาลควนเนียง	65
- ผลการดำเนินงานในระดับ รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอควนเนียง	65
• อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา	66
- ผลการดำเนินงานในโครงการฯ ของอำเภอจะนะ	68
- ขั้นตอนการให้บริการคัดกรองผู้ป่วยสารเสพติดด้วย ASSIST ของโรงพยาบาลจะนะในปัจจุบัน	69
- สรุปผลของการดำเนินงานคัดกรอง ASSIST ในโรงพยาบาลจะนะ	70
- ผลการคัดกรองในอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน อำเภอจะนะ	71
• อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น	72
- ผลการดำเนินงานในโครงการฯ ของอำเภอพระยืน	73
- ภาพที่ 5.2 ผังไหลแสดงการให้บริการ ASSIST-SBI ของโรงพยาบาลพระยืน	74
- ภาพที่ 5.3 ผังไหลแสดงการให้บริการ ASSIST-SBI ของ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอพระยืน	75
- ผลการดำเนินงานคัดกรอง ASSIST ในโรงพยาบาลพระยืน	76
- ผลการดำเนินงานในระดับ รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอพระยืน	76
• อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น	77
- ผลการดำเนินงานในโครงการฯ ของอำเภอชุมแพ	78
- ผลการดำเนินงานคัดกรอง ASSIST ในโรงพยาบาลชุมแพ	79
- ผลการดำเนินงานในระดับ รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอชุมแพ	79

• อำเภอลำสูง จังหวัดขอนแก่น	80
- ผลการดำเนินงานในโครงการฯ ของอำเภอลำสูง	81
- ภาพที่ 5.4 ผังไหลแสดงการให้บริการ ASSIST-SBI ของโรงพยาบาลลำสูงและ รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอลำสูง	82
- ผลการดำเนินงานคัดกรอง ASSIST ในโรงพยาบาลลำสูง	83
- ผลการดำเนินงานในระดับ รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอลำสูง	83
ผลการประเมินโครงการ	85
• ทำไมต้องประเมิน	86
• ประเมินอะไร	86
• ประเมินอย่างไร	86
• ผลการประเมินเป็นอย่างไร	87
- ตารางที่ 6.1 ความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพต่อการทำ ASSIST-SBI	92
- ตารางที่ 6.2 ความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติต่อการให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด	93
- มีปัจจัยอะไรบ้างที่เอื้อในงานนี้สู่ความสำเร็จ	94
สรุปและก้าวต่อไป	97
• สถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมในการจัดบริการ ASSIST-SBI ควรมีลักษณะอย่างไร	99
• ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	100
บรรณานุกรม	102

บทสรุปผู้บริหาร

ในปัจจุบันการใช้สารเสพติดทั้งสุรา ยาสูบ สารเสพติดผิดกฎหมาย และยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย จัดเป็นปัญหาสำคัญทั้งในด้านสาธารณสุขและสังคมในประเทศไทย โดยในปี พ.ศ.2555 รัฐบาลถือว่าปัญหาสารเสพติดเป็นวาระแห่งชาติที่จะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาย่างจริงจัง งานบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด จัดว่าเป็นส่วนสำคัญของการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ขั้นตอนที่สำคัญในการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดคือ การคัดกรอง ประเมิน และวินิจฉัยปัญหาหรือความเจ็บป่วยให้ถูกต้อง และจัดการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับลักษณะและความรุนแรงของปัญหา จากการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของงานสาธารณสุขในประเทศไทยเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก จากการตั้งรับและเน้นที่การดูแลรักษาผู้ป่วยมาเป็นการเน้นที่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ทำให้งานคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดตั้งแต่ระยะเสี่ยงอันตรายก่อนที่จะมีภาวะติดสุราหรือสารเสพติดได้รับความสนใจมากขึ้น

ASSIST เป็นคำย่อของ Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test หรือแบบคัดกรองประสบการณ์ในการดื่มสุรา การใช้ยาสูบ และสารเสพติดตัวอื่นๆ เช่น กัญชา โคเคน ยาบ้า ยาหล่อมประสาท ยาหลอนประสาท สารระเหย ผื่น และยาอื่นๆ ASSIST เป็นเครื่องมือคัดกรองแบบสั้นที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดยองค์การอนามัยโลก และทีมงานนักวิจัยจากนานาประเทศ เพื่อใช้เป็นวิธีการอย่างง่ายในการตรวจคัดกรองการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดอื่นๆ ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (psychoactive substances) ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงระดับอันตราย เกิดความเสี่ยงสูง และเกิดภาวะเสพติด (hazardous, harmful, and dependent use)

สำหรับในประเทศไทย เนื่องจากกระท่อมและสารผสมจากน้ำต้มใบกระท่อม (เช่น สี่คูณร้อย) เป็นสารเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุด ในแบบคัดกรอง ASSIST ฉบับภาษาไทย จึงได้บรรจุคำถามเกี่ยวกับการใช้พืชกระท่อมและสารผสมน้ำต้มใบกระท่อมลงไปด้วย แบบคัดกรอง ASSIST ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดที่บุคคลเคยใช้ตลอดช่วงชีวิต และในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ภาวะพึ่งพิงสารเสพติด และการใช้สารเสพติดชนิดฉุน แบบคัดกรอง ASSIST สามารถใช้เตือนผู้ใช้สารเสพติดได้ว่าตนอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้สารเสพติดได้ในอนาคต เป็นโอกาสในการเริ่มพูดคุยกับผู้รับบริการเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของเขา และสามารถเชื่อมต่อไปยังการบำบัดแบบย่อ (brief intervention) ได้ เพื่อช่วยให้ผู้ใช้สารที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงสามารถลดหรือหยุดการใช้สารเสพติด และหลีกเลี่ยงภัยอันตรายจากการใช้สารเสพติดได้

วิธีการดำเนินงาน

โครงการพัฒนาระบบบริการคัดกรองและบำบัดรักษา สำหรับผู้ใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในงานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานการให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด โดยใช้เครื่องมือ ASSIST (ASSIST Screening and Brief Intervention – ASSIST-SBI) ในงานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในพื้นที่ตัวอย่าง ได้แก่ อำเภोजะนะ และอำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา อำเภอชุมแพ อำเภอพระยืน และอำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น โดยมีระยะเวลา 2 ปี (กุมภาพันธ์ 2554 ถึงมกราคม 2556)

ยุทธศาสตร์หลักที่ใช้ในการดำเนินงานประกอบด้วย การใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นวงจร (Plan-Do-Check-Act; PDCA) อิงตามทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม (Diffusion of innovation theory) และใช้การจัดการแบบหลากหลายรูปแบบตามความเหมาะสมของพื้นที่ (Multifaceted approach) ที่มีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ง่ายและรวดเร็ว โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) กิจกรรมในโครงการจึงประกอบด้วย การประชุมสัมมนาผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีบทบาทหลักในงานบำบัดรักษาสารเสพติดในระดับประเทศและระดับจังหวัด การฝึกอบรมและประชุมวิชาการให้ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการ ASSIST-SBI ซึ่งรวมถึงการอบรมผู้สอน (Training of the trainers) การอบรมหัวหน้างานและเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการให้บริการ การอบรมบุคลากรผู้ปฏิบัติงานให้บริการ และการประชุมฟื้นฟูความรู้วิชาการ การเตรียมเครื่องมือ และเอกสารประกอบ การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ การสนับสนุนและกำกับดูแลการจัดบริการ ASSIST-SBI และการประเมินผลโครงการ

ผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลแต่ละแห่งได้เปิดบริการ ASSIST-SBI ขึ้นมาไม่พร้อมกัน ขึ้นอยู่กับความพร้อมของคณะกรรมการบริหารงาน และบุคลากรของแต่ละแห่ง อย่างไรก็ตาม ภายในต้นปีที่สองของโครงการ ทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ นี้ ก็สามารถเปิดบริการ ASSIST-SBI ขึ้นมาได้ และให้บริการต่อเนื่องมาตลอด อัตราการให้บริการคัดกรอง หรือบำบัดอย่างย่อฯ ไม่เท่ากันในแต่ละเดือน เหตุผลหลักขึ้นกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดของโรงพยาบาลในช่วงเดือนนั้น หากมีผู้ป่วยเข้ามาจำนวนมาก บุคลากรจะมีภาระงานมาก ในการดูแลผู้ป่วยก็จะสามารถทำการคัดกรองด้วย ASSIST ได้น้อย และให้การบำบัดอย่างย่อน้อยด้วยตามมา และขึ้นกับงานด้านอื่นๆ ของบุคลากรฝ่ายการพยาบาลด้วย หากเป็นช่วงที่ต้องทำงานเร่งด่วนเรื่องอื่นๆ ก็ให้บริการ ASSIST-SBI ได้น้อยลงด้วย อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลทุกแห่งก็ได้พยายามปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การทำงานไปตลอดเพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างสม่ำเสมอ

ในภาพรวม ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2555 ผู้ป่วยที่เข้ามาในโรงพยาบาลในอำเภอที่เป็นพื้นที่ศึกษาประมาณร้อยละ 2.5 ได้รับการคัดกรองด้วย ASSIST โดยเฉลี่ยแต่ละโรงพยาบาลจะคัดกรองผู้ป่วยได้ประมาณ 50-100 คนต่อเดือน หรือประมาณ 2-5 คนต่อวันต่อโรงพยาบาล จากผลการคัดกรอง แบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มที่ไม่เคยใช้สารเสพติดเลยหรือเสี่ยงต่ำร้อยละ 67 เสี่ยงปานกลางร้อยละ 30 และเสี่ยงสูงร้อยละ 3 ตามลำดับ ผู้ป่วยเสี่ยงปานกลางเกือบทุกคนได้รับการบำบัดอย่างย่อตามแนวทาง ASSIST ส่วนที่เหลือได้รับการส่งต่อไปรักษายังคลินิกงูบ้าหรือ เข้าเมทริกซ์โปรแกรมหรือไม่รับการบำบัด สารเสพติดที่พบจากการคัดกรองมากที่สุดคือผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รองลงมาคือกัญชา สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน และสารระเหยในจังหวัดขอนแก่น และเป็นสารเสพติดประเภท ใบกระท่อม กัญชา และสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อยในจังหวัดสงขลา

จากผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลเหล่านี้ พอจะสรุปได้ว่างานในโครงการนี้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ส่วนหนึ่งได้ คือสามารถเปิดให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อด้วย ASSIST ได้ในงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่นำร่องในประเทศไทย โดยโรงพยาบาลเหล่านี้ให้การตอบรับเป็นอย่างดีในการดำเนินการตามโครงการ และบุคลากรพร้อมที่จะให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อฯ กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลของตน ถึงแม้ว่าอาจจะไม่สามารถให้บริการคัดกรองผู้ป่วยได้ทุกคนที่ตาม

การดำเนินงานในแต่ละพื้นที่พบปัญหาอุปสรรคคล้ายคลึงกัน ซึ่งสรุปได้ดังนี้

ก. ปัญหาในส่วนของบุคลากรผู้ให้บริการ – เวลา ทักษะ ความชำนาญ แรงจูงใจ สถานที่

บุคลากรจะมีความจำกัดเรื่องเวลา เพราะต้องใช้เวลานานในการคัดกรองด้วย ASSIST และบำบัดอย่างย่อ บุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอและมีภาระงานประจำอยู่แล้ว อีกทั้งยังมีการตามนโยบายเร่งด่วนเข้ามาเป็นระยะๆ ทักษะและความชำนาญของบุคลากรแต่ละคนไม่เท่ากัน บางคนมีความมั่นใจที่จะคัดกรองเท่านั้น แต่รู้สึกไม่มั่นใจในการให้การบำบัดอย่างย่อ สถานที่ที่แผนกผู้ป่วยนอกไม่ค่อยเป็นสัดส่วน ผู้คนแออัดพลุกพล่านในช่วงเช้า ทำให้บางครั้งผู้รับบริการไม่ยอมเปิดเผยข้อมูล งานนี้ยังไม่ถูกจัดให้เป็นตัวชี้วัดหลักของหน่วยงาน ทำให้บุคลากรขาดแรงจูงใจที่จะทำ แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญกลายเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลเป็นหลัก ทำให้บางจุดบริการยังไม่ดำเนินการคัดกรองอย่างเต็มที่

ข. ปัญหาในส่วนของผู้รับบริการ

ผู้ป่วยหลายคนมีความเกร็งในการมารับบริการ จึงไม่ค่อยอยากตอบคำถาม ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เมื่อถูกส่งต่อไปรับบริการเฉพาะ ผู้ป่วยมักไม่ยอมไปถึงแม้จะทำระบบส่งต่อที่รวดเร็วแล้วก็ตาม เวลานั้นติดตามผลและส่งต่อเพื่อเข้ารับการบำบัด ผู้ป่วยไม่ค่อยมาตามนัด อาจเนื่องจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยโรคอื่น เมื่อนัดหมายให้กลับมาด้วยเรื่องการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่จึงไม่มา หรือตอบว่ายังไม่พร้อม บางคนไม่กล้าตอบหรือให้ข้อมูล เพราะกลัวถูกจับ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ยอมอ่านเอกสารให้ความรู้ประกอบ เพราะตัวอักษรมีขนาดเล็กและเนื้อหาเยอะ

อย่างไรก็ตาม บุคลากรผู้ปฏิบัติงานและทีมบริหารของแต่ละพื้นที่ส่วนใหญ่มองเห็นว่าการทำ ASSIST-SBI เป็นประโยชน์มาก เนื่องจาก

ก. เครื่องมือ ASSIST และการบำบัดอย่างย่อ

ASSIST เป็นเครื่องมือที่ดีสามารถคัดกรองพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่ผู้รับบริการไม่เคยคิดว่าเป็นปัญหามาก่อน เมื่อคัดกรองเสร็จแล้วพยาบาลสามารถอธิบายผลการประเมินให้กับผู้ป่วยได้ง่าย และให้การบำบัดอย่างย่อได้เลยไม่ต้องรอส่งผู้ให้บริการอื่น เป็นผลดีต่อผู้ป่วย การบำบัดอย่างย่อเป็นผลดีต่อผู้ป่วยหลายรายในการลดปัญหาการใช้สารเสพติดของเขา โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับทราบ และเกิดความตระหนักถึงพฤติกรรมสุขภาพที่อาจก่อให้เกิดปัญหาในอนาคตได้ แล้วตัดสินใจเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงเอง และยังสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

ข. ผลดีต่อระบบสาธารณสุข

การให้บริการ ASSIST-SBI ทำให้สามารถดึงผู้ติดสารเสพติดมาอยู่ในระบบบำบัดได้ ลดปัญหาครอบครัว ชุมชน และสังคมลง นำไปสู่การมีสุขภาพแข็งแรงของประชาชน ประเทศชาติเข้มแข็ง การเปิดงานบริการคัดกรองนี้ขึ้นมาในโรงพยาบาลยังช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขทราบถึงสถานการณ์ และแนวโน้มของการใช้สารเสพติดในพื้นที่ได้ เป็นข้อมูลสำคัญนำไปใช้วางแผนแก้ไขปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดได้ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ค. ผลต่อบุคลากรผู้ให้บริการ

บุคลากรสุขภาพที่ไม่เคยทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ใช้สารเสพติดมาก่อน เมื่อมาทำงานนี้ก็ได้รับความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะเพิ่มขึ้น ลดความกลัว ความกังวลในการดูแลผู้ใช้สารเสพติด และยังได้บุญกุศล ทำให้เกิดความรู้สึกอิ่มเอมใจที่ได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการดำเนินการ ASSIST-SBI ของแต่ละพื้นที่ ได้แก่

ก. **ผู้นำองค์กร** ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ให้ความสำคัญ สนับสนุน ส่งเสริมการทำงานในโครงการ และมองเห็นประโยชน์ของการให้บริการ ให้โอกาสแก่บุคลากรทำงานได้อย่างมีความสุข และให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน

ข. **บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน** มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางและวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานที่ชัดเจน รวมทั้งมองเห็นผลดีในการทำ ASSIST บุคลากรมีจิตอาสา เมตตา และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้มีปัญหาใช้สารเสพติด บุคลากรในโรงพยาบาลมีความร่วมแรงร่วมใจสูง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเป็นระบบ

ค. **วัตถุประสงค์และแนวทางการทำงาน** วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน แต่แนวทางในการดำเนินการมีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ มีแผนและการจัดสรรงบประมาณที่ได้รับมาใช้อย่างเหมาะสมต่อหน่วยงานและบุคลากรผู้เข้าร่วมโครงการ

ง. **การพัฒนาการบริการ ASSIST-SBI ให้สอดคล้องกับงานประจำ** เช่น การบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เวชระเบียน หรือใช้การคัดกรอง ASSIST เป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง

จ. **การติดตามกำกับดูแลงาน** ทีมวิจัยติดตามผลการปฏิบัติการคัดกรองเป็นระยะๆ โดยการให้ส่งรายงานสรุปผลการคัดกรองรายเดือน และติดตามเยี่ยมในพื้นที่เพื่อรับฟังข้อมูลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และร่วมกันหาทางแก้ไขปรับปรุงตลอดโครงการ



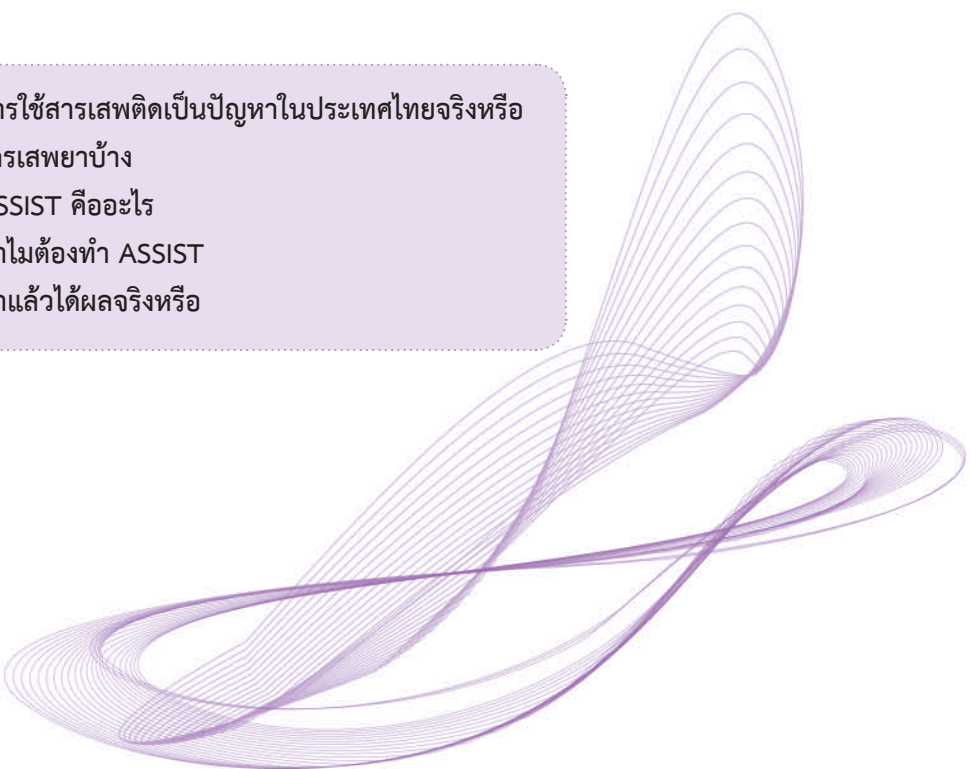
ก่อนจะเริ่มงาน

Thailand ASSIST-SBI Implementation

The beginning is the most important part of the work.

การเริ่มต้นเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของงานทั้งหมด

*-Plato-
เพลโต*

- 
- การใช้สารเสพติดเป็นปัญหาในประเทศไทยจริงหรือ
 - ใครเสพยาบ้าง
 - ASSIST คืออะไร
 - ทำไมต้องทำ ASSIST
 - ทำแล้วได้ผลจริงหรือ

1 ก่อนจะเริ่มงาน

Thailand ASSIST-SBI Implementation

การใช้สารเสพติดได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมมนุษย์ในสังคมมานานแล้ว และส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาทั้งในด้านสุขภาพ ชีวิตความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ และสังคม ในปัจจุบันการใช้สารเสพติดทั้งสุรา ยาสูบ สารเสพติดผิดกฎหมาย และยาเสพติดบางชนิด จัดเป็นปัญหาสำคัญทั้งในด้านสาธารณสุขและสังคมในประเทศไทย โดยในปี พ.ศ.2555 รัฐบาลถือว่าปัญหาสารเสพติดเป็นวาระแห่งชาติที่จะต้องดำเนินการแก้ไขอย่างจริงจัง โดยใช้ยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดเป็นยุทธศาสตร์หลัก ทั้งนี้การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมทั้งการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางวิชาการที่ถูกต้อง มีการวางแผนทางการดำเนินงานที่เหมาะสมบนพื้นฐานความรู้ ภูมิปัญญา และบริบทของพื้นที่

งานบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด จัดว่าเป็นส่วนสำคัญของการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ขั้นตอนที่สำคัญในการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดคือ การคัดกรอง ประเมิน และวินิจฉัยปัญหาหรือความเจ็บป่วยให้ถูกต้อง และจัดการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับลักษณะและความรุนแรงของปัญหา ในช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีความเจริญก้าวหน้าเพิ่มขึ้นมากมาในด้านการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและวิธีการบำบัดอย่างย่อ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในระบบบริการปฐมภูมิในประเทศต่างๆ ทั่วโลก (Babor and Kadden 2005; Babor, McRee et al. 2007; Madras, Compton et al. 2009; McEwen 2009)

ในประเทศไทยก็เช่นกัน ความสนใจในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองปัญหาจากการใช้สารเสพติด เริ่มต้นตั้งแต่การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองปัญหาจากการดื่มสุรา เช่น CAGE และ MAST หรือ SMAST ฉบับภาษาไทย เพื่อจะได้มีเครื่องมือที่ง่ายเหมาะสมสำหรับที่จะนำมาใช้ค้นหาผู้มีปัญหาในเวชปฏิบัติทั่วไป (Assanangkornchai 1993; วิวัฒน์ เสงชัยยง และนิศานาถ โชคเกิด. 2541) อย่างไรก็ตาม ทั้ง CAGE และ MAST ก็ยังเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับคัดกรองผู้ที่มีภาวะติดสุราแล้ว ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ยังไม่ได้เป็นผู้ติดสุรา จากการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของงานสาธารณสุขในประเทศไทยเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก จากการตั้งรับและเน้นที่การดูแลรักษาผู้ป่วยมาเป็นการเน้นที่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ทำให้งานคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุราตั้งแต่ระยะเสี่ยงอันตรายก่อนที่จะมีภาวะติดสุราได้รับความสนใจมากขึ้น โดยงานดังกล่าวจัดว่าเริ่มต้นตั้งแต่การนำเอาแบบคัดกรอง Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) ขององค์การอนามัยโลก (Saunders, Aasland et al. 1993) เข้ามาใช้ในการคัดกรองและสำรวจผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงและแบบอันตรายในเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมา (Lapham, Brown et al. 1999; Assanangkornchai, Pinkaew et al. 2003) และมีการทดสอบประสิทธิภาพของการบำบัดแบบสั้นรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ดื่มสุราในสถานบริการสุขภาพที่หลากหลาย เช่น โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไป และหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นต้น (อัจฉรา พงศ์คำ, นิศานาถ โชคเกิด และคณะ. 2546; สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย และคณะ. 2547; สุนทรี ศรีโกสโย, ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ และคณะ. 2549; ศิริมา ศรีทาทาพิสิฐ, ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ และคณะ. 2551) จนนำมาสู่การบรรจุบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ดื่มสุราลงในแนวเวชปฏิบัติของโรงพยาบาลหลายแห่ง (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพฑูรย์, หทัยชนนี บุญเจริญ และคณะ. 2549; นีรนุช เศรษฐกร. 2551)

ประชากรไทยใช้สารเสพติดมากน้อยเพียงใด

จากการสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณการจำนวนผู้ดื่มสุราและใช้สารเสพติดทั่วประเทศในปี พ.ศ.2554 พบว่า ประชากรทั่วประเทศอายุ 12-65 ปี ประมาณ 12.4 ล้านคน หรือร้อยละ 25.6 ดื่มสุรารายใน 1 ปีที่ผ่านมา ในจำนวนประชากรที่ดื่มสุรารายใน 1 ปีที่ผ่านมา

“ประชากรชายร้อยละ 48.7 หรือประมาณ 4.2 ล้านคน และประชากรหญิงร้อยละ 19.3 หรือประมาณ 0.7 ล้านคนดื่มสุราอย่างน้อย 3-4 วันต่อสัปดาห์ ประชากรไทยอย่างน้อย 5 ล้านคน เป็นผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงอันตรายขึ้นไป”

จากคะแนนของแบบคัดกรองภาวะความผิดปกติจากการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT) พบว่าในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ประชากรไทยอายุ 12-65 ปี ประมาณ 3.9 ล้านคน หรือร้อยละ 26.5 จัดได้ว่าเป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinker, AUDIT = 8-15) ประมาณ 0.72 ล้านคน หรือร้อยละ 4.8 จัดได้ว่าเป็นผู้ดื่มสุราแบบอันตราย (harmful drinker, AUDIT = 16-19) และอีกประมาณ 0.31 ล้านคน หรือร้อยละ 2.1 เป็นผู้ดื่มแบบอันตรายมาก หรืออาจจะมีภาวะเสพติดสุราก็ได้ (alcohol dependence, AUDIT > 20) (กนิษฐา ไทยกกล้า และสาวิตรี อึ้งฉ่างกรชัย. 2555)

จากการสำรวจชุดเดียวกันนี้พบว่า มีผู้ที่เคยใช้สารเสพติดผิดกฎหมายอย่างน้อยหนึ่งชนิดในชีวิตประมาณ 3.48 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 7.2 ของประชากรไทยอายุ 12-65 ปีทั้งประเทศ ในจำนวนนี้ *“ประชากรประมาณ 5.8 แสนคนใช้สารเสพติดผิดกฎหมายอย่างน้อยหนึ่งชนิดในหนึ่งปีที่ผ่านมา”* สารเสพติดที่มีผู้เคยใช้มากที่สุดตามลำดับคือ กัญชา ใบกระท่อม ยาบ้า สารระเหย (ทินเนอร์/กาว/เบนซิน) ผีน ไอซ์ ผงขาว/เฮโรอีน ยาไอซ์/ยาเลิฟ น้ำต้มใบกระท่อม ยางกัญชา ยาเค และโคเคน (คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. 2555)

ในการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับชาติในประเทศไทยในปี พ.ศ.2554 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 13.0 ล้านคน หรือร้อยละ 24.0 บริโภคยาสูบชนิดมีควัน โดยมีอัตราการบริโภคยาสูบชนิดมีควันในเพศชายร้อยละ 46.6 และในเพศหญิงร้อยละ 2.6 ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้น (ร้อยละ 54) ที่มีความคิดว่าจะเลิกสูบบุหรี่ (2555)

ในการศึกษาภาระโรคของประเทศไทยในปี พ.ศ.2552 พบว่า การบริโภคแอลกอฮอล์ ยาสูบ และสารเสพติด เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่ง สอง และสิบในการทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในผู้ชาย โดยการบริโภคแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงให้ประชากรชายไทยทั้งประเทศสูญเสียปีสุขภาวะถึงประมาณแปดแสนกว่าปี หรือร้อยละ 15.7 ของปีสุขภาวะทั้งหมดของประชากรชายไทย ส่วนการบริโภคยาสูบและสารเสพติดชนิดอื่น เป็นปัจจัยเสี่ยงของการสูญเสียปีสุขภาวะในผู้ชายร้อยละ 11.3 และร้อยละ 0.7 ตามลำดับ (คณะกรรมการศึกษาภาระโรค. 2555)

ถึงแม้ว่าจากการสำรวจจะพบผู้ที่เคยดื่มสุรา ใช้ยาสูบ หรือสารเสพติดเป็นจำนวนมาก แต่จากรายงานสถิติผู้เข้ารับการรักษาความเจ็บป่วยจากสารเสพติดทั่วประเทศปี พ.ศ.2554 มีเพียง 168,118 คนเท่านั้น ซึ่งเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับผู้ที่ใช้สารเสพติดทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. 2555) แม้รัฐบาลมีกฎหมายให้ผู้กระทำความผิดในคดีสารเสพติดทุกคนต้องเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาก็ตาม แสดงให้เห็นว่ายังมีประชากรผู้ใช้สารเสพติดอยู่เป็นจำนวนมากที่ยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา

ASSIST คืออะไร

ASSIST เป็นคำย่อของ *Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test* หรือแบบคัดกรองประสิทธิภาพในการใช้ยาสูบ สุรา และสารเสพติดตัวอื่นๆ เช่น กัญชา โคเคน ยาบ้า ยากล่อมประสาท ยาหลอนประสาท สารระเหย ผื่น และยาอื่นๆ ASSIST เป็นเครื่องมือคัดกรองแบบสั้นที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดยองค์การอนามัยโลก และทีมงานนักวิจัยจากนานาชาติ (WHO ASSIST Working Group 2002; World Health Organization 2009) เพื่อใช้เป็นวิธีการอย่างง่ายในการตรวจคัดกรองการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดอื่นๆ ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (psychoactive substances) ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงอันตราย เป็นภัย และเกิดภาวะเสพติด (hazardous, harmful, and dependent use) โดยเนื้อหาของแบบคัดกรองนี้ครอบคลุมถึงการใช้สารต่อไปนี้ (Humeniuk, Henry - Edwards et al. 2010)

- ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Tobacco)
- เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol)
- กัญชา (Marijuana)
- โคเคน (Cocaine)
- ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine Type Stimulants หรือ ATS)
- ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (Sedative/sleeping pills)
- สารระเหย (Inhalants)
- ยาหลอนประสาท (Hallucinogens)
- สารกลุ่มฝิ่น (Opioids) และ
- สารเสพติดอื่นๆ

สำหรับในประเทศไทย เนื่องจากใบกระท่อมและสารผสมจากน้ำต้มใบกระท่อม (เช่น สี่คูณร้อย) เป็นสารเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุด ในแบบคัดกรอง ASSIST ฉบับภาษาไทย จึงได้บรรจุคำถามเกี่ยวกับการใช้พืชกระท่อมและสารผสมน้ำต้มใบกระท่อมลงไปด้วย (สาวิตริ อัจฉนาครชัย, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. 2554)

แบบคัดกรอง ASSIST ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ

- สารเสพติดที่บุคคลเคยใช้ตลอดช่วงชีวิต
- สารเสพติดที่บุคคลเคยใช้ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
- ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด
- ภาวะพึ่งพิงสารเสพติด
- การใช้สารเสพติดชนิดฉีดยา

แบบคัดกรอง ASSIST สามารถใช้เตือนผู้ใช้สารเสพติดได้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้สารเสพติดได้ในอนาคต และเป็นโอกาสในการเริ่มพูดคุยกับผู้รับบริการเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของเขาได้ แบบคัดกรอง ASSIST นี้สามารถระบุได้ว่าสารเสพติดอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเจ็บป่วยที่ผู้รับบริการประสบอยู่ได้ และสามารถเชื่อมต่อไปยังการบำบัดแบบย่อ (Brief intervention) ได้ เพื่อช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางสามารถลดหรือหยุดใช้สารเสพติด และหลีกเลี่ยงภัยอันตรายจากการใช้สารเสพติดได้

ASSIST พัฒนามาได้อย่างไร

โครงการพัฒนาและทดสอบวิธีการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อโดยใช้ ASSIST ขององค์การอนามัยโลก (WHO-ASSIST Project) สามารถแบ่งออกได้เป็นสามระยะ

ในระยะที่ 1 ดำเนินการในปี ค.ศ.1997-1999 เป็นการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบคัดกรอง ASSIST โดยการวัดสองครั้ง (Test-retest reliability) ครอบคลุม 10 พื้นที่ทั่วโลก ผลการศึกษาแสดงว่าแบบคัดกรองมีความเที่ยงตรง และสามารถใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยในสถานบริการปฐมภูมิได้ (WHO ASSIST Working Group 2002)

การศึกษาในระยะที่ 2 ดำเนินการในระหว่าง ค.ศ.2000-2002 เป็นการหาความแม่นยำ (Validity) ของแบบคัดกรอง ASSIST โดยศึกษาในอาสาสมัครใน 7 พื้นที่กระจายทั่วโลก ผลการวิเคราะห์พบว่าเครื่องมือดังกล่าวมีความแม่นยำในการคัดกรอง นอกจากนั้นในระยะนี้ได้ทดสอบวิธีการบำบัดแบบย่อ (Brief intervention) ในผู้ที่มีผลการคัดกรองว่ามีความเสี่ยงจากการใช้สุรา ยาสูบ หรือสารเสพติด ซึ่งพบว่าการบำบัดแบบย่อดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการลดค่าคะแนนความเสี่ยงจากการใช้สุรา ยาสูบ หรือสารเสพติดที่ประเมินโดยแบบคัดกรอง ASSIST ได้อย่างมีนัยสำคัญ และผู้ใช้สุรา ยาสูบ หรือสารเสพติดรายงานว่าได้ใช้สารลดลง (Humeniuk, Dennington et al. 2008)

การศึกษาในระยะที่ 3 เป็นการทดลองแบบ Cross Cultural Randomized Controlled trial ในสี่ประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย อินเดีย บราซิล และสหรัฐอเมริกา มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดแบบย่อในผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ หรือสารเสพติดระดับปานกลางที่คัดกรองโดยเครื่องมือ ASSIST จากการวิจัยดังกล่าวพบว่า การคัดกรองและการบำบัดแบบย่อโดยใช้เครื่องมือ ASSIST ในหน่วยบริการปฐมภูมิในกลุ่มผู้เสพยาสูบและใช้สารเสพติดชนิดอื่น (กัญชา ผื่นโคเคน) ทำให้เกิดผลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนน ASSIST ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบยอลดลงจากเดิมร้อยละ 23 หลังการติดตาม ส่วนกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก (Humeniuk, Ali et al. 2012)

จากผลการศึกษาทั้งสามระยะนี้ทำให้องค์การอนามัยโลกมีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและประโยชน์ที่จะได้รับการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ (Screening and Brief Intervention – SBI) สำหรับผู้ใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด จึงมีแนวทางให้ประเทศต่างๆ ที่มีผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดจำนวนมากให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ โดยใช้เครื่องมือ ASSIST ในระบบบริการสาธารณสุข ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกรวมทั้งประเทศไทยจึงได้รับการเสนอแนะให้วางแผนโครงการวิจัยระยะที่ 4 ซึ่งเป็นการศึกษาความเป็นไปได้และวางแผนการกระจายการให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อโดยใช้เครื่องมือ ASSIST (World Health Organization 2012) ในระบบสาธารณสุขทั่วประเทศ

ASSIST ถูกนำมาใช้ในประเทศไทยตั้งแต่เมื่อไร

ประเทศไทยนับว่าเป็นประเทศหนึ่งที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา ASSIST มาตั้งแต่ในระยะแรก โดยการศึกษาในระยะที่หนึ่งและสองเพื่อทดสอบการใช้และความแม่นยำของการคัดกรองโดยเครื่องมือ ASSIST ขององค์การอนามัยโลกได้ทำในประเทศไทยด้วยตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ.2546 ภายใต้การนำของนายแพทย์จรรยา จิตติวุฒิการ ผู้อำนวยการศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ (ตำแหน่งในสมัยนั้น)

หลังจากนั้น เครือข่ายวิชาการ วิจัยและข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่ ได้นำวิธีการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อตามแนวทางของ ASSIST มาใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งของงานในโครงการพัฒนาศักยภาพในด้านการบำบัดรักษาผู้ที่ใช้สารเสพติดของบุคลากรสาธารณสุขในภาคใต้ตอนล่างในช่วงปี พ.ศ.2551-2552 ภายใต้การสนับสนุนทุนของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม โดยทีมงานซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และบุคลากรสาธารณสุขซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจิตเวช และศูนย์บำบัดยาเสพติดในจังหวัดภาคใต้ตอนล่างรวม 30 คน ได้ร่วมกันศึกษา แปล และปรับเครื่องมือคัดกรอง ASSIST ฉบับ 2.0 และคู่มือการบำบัดอย่างย่อ ฝึกอบรมวิธีการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ และทดลองใช้ในสถานบริการสุขภาพของตนเอง และปรับภาษาจนได้เครื่องมือและวิธีการบำบัดอย่างย่อที่เหมาะสมกับบริบทในประเทศไทย จากนั้นผู้ร่วมงานทุกคนได้นำเครื่องมือ ASSIST ไปคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปในสถานบริการสุขภาพของตน รวมทั้งสิ้น 274 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลางและได้รับการบำบัดอย่างย่อ 40 คน ผลจากการศึกษาในโครงการนี้ ทำให้ทีมงานรู้จักเครื่องมือ ASSIST และมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อกับผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น (สาวิตรี อัจฉนังค์กรชัย และ ถนอมศรี อินทนนท์. 2552)

ต่อมาเมื่อมีการประชุมผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก ที่เมืองเซาเปาโล ประเทศบราซิล วันที่ 1-4 ธันวาคม พ.ศ.2552 เพื่อวางแผนการดำเนินงานและเผยแพร่การคัดกรองและบำบัดอย่างย่อตามแนวทาง ASSIST ซึ่งจัดว่าเป็นการศึกษาในระยะที่ 4 ของโครงการพัฒนา ASSIST ขององค์การอนามัยโลก (Phase IV: ASSIST Implementation and Dissemination) รศ.พญ.ดร. สาวิตรี อัจฉนังค์กรชัย จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้เข้าไปร่วมประชุมด้วยในฐานะผู้แทนจากประเทศไทย จึงได้นำแนวทางในการดำเนินงานเพื่อพัฒนางานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อตามแนวทาง ASSIST ในสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ มาวางแผนเพื่อทำการศึกษาในประเทศไทยซึ่งนับว่าเป็นก้าวแรกของงานในโครงการพัฒนาระบบบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ที่ใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในงานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในประเทศไทย

งานในโครงการดังกล่าวเริ่มจากการแปล ปรับปรุงภาษา และทดสอบเครื่องมือ ASSIST ฉบับ 3.1 และเอกสารที่เกี่ยวข้องจากต้นฉบับภาษาอังกฤษโดยได้รับอนุญาตจากองค์การอนามัยโลก ภายใต้การสนับสนุนทุนของแผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) ในปี พ.ศ.2553 ได้แก่ หนังสือแบบคัดกรองประสิทธิภาพการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด – คู่มือเพื่อใช้ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ หนังสือการบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST สำหรับการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงและแบบอันตราย – คู่มือเพื่อใช้ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และหนังสือคู่มือการดูแลตนเอง เพื่อลด ละ เลิกสารเสพติด (สาวิตรี อัจฉนังค์กรชัย, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ. 2554 ก, ข และ ค.)



■ ชุดโครงการพัฒนาระบบบริการคัดกรองและบำบัดรักษาสำหรับผู้ใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในงานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในประเทศไทย

เมื่อได้เครื่องมือคัดกรองและหนังสือคู่มือการใช้แล้ว ก้าวต่อไปก็คือ การวางแผนว่าจะทำอะไร เพื่อให้มีบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST สำหรับผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดเกิดขึ้นในเวชปฏิบัติในประเทศไทย (ต่อไปนี้จะเรียกโดยย่อว่า ASSIST-SBI) งานในโครงการพัฒนาระบบบริการคัดกรองและบำบัดรักษาสำหรับผู้ใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในงานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในประเทศไทย (Thailand ASSIST Screening and Brief Intervention Implementation Project- ต่อไปนี้จะเรียกโดยย่อว่า Thailand ASSIST-SBI) นี้จึงได้เริ่มต้นขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อพัฒนางานการให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด โดยใช้เครื่องมือ ASSIST ในงานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในพื้นที่ตัวอย่างในจังหวัดสงขลาและขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. จัดพื้นที่ตัวอย่างเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดบริการคัดกรองและการบำบัดอย่างย่อตามแนวทางของ ASSIST แก่ผู้ใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดขึ้นในงานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในด้านการนำไปปฏิบัติได้ (practicality) และการยอมรับ (acceptability)
2. พัฒนารูปแบบของระบบบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด ตามแนวทางของ ASSIST ในงานสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่ตัวอย่าง
3. ประเมินผลกระทบการนำ ASSIST-SBI มาใช้และเผยแพร่ (implementation and dissemination) และบูรณาการสอดแทรกในงานประจำ โดยใช้วิธีการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (Collaborative Learning Method - CLM) ในงานสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่จังหวัดตัวอย่าง

โครงการนี้มีลักษณะเป็นโครงการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ที่เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยได้วางแผนระยะของการทำงานเป็นสามระยะดังนี้ คือ

- **ระยะที่หนึ่ง** ใช้เวลาในปีที่ 1 และ 2 (พ.ศ.2554-2555) เป็นการจัดบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ (SBI) ในงานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในพื้นที่ตัวอย่าง 2 จังหวัด (Model development) เพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการจัดบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อแก่ผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด ในงานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ ทีมวิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักของงานในระยะที่หนึ่งนี้
- **ระยะที่สอง** จะเป็นการขยายผลการดำเนินงานจากบทเรียนที่ได้รับจากโครงการระยะที่หนึ่งไปยังพื้นที่จังหวัดใกล้เคียงที่สนใจเข้าร่วมโครงการ ใช้เวลาในปีที่ 3-5 ทีมวิจัยจะทำหน้าที่เป็นทีมพี่เลี้ยงร่วมกับผู้รับผิดชอบจากกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นในการดูแลงานในระยะนี้
- **ระยะที่สาม** เริ่มต้นในปีที่ 5 เป็นการขยายผลไปยังพื้นที่จังหวัดอื่นๆ ทั่วประเทศหรือในสถานบริการสาธารณสุขระดับอื่น เช่น ในโรงพยาบาลศูนย์ หน่วยฉุกเฉินและหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาล สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนต่อไป โดยผู้มีบทบาทหลักในงานระยะที่สามคือกระทรวงสาธารณสุข เพราะเป็นหน่วยงานหลักของประเทศในการให้บริการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาจากสารเสพติด

หนังสือเล่มนี้จะกล่าวถึงการดำเนินงานและสิ่งที่เกิดขึ้นในโครงการระยะที่หนึ่งเท่านั้นซึ่งเป็นงานที่ได้รับทุนสนับสนุนจากแผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ระหว่างปี พ.ศ.2554-2555

“ASSIST จะช่วยในการคัดกรองและบำบัดรักษาต่อเนื่องในพื้นที่ ซึ่งดีกว่าการส่งต่อ เพราะสามารถบริการได้ที่โรงพยาบาลชุมชน”



“การใช้ ASSIST ถือว่าเป็นประโยชน์อย่างมาก แต่หากดำเนินการในโรงพยาบาลต่างๆ อาจจะพบอุปสรรคบ้าง ทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ด้วยข้อจำกัดของแต่ละแห่ง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ หรือจำนวนผู้มารับบริการ และระยะเวลาที่จะดำเนินการ ควรที่จะทำในระบบบริการระดับชุมชน เพราะจากที่ได้ฟังมาเห็นว่า การทำในโรงพยาบาลชุมชนน่าจะเหมาะสมและสามารถทำได้ อีกทั้งทำให้มีการคัดกรองและบำบัดรักษาได้อย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ซึ่งการคัดกรองด้วย ASSIST นี้ก็สามารถแบ่งระดับความซับซ้อนของปัญหาได้ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีปัญหาไม่ซับซ้อนนั้นก็ได้รับการบำบัดรักษาได้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน หากจะส่งต่อก็มักเป็นกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนมากๆ”

นพ.มล. สมชาย จักรพันธ์



“การแก้ไขปัญหายาเสพติดต้องแก้ที่รากแก้วจริงๆ ต้องเปลี่ยนทัศนคติที่มองผู้ติดยาเสพติดเป็นอาชญากร ในการเข้าปราบปราม จับกุม เป็นการแก้ปัญหาที่ไม่จบสิ้น เพราะยิ่งปราบปรามมากขึ้น ราคาเสพติดสูงขึ้น ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการค้าขายมากขึ้น

รูปแบบการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดของประเทศได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เราพบผู้เสพสารเสพติดจะใช้เพียงชนิดใดชนิดหนึ่ง แต่ปัจจุบันพบว่ามีผู้ใช้สารเสพติดหลายชนิดมากขึ้น การมีเครื่องมือ ASSIST จะช่วยคัดกรองผู้ป่วยได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น การดำเนินโครงการนี้จึงเป็นเรื่องที่น่ายินดี เพราะเป็นการค้นหาปัญหาและดำเนินการแก้ไขตั้งแต่เริ่มต้น นับว่าเป็นแนวทางที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของประเทศ”

ศ.นพ. อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม



“โครงการพัฒนา ASSIST เป็นหนึ่งในโครงการเด่นขนาดใหญ่ที่สนับสนุนโดย ผรส. เพราะทาง ผรส. เชื่อมโยงงานในโครงการนี้จะต้องออกมาดี เชื่อมมืออาจารย์สาวิตรี และอาจารย์สุวรรณา และรู้สึกขอบคุณที่อาจารย์ทั้งสองท่านมาช่วยกันทำงานนี้ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่องานสารเสพติดในประเทศไทยมากขึ้น”

พญ. พันธรัณภา กิตติรัตนไพบูลย์

ทำไมต้องคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า การใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด เป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทยที่ทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพจำนวนมาก การดื่มสุราและใช้สารเสพติดอื่นๆ มากเกินขนาดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาต่างๆ ทางด้านสังคม การเงิน กฎหมาย และความสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วย ทั้งต่อตัวผู้ใช้และครอบครัว ทั้งนี้ประชากรทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย มีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดหลายชนิดเพิ่มมากขึ้น ทั้งการใช้พร้อมกัน หรือใช้แยกกันต่างเวลา ซึ่งล้วนเพิ่มความเสี่ยงให้สูงขึ้น

ผู้ที่ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสอื่นๆ ที่ติดต่อทางกระแสเลือด เนื่องจากการใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน และจากพฤติกรรมทางเพศ และผู้ที่ใช้สารเสพติดชนิดใดที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถแพร่เชื้อดังกล่าวไปยังประชากรทั่วไปได้จากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด แม้ที่ติดเชื้อสามารถถ่ายทอดเชื้อไปให้แก่ลูกในครรภ์ได้ การขายบริการทางเพศในผู้ที่ใช้สารเสพติดก็เป็นปัจจัยช่วยให้เชื้อเอชไอวีสามารถแพร่กระจายออกไปนอกกลุ่มประชากรผู้ที่ใช้สารเสพติดชนิดใดได้เช่นกัน

ดังนั้นจะเห็นว่า การใช้สารเสพติดทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพได้ตั้งแต่ระดับต่ำไปจนถึงระดับความเสี่ยงสูงหรือรุนแรง โดยทั่วไปผู้ที่มีความเสี่ยงสูงจากการใช้สารเสพติดหรือมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นแล้วมักจะเป็นผู้ที่เข้ามาพบแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพเพื่อรับการดูแลสุขภาพปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง แพทย์เองก็สามารถวินิจฉัยผู้ที่ใช้สารเสพติดกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือผู้ติดยาเสพติดได้ง่ายกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำถึงปานกลาง แต่ในความเป็นจริง ผู้ใช้สารเสพติดที่ยังไม่ติด แต่ใช้แบบเสี่ยงหรือแบบอันตรายมีจำนวนมากกว่าผู้ติดยาเสพติด และทำให้เกิดภาระโรคมากกว่าอีกด้วย การดูแลสุขภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นกระบวนการที่ยุ่งยากซับซ้อนและมักจะได้ผลไม่เต็มที่ การดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ในระยะแรกก่อนที่จะกลายเป็นผู้ติดยาเสพติด จึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญและได้ผลดีกว่า

การคัดกรองช่วยให้สามารถค้นหาปัญหาทางสุขภาพ หรือปัจจัยเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะแรก ก่อนที่จะเกิดโรคร้ายแรงหรือเกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา ซึ่งจัดว่าเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมป้องกันโรคในสถานบริการสุขภาพ การคัดกรองด้วย ASSIST และการบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST จึงได้รับการออกแบบมาเพื่อใช้ค้นหาและให้ความช่วยเหลือผู้ที่ใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงก่อนที่จะก่อให้เกิดอันตรายหรือกลายเป็นผู้ติดยาเสพติดแล้ว นอกจากนี้การตรวจคัดกรองในสถานบริการสุขภาพยังเพิ่มโอกาสในการค้นพบบุคคลที่มีความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติดในระดับที่ยังไม่รุนแรงมาก ซึ่งเป็นบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อการบำบัดได้ดีอีกด้วย

ใครควรเป็นคนทำการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ

งานดูแลและบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในประเทศไทยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งจัดว่าเป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมากกว่าร้อยละ 75 ทำให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขได้จากโรงพยาบาลและสถานอนามัยต่างๆ ได้ในยามจำเป็น

สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงเป็นด่านแรกของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนจะใช้เพื่อเข้าถึงระบบสาธารณสุขของชาติ และเป็นส่วนแรกของกระบวนการดูแลสุขภาพที่ต้องทำต่อเนื่องและครบวงจร โรงพยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และโรงพยาบาลทั่วไปจึงมีโอกาสดำเนินการคัดกรองบุคคลต่างๆ ในประเด็นปัญหาเกี่ยวกับวิถีชีวิตทั่วไป รวมทั้งปัญหาจากการใช้สารเสพติดได้ โดยเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานบริการสุขภาพ และอาจเป็นจุดแรกในการติดต่อกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะมีภัยอันตรายจากการใช้สารเสพติดได้ การศึกษาในต่างประเทศพบว่าหากเจ้าหน้าที่สถานบริการสุขภาพปฐมภูมินั้นสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจะมีความเต็มใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการใช้สารเสพติดของตนมากขึ้น และพิจารณาความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของตน

สำหรับในประเทศไทย บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานีอนามัย และหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนที่ตั้งของสถานบริการนั้น และมีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพ ให้ความรู้คำแนะนำในเรื่องการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชนนั้นอยู่แล้ว การให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดขึ้นมาในสถานบริการสุขภาพในชุมชนนั้น จึงมักจะได้รับการยอมรับว่ามีประโยชน์กับชุมชนเป็นอย่างมาก

อย่างไรก็ตาม นอกจากแบบคัดกรอง ASSIST และวิธีการบำบัดอย่างย่อจะได้รับการออกแบบมาโดยเฉพาะสำหรับใช้ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิแล้ว บุคลากรอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานกับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการใช้สารเสพติดก็นำแบบสอบถามนี้ไปใช้ได้เช่นกัน เช่น บุคลากรในหน่วยงานคุมประพฤติหรือหน่วยงานในระบอบยุติธรรมซึ่งต้องมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลจัดการกับผู้ต้องโทษจากคดีการใช้สารเสพติด ครูหรือเจ้าหน้าที่ทางการศึกษาที่ต้องดูแลนักเรียน นักศึกษา กลุ่มวัยรุ่นหรือเยาวชนที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสารเสพติด และเจ้าหน้าที่ในสถานประกอบการ เช่น โรงงานอุตสาหกรรมที่อาจจะมีพนักงานหรือคนงานที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด ดังนั้น ในการพัฒนางานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อตามแนวทาง ASSIST ในประเทศไทยนั้น นอกจากจะเน้นที่การพัฒนาระบบบริการดังกล่าวในสถานบริการสุขภาพแล้ว ทางการจึงได้ขยายไปยังบุคลากรในหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

มีหลักฐานทางวิชาการอะไรบ้างที่ยืนยันว่าการคัดกรอง และบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้มีปัญหาสารเสพติดมีประสิทธิภาพ

ปัญหาการติ่มสุรา

ในสองสามทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีหลักฐานทางวิชาการมากมายที่ยืนยันประสิทธิภาพของการบำบัดอย่างย่อในผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุรา โดยได้ข้อสรุปว่าการบำบัดอย่างย่อสามารถทำให้ผู้ที่ติ่มสุราแบบเสี่ยงและแบบอันตรายสามารถลดปริมาณสุราที่ติ่มลงได้ รวมทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการติ่มและอัตราการตายอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างย่อ ข้อสรุปที่สำคัญนี้ได้จากรายงานการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบและเมทวิเคราะห์ (systematic review and meta-analysis) สองฉบับต่อไปนี้ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดอย่างย่อในคนไทยที่มีปัญหาการติ่มสุราทั้งหมด 6 ชิ้น ซึ่งล้วนสนับสนุนว่าการบำบัดอย่างย่อมีผลลดการติ่มสุราได้ (สายรัตน์ นกน้อย. 2552)

1. การศึกษาของ Kaner EE และคณะตีพิมพ์ในปี ค.ศ.2009 เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดอย่างย่อในผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุราในสถานบริการปฐมภูมิ (Kaner, Dickinson et al. 2009) โดยได้สืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในระหว่างปี ค.ศ.1966 ถึง 2006 และพบการวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่ม (randomized controlled trial) จำนวน 29 ชิ้น แต่สามารถนำมาทำเมทวิเคราะห์เพียง 22 ชิ้น มีจำนวนอาสาสมัครรวมทั้งสิ้น 7,619 คน ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่ได้รับการบำบัดอย่างย่อสามารถลดการติ่มสุราลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมหลังจากติดตามไป 1 ปีหรือนานกว่านั้น (ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง: -38 กรัมต่อสัปดาห์, 95% CI: -54 ถึง -23) การวิเคราะห์กลุ่มย่อยจากงานวิจัย 8 ชิ้น ในกลุ่มตัวอย่าง 2,307 คน สนับสนุนว่าในผู้ชายที่ได้รับการบำบัดอย่างย่อติ่มสุราลดลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 57 กรัมต่อสัปดาห์ (ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง: -57 กรัมต่อสัปดาห์, 95% CI: -89 ถึง -25) แต่ในกลุ่มผู้หญิงการติ่มสุราจะลดลงน้อยกว่ากลุ่มผู้ชาย คือเฉลี่ยติ่มลดลงเพียง 10 กรัมต่อสัปดาห์ (ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง: -10 กรัมต่อสัปดาห์, 95% CI: -48 ถึง 29) นอกจากนี้พบว่า การบำบัดที่ใช้เวลานานมากขึ้น (extended intervention) มีผลต่อการลดการติ่มสุราได้มากกว่าการบำบัดอย่างย่อที่ใช้เวลาสั้นกว่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง: = -28, 95% CI: -62 ถึง 6 grams/week) คณะผู้วิจัยได้สรุปว่า *การบำบัดอย่างย่อช่วยลดการติ่มสุราได้อย่างน้อย 1 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ชายที่มีปัญหาการติ่มสุรา การบำบัดอย่างย่อที่ใช้เวลานานขึ้นอาจช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้นแต่ไม่มากนัก สำหรับผู้หญิงที่มีปัญหาการติ่มจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป*
2. การศึกษาของ McQueen J และคณะในฐานข้อมูล Cochrane Library ปี ค.ศ.2011 เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดอย่างย่อในผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุราอย่างหนักที่ต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในในหอผู้ป่วยทั่วไป (McQueen, Howe et al. 2011) ซึ่งได้สืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในระหว่างปี ค.ศ.1966 ถึง 2011 และพบการวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่ม 14 ชิ้น มีจำนวนอาสาสมัครรวมทั้งสิ้น 4,041 คน ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดอย่างย่อสามารถลดการติ่มสุราได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวัดผลที่ 6 เดือน (ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของการติ่มสุรา: -69.43 กรัมต่อสัปดาห์, 95% CI -128.14 ถึง -10.72) และที่ 9 เดือน (ค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของการติ่มสุรา: -182.88 กรัมต่อสัปดาห์, 95% CI -360.00 ถึง -5.76) นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดอย่างย้อมีอัตราการตายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 0.42 เท่าในระยะ 6 เดือน (อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ - relative risk-RR 0.42, 95% CI 0.19 ถึง 0.94) และ 0.6 เท่าในระยะ 1 ปี (RR 0.60, 95% CI 0.40 ถึง 0.91) คณะผู้วิจัยให้ข้อสรุปว่า *การบำบัดอย่างย้อมีประโยชน์มากในการช่วยลดการติ่มสุรา รวมทั้งลดอัตราการตายได้ในผู้ป่วยที่ติ่มหนักจนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่การศึกษาส่วนใหญ่ที่นำมาทบทวนในรายงานนี้ทำในผู้ป่วยชาย จึงยังควรมีการศึกษาต่อเพื่อหาว่ารูปแบบการบำบัดอย่างย่อและเวลาที่ใช้ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหญิงในโรงพยาบาลควรเป็นเช่นไร*

การใช้สารเสพติดชนิดอื่น

การศึกษาประสิทธิภาพของการคัดกรองด้วย ASSIST เชื่อมโยงกับการบำบัดอย่างย่อ เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี ค.ศ.2004 ถึง 2007 ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิจาก 4 ประเทศคือ ออสเตรเลีย บราซิล อินเดีย และสหรัฐอเมริกา (Humenuik, Ali et al. 2012) กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครอายุระหว่าง 16-62 ปี จำนวน 731 คน ซึ่งมีค่าคะแนน ASSIST ตั้งแต่ระดับความเสี่ยงปานกลางขึ้นไปสำหรับปัญหาการใช้กัญชา ยากระตุ้นประสาท และสารกลุ่มฝิ่น ดำเนินการวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่มโดยแยกเพศ ชนิดสารเสพติด กลุ่มทดลองจำนวน 372 คน ได้รับการบำบัดอย่างย่อเฉลี่ย 13.8 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 359 คน ไม่ได้รับการบำบัดในช่วงแรกแต่นัดให้กลับมาประเมินอีกครั้งในอีก 3 เดือนข้างหน้าและให้การบำบัดอย่างย่อในเวลานั้น ตัวชี้วัดประสิทธิภาพคือค่าคะแนน ASSIST ที่เปลี่ยนแปลงเมื่อติดตามผลในระยะ 3 เดือน ผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองออกจากโครงการก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (ร้อยละ 13.2 กับร้อยละ 14.2) เมื่อติดตามผลการรักษาในเวลา 3 เดือน ค่าคะแนน ASSIST ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กลุ่มทดลองคะแนนลดลงร้อยละ 18 กลุ่มควบคุมลดลงร้อยละ 11 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนบำบัด) เมื่อวิเคราะห์รายประเทศพบว่า ทั้งสามประเทศยกเว้นสหรัฐอเมริกา อาสาสมัครที่ได้รับการบำบัดอย่างย่อจะมีค่าคะแนน ASSIST ของทุกสารลดลงจากครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศอินเดียและบราซิลพบว่า การบำบัดอย่างย่อได้ผลดีมากในกลุ่มที่ใช้กัญชา ($p < 0.005$ ทั้งสองประเทศ) สำหรับประเทศออสเตรเลียได้ผลดีในกลุ่มที่ใช้ยากระตุ้นประสาท ($p < 0.005$) เช่นเดียวกับประเทศบราซิล ($p < 0.01$) และประเทศอินเดียได้ผลดีในกลุ่มที่ใช้สารกลุ่มฝิ่นด้วยเช่นกัน ($p < 0.01$) สรุปว่า *การคัดกรองด้วย ASSIST และการบำบัดอย่างย่อช่วยลดการใช้สารเสพติดชนิดกัญชา ยากระตุ้นประสาท รวมทั้งสารกลุ่มฝิ่น และความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการใช้สารเหล่านั้นได้อย่างดี*

การสูบบุหรี่

จากรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและเมทาวิเคราะห์ (systematic review and meta-analysis) ในฐานข้อมูล Cochrane Library ปี ค.ศ.2008 (Stead, Bergson et al. 2008) เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดอย่างย่อแบบให้คำแนะนำโดยแพทย์ในผู้ติดบุหรี่ โดย Stead LF และคณะ ได้สืบค้นการวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มแบ่งกลุ่มจำนวน 41 ชิ้น ที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ.1972-2007 มีจำนวนอาสาสมัครทั้งสิ้น 31,000 คน ในสถานบริการมีหลากหลายประเภททั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน คลินิกในโรงงาน แต่ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากการทบทวนวิเคราะห์ในงานวิจัย 17 ชิ้น ซึ่งเปรียบเทียบระหว่างการให้ brief advice กับการดูแลทั่วไปโดยไม่มี brief advice พบว่าอัตราการหยุดสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (หยุดสูบบมากกว่า 1.6 เท่า) [RR 1.66, 95% CI = 1.42-1.94] ในงานวิจัย 11 ชิ้นที่ให้การบำบัดแบบยอที่เข้มข้นมากขึ้น พบว่าอัตราการหยุดสูบบเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อย [RR 1.84, 95% CI = 1.60-2.13] แต่เมื่อวิเคราะห์กลุ่มย่อย โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบเข้มข้นขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นกลับไม่พบความแตกต่าง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดอย่างเข้มข้นกับการให้คำแนะนำอย่างย่อพบว่า การบำบัดอย่างเข้มข้นให้ผลดีกว่าเพียง 1.37 เท่า [RR 1.37, 95% CI = 1.20-1.56] และถึงแม้ว่าจะมีการติดตามผู้ป่วยหลายครั้งก็จะได้ผลเพิ่มขึ้นอีกเพียงเล็กน้อยเช่นกัน ในบทความนี้พบว่ามีการวิจัยเพียงชิ้นเดียวที่กล่าวถึงผลของการแนะนำเรื่องการหยุดสูบบุหรี่ในการช่วยลดอัตราการตาย ซึ่งไม่พบผลต่อการลดอัตราการตายในระยะเวลา 20 ปี คณะผู้วิจัยจึงให้ข้อสรุปว่า *การให้คำแนะนำแบบง่าย (simple advice) ได้ผลน้อยในการหยุดสูบบุหรี่เนื่องจากว่าอัตราการหยุดสูบบุหรี่ด้วยตนเองมีอยู่แล้วร้อยละ 2-3 แต่การให้การแนะนำอย่างย่อ (brief advice intervention) จะช่วยเพิ่มอัตราการหยุดสูบบขึ้นอีกเพียงร้อยละ 1-3 การบำบัดที่เสริมเข้ามาอาจให้ผลเพียงเล็กน้อย ถึงแม้ว่าการบำบัดแบบเข้มข้นจะให้ผลในการลดสูบบุหรี่ได้มากกว่าการแนะนำอย่างย่อ*

อย่างไรก็ตาม นักวิจัยก็ยังสรุปว่า การที่แพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการหยุดสูบบุหรี่อาจจะช่วยให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้ แม้ว่าแพทย์จะให้เพียงคำแนะนำอย่างง่ายเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ก็ยังเพิ่มโอกาสให้ผู้สูบบุหรี่หยุดสูบบ และคงหยุดสูบบอยู่ได้นานถึงหนึ่งปี การให้คำแนะนำที่เข้มข้นมากขึ้นอาจจะทำให้อัตราการหยุดสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น และการให้การดูแลติดตามก็อาจจะช่วยเพิ่มอัตราการหยุดสูบบุหรี่ขึ้นมามากขึ้นอีกเล็กน้อยเช่นกัน

ตัวอย่างโครงการพัฒนางานบริการคัดกรอง และบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติดในต่างประเทศ

บทเรียนในการจัดบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ ในงานสาธารณสุข

ในปี ค.ศ.2003 ศูนย์บำบัดรักษาสารเสพติดของศูนย์บริหารงานสารเสพติดและสุขภาพจิต (Center for Substance Abuse Treatment of the Substance Abuse and Mental Health Administration) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ริเริ่มโครงการคัดกรองบำบัดอย่างย่อและส่งต่อไปรับการบำบัดรักษา (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment-SBIRT) ขึ้นมาเพื่อคัดกรอง-บำบัดอย่างย่อ-ส่งต่อผู้ป่วย ในสถานบริการสุขภาพต่างๆ เช่น แผนกผู้ป่วยใน แผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก สถานบริการปฐมภูมิและสถานบริการเฉพาะทาง รวมทั้งศูนย์บริการชุมชนในรัฐต่างๆ โดยเป็นการคัดกรองแบบ “ครอบจักรวาล” (universal screening) นั่นคือผู้ป่วยทุกคนที่เดินเข้าประตูสถานบริการมาจะต้องได้รับการคัดกรองทุกคน เครื่องมือคัดกรองที่ใช้ในโครงการนี้ในปัจจุบันคือ ASSIST ประชากรที่มีผลการคัดกรองเป็นบวกและได้รับการบำบัดอย่างย่อหรือส่งต่อไปรับการบำบัดรักษาเพิ่มเติมจำนวนหนึ่งได้ถูกส่งให้มาติดตามผลการรักษาในหกเดือนต่อมา บุคลากรที่ทำหน้าที่คัดกรองและบำบัดทั้งหมดในแต่ละสถานบริการเป็นบุคลากรที่ถูกจ้างมาใหม่เพื่อมาทำหน้าที่นี้โดยเฉพาะ

Bertha Madras และคณะได้รายงานผลของโครงการนี้ในผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองและติดตามการรักษาเป็นเวลาหกเดือน จำนวน 459,599 คนในรัฐต่างๆ สหรัฐ พบว่าผู้ที่ได้รับการคัดกรองร้อยละ 22.7 มีผลการคัดกรองเป็นบวก โดยมีระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติดแตกต่างกันตั้งแต่ มีความเสี่ยง มีปัญหา มีอันตราย และติดสารเสพติด (risky, problematic, abuse, addiction) ผู้ป่วยร้อยละ 15.9 ได้รับการบำบัดอย่างย่อ (Brief intervention) ร้อยละ 3.2 ได้รับการรักษาแบบสั้น (Brief treatment) และร้อยละ 3.7 ถูกส่งต่อไปรับการรักษาเฉพาะทาง ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดสามารถลดอัตราการใช้อิงได้ร้อยละ 67.7 เมื่อติดตามผลในระยะหกเดือน และลดการดื่มสุร่าอย่างหนักได้ร้อยละ 38.6 เมื่อเทียบกับก่อนได้รับการบำบัด ซึ่งเป็นการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลดังกล่าวนี้ไม่แตกต่างกันระหว่างเพศ เชื้อชาติ และอายุ

นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาแบบสั้นหรือการรักษาเฉพาะทางรายงานว่า ตนเองมีภาวะสุขภาพทั่วไป สุขภาพจิต การจ้างงาน สภาพบ้านที่อยู่อาศัย และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาชญากรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน โครงการนี้จัดเป็นโครงการคัดกรองและให้การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดที่ใหญ่ที่สุด และดำเนินการในสถานบริการสุขภาพหลากหลายประเภท ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการคัดกรอง/บำบัดอย่างย่อ/ส่งต่อเป็นงานที่สามารถทำได้และได้รับการยอมรับในสถานบริการสุขภาพต่างๆ และการบำบัดดังกล่าวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดการใช้สารเสพติดและมีพฤติกรรมหรือสภาพความเป็นอยู่ดีขึ้นอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามเนื่องจากข้อมูลต่างๆ ของโครงการนี้เป็นข้อมูลที่เก็บรวบรวมโดยสถานบริการต่างๆ ในระบบงานประจำ ไม่ได้เป็นข้อมูลที่จัดเก็บแบบงานวิจัย ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลจากการรายงานตนเองของผู้ป่วย และเนื่องจากไม่ได้เป็นงานวิจัยแบบ randomized controlled trial จึงไม่มีกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาที่ได้จึงมีข้อจำกัดอยู่บ้าง แต่ก็แสดงถึงประสิทธิภาพของมาตรการคัดกรองและบำบัดในเวชปฏิบัติจริงได้เป็นอย่างดี (Madras, Compton et al. 2009)

การคัดกรองและบำบัดอย่างย่อในแผนกฉุกเฉิน

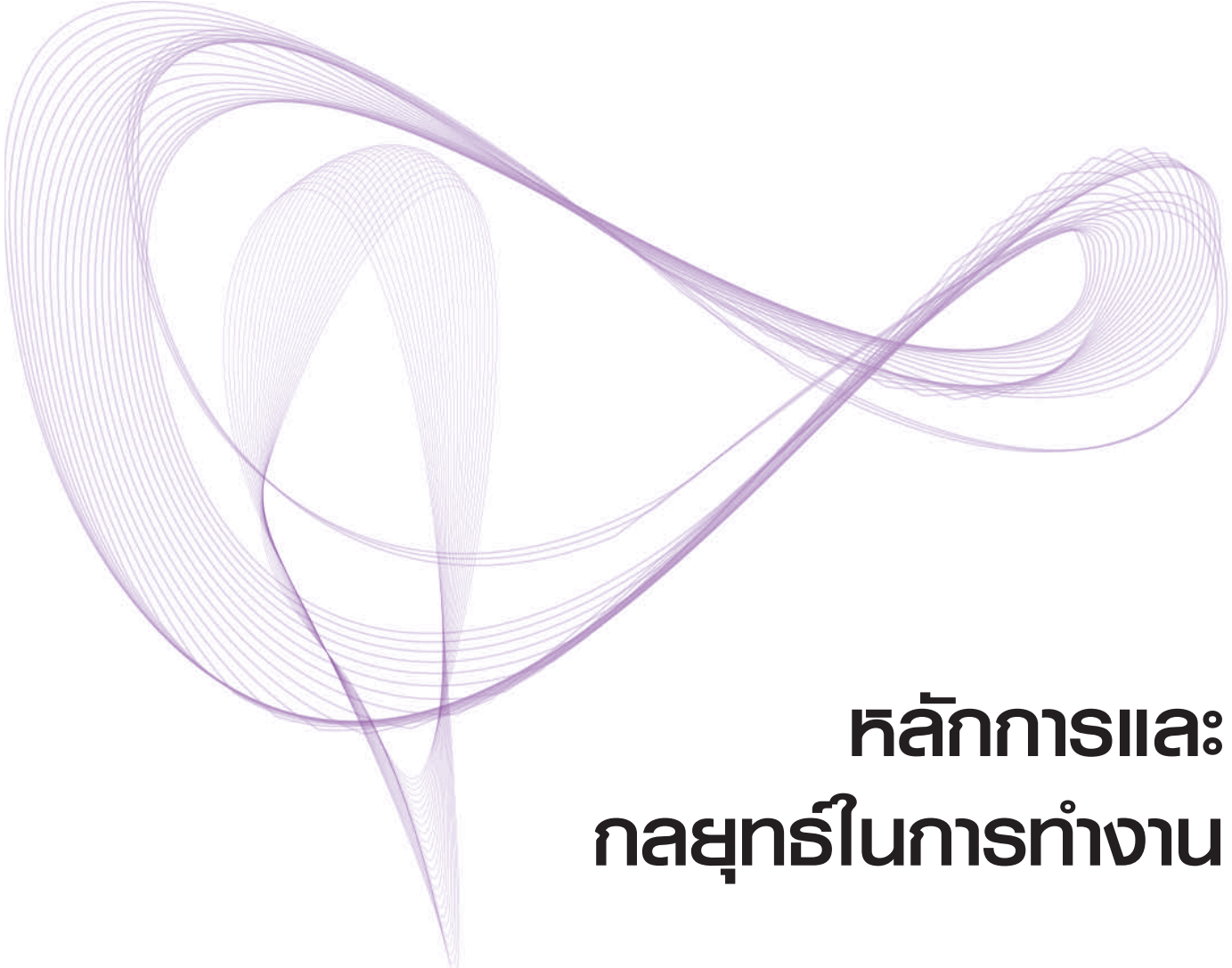
ในปี ค.ศ.2006 ในรัฐแมสซาชูเซตส์ ได้เริ่มการกระจายการให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ ในแผนกฉุกเฉินเจ็ดแห่งทั่วรัฐ แผนกฉุกเฉินที่เข้าร่วมโครงการนี้ได้รับการคัดเลือกมาจาก 19 แห่งที่ยื่นใบสมัคร จากแผนกฉุกเฉินทั้งหมด 74 แห่งในรัฐนี้ หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ เป็นแผนกฉุกเฉินในพื้นที่เมือง ชานเมือง และชนบท ซึ่งมีความจำเป็น (ดูจากความชุกและทรัพยากรที่มีอยู่) มีการสนับสนุนจากหน่วยงานและชุมชน และมีแรงจูงใจกับความสามารถที่จะพัฒนาคุณภาพงานบริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อสุราและสารเสพติด ผู้ให้บริการเป็นเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ (health promotion advocate – HPA) ซึ่งเป็นครูชุมชนที่ไม่ได้เป็นเจ้าหน้าที่ทางคลินิกหรือบุคลากรวิชาชีพ (nonclinical, nonprofessional community health educator) เจ้าหน้าที่เหล่านี้มีประวัติการทำงานด้านสารเสพติดที่ได้รับการอบรมเรื่อง motivational interviewing เป็นเวลาสองสัปดาห์ เพื่อไม่ให้เป็นการซ้ำกับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพจะคัดกรองผู้ป่วยของแผนกฉุกเฉินทุกคนในด้านสุขภาพทั่วไป ความปลอดภัย และการใช้สารเสพติด และให้การบำบัดอย่างย่อแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Brief motivational Interviewing) ซึ่งประกอบด้วย การยินยอมของผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อดีและข้อเสียของการใช้สารเสพติด การให้ข้อมูลสะท้อนกลับตามคู่มือ การสะท้อนความขัดแย้งระหว่างสภาพชีวิตปัจจุบันกับเป้าหมายในอนาคต การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง การค้นหาเหตุผลในการเปลี่ยนแปลง การค้นหาจุดแข็งและความสำเร็จในอดีต การให้แหล่งช่วยเหลือ และการพัฒนาแผนปฏิบัติตน ในรายชื่อที่ต้องการการรักษาเฉพาะทาง เจ้าหน้าที่ก็จะโทรศัพท์ติดต่อเพื่อหาเตียงหรือสถานที่รักษารวมทั้งต่อรองกับผู้ป่วยเงินค่ารักษา และจัดการเดินทางให้ (Bernstein, Topp et al. 2009)

การประเมินโครงการนี้อิงตาม RE-AIM Model ซึ่งมีห้าองค์ประกอบ ได้แก่ Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation และ Maintenance

- **Reach** คือความเป็นไปได้ในการจัดบริการ SBIRT ในแผนกฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาลและการที่โรงพยาบาลบริหารจัดการระบบต่างๆ เพื่อนำบริการนี้เข้ามาใช้ในโรงพยาบาลของตน เช่น การลงนามในบันทึกช่วยจำของผู้บริหารเพื่อแสดงเจตนารมณ์ต่อการนำโครงการนี้เข้ามาปฏิบัติในโรงพยาบาลของตน การจัดสัมมนาผู้บริหารและบุคลากรที่จะทำหน้าที่เป็นทีมผู้นำในการจัดบริการนี้ การจัดอบรมบุคลากรทั้งหมดของแผนกฉุกเฉินเกี่ยวกับวิธีการทำ SBIRT และการจัดประชุมกับผู้แทนจากแผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลของตน เช่น แผนกเทคโนโลยีสารสนเทศ แผนกบุคลากร แผนกเวชระเบียน และแผนกการเงิน รวมทั้งการคัดเลือกและจัดอบรมให้ HPA ภายในโรงพยาบาลของตนเอง ซึ่งทั้งหมดนี้ดำเนินงานโดยทีมผู้นำภายในโรงพยาบาลเอง
- **Effectiveness** การจัดบริการ SBIRT นี้อิงตามหลักฐานวิชาการที่สนับสนุนทั้งประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ในการจัดบริการ SBIRT ในแผนกฉุกเฉิน โดยใช้บุคลากรนอกวิชาชีพที่ได้รับการฝึกหัดมาอย่างดี
- **Adoption** ในการประเมินการยอมรับ SBIRT มาใช้ในแผนกฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาลกระทำโดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ทางคลินิกของแผนกฉุกเฉิน HPA supervisors, HPA, พยาบาลหัวหน้าแผนก และผู้อำนวยการของแผนกฉุกเฉินของทั้งห้าโรงพยาบาล โดยประเมินองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่
 1. ความตรงของการให้บริการ (Fidelity) ต่อองค์ประกอบหลักของ SBIRT โดยการเยี่ยมชมแต่ละโรงพยาบาลเพื่อสังเกตการปฏิบัติงานจริงของ HPA และการประชุมทางโทรศัพท์ประจำเดือน
 2. Adaptiveness คือการปรับบริการให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของแผนกฉุกเฉิน และ
 3. Culture การปรับการทำงานให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของแผนกฉุกเฉินแต่ละแห่ง

- **Implementation** ในระยะเวลาที่ดำเนินงานระหว่างสิงหาคมถึงธันวาคม ค.ศ.2007 มีผู้ป่วย 173,605 คน มาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งนี้ HPA สามารถค้นหาผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองเป็นบวกได้ร้อยละ 61 โดยบุคลากรทางคลินิกของแผนกฉุกเฉินซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลค้นหาผู้ป่วยร้อยละ 39 และส่งต่อไปให้ HPA ทำการคัดกรองและบำบัดอย่างเต็มรูปแบบ ในจำนวนผู้ป่วย 4,899 คน ที่มีผลการคัดกรองว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงหรือผู้ติดสุราหรือสารเสพติด ผู้ป่วย 4,035 คน หรือร้อยละ 82 ได้รับการบำบัดอย่างย่อ และร้อยละ 57 ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษา โดยร้อยละ 14 ปฏิเสธการส่งต่อ
- **Maintenance** ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นโครงการ เจ้าหน้าที่ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ เวชระเบียนและการเงินของโรงพยาบาลทุกแห่งได้รับมอบหมายให้สร้างระบบเพื่อให้โปรแกรมนี้สามารถเลี้ยงตัวเองได้ในที่สุด ดังนั้นจึงได้มีการออกแบบเวชระเบียนให้มีข้อมูลที่จำเป็นในการเรียกเก็บเงิน และผู้บริหารของโรงพยาบาลกำกับดูแลการบันทึกเวชระเบียนเพื่อให้สามารถเรียกเก็บเงินได้ นอกจากนี้ ยังมีการทำการตลาดโครงการนี้ไปยังผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อโรงพยาบาลและชุมชนว่าโครงการนี้สร้างมูลค่าเพิ่มซึ่งเป็นประโยชน์ต่อชุมชน แผนกฉุกเฉิน 5 แห่งใน 7 แห่งที่ร่วมโครงการ สามารถคงการให้บริการนี้ได้จนตลอดปีที่สองของโครงการต่างๆ ที่มีการตั้งงบประมาณของรัฐ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการจัดบริการ SBIRT โดย HPA ในแผนกฉุกเฉินประกอบด้วย
 1. มีงบประมาณจากภายนอกเข้ามาสนับสนุนในช่วงเริ่มต้น
 2. บุคลากรภายในแผนกฉุกเฉินรับบทบาทในการเป็นทีมผู้นำเพื่อสนับสนุนการทำงานของ HPA จัดการกับปัญหาการหวงอาณาเขต และสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรของแผนกฉุกเฉินจากการที่เป็นแบบ “รักษาแล้วปล่อยกลับไป” (“treat and street”) เป็นการป้องกันซึ่งอิงองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การเสพติด
 3. การวางแผนให้งานอยู่รอดยั่งยืนตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ เวชระเบียนและการเงินของโรงพยาบาลทุกแห่ง รวมทั้งผู้ให้บริการในชุมชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง
 4. การสร้างและดูแลเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยที่ใหญ่และดีมาก เพื่อบรรลุรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากแผนกฉุกเฉินให้สามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาปัญหาจากสารเสพติดได้

โดยสรุปโครงการนี้จึงเป็นตัวอย่างที่ดีของการนำบริการ SBIRT ที่เป็นผลมาจากการวิจัยเข้ามาใช้จริงในเวชปฏิบัติ

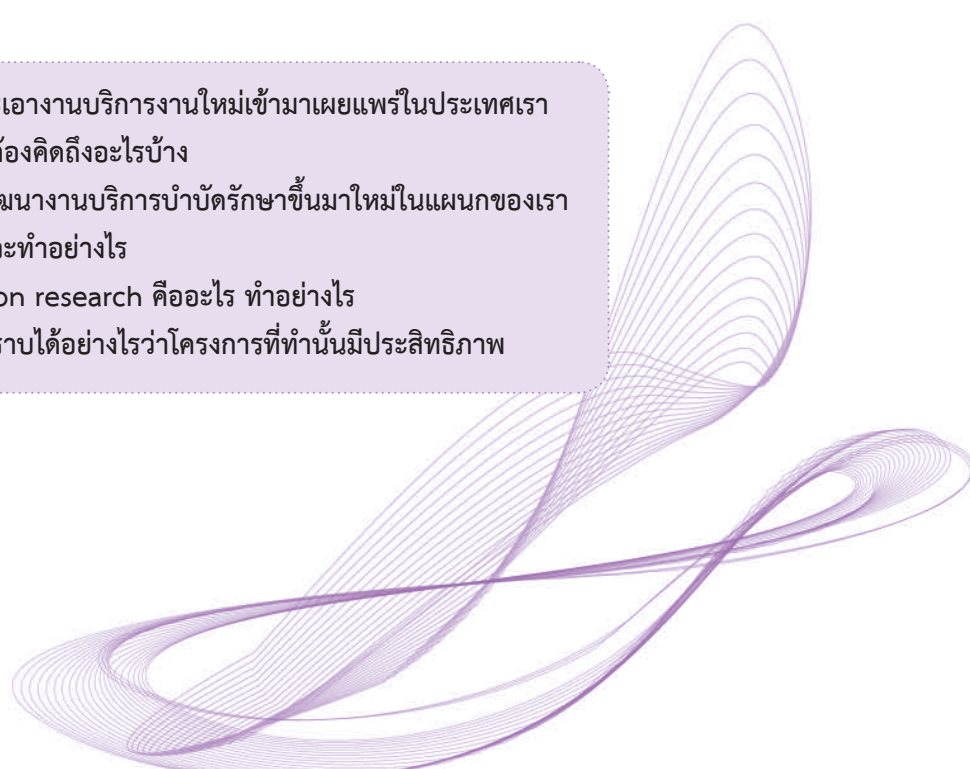


หลักการและ กลยุทธ์ในการทำงาน

“จงเล็งเป้าสู่ดวงจันทร์เกิด ถึงแม้จะพลาดเป้า แต่คุณก็ยังอยู่ท่ามกลางหมู่ดาว”

“Shoot for the moon. Even if you miss. You’ll land among the stars”

(จากหนังสือคำคม โดย สมาคมศิษย์เก่ามหาวิทยาลัยประเทศจีนและชมรมศิษย์เก่า
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในประเทศไทย)

- 
- ถ้าจะเอางานบริการงานใหม่เข้ามาเผยแพร่ในประเทศเรา ควรต้องคิดถึงอะไรบ้าง
 - จะพัฒนางานบริการบำบัดรักษาขึ้นมาใหม่ในแผนกของเรา ควรจะอย่างไร
 - Action research คืออะไร ทำอย่างไร
 - จะทราบได้อย่างไรว่าโครงการที่ทำนั้นมีประสิทธิภาพ

2 หลักการและกลยุทธ์ในการทำงาน

โครงการ Thailand ASSIST-SBI เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อโดยใช้เครื่องมือ ASSIST สำหรับผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดขึ้นมาในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในพื้นที่นำร่องในประเทศไทย ดังนั้นจึงจัดว่าเป็นการนำนวัตกรรมหรือบริการใหม่เข้ามาทดลองใช้และเผยแพร่ ในการดำเนินงานดังกล่าวทีมวิจัยจึงต้องศึกษา ทบทวนหลักวิธีการต่างๆ สำหรับการพัฒนางานบริการด้านสารเสพติด ในบทนี้จะมีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักวิธีการเหล่านี้ที่ได้นำมาใช้ในโครงการ ได้แก่ ขอบเขตของงานบริการด้านสารเสพติดและข้อควรคำนึงในการจัดบริการดังกล่าว หลักในการทำโครงการวิจัยและพัฒนาแบบ action research กลยุทธ์หลักที่ใช้ในการดำเนินงานในโครงการนี้ ซึ่งได้แก่ ทฤษฎีการเผยแพร่ นวัตกรรม การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน วงจรการพัฒนาคุณภาพแบบต่อเนื่อง และการดำเนินงานแบบหลากหลายรูปแบบ รวมทั้งหลักการและวิธีการประเมินผลโครงการ

การพัฒนาบริการด้านสารเสพติดควรคำนึงถึงอะไรบ้าง

การจัดบริการสำหรับผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด ควรเป็นบริการที่ครอบคลุมทั้งมิติของการป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยบุคลากรทางสุขภาพ ขอบเขตของการพัฒนาบริการด้านสารเสพติดที่มีประสิทธิภาพ ควรประกอบด้วย

1. การพัฒนาบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการใช้สารเสพติด **บริการที่ได้ผลดีที่สุดในการป้องกันปัญหาสารเสพติดคือ การลดจำนวนผู้ใช้สารเสพติดรายใหม่** ซึ่งหากสามารถบรรลุเป้าหมายนี้ได้เท่ากับภาระบริการในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดจะลดน้อยลง การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวให้มีทักษะในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กในแต่ละช่วงวัยอย่างเหมาะสม และการบูรณาการงานป้องกันการใช้สารเสพติดเข้าสู่ระบบการศึกษาอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง จะทำให้เกิดผลลัพธ์ระดับสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีข้อมูลสนับสนุนว่าเป็นกลุ่มที่เริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรก หรือกลุ่มที่มีข้อมูลรายงานทางวิชาการว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด ปัจจัยที่สำคัญที่รัฐพึงตระหนักและควรจัดให้แก่ประชาชนคือ การจัดระบบสวัสดิการภาครัฐที่เพียงพอแก่ประชาชนเพื่อพัฒนาครอบครัว และชุมชน ทั้งด้านเศรษฐกิจ กิจกรรมสร้างสรรค์ การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด และการเสริมสร้างทักษะชีวิต การจัดระบบการเฝ้าระวัง ช่วยเหลือ ดูแลเมื่อค้นพบว่าบุคคลเริ่มใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นระบบที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ได้ผล และรวดเร็ว บริการในลักษณะดังกล่าว เป็นงานในระดับปฐมภูมิที่จะต้องอาศัยความร่วมมือกันของภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรชุมชน ภาคประชาชน ท้องถิ่น และทรัพยากรบุคคลสำคัญในชุมชน รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายด้วย
2. การคัดกรองความเสี่ยงของการใช้สารเสพติด เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการใช้และติดยาเสพติด เป็นบริการในอีกระดับหนึ่ง ที่มุ่งเน้นการป้องกันการติดยาเสพติด หรือก่อนเกิดอันตรายจากการใช้สารเสพติด เปรียบเสมือนการตรวจค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การตรวจคัดกรองความดัน เบาหวาน มะเร็งปากมดลูก ฯลฯ ซึ่งจะนำไปสู่การเฝ้าระวัง ติดตาม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค เช่นเดียวกับแนวคิดของ ASSIST ที่เป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิ ที่ให้ความสำคัญกับการคัดกรองความเสี่ยง บริการดังกล่าวควรเป็นบทบาทของทั้งชุมชนและสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยควรมีการพัฒนาศักยภาพให้หน่วยงานในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัญหาสารเสพติด ภาคส่วนชุมชน ให้สามารถคัดกรองความเสี่ยงดังกล่าวได้ โดยเน้นเครื่องมือที่ง่าย เหมาะสมกับชุมชนวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่
3. บริการบำบัดผู้ติดยาเสพติด **การบำบัดผู้ติดยาเสพติดควรเน้นที่ประสิทธิภาพของการบำบัด** ซึ่งในประเด็นนี้ อาจจะมีการวิจัยเพื่อหาวิธีการบำบัดแบบผสมผสาน ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ทางเลือก จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด รวมถึงชุมชนบำบัด เพื่อให้ผู้เสพกลับคืนสู่สังคมได้
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัด ปัญหาของการกลับมาเสพซ้ำของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดแล้วคือ **การฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน การพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับครอบครัวและชุมชนในการรองรับและดูแลผู้ติดยาเสพติด การปรับเปลี่ยนทัศนคติของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญ** รวมถึงระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนและระบบบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน จำเป็นต้องได้รับการดำเนินการอย่างจริงจัง และควรเป็นระบบการส่งต่อที่มีการบูรณาการของสหวิชาชีพ และระดับของการบริการทั้งทางสุขภาพและสังคม

ปัจจัยด้านผู้ให้และผู้รับบริการ ในบริบทของการให้บริการด้านสารเสพติดที่ควรคำนึงถึง

ระบบบริการด้านสารเสพติดเป็นบริการที่มีความต้องการบุคลากรที่มีคุณลักษณะเฉพาะดังนี้

ผู้ให้บริการสุขภาพ

1. เป็นผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้รับบริการอย่างแท้จริง ปราศจากอคติต่อผู้ใช้นิสารเสพติด ตามคุณสมบัติของผู้ให้บริการแบบผู้ให้การศึกษา จึงจะทำให้มองเห็นเป้าหมายแห่งความสำเร็จของการให้บริการ
2. เป็นผู้ใฝ่รู้ ค้นหา และพัฒนาทั้งทักษะและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดยาเสพติด
3. ผู้ให้บริการควรได้รับการผ่อนคลายความเครียดกดดันจากการทำงาน เนื่องจากงานบริการผู้ติดยาเสพติดเป็นงานที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการในรูปแบบที่อาจจะเป็นทั้งผู้เสพและผู้ขาย โดยอาจมีผู้กระทำความผิดทางกฎหมายอยู่ด้วย หรือมีปัญหาที่ซับซ้อนยากในการให้บริการ ผู้ให้บริการอาจมีภาวะเครียด รู้สึกไม่แน่ใจในความปลอดภัยของตนเอง จึงควรมีวิธีการเพื่อผ่อนคลายความเครียดของผู้ให้บริการเป็นระยะๆ ด้วย
4. จากกรณีข้อ 3 อาจมีผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิต มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว จึงควรคำนึงถึงระบบที่ทำให้ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการได้รับความคุ้มครอง และการดูแลให้เกิดความมั่นคงปลอดภัยด้วย
5. การทำงานในรูปแบบเครือข่ายและบูรณาการงานบริการด้านสารเสพติด เป็นภารกิจที่ต้องแก้ปัญหาทั้งด้านสังคม กฎหมาย ชุมชน และระบบสุขภาพ การทำงานเพียงหน่วยงานเดียวจึงไม่สามารถประสบความสำเร็จได้ การสร้างเครือข่าย บูรณาการข้อมูล ความรู้ การทำงานร่วมกัน จะสร้างโอกาสแห่งความสำเร็จได้มากขึ้น

ผู้รับบริการ

1. ผู้รับบริการที่เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพด้วยการเจ็บป่วยจากโรคอื่นๆ อาจจะใช้สารเสพติดอยู่ด้วย จึงไม่ควรละเลยการคัดกรองการใช้สารเสพติดในผู้มารับบริการสุขภาพ
2. ผู้ใช้นิสารเสพติดส่วนใหญ่อาจจะขาดความตระหนักต่อการใช้นิสารเสพติดของตน และประเมินตนเองว่าการใช้นิสารเสพติดไม่มีอันตราย ผู้รับบริการจึงควรได้รับข้อมูลและการอธิบายผลการประเมินอย่างชัดเจน เพื่อให้เขาเกิดความตระหนักถึงปัญหาของการใช้นิสารเสพติดของเขาได้
3. ในสังคมไทยยังไม่ยอมรับผู้ติดยาเสพติด การที่ผู้รับบริการถูกประเมินว่าเป็นผู้ติดยาเสพติด อาจทำให้เขารู้สึกเหมือนเป็นผู้มีตราบาปที่ถูกลงโทษจากสังคม การปรับเปลี่ยนวิธีคิดให้ผู้ใช้นิสารเสพติดกล้าเผชิญกับมุมมองดังกล่าวของสังคม จึงเป็นสิ่งท้าทายสำหรับผู้ให้บริการ ในขณะเดียวกัน ต้องเข้าใจในความรู้สึกดังกล่าวของผู้รับบริการที่ยังไม่ยอมเปิดเผยตนเองหรือเข้าสู่ระบบบริการ การบำบัดแบบย่ออาจจะเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้รู้ว่าเขาคือใคร

ASSIST-SBI เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้ในการคัดกรองผู้มีปัญหาจากสารเสพติด เป็นการนำผู้ใช้นิสารเสพติดให้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา และในขณะเดียวกันก็เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยสร้างความตระหนักให้กับผู้มีปัญหาจากสารเสพติดถึงพิษภัยของการใช้สารดังกล่าว การจัดบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST จึงนับว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนางานบริการด้านสารเสพติด

โครงการวิจัยและพัฒนาแบบ Action research เป็นอย่างไร

การวางแผนโครงการพัฒนาบริการด้านสาธารณสุข ในรูปแบบของโครงการวิจัยและพัฒนาเป็นการปฏิบัติการจริงในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ณ บริบทของปัญหาหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นวิธีการแสวงหาความรู้ภายใต้การปฏิบัติหรือการดำเนินการของนักวิจัย และนักปฏิบัติในฐานะนักวิจัย หรือผู้ซึ่งทำงานร่วมกับนักวิจัย เพื่อพิสูจน์หรือทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ได้ออกแบบไปปฏิบัติจริงโดยผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร การวิจัยพัฒนาเชิงปฏิบัติการเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาที่นักวิจัยสามารถออกแบบการพัฒนาและเก็บข้อมูลได้หลายวิธี เป็นการวิจัยควบคู่กับการปฏิบัติการและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในระหว่างการปฏิบัติการ งานพัฒนาในรูปแบบนี้เป็นวงจรการพัฒนาที่ไม่มีที่สิ้นสุด ในรูปแบบเดียวกับการพัฒนาคุณภาพ นั่นคือ การวางแผนปฏิบัติ (Plan) ดำเนินการลงมือปฏิบัติ (Do) สังเกตหรือประเมินผลลัพธ์ (Check) และป้อนกลับเข้าสู่วงจรการวางแผนในรอบต่อไป (Act) (MacIsaac 1996)

เป้าหมายสูงสุดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ การมุ่งแก้ปัญหาและพัฒนากิจกรรมหรือการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดีกว่าเดิม ภายใต้การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน (Improving by changing) โดยการหาสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่จะทำให้เกิดการบรรลุเป้าหมาย ลดปัจจัยขัดขวางหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น นั่นก็คือการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างการปฏิบัติจริงว่า มีปัจจัยใดส่งผลต่อความสำเร็จ หรือล้มเหลวในการพัฒนางาน โดยการปรับปรุงหรือพัฒนานั้นจะต้องมีการปฏิบัติการอย่างเป็นระบบ ภายใต้สภาพการณ์ของปัญหาที่เป็นโจทย์วิจัยที่มีการระบุอย่างเจาะจงในการนำมาสู่การแก้ปัญหาหรือพัฒนา

จากลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เริ่มต้นด้วยการศึกษาสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ การวางแผนเพื่อมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่าเดิม โดยมีกิจกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง หรือวิธีการใหม่เข้าไปปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลง มีการติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ และมีการปรับปรุงการปฏิบัติการให้ดียิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่วงจรใหม่อีกครั้งทำให้สามารถนำวิธีการทำงานวิจัยเชิงปฏิบัติการไปใช้ได้อย่างหลากหลาย ทั้งการพัฒนาการศึกษาในรูปแบบการจัดการเรียนการสอน หรือการพัฒนาคุณภาพชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานด้านสุขภาพ ซึ่งงานวิจัยลักษณะนี้ช่วยพัฒนาความรู้ใหม่ที่สามารถยืนยันได้ว่าสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงมีคุณค่าต่างจากงานวิจัยอื่นในการช่วยยืนยันถึงความสามารถในการนำไปใช้จริง จากความพยายามปรับปรุงและพัฒนาเพื่อให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีผลลัพธ์จากการดูแลที่ดีขึ้น ประชาชนทั่วไปที่ยังไม่ป่วยสามารถดูแลป้องกันตนเอง ส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ไม่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ช่วยพัฒนาแนวทางการปฏิบัติให้มีความชัดเจนมากขึ้นบนพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการวิจัย ซึ่งสรุปได้ว่าก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้รับบริการ ชุมชน และผู้ให้บริการ ในทำนองเดียวกัน การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการดูแลสุขภาพ มีประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สามารถสะท้อนสิ่งปฏิบัติเพื่อการพัฒนาและสร้างทฤษฎีจากการปฏิบัติ เป็นเครื่องมือสำหรับนักปฏิบัติ ความรู้ที่ได้จากการวิจัยดังกล่าวส่งผลต่อเนื่องในการพัฒนาการปฏิบัติการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้กับพื้นที่ได้อย่างเต็มที่ (Hart and Bond 1995) เป็นการสร้างความรู้จากการปฏิบัติเพื่อช่วยยกระดับการดูแลและการบริการด้านสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นสะพานเชื่อมต่อระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ

โครงการ Thailand ASSIST-SBI ได้นำเอาแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเข้ามาใช้ โดยกำหนดโจทย์วิจัยหลักว่าทำอย่างไรจึงจะจัดให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ และพยายามใช้วงจรของการพัฒนาคุณภาพเป็นกลยุทธ์หลักอีกอันหนึ่งในการทำงานสร้างความมีส่วนร่วมของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในแต่ละสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบและเกิดขึ้นในระดับองค์กร (institutionalization) ไม่ใช่ในระดับปัจเจกบุคคลซึ่งมักขึ้นอยู่กับผู้ที่สนใจเพียงบางคนเท่านั้น เพื่อให้งานบริการนี้คงอยู่ยั่งยืน ไม่ใช่เฉพาะในช่วงที่อยู่ในระหว่างการดำเนินโครงการเท่านั้น

ในการนำเครื่องมือหรือบริการใหม่เข้ามาใช้ในประเทศ ควรจะต้องคำนึงถึงปัจจัยอะไรบ้าง

การให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST จัดว่าเป็นบริการใหม่ในงานสาธารณสุขในประเทศไทย การจะทำให้บุคลากรสุขภาพในระบบสาธารณสุขยอมรับและจัดบริการนี้ขึ้นมาในสถานบริการสุขภาพอย่างแพร่หลายและยั่งยืน จนเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำของการบริการสุขภาพและผู้ป่วย ญาติหรือชุมชนเองก็ยอมรับการบริการนี้เช่นกัน จำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายๆ อย่างในการเผยแพร่ ASSIST-SBI นี้ ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม (Theory of diffusion of innovation) (Rogers and Shoemaker 1971; Rogers 1995; Sanson-Fisher 2004; Sharma and Kanekar 2008) เป็นแนวคิดหนึ่งที่ใช้อธิบายว่าทำไมคนในหน่วยสังคมหนึ่งๆ จะยอมรับความคิดหรือเทคโนโลยีใหม่ๆ ได้ และด้วยช่องทางใด รวมทั้งในอัตราความเร็วเท่าไร ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ในการที่สมาชิกในระบบสังคมหนึ่งจะยอมรับนวัตกรรมมาใช้ด้วยตนเอง จะต้องผ่านขั้นตอน 5 ขั้น ได้แก่

- **ความรู้ (Knowledge)** หรือการตระหนักรู้ว่ามีนวัตกรรมนั้นเกิดขึ้นมาในสังคมของตนเอง
- **การชักจูง (Persuasion)** หรือความสนใจและแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น
- **การตัดสินใจ (Decision)** ชั่งน้ำหนักข้อดีข้อเสียของการใช้นวัตกรรม ตัดสินใจว่าจะใช้หรือไม่ใช้
- **การนำมาปฏิบัติ (Implementation)** เป็นการนำนวัตกรรมนั้นมาใช้จริง
- **การยืนยัน (Confirmation)** ประเมินและสรุปตกลงใจใช้นวัตกรรมนั้นต่อไป

ทั้งห้าขั้นตอนนี้จะคล้ายคลึงกับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente (Trans-theoretical Model of Behaviour Change) (Prochaska and DiClemente 1986) ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนเพิกเฉย ลังเลใจ เตรียมการลงมือกระทำ และปฏิบัติต่อเนื่อง ซึ่งบุคลากรสุขภาพที่ทำงานเกี่ยวกับการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดคุ้นเคยกันดี ในทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมยังกล่าวว่า การตัดสินใจของสมาชิกแต่ละคนจะได้รับอิทธิพลจากสมาชิกคนอื่นในระบบสังคมนั้น ผู้ที่ยอมรับนวัตกรรมมาใช้แบ่งออกได้เป็นหลายกลุ่มขึ้นอยู่กับความเร็วในการยอมรับเอานวัตกรรมนั้นมาใช้ ตั้งแต่ผู้ที่พัฒนานวัตกรรมนั้นขึ้นมาเอง ซึ่งมักจะเป็นคนที่ใช้นวัตกรรมนั้นเป็นคนแรก ผู้ที่นำนวัตกรรมมาใช้ตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งมักจะเป็นผู้นำทางความคิดในสังคมนั้น ไปจนกระทั่งผู้ที่ยอมรับมาใช้ในระยะท้ายๆ และผู้ที่อนุรักษ์นิยมและมักจะยึดติดอยู่กับจารีตประเพณี ซึ่งมักจะเป็นกลุ่มหลังสุดที่จะเอานวัตกรรมนั้นมาใช้ **ผู้นำทางความคิด (Key opinion leaders - KOL) ในระบบสังคมซึ่งยอมรับนวัตกรรมนั้นอย่างรวดเร็วมักจะเป็นผู้มีอิทธิพลสูงต่อการตัดสินใจของสมาชิกคนอื่น**

ช่องทางในการเผยแพร่นวัตกรรมยังเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องคำนึงถึง ในสังคมที่คนมักจะเปิดรับสิ่งใหม่ๆ เข้ามาและมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นๆ นอกกลุ่มสังคมของตนเอง คนในสังคมแบบนี้มักจะสนใจ และมีช่องทางในการเข้าถึงสิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ แต่ในสังคมปิดที่สมาชิกเกาะกลุ่มอยู่แต่กับพวกเดียวกัน การยอมรับนวัตกรรมใหม่มักเป็นเรื่องยาก ช่องทางในการเผยแพร่นวัตกรรมมีหลายช่องทาง เช่น ทางอินเทอร์เน็ต สังคมออนไลน์ หลักสูตรการศึกษาระดับต่างๆ การฝึกอบรม ประชุมวิชาการ สัมมนา การไปเยี่ยมเยียนให้ความรู้ถึงตัว และทางสื่อมวลชน เป็นต้น นอกจากนั้น ผู้นำนวัตกรรมมาเผยแพร่ยังต้องคาดการณ์ถึงปัจจัยต่างๆ ที่อาจจะส่งผลต่อการยอมรับเอานวัตกรรมมาใช้เอาไว้ล่วงหน้า เช่น ระดับการศึกษาของผู้ใช้นวัตกรรม หรือทักษะในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การรับรู้ถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการใช้นวัตกรรมนั้น ความยากง่ายของการใช้นวัตกรรม และทัศนคติของผู้นำทางความคิด ผู้กำหนดนโยบายและสมาชิกคนอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มักจะมีลักษณะเฉพาะในแต่ละกลุ่มสังคม

ในงานของโครงการ ASSIST ระยะที่สี่ขององค์การอนามัยโลก วัตถุประสงค์หลักคือ การเผยแพร่ให้เกิดการยอมรับเอางานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อๆ มาใช้ในงานบริการสุขภาพในประเทศสมาชิกทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีทรัพยากรจำกัด สิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของกิจกรรมนี้ก็คือ การพยายามทำให้เกิดความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ตั้งแต่ผู้กำหนดนโยบายระดับชาติและผู้นำทางความคิดหลัก ความร่วมมือของบุคลากรสุขภาพ และของผู้รับบริการและชุมชนในแต่ละประเทศ การใช้ช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม การเตรียมเครื่องมือ หลักสูตรการสอน และวิธีการที่หลากหลายเพื่อให้เข้าถึงผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ (Ali, Vial et al. 2009)

ตัวอย่างอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการนำบริการใหม่มาใช้ (Grol และ Grimshaw 2003)

สิ่งแวดลอมในการทำงาน (บริบทระดับองค์กร)

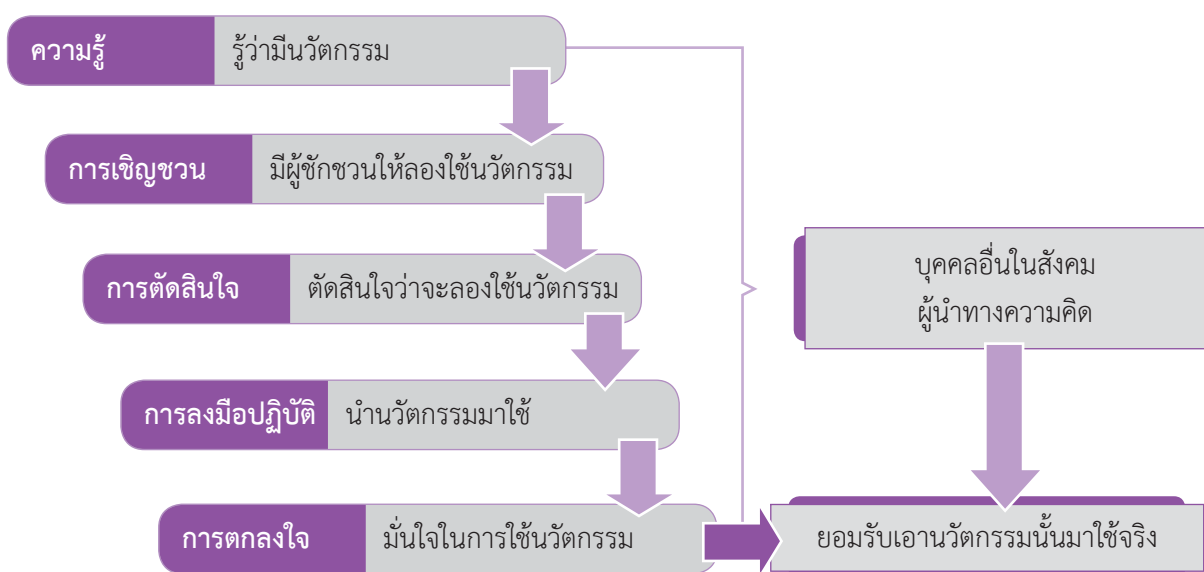
- การไม่ได้รับเงินรางวัล เช่น ไม่สามารถเบิกเงินค่าให้บริการกลับมาได้
- ปัญหาการบริหารจัดการ เช่น ไม่มีเวลา
- ความกังวลต่อความเสี่ยงต่างๆ เช่น คิดไปเองว่าอาจจะถูกตำหนิ
- ความคาดหวังของผู้ป่วย เช่น แสดงความประสงค์ว่าต้องการรับยาบางตัวเท่านั้น

ความคิดเห็นพื้นฐาน (บริบทระดับสังคม)

- มาตรฐานการปฏิบัติ เช่น เป็นงานประจำ หรือเป็นสิ่งที่ทำในงานประจำวัน
- ผู้นำทางความคิด เช่น ผู้บริหารไม่เห็นด้วยกับการจัดบริการหรือหลักฐานทางวิชาการนั้น
- การฝึกอบรม เช่น ยังยึดกับความรู้เก่าที่ไม่ทันสมัย
- การสนับสนุนผลักดัน เช่น จากบริษัทยาหรือเวชภัณฑ์

ความรู้และทัศนคติ (บริบทระดับบุคลากรผู้ให้บริการ)

- ความไม่แน่ใจทางคลินิก เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับอาการที่ไม่ชัดเจน
- สมรรถนะทางวิชาชีพ เช่น ความมั่นใจในทักษะของตนเอง
- การถูกบังคับให้ทำ เช่น ต้องทำเพราะมีความจำเป็นต้องทำอะไรสักอย่างหนึ่งในขณะนั้น
- ได้รับข้อมูลมากเกินไป เช่น ขาดความสามารถในการวิเคราะห์ประเมินหลักฐานวิชาการ



ในการเผยแพร่งาน ASSIST-SBI ในงานบริการสุขภาพในประเทศไทยนั้น ทีมงานได้ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมเป็นกลยุทธ์หลักอันหนึ่งในการทำงาน โดยคำนึงว่า ในระบบสาธารณสุขในประเทศไทยนั้น บุคลากรสุขภาพมักจะมีวาทะหรือรื้อนในการเปิดรับเทคโนโลยีใหม่ๆ อยู่เสมอ และพร้อมที่จะพัฒนางานของสถานบริการสุขภาพของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้ากิจกรรมนั้นเป็นนโยบายหลักของหน่วยงานหรือของประเทศ ผู้บริหารให้การสนับสนุน รวมทั้งถ้ามีเครื่องมือหรือสิ่งสนับสนุนอื่นๆ พร้อม การยอมรับและเปิดบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST น่าจะเกิดขึ้นได้

กิจกรรมแรกๆ ที่ทีมงานได้ทำในโครงการก็คือ การ “ขายไอเดีย” เกี่ยวกับประโยชน์และความเป็นไปได้ของการใช้ ASSIST-SBI ในงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย โดยผ่านการจัดประชุมกับผู้ที่มีจิตว่าเป็นผู้นำทางความคิด (Key Opinion Leaders - KOL) ของงานในระบบสาธารณสุขระดับประเทศ (Country KOL Meeting - 27 เมษายน พ.ศ.2554, เวลา 9.00-12.00 น. ห้องประชุมกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี) ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย และผู้เชี่ยวชาญในงานบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้นิสารเสพติดในประเทศไทยจากองค์กรต่างๆ เช่น กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันธัญญารักษ์ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสภาการพยาบาล เป็นต้น โดยมีผู้เชี่ยวชาญจากประเทศออสเตรเลียซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบดูแลการพัฒนาการเผยแพร่และการใช้ ASSIST ในประเทศแถบเอเชียและหมู่เกาะแปซิฟิก (Professor Robert Ali และ Dr. Sonali Meena จากมหาวิทยาลัยเอดเลด) มาช่วยให้ความเห็นและคำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนการดำเนินงานและการใช้แบบคัดกรอง ASSIST และการบำบัดอย่างย่อ



—■ การประชุมสัมมนาผู้นำทางความคิดในระบบสาธารณสุขระดับประเทศ (Country KOL Meeting) 27 เมษายน 2554 ณ ห้องประชุมกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

นอกจากการประชุม KOL ระดับประเทศแล้ว ได้มีการจัดประชุม KOL ระดับจังหวัดอีกด้วย ทั้งในจังหวัดสงขลา และ ขอนแก่น โดยการประชุม KOL ในจังหวัดสงขลา ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะและควนเนียง สาธารณสุขอำเภอจะนะและควนเนียง และผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา (ประชุม KOL จังหวัดสงขลา - 28 มีนาคม พ.ศ.2554, เวลา 13.30-15.30 น. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา) จากการประชุม ผู้อำนวยการและ สาธารณสุขอำเภอทั้งสองแห่งมองเห็นความสำคัญและเห็นด้วยกับการจัดระบบงาน ASSIST-SBI ขึ้นในพื้นที่ และรับที่จะไป ถ่ายทอดนโยบายให้กับฝ่ายการพยาบาล เพื่อให้ร่วมวางแผนในการดำเนินงานและคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับ ตำบลเข้าร่วมโครงการด้วย

ส่วนการประชุมดังกล่าวในจังหวัดขอนแก่นมีผู้เข้าร่วมประชุมเป็นพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมแพและพระยืน (ประชุม โครงการจังหวัดขอนแก่น - 17 มิถุนายน พ.ศ.2554 โรงแรมโฆษะ) ที่ประชุมได้ร่วมกันประเมินความพร้อมของหน่วยงาน และวางแผนกระบวนการดำเนินกิจกรรมในโครงการ หลังจากการประชุมชี้แจงโครงการและแสวงหาความร่วมมือระดับ ผู้บริหารแล้ว ทีมงานก็ได้เดินทางไปเยี่ยมชมโรงพยาบาลในพื้นที่ พบปะพูดคุยกับผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกต่างๆ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อแนะนำโครงการและร่วมกันวางแผนการทำงานเป็นระยะๆ



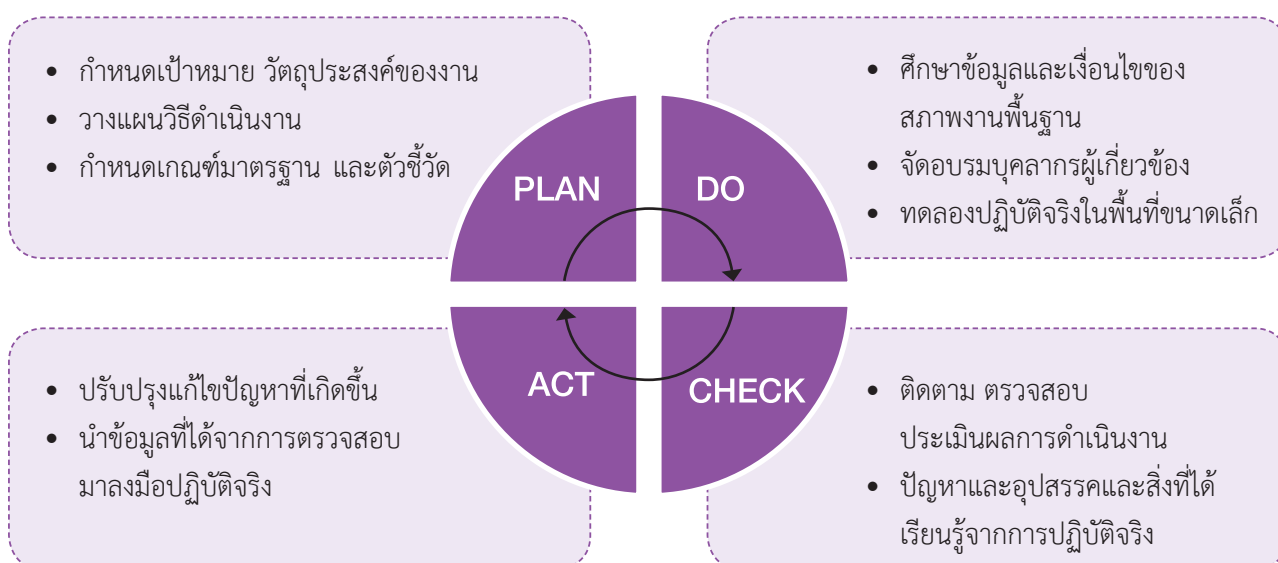
■ การประชุมชี้แจงโครงการฯ และวางแผนดำเนินการในระดับพื้นที่

วงจรการพัฒนาคุณภาพงานเป็นอย่างไร

กลยุทธ์อีกหนึ่งอย่างที่ได้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาการจัดบริการ ASSIST-SBI ขึ้นมาในสถานบริการปฐมภูมิในโครงการนี้ ได้แก่ การใช้วงจรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หรือ Plan-Do-Check-Act cycle (PDCA; Deming cycle/wheel; Stewart cycle) (MindTools 2012) PDCA เป็นวงจรการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพงานต่างๆ อย่างเป็นระบบและครบวงจร ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสี่ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน-ปฏิบัติ-ตรวจสอบ-ปรับปรุงการดำเนินงานกิจกรรม PDCA อย่างต่อเนื่อง หมุนเวียนไปเรื่อยๆ จะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ขั้นตอนแต่ละขั้นของวงจร PDCA มีรายละเอียด ดังนี้

1. **Plan (วางแผน)** หมายความว่ารวมถึงการกำหนดเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน วิธีการ และขั้นตอนที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายในการวางแผนการดำเนินงานในโครงการ Thailand ASSIST-SBI ทีมวิจัยได้พยายามกระตุ้นให้สถานบริการที่ร่วมงานใช้วงจร PDCA ในการดำเนินการ ซึ่งในขั้นตอนแรกนี้ ทีมวิจัยได้ร่วมประชุมกับผู้บริหารของโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนกต่างๆ เป็นต้น เพื่อทำความเข้าใจกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการให้ชัดเจน และพยายามทำให้เป้าหมายของโครงการเป็นไปตามนโยบาย วิสัยทัศน์ และพันธกิจของโรงพยาบาล ซึ่งเน้นในการพัฒนาคุณภาพงานบริการดูแลรักษาผู้ป่วยและการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอยู่แล้ว เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั่วทั้งโรงพยาบาล/องค์กร ในการดำเนินงานของโครงการนี้ ทีมวิจัยได้ให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้เป็นอย่างมาก โดยได้พยายามวางแผนวิธีการจัดกิจกรรมต่างๆ ในโครงการ รวมทั้งเกณฑ์ที่จะใช้ในการประเมินผลกิจกรรมและความสำเร็จของโครงการเอาไว้ตั้งแต่เริ่มทำงาน (ดูรายละเอียดได้ในแบบเสนอโครงร่างวิจัยของโครงการนี้)
2. **Do (ปฏิบัติ)** หมายถึง การปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนดไว้ โดยอาจจะเป็นการทดลองปฏิบัติในงานขนาดเล็กก่อน เมื่อได้แนวทางขั้นตอนวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมจึงค่อยนำมาใช้ในงานจริงต่อไป ก่อนที่จะลงมือเปิดบริการ ASSIST-SBI ขึ้นในสถานบริการต่างๆ ที่ร่วมโครงการ ทีมวิจัยได้ศึกษาข้อมูลและเงื่อนไขต่างๆ ของสภาพงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละสถานบริการ ซึ่งได้แก่ งานบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดในแต่ละโรงพยาบาล (ดูรายละเอียดได้ในข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการ) หลังจากนั้นก็จัดการอบรมเจ้าหน้าที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องก่อนที่จะปฏิบัติจริง การปฏิบัติซึ่งในที่นี้ก็คือ การให้บริการ ASSIST-SBI ในโรงพยาบาลนาร่องจึงสามารถดำเนินการไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ สิ่งสำคัญอีกอันหนึ่งในขั้นตอนที่สองนี้ ได้แก่ การเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานในตอนต่อไป
3. **Check (ตรวจสอบ)** เป็นการประเมินผลว่าในการปฏิบัติงานในขั้นตอน Do เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ ได้เรียนรู้อะไรบ้างจากการปฏิบัติงาน และมีปัญหาเกิดขึ้นในระหว่างการทำงานหรือไม่ ในการดำเนินงานใดๆ มักจะเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนอยู่เสมอ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการทำงาน การติดตาม การตรวจสอบ และการประเมินปัญหาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องกระทำควบคู่ไปกับการดำเนินงาน หลังจากทีโรงพยาบาลต่างๆ ได้เปิดบริการ ASSIST-SBI ขึ้นมาสักระยะหนึ่ง ทีมวิจัยก็เข้าไปเยี่ยมเยียน และจัดประชุมร่วมกับบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าปัญหาสำคัญในการให้บริการ ASSIST-SBI ในแต่ละโรงพยาบาลก็คือ บุคลากรขาดความชำนาญและความมั่นใจในการคัดกรองและการบำบัดอย่างย่อ ภาระงานด้านอื่นๆ มากทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับการคัดกรองหรือบำบัดอย่างย่อด้วย ASSIST และความไม่พร้อมในเรื่องสถานที่ซึ่งไม่เป็นส่วนตัวเพียงพอ เป็นต้น ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อในแต่ละเดือนน้อยกว่าที่วางแผนไว้มาก

4. **Act (การปรับปรุงและปฏิบัติเต็มรูปแบบ)** เป็นกิจกรรมที่มีขึ้นเพื่อแก้ไข้ปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากที่ได้ทดลองปฏิบัติและตรวจสอบแล้ว เมื่อทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากขั้นตอน Do-Check แล้ว การปรับปรุงอาจเป็นการแก้ไข้แบบเร่งด่วนเฉพาะหน้า เช่น การจัดหาห้องหรือมุมสงบในโรงพยาบาลสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำรอยเดิมอีก เช่น การจัดเวทีพูดคุยกันเกี่ยวกับวิธีการเริ่มต้นสัมภาษณ์ปัญหาการใช้สารเสพติด วิธีคิดคะแนน ASSIST การจัดหาบุคลากรเพื่อรับผิดชอบงานคัดกรองโดยตรงประจำวันหรือประจำคลินิก หรือการพูดคุยในระดับนโยบายกับผู้บริหารของโรงพยาบาลถึงแนวทางในการกำหนดงานคัดกรองและบำบัดอย่างย่อๆ ให้เป็นงานประจำ และการจัดหารางวัลตอบแทนที่เหมาะสมสำหรับผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น การปรับปรุงทั้งหลายอาจนำไปสู่การกำหนดมาตรฐานของวิธีการทำงานที่ต่างจากเดิมเมื่อมีการดำเนินงานตามวงจร PDCA ในรอบใหม่ ข้อมูลหรือแนวปฏิบัติที่ได้จากการปรับปรุงจะช่วยให้การวางแผนมีความสมบูรณ์มากขึ้นอีกด้วย



ตัวอย่างแบบเสนอแผนการดำเนินงานในโครงการ Thailand ASSIST-SBI Implementation (เขียนเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.2553)

1. คัดเลือกพื้นที่ตัวอย่าง

โครงการนี้จะเริ่มในจังหวัดสงขลาในภาคใต้และจังหวัดขอนแก่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคละ 1 จังหวัด โดยรูปแบบการดำเนินงานใน 2 จังหวัดนี้อาจจะแตกต่างกัน ขึ้นกับความพร้อมของทีมงานและวัฒนธรรมของพื้นที่ ในแต่ละจังหวัด จะคัดเลือกอำเภอตัวอย่างมา 2-3 อำเภอ ซึ่งมีลักษณะดังนี้ เป็นอำเภอที่มีการคมนาคมในพื้นที่สะดวก ปลอดภัย ความสุขของผู้ใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดสูง ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุขสนใจให้ความร่วมมือต่อโครงการและพร้อมที่จะเป็นพื้นที่ทดลองสำหรับการพัฒนากระบวนการนำ ASSIST-SBI มาใช้และเผยแพร่ รวมทั้งมีศักยภาพที่จะเป็นแหล่งข้อมูล/ผู้ให้การสนับสนุน/ต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่นต่อไปหลังสิ้นสุดโครงการ การคัดเลือกอำเภอตัวอย่างนี้จะทำโดยทีมนักวิจัยประจำภาค โดยการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และเครือข่ายสาธารณสุข สัมภาษณ์บุคลากรในระบบสาธารณสุขในจังหวัดและอำเภอนั้น และหารือกับแพทย์หรือพยาบาลที่ทำงานเรื่องการบำบัดฯ ในโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีนอนามัยอยู่แล้ว และมีผลงานดีในจังหวัดนั้น การคัดเลือกพื้นที่ตัวอย่างนี้จะเริ่มทำทันทีหลังจากทำสัญญาเงินทุน คาดว่าจะได้พื้นที่ตัวอย่างภายในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2554

2. จัดสัมมนา Key Opinion Leaders (KOL) ระดับประเทศ

ทีมวิจัยจะจัดการสัมมนาเรื่อง การพัฒนาระบบการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ใส่สุรา ยาสูบ และสารเสพติด ในงานสาธารณสุขในประเทศไทย ผู้เข้าร่วมการสัมมนาประกอบด้วย ผู้แทน/วิทยากรจากองค์การอนามัยโลก ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในประเทศไทย ผู้บริหารของระบบสาธารณสุขในระดับกระทรวง/กรม และจังหวัดตัวอย่าง และสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นผู้นำความคิด (Key opinion leaders - KOL) ในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ เพื่อนำเสนอโครงการ รับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และสร้างความตระหนัก/ความสนใจต่อการจัดบริการ ASSIST-SBI ในระบบบริการสาธารณสุข

การสัมมนานี้จะจัด 2 ครั้ง ในครั้งแรกใช้เวลา 0.5-1 วัน คาดว่าจะจัดภายในเดือนเมษายน พ.ศ.2554 และก่อนสิ้นสุดปีที่สองของโครงการอาจจะจัดสัมมนานี้ขึ้นอีกครั้ง เพื่อรายงานผลโครงการและผลักดันนโยบายการจัดบริการ ASSIST-SBI ในระบบบริการสาธารณสุขต่อไป

3. จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ Key actors (KA)

ทีมวิจัยจะจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้ที่มีบทบาทหลักในการพัฒนาระบบงานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อในจังหวัดตัวอย่าง เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หัวหน้าสถานีนอนามัย สาธารณสุขอำเภอ และแพทย์/พยาบาล/บุคลากรหลักผู้รับผิดชอบงานบริการดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด เจ้าหน้าที่เวชระเบียนการเงิน และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนามัยในอำเภอตัวอย่าง และผู้แทนชุมชน เพื่อวางแผนการดำเนินงาน ประเมินความพร้อมของหน่วยงานในด้านการบริหารจัดการระบบ ร่วมกันวางแผนจัดทำกระบวนการ/เครื่องมือประเมินผลและตัวชี้วัดของโครงการ และเก็บข้อมูลความคิดเห็นต่อโครงการในด้านความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และการยอมรับการทำ ASSIST-SBI ในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนามัยในจังหวัดนั้น รวมทั้งรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้แทนของผู้ใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด ญาติ ครอบครัว และชุมชน การประชุมเชิงปฏิบัติการนี้จะจัด 2 ครั้ง จัดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จะใช้เวลา 1-2 วัน ครั้งแรกภายในกรกฎาคม พ.ศ.2554

4. เก็บข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน (Baseline data collection)

ทีมวิจัยจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนและลักษณะของผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด วิธีการดูแลรักษาและผลการรักษา ค่าใช้จ่าย ระบบ/ลักษณะการทำงานของหน่วยงานและแหล่งความช่วยเหลือต่างๆ ของโรงพยาบาล สถานีนอนมัยหรือหน่วยงานชุมชน โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังเป็นเวลา 2 ปี ก่อนเริ่มโครงการนี้จากเวชระเบียนหรือระบบข้อมูล หรือรายงานประจำปีหรือเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลและหน่วยงานเหล่านี้ โดยจะเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผลให้แล้วเสร็จภายในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2554

5. จัดทำแผนปฏิบัติการของโครงการ (Action plan – Implementation protocol)

ซึ่งประกอบด้วย คุณค่าและองค์ประกอบหลักของระบบคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ บทบาทและขั้นตอนการทำงานของบุคลากรผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทรัพยากรที่มีอยู่แล้วและที่ต้องจัดหาเพิ่มเติม วิธีเก็บรักษาข้อมูลหรือเอกสาร/ความรู้ต่างๆ ของโครงการ กระบวนการจัดประชุม สัมมนาและอบรมต่างๆ และวิธีการประกันคุณภาพของโครงการ เป็นต้น ทำแผนหลักนี้ให้แล้วเสร็จภายในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2554

6. เตรียมชุดเอกสารความรู้และเอกสารประกอบการอบรม (Training package)

ทีมวิชาการของโครงการจะจัดทำเอกสารประกอบการอบรมเกี่ยวกับการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อตามแนวทางของ ASSIST ฉบับภาษาไทย เช่น หนังสือความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการบำบัดอย่างย่อ คู่มือการใช้ ASSIST-SBI สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการปฐมภูมิ คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด คู่มือวิทยากรและวีดิทัศน์แสดงตัวอย่างการบำบัดอย่างย่อฉบับภาษาไทย เป็นต้น ชุดเอกสาร/วีดิทัศน์นี้จะจัดทำให้เสร็จภายในเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2554

7. จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้วิทยากรและพี่เลี้ยง (Training for the trainers workshop - TOT)

ทีมวิชาการของโครงการจะจัดการอบรมเรื่อง วิธีการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อตามแนวทางของ ASSIST ให้กับผู้ที่ทำหน้าที่เป็นวิทยากร/พี่เลี้ยงให้กับผู้ปฏิบัติงาน ASSIST-SBI ในอำเภอตัวอย่าง โดยผู้ที่จะเป็นวิทยากรพี่เลี้ยงนี้ได้แก่ แพทย์/พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้และประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาทางจิตสังคมต่อผู้มีปัญหาจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดอย่างน้อย 5 ปี มีความอาวุโสเพียงพอที่จะเป็นผู้นำความคิด (Key opinion leader) ให้การปรึกษา และการสนับสนุนทางวิชาการแก่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดของตน จังหวัดละ 5-10 คน การอบรมนี้จะใช้เวลาครั้งละ 3-5 วัน ผู้เข้าร่วมการอบรมครั้งละ 35-40 คน จัดอบรม 1-2 ครั้ง ครั้งแรกภายในเดือนกันยายน พ.ศ.2554

8. จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับผู้ปฏิบัติงาน (Training health care providers)

ทีมวิชาการของโครงการและวิทยากรพี่เลี้ยงที่ผ่านการอบรม TOT มาแล้วจะเป็นผู้จัดการอบรมเรื่องการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อตามแนวทางของ ASSIST-SBI ให้กับแพทย์/พยาบาล/บุคลากร/อาสาสมัครสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชน สถานีนอนมัย และหน่วยงานชุมชนที่จะเป็นผู้ทำ ASSIST-SBI ภายในแต่ละจังหวัดอำเภอละ 5-10 คน การอบรมนี้จะใช้เวลาครั้งละ 2-3 วัน ผู้เข้าร่วมการอบรมครั้งละ 35-40 คน จัดอบรม 1-2 ครั้งต่อจังหวัด ภายในเดือนธันวาคม พ.ศ.2554

9. การให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อในพื้นที่จริง

ทีมวิจัยจะช่วยเหลือและกำกับดูแลให้มีการวางระบบ และให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อตามแนวทาง ASSIST ในโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และชุมชนในอำเภอตัวอย่าง โดยการติดต่อประสานกับทีมงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทำให้เกิดวงจรการเรียนรู้พัฒนาที่ต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้บุคลากรผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้เรียนรู้และพัฒนาความรู้และทักษะใหม่ รวมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน โดยใช้วิธีการหลากหลายรูปแบบตามความเหมาะสมของหน่วยงาน เช่น การเยี่ยมชมให้ความรู้/คำแนะนำ/ประกันคุณภาพ/ให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่หน่วยงาน (educational outreach visit or academic detailing, audit, feedback) การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์หรืออินเทอร์เน็ต การสร้างเว็บไซต์เพื่อให้ความรู้/เป็นแหล่งข้อมูล/เป็นเวทีแสดงความคิดเห็นถามตอบของผู้เกี่ยวข้องในโครงการ การจัดสัมมนาย่อย/กิจกรรมเรียนรู้สำหรับผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงาน/วิทยากรที่เลี้ยงภายในหน่วยงาน การเยี่ยมชมดูงานต่างโรงพยาบาลภายในจังหวัดเดียวกัน การจัดประกวดและให้รางวัลหน่วยงานต้นแบบและการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำเสนอผลงานภายในจังหวัด เป็นต้น

การให้บริการ ASSIST-SBI คาดว่าเริ่มได้ภายในเดือนธันวาคม พ.ศ.2554 ทีมวิจัยจะไปเยี่ยมอำเภอตัวอย่างทุก 2-3 เดือน โรงพยาบาล/สถานีอนามัย/หน่วยงานชุมชน มีการจัดสัมมนาภายในทุก 1-2 เดือน มีการเยี่ยม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสถานบริการในจังหวัดเดียวกันปีละ 1 ครั้ง และมีการประชุมรวมผู้เข้าร่วมโครงการภายในจังหวัดเดียวกันปีละ 1 ครั้งเช่นกัน เพื่อพบปะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน

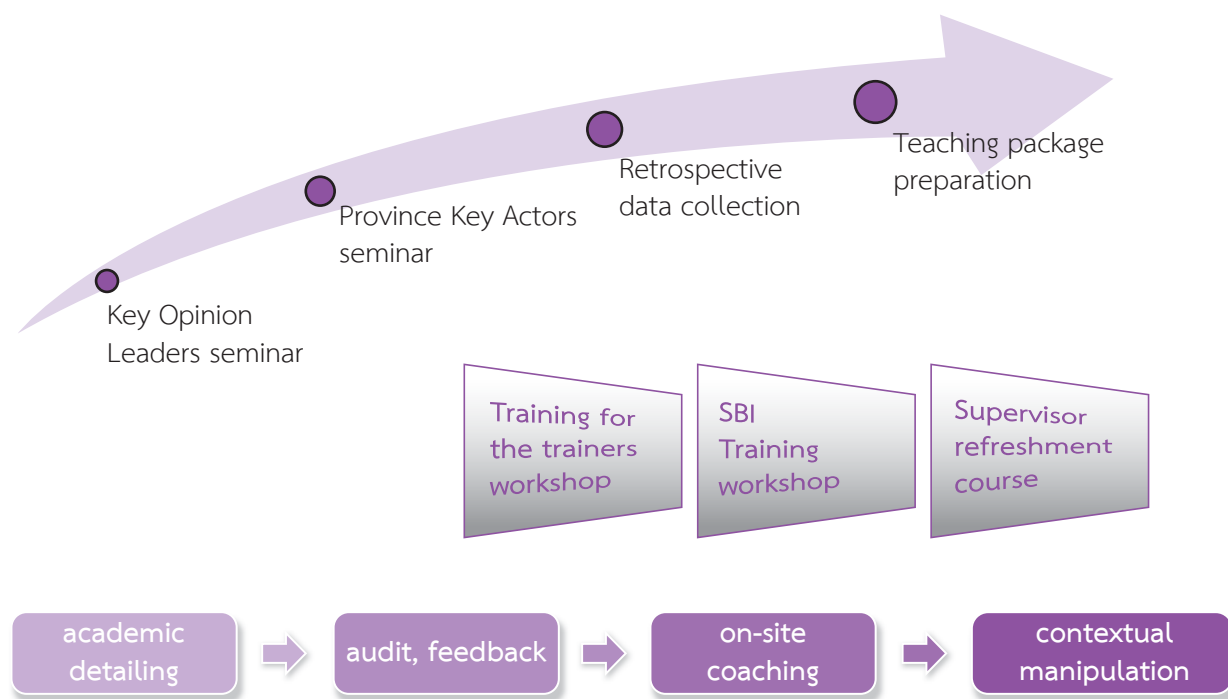
10. จัดประชุมฟื้นฟูความรู้ให้กับวิทยากรที่เลี้ยงในจังหวัด (Refresher course)

ทีมวิชาการของโครงการจะจัดประชุมเพื่อเพิ่มเติมความรู้ใหม่ ทบทวนแผนและผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ รับฟังปัญหาและข้อเสนอแนะ และร่วมกันวางแผนปรับปรุงแก้ไขและพัฒนากระบวนการดำเนินงานของโครงการให้กับผู้บริหารโครงการ และวิทยากรที่เลี้ยงเป็นเวลา 1-2 วัน ปีละ 1 ครั้ง

การดำเนินงานแบบหลากหลายรูปแบบ (Multifaceted approach) เป็นอย่างไร

ในโครงการ Thailand ASSISIST-SBI ทีมงานได้พยายามใช้วิธีดำเนินงานหลายรูปแบบ ด้วยเล็งเห็นว่าการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนเป็นเรื่องยาก ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมของบุคลากรสุขภาพเองที่จะคัดกรองผู้ป่วยที่เข้ามาโรงพยาบาลทุกรายว่ามีปัญหาการใช้สารเสพติดหรือไม่ และให้การบำบัดอย่างย่อหากเจอผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และทำเช่นนั้นจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ และพฤติกรรมของตัวผู้ป่วยหรือผู้รับบริการและญาติที่จะยอมรับว่าการซักถามพูดคุยเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาผู้ป่วยตามปกติ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นได้หากมีการวางแผนการทำงานที่ดี และมาตรการที่มีความจำเพาะในการจัดการอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการทำงานจะทำให้ได้ผลงานที่ดีกว่ามาตรการที่ไม่ได้มีองค์ประกอบเหล่านี้ (Grol and Grimshaw 2003) มีผู้ใช้วิธีการที่หลากหลาย (Multifaceted approach) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์และบุคลากรสุขภาพมาแล้วอย่างได้ผลดี เช่น การใช้มาตรการหลากหลายที่ออกแบบมาให้เหมาะสมเฉพาะตัว เพื่อทำให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบคลุมในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพิ่มการบริการสุขภาพที่เป็นการป้องกันโรคให้มากขึ้น (Lemelin, Hogg et al. 2001) และการใช้วิธีการหลากหลายเพื่อส่งเสริมการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่เวชปฏิบัติ (El-Jardali, Ataya et al. 2012) เป็นต้น

ดังนั้น กลยุทธ์หนึ่งที่ทางทีมงานเลือกใช้ในโครงการนี้ จึงเป็นการใช้มาตรการแบบหลากหลายรูปแบบที่มีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ง่ายและรวดเร็วตามความเหมาะสมของพื้นที่ เช่น การเยี่ยมชมให้ความรู้ ติดตามประเมินผลให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (educational outreach visit, academic detailing, audit, feedback) การประชุมเชิงปฏิบัติการ สัมมนา กลุ่มย่อย การสอนและดูแลระหว่างทำงาน (on-site coaching) การให้รางวัล การผลักดันนโยบาย (policy advocacy) การปรับสิ่งแวดล้อมการทำงานให้เอื้ออำนวย (contextual manipulation) เป็นต้น



จะประเมินได้อย่างไรว่าโครงการใดมีประสิทธิภาพ

การประเมินผลโครงการ เป็นการพยายามแสวงหาข้อมูล หรือกิจกรรมที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโครงการ ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพของโครงการ และช่วยเสริมสร้างองค์ความรู้ที่มีอยู่ให้กว้างขวาง สามารถนำไปปรับปรุงระบบงาน การประเมินผลสามารถใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยในการประเมินผล ผู้ประเมินสามารถวิเคราะห์โครงสร้างของโครงการ เป้าประสงค์ และวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในโครงการ กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น การจัดระบบการทำงาน และการตรวจสอบการดำเนินงานต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและนโยบายของระบบการทำงาน และผลสัมฤทธิ์ของโครงการ รวมทั้งอาจจะประเมินผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจของผู้บริหาร และการขยายโครงการ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2541)

ในการประเมินผลโครงการ จึงอาจจะประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดคำถามให้สอดคล้องกับผลที่คาดหวังของโครงการ ชัดเจน และเฉพาะเจาะจง ดังตัวอย่างวัตถุประสงค์ของโครงการนี้คือ เพื่อพัฒนาระบบคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด โดยใช้เครื่องมือ ASSIST ในสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ในอำเภอจะนะ และควนเนียงในจังหวัดสงขลา อำเภอชุมแพ และพระยืนในจังหวัดขอนแก่น คำถามที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์นี้จึงอาจประกอบด้วย เช่น ระบบคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิทั้ง 4 พื้นที่เป็นอย่างไรมีปัจจัยอะไรบ้างที่ช่วยให้โครงการนี้บรรลุวัตถุประสงค์ ผลที่เกิดขึ้นจากการจัดทำโครงการเป็นอย่างไรรวมทั้งในเชิงกระบวนการ ผลลัพธ์และผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ และชุมชน เป็นต้น
2. การกำหนดดัชนีหรือมาตรฐานบ่งชี้ประสิทธิผลของโครงการ นั่นคือ การแสวงหาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโครงการ ซึ่งจะนำไปตีค่าผลที่จะได้รับหลังจากโครงการสิ้นสุดลง เช่น ข้อมูลที่ประเมินพบว่า ผู้ปฏิบัติมีความตั้งใจในการนำ ASSIST-SBI ไปใช้และนำไปใช้ในการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้เสพยาเสพติดได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ซึ่งดัชนีบ่งชี้เหล่านี้อาจจะได้จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ผู้เสพ และครอบครัว และจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติด

สำหรับการกำหนดมาตรฐานเพื่อการประเมินนั้นมี 3 มาตรฐานที่สำคัญ คือ (1) **มาตรฐานเชิงโครงสร้าง** ซึ่งประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมที่เป็นกายภาพ เช่น จำนวนบุคลากรผู้ดำเนินการ สัดส่วนของเจ้าหน้าที่กับงานคัดกรอง ประสบการณ์บุคลากร (2) **มาตรฐานเชิงกระบวนการ** ได้แก่ การประเมินกิจกรรมต่างๆ ที่ได้จัดทำ วิธีการ กระบวนการ ขั้นตอนการดำเนินงาน เช่น จำนวนผู้ปฏิบัติที่ได้รับการอบรม และ (3) **มาตรฐานเชิงผลลัพธ์** ผลที่เกิดขึ้นสืบเนื่องมาจากโครงการและกระบวนการต่างๆ เช่น ผลลัพธ์ระยะสั้น ซึ่งเกี่ยวกับจำนวนผู้ปฏิบัติที่เข้าใจเรื่องท้อบรม จำนวนผู้ปฏิบัติที่นำ ASSIST-SBI ไปใช้ การปฏิบัติ ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย (ผู้เสพยาเสพติด) สุขภาพและความปลอดภัยที่เกิดขึ้นในครอบครัว สังคม ผลด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้เพิ่มขึ้น รายจ่ายลดลง และมีเงินเหลือเก็บ เป็นต้น

3. การออกแบบการประเมินและการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ การออกแบบอาจจะใช้วิธีการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินโครงการ ผู้ประเมินจะต้องตั้งคำถามที่เกี่ยวข้อง เช่น กิจกรรมจะต้องเป็นอย่างไร และดัชนีแสดงมาตรฐานผลลัพธ์คืออะไร ควรจะอบรมใคร อบรมอย่างไร อบรมเท่าไร และผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้และสามารถนำผลการอบรมไปปฏิบัติได้หรือไม่ ในการประเมินจะต้องประเมินผลจากใคร เมื่อไร และจะใช้เครื่องมือใด ซึ่งจะต้องประเมินทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น ประเมินวิธีการคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรม ประเมินจำนวนคนที่เข้าร่วมอบรม จำนวนผู้ที่มีความรู้ ทักษะคติที่เปลี่ยนแปลงไป และการนำความรู้ไปใช้
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล การพัฒนาเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความสำคัญ แบบประเมินอาจจะมีหลายส่วนด้วยกัน และควรได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอย่างน้อย นอกจากนั้นจะต้องกำหนดแหล่งข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยวิธีการทางสถิติสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ หรือการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ
6. การเขียนรายงาน ประกอบด้วยการพรรณนาลักษณะของโครงการและอธิบายสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นควบคู่กับข้อมูลที่ได้จากการสังเกต โดยรายงานควรจะประกอบด้วย
 - 6.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมิน
 - 6.2 การนำเสนอวิธีการประเมิน เช่น การออกแบบการประเมิน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล
 - 6.3 ผลที่ได้จากการประเมิน
 - 6.4 การอภิปรายผลและการประยุกต์ใช้ผลที่ได้

ตัวอย่างรูปแบบการประเมินการดำเนินงานของโครงการ ASSIST

1. เป้าประสงค์ของโครงการ: เพื่อพัฒนาระบบคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด โดยใช้เครื่องมือ ASSIST ในสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ
2. คำถามในการประเมินผล: ได้มีการให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด โดยใช้เครื่องมือ ASSIST ในสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิหรือไม่ อย่างไร
3. มาตรฐาน: ผู้ปฏิบัติที่ได้รับการอบรม ASSIST-SBI มีความตั้งใจในการนำ ASSIST-SBI ไปใช้คัดกรองอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้เสพสารเสพติดปรับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด
4. ผลลัพธ์ของโครงการ: มีการพัฒนาระบบคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ ผู้ปฏิบัติที่ได้รับการอบรม ASSIST-SBI มีความตั้งใจในการนำ ASSIST-SBI ไปใช้คัดกรองอย่างต่อเนื่อง ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจ ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ และผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ชนิดของการประเมิน	สิ่งที่ประเมิน
การประเมินเชิงโครงสร้าง	1. นโยบายและความร่วมมือของผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้น เช่น การรับนโยบาย การวางแผนงานระดับนโยบาย การถ่ายทอดนโยบาย 2. คณะทำงาน เช่น การแต่งตั้งคณะทำงาน จำนวนคณะทำงาน หน่วยงานที่สังกัด เพื่อดูการเป็นตัวแทนและหน้าที่รับผิดชอบ 3. สถานที่ในการทำงาน เช่น การจัดสถานที่ให้อื้ออานวยต่อการทำงาน
การประเมินเชิงกระบวนการ (เพื่อวิเคราะห์ความเหมาะสม ความก้าวหน้าของการดำเนินการ ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยน)	1. การพัฒนาบุคลากร – การอบรมให้ความรู้ ประเมินในประเด็นต่อไปนี้ • การคัดเลือกบุคลากรเข้าร่วมอบรม (โควตา สมครใจ หรือคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง) • จำนวนผู้เข้าอบรม (เทียบกับจำนวนบุคลากรทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง) • จำนวนหน่วยงานที่มีบุคลากรเข้าร่วมอบรม (เทียบกับหน่วยงานทั้งหมด) • รูปแบบของการอบรม การอบรมเชิงปฏิบัติการ ที่เพิ่มพูนความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และให้แนวทางในการนำไปใช้ (K A P) • วิทยากรของการอบรม 2. การนำความรู้สู่การปฏิบัติ • มีการนำความรู้สู่การปฏิบัติ • ความต่อเนื่องของการปฏิบัติ (จำนวนของการคัดกรอง และคุณภาพของการคัดกรอง) • การขยายความรู้สู่บุคคลหรือหน่วยงานอื่น • ความสามารถของบุคลากรในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง • วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ
การประเมินเชิงผลลัพธ์ (ประเมินผลระยะสั้น ระยะยาว โดยอาจเทียบกับ วัตถุประสงค์ที่วางไว้)	1. การมีระบบการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อเกิดขึ้นในสถานบริการ 2. ความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ 3. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด ความเสี่ยงของตนเอง และวิธีที่เหมาะสมในการลด ละ เลิก 4. ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด 5. ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความสุขมากขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ลดการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว ผู้ป่วยทำงาน มีเงินเหลือเก็บมากขึ้น เป็นต้น



เตรียมการ-ดำเนินงานจนเปิดบริการ ASSIST-SBI

“ทำในสิ่งที่คุณสามารถจะทำได้ พร้อมกับสิ่งที่คุณมีและที่ที่คุณอยู่”

*-Theodore Roosevelt-
ธีโอดอร์ รูสเวลต์*

(ประธานาธิบดีคนที่ 26 ของสหรัฐอเมริกา)

กิจกรรมที่เกิดขึ้นในโครงการ
Thailand ASSIST-SBI มีอะไรบ้าง



3 เตรียมการ-ดำเนินงานจนเปิดบริการ ASSIST-SBI

ดังได้กล่าวในตอนต้นแล้ว งานในโครงการ Thailand ASSIST-SBI นี้ได้ถูกดำเนินการโดยอิงทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม ใช้การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ดำเนินการตามวงจรของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และใช้กิจกรรมหลากหลายรูปแบบประกอบกันตามความเหมาะสมกับสถานการณ์จริงในพื้นที่ดำเนินการ ในบทนี้จะกล่าวถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นจริงในโครงการอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านมองเห็นกระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนางานให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST ที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่อำเภอจะนะและควนเนียงของจังหวัดสงขลา อำเภอชุมแพและพระยืนของจังหวัดขอนแก่น รวมทั้งงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ ASSIST-SBI ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ในช่วงเวลาของการดำเนินงานในโครงการนี้

1. การประชุมสัมมนาผู้นำทางความคิดและผู้มีบทบาทหลักในงานบำบัดรักษาสารเสพติด (KOL & KA Meetings)

ดังได้กล่าวแล้วว่า ทีมวิจัยมองเห็นว่าผู้นำทางความคิดในสังคมจะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการผลักดันให้งานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ สำหรับผู้มีปัญหาจากสารเสพติดเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทยได้ ดังนั้นกิจกรรมแรกๆ ที่เกิดขึ้นในโครงการก็คือการค้นหาระบุตัวผู้นำทางความคิดและผู้มีบทบาทหลักทั้งในระดับชาติ และระดับจังหวัดที่ร่วมโครงการ และจัดประชุมผู้นำทางความคิดเหล่านี้ในทั้งสองระดับ

1.1 การประชุมระดับประเทศ

ทีมวิจัยได้จัดการสัมมนาเรื่อง แนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในงานสาธารณสุขในประเทศไทยขึ้น ในวันที่ 27 เมษายน พ.ศ.2554 เวลา 9.00-12.00 น. ที่ห้องประชุม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ผู้เข้าร่วมการสัมมนามีทั้งหมด 31 คนซึ่งเป็นผู้นำความคิด (Key opinion leaders - KOL) ในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ ประกอบด้วย ผู้บริหาร/ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้แทนจากหน่วยงานหลักที่เกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุข การดูแล ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในประเทศ เช่น จากคณะกรรมการกำกับทิศ ผรส. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กรมสุขภาพจิต สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สภาการพยาบาล สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สถาบันธัญญารักษ์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า กลุ่มงานพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรมคุมประพฤติ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และผู้แทนจากองค์การอนามัยโลก

วัตถุประสงค์ของการประชุมสัมมนานี้เพื่อนำเสนอโครงการ Thailand ASSIST-SBI สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการจัดบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ สำหรับผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติดในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิในประเทศไทย พร้อมรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมประชุม และแสวงหาความร่วมมือ เพื่อผลักดันงาน ASSIST-SBI ให้เกิดขึ้นจริงในระบบบริการสาธารณสุขระดับประเทศต่อไป

ตัวอย่างวาระการประชุม KOL ระดับประเทศ

เวลา	กิจกรรม
9.00-9.10	พิธีเปิดและกล่าวต้อนรับ (ประธาน: ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม ประธานคณะกรรมการกำกับทิศ ผรส. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.))
9.10-9.30	แนะนำผู้เข้าร่วมประชุม
9.30-9.45	นำเสนอวัตถุประสงค์และแผนการดำเนินงานของโครงการ Thailand ASSIST-SBI (รองศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิง สาวิตรี อึ้งฉ่างกรชัย หัวหน้าโครงการ)
9.45-9.55	งานของ ผรส. และบทบาทของ ผรส. ในการสนับสนุนการดำเนินงานของโครงการ Thailand ASSIST-SBI (พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ ผู้จัดการ ผรส.)
9.55-10.15	แนะนำโครงการ WHO ASSIST screening and brief intervention programme ระยะที่สี่ (Professor Robert Ali, Director, WHO Collaborating Centre for Research in the Treatment of Drug and Alcohol Problems, The University of Adelaide)
10.15-11.30	อภิปราย - กลยุทธ์ในการจัดและเผยแพร่บริการ ASSIST-SBI ในงานปฐมนิเทศในประเทศไทย - อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ในการจัดบริการ - กรอบเวลาและทรัพยากรที่จำเป็น
11.30-12.00	สรุปและปิดการประชุม



■ การประชุมสัมมนาผู้นำทางความคิดเรื่อง “แนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในงานสาธารณสุขของประเทศไทย”

ข้อสรุปจากการประชุมคือ ที่ประชุมมองเห็นความสำคัญของปัญหาการใช้สารเสพติดในประเทศไทย ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติด และข้อจำกัดของการให้บริการทางสาธารณสุขสำหรับผู้มีปัญหาเหล่านี้ รวมทั้งมองเห็นความสำคัญและประโยชน์ของโครงการฯ และศักยภาพของทีมวิจัย ที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอแนะให้ทีมวิจัยพิจารณาการดำเนินงานให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและลักษณะชุมชนในประเทศไทยมากขึ้น รวมทั้งให้คำนึงถึงความพร้อมของหน่วยงานและบุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีภาระงานประจำมากอยู่แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีบุคลากรค่อนข้างจำกัดและเป็นด่านหน้า ซึ่งต้องรับงานทุกด้าน และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย ดังนั้นจึงควรเน้นระบบ เครื่องมือ วิธีการที่ง่ายและพัฒนาเป็นขั้นตอน โดยแต่ละแห่งไม่จำเป็นต้องทำเหมือนกัน เช่น ในระดับ รพ.สต. อาจจะเน้นเพียงการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาต่อไป อาจจะไม่จำเป็นต้องทำการบำบัดได้เอง และอาจจะทำงานในระดับชุมชนร่วมด้วย

นอกจากนั้น ที่ประชุมได้อภิปรายเกี่ยวกับความจำเป็นและขั้นตอนในการผลักดันการให้บริการดังกล่าวเข้าสู่ระบบสาธารณสุขปฐมภูมิของประเทศ โดยได้ข้อสรุปว่า หากโครงการฯ สามารถจัดบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อได้ในโรงพยาบาลชุมชนของพื้นที่ตัวอย่างได้สำเร็จก็น่าจะมีแนวทางให้ขยายงานไปในพื้นที่อื่นต่อไป และบรรจุงานบริการดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำของสถานบริการปฐมภูมิ และมีหน่วยงานแม่ข่าย เช่น โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ให้การสนับสนุน

1.2 การประชุมระดับจังหวัด

ทีมวิจัยได้จัดการประชุมกับผู้ที่จะมีบทบาทหลักในการพัฒนาระบบงานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อในพื้นที่อำเภอนำร่องในจังหวัดสงขลาและขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระดมความคิดเห็น วางแผนการดำเนินงาน ประเมินความพร้อมของหน่วยงานในด้านการบริหารจัดการระบบ ให้ข้อเสนอแนะและสร้างเครือข่ายการทำงาน

- **จังหวัดสงขลา** จัดการประชุมในวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ.2554 ที่ห้องประชุมชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา มีผู้เข้าร่วมประชุม 12 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะและควนเนียง สาธารณสุขอำเภอจะนะและควนเนียง และผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งรับผิดชอบงานบริการดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด นายแพทย์จากศูนย์บำบัดยาเสพติดสงขลา และทีมวิจัย
- **จังหวัดขอนแก่น** จัดการประชุมในวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ.2554 ที่ โรงแรมโฆะ จังหวัดขอนแก่น มีผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งหมด 20 คน ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นายแพทย์ที่รับผิดชอบงานยาเสพติดประจำโรงพยาบาลชุมแพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระยืน พยาบาล หัวหน้างาน/หน่วยงานของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ชุมแพและพระยืน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอชุมแพและพระยืน

สรุปผลจากการประชุมคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าสาธารณสุขอำเภอทั้ง 4 อำเภอ ยินดีให้ความร่วมมือในการให้โรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในทั้งสี่อำเภอ เป็นพื้นที่ทดลองของโครงการฯ ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนำเสนอโครงการฯ ให้แก่ฝ่ายบริการพยาบาลเพื่อหาบุคลากรผู้รับผิดชอบโครงการ และร่วมวางแผนในการดำเนินงาน และสาธารณสุขอำเภอจะคัดเลือกสถานีนอมาัยและ รพ.สต. เข้าร่วมโครงการฯ



■ การเยี่ยมชมโรงพยาบาลเพื่อปรับปรุงการทำงาน

2. การฝึกอบรมและประชุมวิชาการ

กิจกรรมการจัดอบรมนับว่าเป็นกิจกรรมสำคัญมากในโครงการนี้ เพราะความรู้เรื่องการคัดกรองและบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST จัดว่าเป็นความรู้ใหม่สำหรับบุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่ในประเทศไทย การอบรมในโครงการนี้จึงได้เริ่มขึ้นตั้งแต่การอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้สอน (Training of the trainer workshop: TOT workshop) ซึ่งเป็นการอบรมครั้งแรกสุดในโครงการสำหรับผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นวิทยากรในการสอนเรื่องการใช้ ASSIST-SBI ต่อไปในประเทศไทย หลังจากนั้นเป็นการอบรมผู้ที่จะทำหน้าที่เป็น “พี่เลี้ยง” (supervisor) ในการให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อฯ ในแต่ละสถานบริการแล้วต่อการอบรม “ผู้ปฏิบัติ” ซึ่งก็คือผู้ที่จะทำหน้าที่ในการให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อฯ หรือ “ผู้ที่อยู่หน้างาน” โดยตรง การอบรมผู้ปฏิบัติได้ถูกจัดขึ้นหลายครั้งทั้งในจังหวัดสงขลาและขอนแก่น เพื่อให้บุคลากรที่อยู่ในพื้นที่ดำเนินการเกือบ 100% ได้มีโอกาสเข้ารับการอบรมดังกล่าว จะได้สามารถให้บริการ ASSIST-SBI ได้ถูกต้องตามหลักวิชาการและเหมาะสมกับบริบทประเทศไทย นอกจากนี้ทางทีมวิจัยยังได้จัดประชุมวิชาการเพื่อฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ ระบบการดูแลผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด ให้กับทีมงานและบุคลากรของสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ดำเนินการอีกด้วย

การฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องการคัดกรองและบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST ในโครงการนี้ แบ่งออกเป็นสามลักษณะ คือ การอบรมวิทยากร การอบรมผู้ปฏิบัติงาน และการอบรมฟื้นฟูความรู้ เนื้อหาสาระของการอบรมสองหลักสูตรแรกจะมีความคล้ายคลึงกัน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสารเสพติดและการเสพติด วิธีการคัดกรองด้วยเครื่องมือ ASSIST ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และวิธีการบำบัดอย่างย่อที่อิงตามผล ASSIST แต่แตกต่างกันในด้านองค์ประกอบอื่น รวมทั้งผู้เข้าร่วมการอบรม

2.1 Training of the trainer workshop

เป็นการฝึกอบรมผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้สอนหรือวิทยากรในเรื่องงาน ASSIST-SBI ต่อไปในประเทศไทย (Training of the trainer workshop – 27-29 เมษายน พ.ศ.2554 โรงแรมริชมอนด์ กรุงเทพฯ) การอบรมใช้ระยะเวลา 3 วัน ผู้เข้ารับการอบรมมี 33 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล อาจารย์พยาบาล เกสเซอร์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักวิชาชีพสาธารณสุข จากคณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและจังหวัด ศูนย์บำบัดและฟื้นฟูยาเสพติด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่สามารถฟัง พูด ภาษาอังกฤษได้ มีความรู้และประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาทางจิตสังคมต่อผู้มีปัญหาจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด มีความอาวุโสเพียงพอที่จะเป็นผู้นำความคิด ให้การปรึกษา และการสนับสนุนทางวิชาการแก่ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดของตนได้ มีวิทยากรจาก WHO Collaborating Centre for Research in the Treatment of Drug and Alcohol Problem, University of Adelaide, Australia ซึ่งเป็นศูนย์ประสานงานโครงการพัฒนา ASSIST ขององค์การอนามัยโลก และดูแลการเผยแพร่งาน ASSIST-SBI ในภาคพื้นเอเชียและหมู่เกาะแปซิฟิก ได้แก่ Dr.Sonali Meena และ Associate Professor Robert Ali รวมทั้งวิทยากรในประเทศไทย วิธีการอบรมประกอบด้วย การบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ มีการทดสอบความรู้ก่อน-หลังการอบรม และแจกใบประกาศนียบัตรให้แก่ผู้เข้ารับการอบรม

เนื้อหาในการอบรมนี้จัดตามโปรแกรมขององค์การอนามัยโลกคือ หลักการจัดการฝึกอบรมและเทคนิคการสอนผู้ใหญ่ ความรู้เกี่ยวกับความเป็นมาของโครงการ ASSIST-SBI ความรู้เกี่ยวกับปัญหาจากการใช้สุราและสารเสพติด โดยละเอียดรวมทั้งข้อมูลในประเทศไทย หลักการคัดกรองปัญหาสุขภาพ วิธีการคัดกรองด้วยแบบสอบถาม ASSIST ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เทคนิคการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ และกระบวนการบำบัดแบบย่อ (Brief intervention)



■ การอบรมเชิงปฏิบัติสำหรับผู้สอน (Training of the trainer workshop)
27-29 เมษายน 2554 ณ โรงแรมริชมอนด์ กรุงเทพฯ

2.2 การอบรมบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน แบ่งออกเป็นสองระดับ ระดับแรก คือ Supervisor training workshop ผู้เข้ารับการอบรมเป็นผู้ที่จะทำหน้าที่เป็น “พี่เลี้ยง” ที่ปรึกษาหรือผู้ดูแลในการให้บริการ ASSIST-SBI ในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรนี้จึงเป็นหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน/หน่วยงานของโรงพยาบาลชุมชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอที่ร่วมโครงการ เป็นต้น เนื้อหาในการอบรมประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสารเสพติด วิธีคัดกรองด้วย ASSIST และวิธีการบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST นอกจากนี้ยังมีการอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อร่วมกันวางแผนหาแนวทางในการเปิดบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ ขึ้นมาในสถานบริการสุขภาพของตน รวมทั้งบทบาทของผู้เข้ารับการอบรมในการดำเนินงานในโครงการนี้ การบริหารโครงการ และวิธีการดูแลบุคลากรระดับปฏิบัติการในสถานบริการสุขภาพของตนในการให้บริการ ASSIST-SBI

ระดับที่สอง ได้แก่ การอบรมบุคลากรสุขภาพผู้ที่ทำหน้าที่ให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อตามแนวทาง ASSIST โดยตรง การอบรมหลักสูตรนี้ได้จัดขึ้นหลายครั้งในแต่ละจังหวัด แต่ครั้งมีผู้เข้ารับการอบรมประมาณ 40-50 คน โดยในปีแรกของโครงการ ในช่วงเดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ.2554 ผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรนี้ จะเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอที่เข้าร่วมโครงการทั้งสี่อำเภอ ส่วนในปีที่สองของโครงการ (เดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ.2555) ทางทีมงานจังหวัดสงขลา ได้ขยายการอบรมไปยังอำเภออื่นๆ ในจังหวัดสงขลาและจังหวัดใกล้เคียงที่สนใจเข้ารับการอบรม และมีแผนการที่จะเปิดบริการ ASSIST-SBI ขึ้นมาในสถานบริการสุขภาพของตนด้วย เนื้อหาในการอบรมหลักสูตรผู้ปฏิบัติงานนี้จะเหมือนกับในหลักสูตร supervisors แต่จะต่างกันตรงที่ชั่วโมงการอภิปรายกลุ่มย่อย ซึ่งในหลักสูตรผู้ปฏิบัติงานนี้จะเน้นที่ การวางแผนจัดรูปแบบบริการนี้โดยตรงอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การจัดสถานที่ให้บริการ จัดเวรผู้ที่จะทำคัดกรองหรือบำบัดอย่างย่อ การบันทึกข้อมูลการให้บริการ การเก็บรักษาผลการคัดกรอง การส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อที่ว่าเมื่อบุคลากรเหล่านี้จบการอบรมกลับไปยังสถานบริการสุขภาพของตน จะสามารถให้บริการ ASSIST-SBI ได้ทันที

ผลการประเมินการจัดการอบรมโดยผู้เข้ารับการอบรมระดับผู้ปฏิบัติงานและ supervisors นี้ พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมากกว่าร้อยละ 80 มีความพึงพอใจการจัดการอบรมในด้านความเหมาะสมของเนื้อหาและวิทยากรและโอกาสที่จะนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการทำงานจริงในระดับมากถึงมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการทดสอบความรู้และความมั่นใจก่อนและหลังการอบรมแต่ละหมวดพบว่า หลังการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนของแบบทดสอบเพิ่มมากขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 53-95 ซึ่งผลการประเมินทั้งสองด้านนี้แสดงว่าการจัดอบรมได้ผลดี โดยทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจมากที่ได้รับความรู้ที่เหมาะสมกับงานของตนเอง และมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

ตัวอย่างกำหนดการอบรม

วัตถุประสงค์การอบรม

เพื่อให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. และ PCU ในอำเภอจะนะและควนเนียงมีความรู้และทักษะในการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อ โดยอิงผล ASSIST ให้กับผู้ที่มามีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพที่บุคลากรนั้นปฏิบัติงานอยู่ และสามารถให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพของตนได้

กำหนดการอบรม

วันที่ 1

08.00 น.	ลงทะเบียน
08.30-09.00 น.	เปิดการอบรม แนะนำโครงการผู้เข้าอบรมแนะนำตัว และทำ Pre-test
09.00-10.30 น.	บทนำสู่ ASSIST
10.30-10.45 น.	อาหารว่าง
10.45-12.00 น.	ความรู้เกี่ยวกับสุรา ยาสูบ และสารเสพติด
12.00-13.00 น.	อาหารกลางวัน
13.00-14.30 น.	กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
14.30-14.45 น.	อาหารว่าง
14.45-15.30 น.	วิธีการสัมภาษณ์ด้วย ASSIST พร้อมสาธิตการสัมภาษณ์
15.30-16.00 น.	ฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์
16.00-16.30 น.	Post-test, feedback และสรุปการอบรมวันที่ 1

วันที่ 2

08.30-09.00 น.	ทบทวนเนื้อหาการอบรมวันที่ 1
09.00-09.45 น.	วิธีการคิดคะแนน ASSIST
09.45-10.30 น.	การบำบัดแบบย่อตามแนวทาง WHO ASSIST – Linked Brief Intervention
10.30-10.45 น.	อาหารว่าง
10.45-12.00 น.	สาธิตและฝึกปฏิบัติ WHO ASSIST – Linked Brief Intervention (BI)
12.00-13.00 น.	อาหารกลางวัน
13.00-13.45 น.	เชื่อมโยง Brief Intervention (BI) กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
13.45-14.30 น.	อภิปรายการบำบัดแบบย่อในบริบทของประเทศไทย
14.30-14.45 น.	อาหารว่าง
14.45-16.00 น.	อภิปรายกลุ่มย่อย การพัฒนาระบบบริการคัดกรองและบำบัดแบบย่อในสถานบริการสุขภาพ
16.00-16.30 น.	Post-test, feedback และสรุปการอบรม

ตัวอย่างสรุปผลการระดมสมองเพื่อวางแผนแนวทางการจัดบริการ ASSIST-BI ในสถานบริการสุขภาพ

1. อำเภोजะนะ

- จะเริ่มจัดบริการ SBI ในโรงพยาบาลชุมชนจะนะก่อน โดยเริ่มการคัดกรองเฉพาะในผู้ป่วยชายที่มีอายุมากกว่า 14 ปีขึ้นไป จากแผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกพิเศษ และแผนกผู้ป่วยในด้วย ในกรณีที่มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการคัดกรองมาตั้งแต่ในแผนกผู้ป่วยนอก
- จะใช้ห้องตรวจ 4 เป็นสถานที่ให้บริการ
- การบันทึกเวชระเบียน จะระบุเพียงคะแนน ASSIST ตามชนิดของสารฯ และระบุว่าผู้ป่วยได้รับ BI แล้วหรือไม่
- การติดตามการดำเนินงาน หลังจากเริ่มให้บริการไป 2 สัปดาห์และ 1 เดือน กลุ่มบุคลากรพี่เลี้ยงจะนัดประชุมกัน โดยให้พยาบาลหัวหน้าคลินิกจิตเวช และสารเสพติดเป็นผู้ประสาน หลังจากนั้นจะมีการนำประเด็นเรื่องการให้บริการ ASSIST-SBI นี้มาอภิปรายทุกครั้งในการประชุมบุคลากรประจำเดือนของโรงพยาบาล
- หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน จะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลการคัดกรองฯ และส่งต่อมาที่คลินิกฟ้าใส โดยจะรวบรวมข้อมูลเดือนละครั้ง ข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยจะถูกเก็บไว้อย่างดีและเป็นความลับ โดยมีหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ดูแล
- เพื่อป้องกันปัญหาความซ้ำซ้อนในการคัดกรอง ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จะมีสติ๊กเกอร์ โดยทั้งอำเภอจะใช้เหมือนกันทั้งหมด เพื่อป้องกันว่าผู้ป่วยคนนี้ได้รับการคัดกรองด้วยเครื่องมือ ASSIST แล้ว อาจไม่ต้องทำซ้ำอีก และสามารถดูคะแนนได้เลย แต่อาจจะมีการสอบถามความก้าวหน้าหรือพฤติกรรม หรือความเปลี่ยนแปลงในการใช้สารของเขาว่าเป็นอย่างไรบ้าง ณ ปัจจุบันเท่านั้น

2. อำเภอกวนเนียง

- โรงพยาบาลมีการจัดบริการคัดกรองและให้การบำบัดอย่างย่อ โดยใช้หลัก 5A สำหรับผู้สูบบุหรี่ซึ่งได้งบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. อยู่แล้ว จึงคิดว่า จะบูรณาการระหว่างการคัดกรองบุหรี่และการทำ ASSIST SBI เข้าด้วยกัน
- จะคัดกรองผู้ป่วยทุกรายที่พร้อมจะรับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยกำหนดให้มีพยาบาลทำหน้าที่คัดกรองประจำวัน วันละ 2 คนโดยคาดว่าจะคัดกรองผู้ป่วยได้วันละ 3-5 คนต่อพยาบาลหนึ่งคนและสามารถเริ่มดำเนินการได้ทันทีเมื่อเครื่องมือทุกอย่างพร้อม
- สถานที่ ใช้ห้อง 4 ในคลินิกบุหรี่
- การบันทึกข้อมูล จะบันทึกคะแนน ASSIST ลงไปในโปรแกรม HOSxp โดยบันทึกเพิ่มอีกหนึ่งหน้าหนึ่งในโปรแกรม เพื่อจะได้ทราบว่าผู้ป่วยคนใดได้รับการ ASSIST-SBI แล้ว
- สำหรับคลินิกพิเศษ คาดว่าจะเริ่มบริการในคลินิกโรคหอบหืดก่อน ส่วนคลินิกผู้ป่วยนอกอื่นๆ เช่น ทันตกรรม และเวชกรรม จะต้องฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ก่อนจึงจะจัดบริการได้
- แผนกผู้ป่วยในจะคัดกรองผู้ป่วยทุกราย โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของการซักประวัติผู้ป่วยตามแบบแผนของ 11 Gordon ซึ่งทางฝ่ายการพยาบาลได้ถือปฏิบัติอยู่แล้ว
- หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลจะหารือกับผู้ปฏิบัติงานในชุมชนและในโรงเรียนมัธยมควนเนียง เพื่อการขยายงานในพื้นที่ชุมชนและโรงเรียน
- การบริหารจัดการโครงการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลจะเป็นผู้ดูแลงานในโครงการนี้ รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณซึ่งได้รับมาจากทีมวิจัยในการจัดกิจกรรมในโครงการ

ตัวอย่างสรุปผลการระดมสมองเพื่อวางแผนแนวทางการจัดบริการ ASSIST-BI ในสถานบริการสุขภาพ

ปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้

- ผู้ป่วยจำนวนมาก หากมีผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลจำนวนมากอาจไม่สามารถให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อได้ จึงอาจจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมในคลินิกใหม่ เพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดบริการดังกล่าวได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยหลายคนในระยะเวลาติดกัน อาจจะต้องคัดกรองเฉพาะบุหรืกับสุราก่อน สารอื่นอาจจะไม่สะดวกในการคัดกรองที่แผนกผู้ป่วยนอก
- อัตรากำลัง เมื่อโรงพยาบาลได้เจ้าหน้าที่ใหม่เข้ามาจะต้องจัดการอบรมให้เจ้าหน้าที่เหล่านี้เป็นระยะๆ
- การแบ่งแผนกงานรักษาพยาบาล: ตามโครงสร้างงานบริการของโรงพยาบาล โครงการบุหรือยู่ที่ฝ่ายการพยาบาล แต่งานดูแลผู้ป่วยจากสารเสพติด เช่น การทำ Matrix อยู่ที่ฝ่ายจิตเวช ดังนั้นจึงต้องมีการประสานงานของฝ่ายต่างๆ ในโรงพยาบาล

แผนการจัดบริการ ASSIST-SBI ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอจะนะ

- กำหนดวัน เวลาและสถานที่ในการให้บริการ โดยจะให้บริการทุกวันศุกร์บ่าย เนื่องจากช่วงบ่ายจะไม่มีคลินิกต่างๆ และทุกบ่ายวันศุกร์ ผู้ชายจะไปทำพิธีละหมาดที่มัสยิดและจะอยู่ในพื้นที่
- จัดหาห้องหรือมุมที่เป็นส่วนตัวเพื่อรักษาความลับของผู้ป่วย เพราะ รพ.สต. มีพื้นที่ในการทำงานค่อนข้างจำกัด
- กำหนดผู้รับผิดชอบงาน SBI โดยเฉพาะในแต่ละวัน โดยจัดการอบรมให้กับผู้ปฏิบัติงานในแต่ละ รพ.สต.เพิ่มเติม
- กำหนดรูปแบบในการจัดเก็บข้อมูล โดยระบุเฉพาะคะแนนลงไปในสมุดผู้ป่วยเท่านั้นและติดสติ๊กเกอร์ หลังบัตรประจำตัวผู้ป่วยเอาไว้ ซึ่งจะทำเช่นเดียวกันกับที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อลดความซ้ำซ้อน
- การส่งต่อ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงจะได้รับการส่งต่อไปที่คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลชุมชนจะนะ โดยจะแนบเอกสาร ASSIST ของผู้ป่วยไปด้วย และต้องปิดผนึกของ ประทับตราลับเฉพาะ

2.3 การประชุมฟื้นฟูความรู้วิชาการ (Refresher Meeting) ได้จัดขึ้นสองครั้งในระหว่างการทำงานโครงการ

- การสัมมนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์องค์ความรู้และทักษะในการใช้ ASSIST-SBI สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้เสพยา สูบ และสารเสพติดในระบบสาธารณสุข-ยุติธรรม-ชุมชน ในประเทศไทยเมื่อวันที่ 8-9 ธันวาคม พ.ศ.2554 ณ โรงแรมศิรินาถการ์เดนส์ จังหวัดเชียงใหม่ ร่วมกับทีมวิจัยของโครงการพัฒนางานดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาจากสุราและสารเสพติดในระบบยุติธรรม ในจังหวัดลำพูนและเชียงใหม่ ของ ผศ.นพ.ดร. อภินันท์ อร่ามรัตน์ และคณะ ผู้เข้าร่วมการสัมมนารวมทั้งหมด 58 คน ประกอบด้วย ทีมวิจัยจากจังหวัดสงขลา และขอนแก่น หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนจะนะและควนเนียง ทีมวิจัยของโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ใช้สุราและสารเสพติดในระบบยุติธรรมในจังหวัดลำพูนและเชียงใหม่ บุคลากรจากเรือนจำ หน่วยงานคุมประพฤติ สถานพินิจ โรงพยาบาล ศูนย์บำบัดรักษาเสพยาเสพติด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดลำพูน สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปส.ภาค 5 และภาค 6

เนื้อหาการสัมมนาประกอบด้วย การบรรยายและอภิปรายทบทวนความรู้และประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือคัดกรอง ASSIST การบรรยายเรื่องแนวทางการประเมินผลงานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ การบรรยายเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการอภิปรายเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แนวคิดนี้กับผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติด การนำเสนอผลการดำเนินงานของทีมวิจัยจังหวัดสงขลา ขอนแก่น และเชียงใหม่-ลำพูน รวมทั้งการรายงานผลการดำเนินงานในพื้นที่จริง โดยบุคลากรจากพื้นที่ และการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข

สรุปข้อคิดเห็น ปัญหา แนวทางแก้ไข และข้อเสนอแนะจากการสัมมนา

- การจัดบริการ ASSIST-SBI ในหน่วยงานในระบบสาธารณสุขทำได้ง่ายกว่าในระบบยุติธรรม เนื่องจากบุคลากรในระบบสาธารณสุขมีประสบการณ์การดูแลผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยถือว่าเป็น “ผู้ป่วย” มาก่อน
- บุคลากรที่ทำงานด้านการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในระบบยุติธรรมมีจำนวนน้อยมาก เช่น มีพยาบาลเพียง 1 คนในแต่ละเรือนจำและมีงานหลายด้าน นอกจากนั้น บุคลากรเหล่านี้ยังขาดความมั่นใจในการทำการบำบัดอย่างย่อๆ แต่ก็มองเห็นว่าการคัดกรองด้วย ASSIST สามารถทำได้และเป็นประโยชน์ในการจำแนกผู้ต้องขังตามระดับความเสี่ยงของการใช้สารเสพติด
- ปัจจัยหลักที่ทำให้การดำเนินงาน ASSIST-SBI ในโรงพยาบาลชุมชนจะชะงักและควั่นเงาหน้าคือ ผู้บริหาร (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล) เห็นชอบ ให้ความร่วมมือ และมองเห็นประโยชน์ของการให้บริการ พร้อมทั้งผู้บริหารสูงสุดของฝ่ายการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบโครงการเอง ดังนั้นหลักสำคัญในการนำนวัตกรรมเข้ามาเผยแพร่ในสถานที่หนึ่งก็คือ การค้นหาผู้นำทางความคิด (Key opinion leader) ในชุมชนนั้น ซึ่งจะเป็น “champion” ในการยอมรับและใช้นวัตกรรมนั้น
- ระยะเวลาที่ทำการคัดกรองด้วย ASSIST ในระบบยุติธรรมเป็นเรื่องสำคัญ ควรจะคัดกรองในผู้ต้องหาแรกๆ ตั้งแต่ในสถานีตำรวจ หรือเพิ่งเข้ามาในระบบ หากเป็นผู้ต้องหาที่ถูกควบคุมตัว ณ จุดอื่นมาก่อนเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน การทำ ASSIST ก็จะไม่เป็นประโยชน์
- การมีโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูล ASSIST จะเป็นประโยชน์มากในการคัดกรองทั้งในระบบสาธารณสุขและยุติธรรม เพราะทำให้การสัมภาษณ์และคิดคะแนนทำได้สะดวกรวดเร็วมากขึ้น และไม่มีกองกระดาษจำนวนมาก ซึ่งจะต้องคิดถึงการจัดเก็บแบบสอบถามเหล่านี้อีกด้วย และการรักษาความลับของผู้ถูกสัมภาษณ์
- บุคลากรที่จะทำ ASSIST-SBI ในทั้งสองระบบควรได้รับการอบรมเป็นอย่างดีก่อน เพื่อให้เกิดความเข้าใจวิธีสัมภาษณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่ผลการคัดกรองเป็นตัวจำแนกประเภทของผู้รับบริการ นอกจากนี้ควรคำนึงด้วยว่า ASSIST เป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งเท่านั้น ควรใช้การตัดสินใจทางคลินิกของผู้สัมภาษณ์ประกอบด้วย
- ควรมีระบบการติดตามประเมินผลผู้ที่ได้รับการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อร่วมด้วย โดยเฉพาะในระบบสาธารณสุข จะได้ทราบว่าผู้ที่ผ่านการคัดกรองและบำบัดฯ แล้วมีพัฒนาการเป็นอย่างไร
- การนำ ASSIST-SBI ไปใช้ให้ครอบคลุมในพื้นที่อื่นๆ ที่ไม่ใช่พื้นที่นำร่อง ควรต้องคำนึงถึงหน่วยงานที่จะรับส่งต่อผู้ผ่านการคัดกรองและมีความเสี่ยงในระดับสูงเพื่อให้การบำบัดด้วย
- หน่วยงานอื่นที่สนใจจะนำ ASSIST-SBI ไปใช้ ควรต้องส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมอย่างเข้มข้นตามกระบวนการทั้งการคัดกรองและการบำบัดอย่างย่อ เช่น เจ้าหน้าที่ ปปส. คุณประพศติ

- การประชุมวิชาการเรื่องการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบและสารเสพติด เป็นการประชุมสองวัน ในระหว่างวันที่ 1 และ 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2555 ที่โรงแรมเจริญธานี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 63 คน ประกอบด้วย กรรมการกำกับทิศทางของแผนงาน ผรส. บุคลากรของแผนงาน ผรส. วิทยากร ทีมวิจัย ที่ปรึกษาโครงการ บุคลากรจากโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการ นักวิชาการและผู้สนใจจากจังหวัดขอนแก่น สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาคเหนือตอนล่าง และมีวิทยากรจาก WHO Collaborating Centre for Research in the Treatment of Drug and Alcohol Problem, University of Adelaide, Australia คือ Dr.Rachel Humeniuk ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนา ASSIST-SBI ขององค์การอนามัยโลก และทำการศึกษาวิจัยตั้งแต่โครงการระยะที่ 1 จนถึงระยะที่ 3

เนื้อหาการประชุมแบ่งออกเป็นสองประเด็นใหญ่ โดยใน**วันแรก** เป็นการรายงานผลการดำเนินงานของโครงการ Thailand Assist-SBI ทั้งในภาพรวม ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องมือ ASSIST ในระบบยุติธรรมและชุมชนในภาคเหนือ รวมทั้งผลการประเมินภายในของโครงการนี้ และการอภิปรายกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินงานระหว่างทีมงานจังหวัดสงขลา ขอนแก่นและภาคเหนือ ใน**วันที่สอง** เป็นการบรรยายจากวิทยากรหลายคนเกี่ยวกับระบบการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดในประเทศไทย ผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ในปี พ.ศ.2554 โครงการวิจัยประสิทธิภาพของ Brief ASSIST และการบำบัดอย่างย่อฉบับปรับปรุงในผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะแรกที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย โครงการศึกษาการใช้ ASSIST ในผู้ป่วยจิตเวช การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะติดใบกระท่อมและแบบประเมินความรุนแรงของภาวะขาดใบกระท่อม การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะติดสารระเหย และการบรรยายของวิทยากรต่างประเทศสองเรื่องคือ การพัฒนา e-ASSIST (electronic version) และการพัฒนา Y-ASSIST (ASSIST ฉบับเด็กและวัยรุ่น)

ผลจากการประชุมครั้งนี้คือ ผู้ร่วมงานในโครงการ Thailand ASSIST-SBI ทุกคนมีความตั้งใจและกระตือรือร้นในการนำเอา ASSIST-SBI ไปใช้ในสถานบริการสุขภาพของตนมาก และพยายามพัฒนาปรับปรุงระบบการให้บริการนี้ให้ดีขึ้นเรื่อยๆ ให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่เข้ามาโรงพยาบาลให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะมองเห็นว่าเป็นงานที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและสังคมโดยรวม เป็นเหมือนการทำบุญให้กับผู้ป่วย ญาติ และชุมชน ถึงแม้จะมีปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมากในเรื่องเวลา สถานที่ ความพร้อม และความชำนาญของบุคลากรก็ตาม บุคลากรจากโรงพยาบาลบางแห่งในโครงการยังมองเห็นว่า งานบริการ ASSIST-SBI เป็นงานหนึ่งในงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และสามารถจะเก็บเกี่ยวงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติได้ หากได้ให้บริการดังกล่าวแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลของตน นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมการประชุมหลายคนยังให้ความสนใจต่อการพัฒนาเครื่องมือ Brief-ASSIST, e-ASSIST และ Y-ASSIST เป็นอันมาก และต้องการจะนำเครื่องมือเหล่านี้มาปรับใช้ในงานของตน การประชุมดังกล่าวนี้จึงจัดว่าเป็นประโยชน์มากทั้งต่อทีมวิจัยเจ้าของทุน และผู้เกี่ยวข้องทุกคน เพราะนอกจากจะได้รับความรู้อันก้าวหน้าทันสมัยเกี่ยวกับเครื่องมือ ASSIST แล้ว ยังมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการจัดบริการดังกล่าวในสถานบริการสุขภาพและหน่วยงานของตน



การประชุมวิชาการเรื่อง “การคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้มีปัญหากจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด วันที่ 1-2 พฤศจิกายน 2555 ณ โรงแรมเจริญธานี จังหวัดขอนแก่น”



“Your implementation efforts in Thailand are systematic, widespread and very impressive, and I’m sure that it will continue to expand. I look forward to hearing of your progress with the implementation over the next years...”

Rachel Humeniuk, Ph.D.

Drug and Alcohol Servicer, South Australia, Australia

3. การเตรียมเครื่องมือและเอกสารประกอบ

ก่อนที่จะนำเครื่องมือคัดกรอง ASSIST และการบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST มาใช้ในงานสาธารณสุขในประเทศไทย ทีมวิจัยได้เริ่มต้นด้วยการจัดเตรียมเครื่องมือและคู่มือต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งคู่มือวิทยากรสำหรับการจัดอบรมทุกครั้งที่ได้กล่าวมาแล้ว

3.1 แบบคัดกรอง ASSIST และคู่มือประกอบ (สาวิตรี อัจฉนงศ์กรชัย และพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ 2554; สาวิตรี อัจฉนงศ์กรชัย, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. 2554; สาวิตรี อัจฉนงศ์กรชัย, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. 2554) เอกสารชุดนี้ทางทีมวิจัยได้แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษโดยได้รับอนุญาตจากองค์การอนามัยโลก ภายใต้การสนับสนุนทุนของแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) ในปี พ.ศ.2553-2554 เอกสารชุดนี้ประกอบด้วย

- แบบคัดกรอง ASSIST ฉบับ 3.1
- หนังสือการใช้แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด – คู่มือเพื่อใช้ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- หนังสือการบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST สำหรับการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงและแบบอันตราย – คู่มือเพื่อใช้ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- หนังสือคู่มือการดูแลตนเอง เพื่อลด ละ เลิกสารเสพติด

สำหรับตัวแบบคัดกรอง ASSIST นั้น หลังจากแปลเป็นภาษาไทยแล้ว ทีมวิจัยได้ให้นักวิชาการซึ่งสามารถใช้ภาษาอังกฤษได้ดีมากซึ่งยังไม่เคยเห็นต้นฉบับภาษาอังกฤษมาก่อน แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง และส่งฉบับแปลกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญชาวออสเตรเลียประเมินความถูกต้องของฉบับแปลกลับเทียบกับต้นฉบับจริงด้วย และเนื่องจากพีชกระทอมและสารผสมน้ำดื่มใบกระท่อม (4x100) เป็นสารเสพติดที่ถูกใช้มากที่สุดในประเทศไทย ทางทีมวิจัยจึงได้เพิ่มสารเสพติดทั้งสองตัวนี้เข้าไปในรายการสารเสพติดในแบบคัดกรอง ASSIST และเพิ่มข้อมูลความเสี่ยงจากการใช้สารทั้งสองชนิดนี้ลงไปในบัตรรายงานข้อมูลสะท้อนกลับด้วย รวมทั้งได้เรียงลำดับชนิดสารเสพติดในแต่ละคำถามใหม่ ตามลำดับความชุกของสารแต่ละชนิดในประเทศไทย แบบคัดกรองและหนังสือคู่มือประกอบฉบับภาษาไทยทั้งสามฉบับนี้ได้ถูกส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญในด้านการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากสารเสพติดสี่คนให้พิจารณาเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา และนำไปทดสอบการใช้โดยพยาบาลและบุคลากรของศูนย์บำบัดยาเสพติดปัตตานี โรงพยาบาลชุมชนยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี และสถานอนามัยตำบลบากาในผู้รับบริการแต่ละ 20 คน รวมทั้งหมด 60 คน

หลังจากนั้นผู้แปลได้ปรับภาษาและรูปแบบอีกเล็กน้อย และทีมวิจัยสงขลาได้ทดสอบการใช้แบบคัดกรอง ASSIST และการบำบัดอย่างย่อด้วยตนเองกับผู้ป่วยสิบคนที่คลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจะนะ เพื่อให้มองเห็นภาพขั้นตอนในการเข้าถึง (approach) ผู้ป่วย การใช้คำถาม และความเข้าใจต่อคำถามของผู้ป่วยที่ถูกสัมภาษณ์ เพื่อนำมาปรับภาษาอีกเป็นครั้งสุดท้ายก่อนที่จะนำมาพิมพ์เป็นรูปแบบแผ่นพับที่สวยงามและสะดวกในการใช้ดังที่เห็นในภาพนี้



3.2 ชุดคู่มือการฝึกอบรมการคัดกรองและบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST ชุดคู่มือการฝึกอบรมฯ นี้ถูกผลิตขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ใช้เป็นคู่มือวิทยากรที่จะจัดการฝึกอบรมเรื่องการทำ ASSIST-SBI ชุดคู่มือการฝึกอบรมนี้ประกอบด้วย หนังสือรวบรวมสไลด์พร้อมบทบรรยาย แนวทางการทำกิจกรรมกลุ่ม แผ่นวีดิทัศน์สาธิตการคัดกรองและบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST แผ่นวีดิทัศน์บรรจุสไลด์ประกอบการสอน บทสำหรับการแสดงบทบาทสมมุติ และแบบทดสอบก่อนและหลังการอบรม เนื้อหาในชุดคู่มือประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสารเสพติด บทนำเรื่อง ASSIST วิธีการสัมภาษณ์และวิธีการคิดคะแนนของแบบคัดกรอง ASSIST กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ และวิธีการบำบัดแบบย่อตามแนวทางของ ASSIST เนื้อหาของชุดคู่มือนี้ได้มาจากชุดคู่มือการฝึกอบรมหลักสูตรการสร้างผู้สอน ซึ่งเรียบเรียงโดย Dr. Sonali Meena และ Associate Professor Robert Ali ภายใต้โครงการ “Treatment of Drug and Alcohol Problems with the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)” ของ World Health Organization Collaborating Centre for Research in the Treatment of Drug and Alcohol Problems, Discipline of Pharmacology, University of Adelaide, South Australia, Australia รวมทั้งจากหนังสือคู่มือการใช้ ASSIST และการบำบัดอย่างย่อที่กล่าวแล้วข้างต้นทั้งสามเล่ม



4. การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของสถานบริการสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการ

การศึกษาศาภาพการทำงานของสถานบริการสุขภาพที่จะเข้าร่วมโครงการด้วยเป็นสิ่งสำคัญ ก่อนที่จะเริ่มงานใดๆ ทีมวิจัยได้ศึกษาข้อมูลในด้านระบบการให้บริการผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดของโรงพยาบาลทุกแห่งย้อนหลังสามปี โดยใช้การเยี่ยมชมสถานที่ การสัมภาษณ์สนทนากับผู้บริหารและบุคลากรในโรงพยาบาล และใช้แบบสอบถามให้บุคลากรที่รับผิดชอบงานบริการด้านสารเสพติดตอบ โดยสรุปพบว่า โรงพยาบาลชุมชนจะนะเป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดมารับบริการในแต่ละปีมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่นๆ ในทั้งสี่อำเภอที่ร่วมโครงการ มีหน่วยบริการผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดอย่างครบวงจร มีคลินิกเมทาโดน มีการทำกลุ่มเมทริกซ์ มีระบบส่งต่อผู้ป่วย และมีการทำงานด้านส่งเสริมป้องกันปัญหาการใช้สารเสพติดด้วยอย่างเป็นระบบ อำเภอชุมแพเป็นพื้นที่ปฏิบัติการของโครงการ I-MAP Health ของ ผรส. มาก่อน ซึ่งเป็นโครงการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สุราอย่างครบวงจร บุคลากรจึงมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจากการดื่มสุรามาเป็นอย่างดี ส่วนโรงพยาบาลควนเนียงและพระยืนมีผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดมารับบริการค่อนข้างน้อยในแต่ละปี

5. การสนับสนุนและกำกับดูแลการจัดบริการ ASSIST-SBI

เมื่อได้ประชุมตกลงกับผู้บริหารของโรงพยาบาลในทั้งสี่อำเภอที่จะเข้าร่วมโครงการ Thailand ASSIST-SBI นี้แล้ว ทางโรงพยาบาลส่งบุคลากรระดับต่างๆ มาเข้ารับการอบรมเรื่องการทำ ASSIST-SBI เสร็จแล้ว ทีมวิจัยได้ประชุมร่วมกับบุคลากรระดับต่างๆ ของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อร่วมหาแนวทางในการบริหารจัดการงานนี้ภายในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชนนั้น โดยในแต่ละอำเภอจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย บุคลากรฝ่ายอื่น และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ รพ.สต. เป็นต้น โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา เพื่อเป็นคณะทำงานกำกับดูแลการจัดบริการนี้ในโรงพยาบาล และบริหารเงินทุนสนับสนุนการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ทางทีมวิจัยจะเข้าไปเยี่ยมชมในแต่ละโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว หรือจัดประชุมร่วมกับบุคลากรของโรงพยาบาล หรือติดต่อกันทางโทรศัพท์และอีเมลเป็นประจำ เพื่อรับฟังความคิดเห็น และช่วยให้คำแนะนำในการจัดการปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น หรือเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการทำ ASSIST-SBI หรืองานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ทักษะการให้การปรึกษา เป็นต้น และรวบรวมสถิติการให้บริการ ASSIST-SBI รายเดือนของแต่ละโรงพยาบาล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมวิจัยกับโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการจะเป็นในลักษณะที่ทีมวิจัย “ติดอาวุธ” คือให้ความรู้ ฝึกอบรมทักษะการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อๆ ให้กับบุคลากรของโรงพยาบาล ให้การสนับสนุนเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ และเงินทุนสนับสนุนเล็กน้อยสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งให้คำแนะนำหากต้องการ แต่การบริหารจัดการเพื่อให้เปิดบริการ ASSIST-SBI ขึ้นมาได้ในโรงพยาบาล และดำเนินงานต่อไปได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสนใจและความตั้งใจของคณะกรรมการบริหารงานนี้และบุคลากรของแต่ละโรงพยาบาลเอง ทั้งนี้เพราะทีมวิจัยมองว่า ความสำเร็จของโครงการนี้คือ การเปิดบริการ ASSIST-SBI ขึ้นมาในโรงพยาบาล และจัดให้งานนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในโรงพยาบาล เพื่อคัดกรองผู้ป่วยทุกคนที่เข้ามาในโรงพยาบาล ดังนั้น การที่จะเกิดบริการในลักษณะนี้ได้ต่อไปและยั่งยืนต้องขึ้นอยู่กับความพร้อม ความสนใจ และความตั้งใจที่ต่อเนื่องของบุคลากรของโรงพยาบาล ภายใต้การสนับสนุนที่ดีของฝ่ายบริหารของโรงพยาบาลนั่นเอง ไม่ใช่เพราะจากการกำหนดของทีมวิจัย



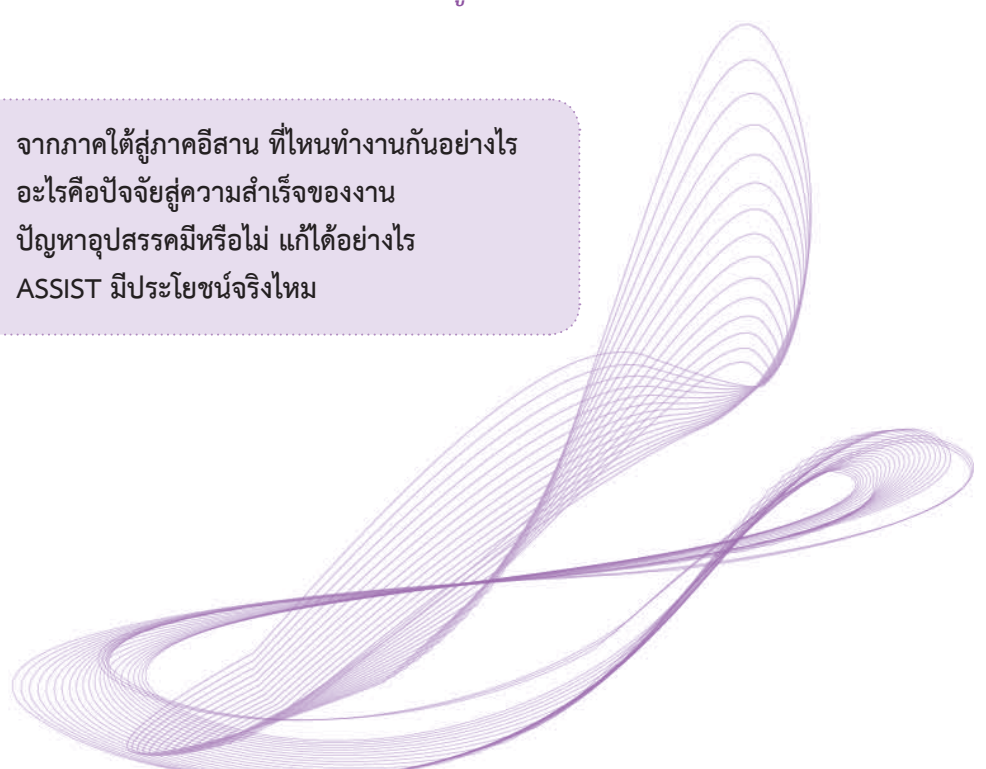
ผลการดำเนินงาน

“Knowing is not enough; we must apply.

Willing is not enough; we must do.”

“รู้ก็ยังไม่พอ ต้องปรับใช้ ตั้งใจก็ยังไม่พอ ต้องลงมือทำ”

*-Johann Wolfgang von Goethe-
โยฮัน วูฟกัง วอน เกอเธ่*

- 
- จากภาคใต้สู่ภาคอีสาน ที่ไหนทำงานกันอย่างไร
 - อะไรคือปัจจัยสู่ความสำเร็จของงาน
 - ปัญหาอุปสรรคมีหรือไม่ แก้ได้อย่างไร
 - ASSIST มีประโยชน์จริงไหม

4 ผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลแต่ละแห่งได้เปิดบริการ ASSIST-SBI ขึ้นมาไม่พร้อมกัน ขึ้นอยู่กับความพร้อมของคณะกรรมการบริหารงาน และบุคลากรของแต่ละแห่ง อย่างไรก็ตาม ภายในต้นปีที่สองของโครงการ ทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ นี้ ก็สามารถเปิดบริการ ASSIST-SBI ขึ้นมาได้ และให้บริการต่อเนื่องมาตลอด อัตราการให้บริการคัดกรอง หรือบำบัดอย่างย่อฯ ไม่เท่ากันในแต่ละเดือน บางเดือนสามารถให้บริการได้มาก บางเดือนก็น้อย เหตุผลหลักขึ้นกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดของโรงพยาบาลในช่วงเดือนนั้น หากมีผู้ป่วยเข้ามาจำนวนมาก บุคลากรจะมีภาระงานมากในการดูแลผู้ป่วยก็จะสามารถทำการคัดกรองด้วย ASSIST ได้น้อย และให้การบำบัดอย่างย่อน้อยด้วยตามมา และขึ้นกับงานด้านอื่นๆ ของบุคลากรฝ่ายการพยาบาลด้วย หากเป็นช่วงที่ต้องทำงานเร่งด่วนเรื่องอื่นๆ ก็ให้บริการ ASSIST-SBI ได้น้อยลงด้วย อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลทุกแห่งก็ได้พยายามปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การทำงานไปตลอดเพื่อให้สามารถให้บริการได้สม่ำเสมอ เช่น โดยการจัดเวรบุคลากรประจำเพื่อทำหน้าที่คัดกรอง เป็นต้น ในบทนี้จะกล่าวถึงผลการดำเนินงานให้บริการ ASSIST-SBI ในแต่ละอำเภอที่ร่วมโครงการนี้

ในภาพรวม ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2555 ผู้ป่วยที่เข้ามาในโรงพยาบาลในอำเภอที่เป็นพื้นที่ศึกษาประมาณร้อยละ 2.5 ได้รับการคัดกรองด้วย ASSIST โดยเฉลี่ยแต่ละโรงพยาบาลจะคัดกรองผู้ป่วยได้ประมาณ 50-100 คนต่อเดือน หรือประมาณ 2-5 คนต่อวันต่อโรงพยาบาล จากผลการคัดกรอง แบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มที่ไม่เคยใช้สารเสพติดเลยหรือเสี่ยงต่ำร้อยละ 67 เสี่ยงปานกลางร้อยละ 30 และเสี่ยงสูงร้อยละ 3 ตามลำดับ ผู้ป่วยเสี่ยงปานกลางเกือบทุกคนได้รับการบำบัดอย่างย่อตามแนวทาง ASSIST ส่วนที่เหลือได้รับการส่งต่อไปรักษายังคลินิกงดยาเสพติด เข้าเมทริกซ์โปรแกรมหรือไม่รับการบำบัด สารเสพติดที่พบจากการคัดกรองมากที่สุดคือ ผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รองลงมาคือกัญชา ในจังหวัดขอนแก่นพบสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนและสารระเหยเป็นอันดับถัดมา ส่วนในจังหวัดสงขลาพบใบกระท่อม กัญชา และสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน (ตารางที่ 4.1 และ 4.2)

ตารางที่ 4.1 ผลของการดำเนินงานคัดกรอง ASSIST ในพื้นที่ศึกษา

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย		ผลการคัดกรอง			ได้รับการบำบัด อย่างย่อ
	ทั้งหมด ¹	ASSIST	เสี่ยงต่ำ	ปานกลาง	เสี่ยงสูง	
ควนเนียง	55,261	2,374 (4.3)	1,436 (60.5)	898 (37.8)	40 (1.7)	825
จะนะ	141,009	1,033 (0.7)	638 (61.8)	360 (34.8)	35 (3.4)	312
ชุมแพ	39,860	2,020 (5.1)	1,677 (82.9)	292 (14.4)	51 (2.5)	295
พระยืน	15,375	504 (3.3)	220 (43.7)	207 (41.1)	77 (15.3)	195
รวม	236,130	5,931 (2.5)	3,971 (66.9)	1,757 (29.6)	203 (3.4)	1,627

(¹ คือจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มาโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการ (ทั้ง รพช. และ รพ.สต. เครือข่าย)
ในระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเปิดบริการ ASSIST-SBI ในแต่ละโรงพยาบาลจนถึง 31 ตุลาคม 2555)

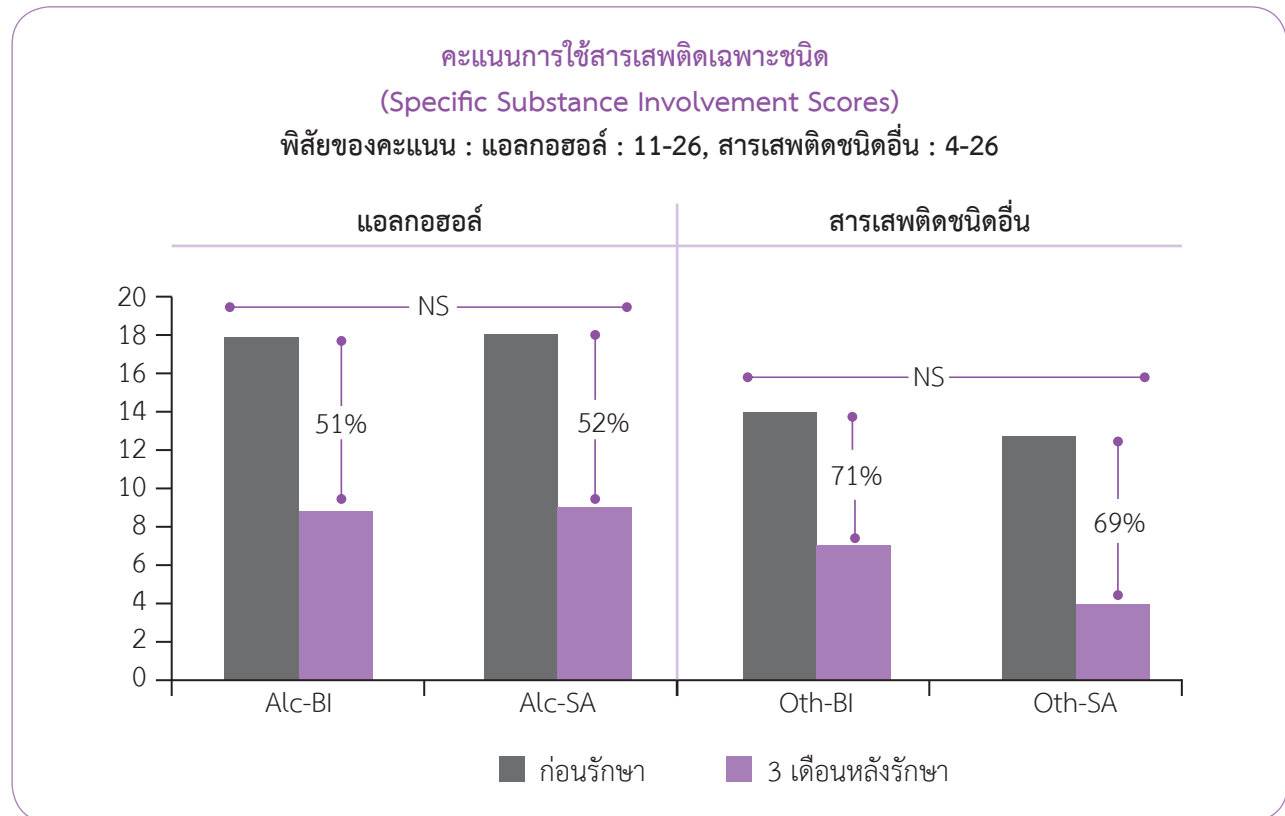
ตารางที่ 4.2 ผลการคัดกรองและการบำบัดอย่างย่อ จำแนกตามประเภทสารเสพติดในพื้นที่ศึกษา

รายการ	ความนิยม		จะนะ		ชุมแพ		พระยีน	
	คัดกรอง	BI	คัดกรอง	BI	คัดกรอง	BI	คัดกรอง	BI
1. ยาสูบ	880	356	457	241	1,369	829	177	116
2. แอลกอฮอล์	451	148	265	77	928	489	237	111
3. กัญชา	7	3	8	5	98	98	22	4
4. โคเคน	0	0	0	0	0	0	1	1
5. แอมเฟตามีน	1	0	6	2	61	47	18	7
6. สารระเหย	0	0	0	0	25	17	14	0
7. ยาหล่อมประสาท	1	0	3	2	5	0	10	0
8. ยาหลอนประสาท	0	0	0	0	2	0	0	0
9. สารกลุ่มฝิ่น	1	0	3	1	10	9	0	0
10. กระเทียม	10	6	5	2	10	7	11	0
11. สารอื่นๆ	0	0	5	4	2	0	3	0
ระยะเวลาดำเนินงาน	ต.ค.54 – ต.ค.55		ต.ค.54 – ต.ค.55		ม.ค.55 – ต.ค.55		ม.ค.55 – ต.ค.55	

จากผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลเหล่านี้ พอจะสรุปได้ว่างานในโครงการนี้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ส่วนหนึ่งได้ คือ สามารถเปิดให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อด้วย ASSIST ได้ในงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่นำร่องในประเทศไทย โดยโรงพยาบาลเหล่านี้ให้การตอบรับเป็นอย่างดีในการดำเนินการตามโครงการ และบุคลากรพร้อมที่จะให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อๆ กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลของตน ถึงแม้ว่าอาจจะไม่สามารถให้บริการคัดกรองผู้ป่วยได้ทุกคนก็ตาม นอกจากนี้ในเดือนกันยายน พ.ศ.2555 ทางทีมงานของจังหวัดขอนแก่นได้ขยายงานในโครงการไปยังอำเภอชำสูงเพิ่มเติมอีกหนึ่งแห่ง ทำให้มีการเปิดบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อๆ ในพื้นที่อำเภอชำสูงอีกด้วย (ดูรายละเอียดในส่วนผลการดำเนินงานของอำเภอชำสูง)

ในขณะที่ดำเนินงานในโครงการ Thailand ASSIST-SBI Implementation นั้น ทางทีมวิจัยได้ทำโครงการย่อยภายใต้ร่มของชุดโครงการใหญ่อีกสามโครงการ หนึ่งในสามโครงการนี้ได้แก่ การศึกษาอรรถประโยชน์ของการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ที่ใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Cost-utility study of ASSIST - linked screening and brief intervention in a primary health care setting) โดยมีคุณพาดิมาะ นิมา จากโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ปัตตานี เป็นหัวหน้าโครงการ เป็นการวิจัยแบบทดลอง (randomised controlled trial) ในผู้ที่ได้รับผลการคัดกรองด้วย ASSIST เป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลาง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST (BI) กับการแนะนำอย่างง่าย “แจ้งคะแนน ระดับความเสี่ยง และแนะนำว่าการเลิกใช้สารตัวนั้นเป็นสิ่งที่ดีที่สุดเท่าที่นั่น” (simple advice - SA) เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสี่อำเภอในจังหวัดสงขลาและปัตตานี

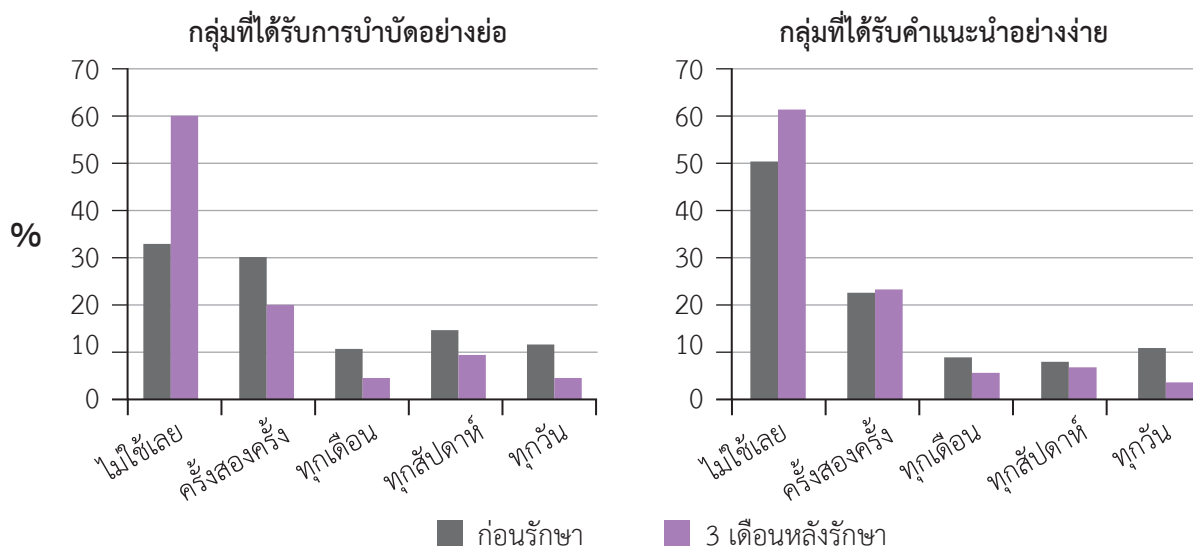
ผลการศึกษาเบื้องต้นของโครงการนี้พบว่า ในจำนวนผู้ป่วย 747 คนที่ได้รับการคัดกรองด้วย ASSIST มีผู้ป่วย 507 คนได้ผลการคัดกรองเป็นเสี่ยงปานกลาง ในจำนวนนี้ 262 คนใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเพียงอย่างเดียวและถูกตัดออกจากการศึกษา เหลือผู้ป่วย 245 คน ซึ่งถูกสุ่มแบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST (BI) 123 คน และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำอย่างง่าย (SA) 122 คน เมื่อติดตามผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มในระยะเวลาสามเดือนหลังการคัดกรอง สามารถติดตามผู้ป่วยในกลุ่ม BI ได้ 95 คน และกลุ่ม SA ได้ 97 คน ซึ่งในจำนวนนี้ เมื่อแบ่งผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดสำหรับการใช้เครื่องต้มแอลกอฮอล์ กับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดสำหรับสารเสพติดชนิดอื่นๆ ทุกชนิด (เช่น กระท่อม สี่คูณร้อย กัญชา ยาบ้า เป็นต้น) พบว่าคะแนนการใช้สารเสพติดเฉพาะชนิด (Specific Substance Involvement Scores) ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม BI และกลุ่ม SA ลดลงจากคะแนนก่อนได้รับการบำบัด/แนะนำถึงร้อยละ 51-52 ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดสำหรับเครื่องต้มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 69-72 สำหรับผู้ที่ได้รับการบำบัดสำหรับสารเสพติดชนิดอื่น ซึ่งเป็นการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและทางคลินิก (ดูภาพที่ 4.1)



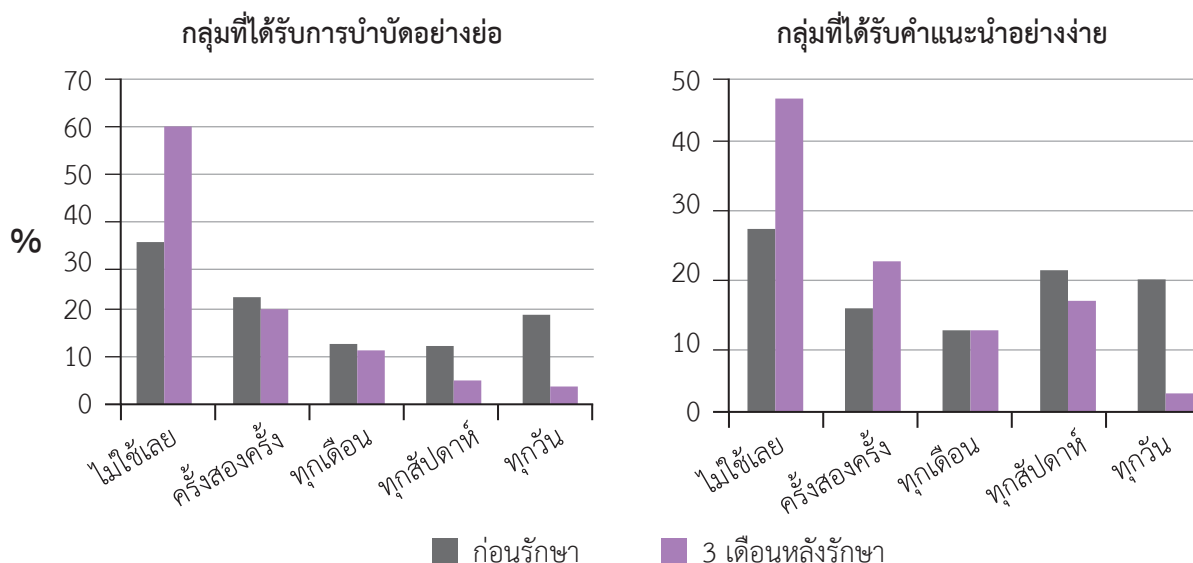
ภาพที่ 4.1 การเปลี่ยนแปลงของคะแนน ASSIST หลังได้รับการบำบัดอย่างย่อหรือคำแนะนำอย่างง่าย
ในระยะเวลาสามเดือน ในผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง

นอกจากนี้ เมื่อดูความถี่ของการใช้สารเสพติดก็พบว่า ทั้งสองกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (ดูภาพที่ 4.2) ข้อมูลเบื้องต้นนี้เป็นการยืนยันว่าการคัดกรองด้วย ASSIST แล้วตามด้วยการบำบัดอย่างย่อ หรือจะเป็นเพียงการให้คำแนะนำอย่างง่ายก็ตาม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของเขาไปในทางที่ดีขึ้นได้อย่างชัดเจนคือ ทำให้ผู้ป่วยบางคนหยุดใช้สารเสพติดไปเลยหรือใช้น้อยลงในระยะเวลาสามเดือนที่มาติดตามผล

ก. ความถี่ของการใช้สารเสพติด : กลุ่มที่ใช้เครื่องตีแอลกอฮอล์



ข. ความถี่ของการใช้สารเสพติด : กลุ่มที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่น



ภาพที่ 4.2 ความถี่ของการใช้สารเสพติดเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับการบำบัดอย่างย่อ หรือคำแนะนำอย่างง่ายในระยะเวลาสามเดือน ในผู้ป่วยที่มีคะแนนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลาง

ผลการศึกษาเบื้องต้นนี้แสดงให้เห็นว่า การคัดกรองด้วย ASSIST สามารถค้นหาผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดออกมาได้ ตั้งแต่ปัญหายังอยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง และเมื่อให้การบำบัดอย่างย่อซึ่งใช้เวลาเพียงไม่เกิน 15 นาทีหรือให้คำแนะนำอย่างง่าย ก็เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเหล่านี้แล้ว ดังนั้นสิ่งที่บุคลากรสุขภาพในพื้นที่โครงการได้พยายามทำจึงนับว่าเป็นงานที่ได้ผลดี และเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมาก

ปัญหาและอุปสรรค ประโยชน์ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัญหาและอุปสรรค

การดำเนินงานในแต่ละพื้นที่พบปัญหาอุปสรรคคล้ายคลึงกัน ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ปัญหาเรื่องเวลาที่จำกัด เพราะต้องใช้เวลานานในการคัดกรองด้วย ASSIST และบำบัดอย่างย่อ ผู้ทำการคัดกรอง ASSIST-SBI มีจำนวนไม่เพียงพอ บุคลากรแต่ละคนมีภาระงานประจำอยู่แล้ว และยังมีงานตามนโยบายเร่งด่วนเข้ามาเป็นระยะๆ บางครั้งมีการส่งต่อผู้ป่วยมาให้ประเมิน ASSIST แต่บุคลากรคนนั้นทำงานประจำอยู่ จึงไม่สามารถทำได้ นอกจากนั้น ในจุดบริการห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้ไม่สามารถคัดกรอง ASSIST ได้
2. ทักษะและความชำนาญของบุคลากรแต่ละคนไม่เท่ากัน บางคนมีความมั่นใจที่จะคัดกรองเท่านั้น แต่รู้สึกไม่มั่นใจในการให้การบำบัดอย่างย่อ ข้อคำถามในแบบคัดกรองมีหลายข้อและเข้าใจยาก บุคลากรหลายคนรู้สึกว่าการให้ ASSIST-SBI เป็นเรื่องใหม่ มีเนื้อหาเยอะ ต้องใช้เวลานานในการทำความเข้าใจ ทำให้เจ้าหน้าที่บางคนไม่ยอมทำการคัดกรองเพราะคิดว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก การเข้ารับการฝึกอบรมทักษะการคัดกรองและบำบัดฯ ตามแนว ASSIST เพียงครั้งเดียวไม่เพียงพอ
3. สถานที่ที่แผนกผู้ป่วยนอกไม่ค่อยเป็นสัดส่วน ผู้คนแออัดพลุกพล่านในช่วงเช้า ทำให้บางครั้งผู้รับบริการไม่ยอมเปิดเผยข้อมูล บางโรงพยาบาลมีห้องให้คำปรึกษาแต่อยู่ไกล ไปไม่สะดวก บางโรงพยาบาลเมื่อคัดกรองได้แล้วไม่สามารถให้ BI ได้เต็มที่ เนื่องจากไม่มีห้องให้คำปรึกษาโดยตรง
4. เจ้าหน้าที่ลืมประทับตราลงใน OPD card ของผู้รับบริการที่ได้รับการคัดกรอง ทำให้เกิดการคัดกรองซ้ำ
5. เอกสารที่ให้ผู้รับบริการเอากลับบ้าน ตัวเล็ก รายละเอียดมาก (รวมสารเสพติดทุกชนิด) ส่วนใหญ่ผู้รับบริการจะไม่อ่าน และในบางพื้นที่มีผู้ป่วยสูงอายุ ก็ไม่ค่อยอ่านหนังสือ
6. งานยังไม่ถูกจัดให้เป็นดัชนีชี้วัดการทำงานหลัก (Key performance index – KPI) ของหน่วยงาน ทำให้บุคลากรขาดแรงจูงใจที่จะทำ
7. แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญ ในโรงพยาบาลชุมชน งานนี้ถูกผลักให้จิตแพทย์รับผิดชอบ ส่วนในโรงพยาบาลอื่นๆ จะเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลเป็นหลัก ทำให้บางจุดบริการยังไม่ดำเนินการคัดกรองอย่างเต็มที่
8. ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความเกร็งในการมารับบริการ จึงไม่ค่อยอยากตอบคำถาม ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เมื่อถูกส่งต่อไปที่คลินิกยาเสพติดเพื่อรับบริการเฉพาะ ผู้ป่วยมักไม่ยอมไปถึงแม้จะทำระบบส่งต่อที่รวดเร็วแล้วก็ตาม
9. ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลบางคนไม่กล้าตอบหรือให้ข้อมูล เพราะกลัวถูกจับ แต่ผู้ป่วยที่มาอยู่ในค่ายจะกล้าให้ข้อมูลมากกว่า
10. เวลานัดติดตามผลและส่งต่อเพื่อเข้ารับการบำบัด ผู้ป่วยไม่ค่อยมาตามนัด อาจเนื่องจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยโรคอื่น เมื่อนัดหมายให้กลับมาด้วยเรื่องการใช้สารเสพติด ส่วนใหญ่จึงไม่มา หรือตอบว่ายังไม่พร้อม

ประโยชน์ของการทำ ASSIST-SBI

อย่างไรก็ตาม บุคลากรผู้ปฏิบัติงานและทีมบริหารของแต่ละพื้นที่ส่วนใหญ่มองเห็นว่าการทำ ASSIST-SBI เป็นประโยชน์มาก เนื่องจาก

1. ASSIST เป็นเครื่องมือที่ดีสำหรับใช้คัดกรองและประเมินการใช้สารเสพติดกับผู้ป่วย สามารถคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้รับบริการไม่เคยคิดว่าเป็นปัญหามาก่อน เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้ เมื่อใช้แบบประเมิน ASSIST พบว่ามีการใช้สุราแบบเสี่ยงสูง เป็นต้น ในโรงพยาบาลชุมชนแพซึ่งมีการดำเนินงานในโครงการบำบัดรักษาผู้ติ่มสุราแบบบูรณาการ (I-MAP Health) อยู่แล้ว บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมองว่าการคัดกรอง ASSIST สามารถช่วยสนับสนุนการทำงาน I-MAP health ได้เป็นอย่างดี เพราะช่วยให้สามารถคัดกรองละเอียดมากยิ่งขึ้น จากเดิมที่คัดกรองเฉพาะสุรา ทำให้ทราบปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น
2. เมื่อคัดกรองเสร็จแล้ว พยาบาลสามารถอธิบายผลการประเมินว่าติดหรือไม่ติดสารเสพติดนั้นๆ หรือมีความเสี่ยงระดับใดให้กับผู้ป่วยได้ง่าย และสามารถให้การบำบัดอย่างย่อได้โดยไม่ต้องรอส่งผู้ให้บริการอื่น เป็นผลดีต่อผู้ป่วย
3. การบำบัดอย่างย่อเป็นผลดีต่อผู้ป่วยหลายรายในการลดปัญหาการใช้สารเสพติดของเขา โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับทราบและเกิดความตระหนักถึงพฤติกรรมสุขภาพที่อาจก่อปัญหาในอนาคตได้ แล้วตัดสินใจเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงเอง และยังสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อเสริมความร่วมมือกับการรักษา
4. การให้บริการ ASSIST-SBI ทำให้สามารถดึงผู้ติดสารเสพติดมาอยู่ในระบบบำบัดได้ ลดปัญหาครอบครัว ชุมชน และสังคมลง นำไปสู่การมีสุขภาพแข็งแรงของประชาชน ประเทศชาติเข้มแข็ง
5. ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่เคยเกี่ยวข้องกับผู้ใช้สารเสพติดมาก่อนก็มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะเพิ่มขึ้น ลดความกลัว ความกังวลในการดูแลผู้ใช้สารเสพติด
6. ได้บุญกุศล ทำให้เกิดความรู้สึกอิ่มเอมใจที่ได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์
7. ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขทราบถึงสถานการณ์ และแนวโน้มของการใช้สารเสพติดในพื้นที่ได้ เป็นข้อมูลสำคัญนำไปใช้วางแผนแก้ไขปัญหาคาใช้ยาและสารเสพติดได้ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่



“ทำงานนี้แล้วได้บุญ ได้ช่วยเด็กติดยาและที่สำคัญช่วยครอบครัวเขาด้วย
ตรงนี้แหละคือ ความสุขของการทำงาน”

“เราดีใจที่เราเป็นที่แรกๆ ที่ได้ทำ ASSIST พี่จะบอกน้องๆ ที่โรงพยาบาล
ให้ทำไปเรื่อยๆ ไม่ได้บังคับ ถ้าช่วงไหนคนไข้มาก ก็ทำ ASSIST ได้น้อย
ก็ไม่ใช่ไร ทำแล้วเหมือนทำบุญ ได้ช่วยคนไข้และครอบครัวของเขา”

คุณศิริพันธ์ ยางทอง

หัวหน้างานพยาบาล โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการ

คณะกรรมการบริหารโครงการในแต่ละพื้นที่ได้สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการ ASSIST-SBI ของแต่ละพื้นที่ ซึ่งคล้ายคลึงกัน ได้แก่

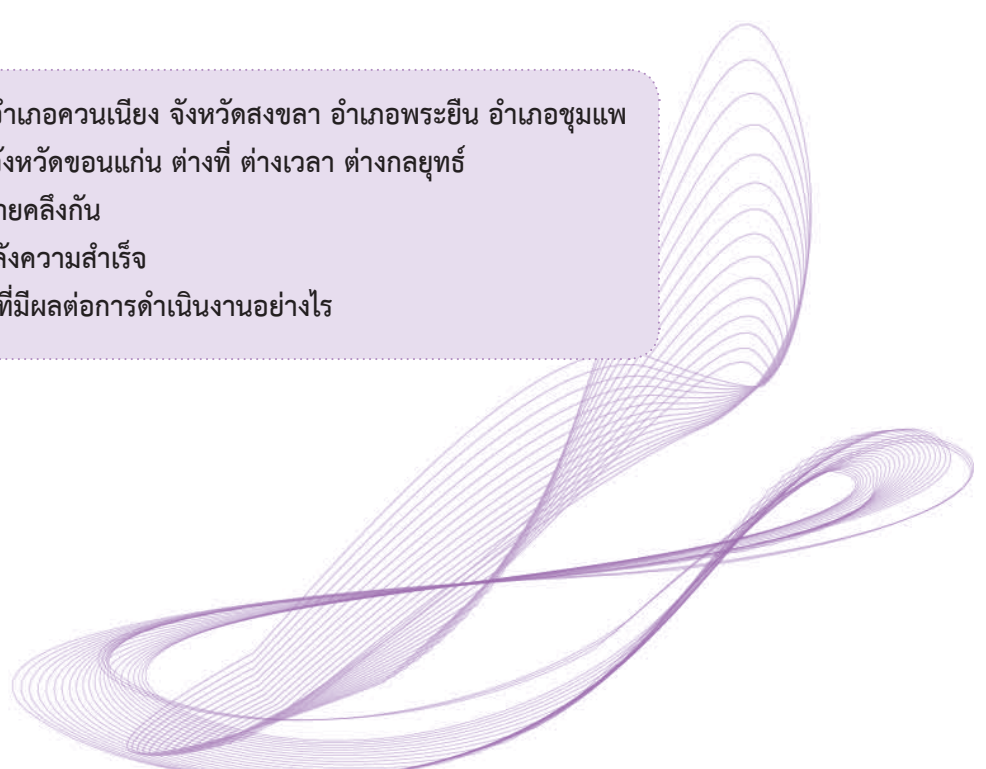
1. ผู้นำองค์กร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ให้ความสำคัญ สนับสนุน ส่งเสริมการทำงานในโครงการ และมองเห็นประโยชน์ของการให้บริการ ให้โอกาสแก่บุคลากรทำงานได้อย่างมีความสุข และให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ในทุกโรงพยาบาลผู้บริหารสูงสุดของฝ่ายการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบโครงการเอง จัดการ และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างพอเพียงและทันที่ เช่น จัดหาวัสดุที่จำเป็น ส่งบุคลากรมารับ การอบรมเรื่องการคัดกรอง ASSIST-SBI เพิ่มกับทีมวิจัย และจัดการอบรมเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้กับบุคลากร ในโรงพยาบาล เช่น ที่โรงพยาบาลจะนะ หัวหน้าฝ่ายฯ ได้จัดโครงการอบรมเรื่องเทคนิคให้การปรึกษาเพิ่มเติมให้โดยเชิญ ทีมวิจัยซึ่งมีความรู้เรื่องเทคนิคการให้การปรึกษาเป็นวิทยากร ถือเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน
2. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางและวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานที่ชัดเจน รวมทั้งมองเห็นผลดี ในการทำ ASSIST ในทุกโรงพยาบาลหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลจัดการประชุมชี้แจงโครงการอย่างละเอียดแก่หัวหน้าหน่วยงาน ผู้ร่วมโครงการ เปรียบเสมือนการตกลงบริการร่วมกัน ก่อนลงมือปฏิบัติจริง ทำให้สมาชิกผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการกำหนด แนวทางในการดำเนินการ
3. ผู้ปฏิบัติเต็มใจปฏิบัติ เนื่องจากค้นพบว่า การทำ ASSIST มีผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ปฏิบัติสามารถบอกระดับความ เสี่ยงของการใช้สารเสพติดให้กับผู้ป่วยอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (ตามคำแนะนำที่ประเมินได้) อีกทั้งสามารถใช้ BI ในการบำบัดเบื้องต้นได้เป็นระบบอย่างต่อเนื่องจนครบกระบวนการ
4. บุคลากรในโรงพยาบาลมีความร่วมแรงร่วมใจสูง มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน รักและสามัคคี ทำให้เกิดบรรยากาศการทำงาน ที่เอื้ออาทร ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความขยัน มุ่งมั่น สนใจใคร่รู้ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ทำงานร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเป็นระบบ อีกทั้งมีการประชุมติดตามงานกันเป็นระยะๆ ทั้งอย่าง เป็นทางการและไม่เป็นทางการ บุคลากรมีจิตอาสา เมตตา และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้มีปัญหาใช้สารเสพติด
5. มีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานชัดเจน แต่แนวทางในการดำเนินการมีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนได้ ตามสถานการณ์ ไม่มีการบังคับ ให้ปฏิบัติตามความต้องการ และให้ยืดงานประจำเป็นหลัก
6. มีการพัฒนาให้บริการ ASSIST-SBI ให้สอดคล้องกับงานประจำ เช่น การบันทึกในโปรแกรม HosXP ของ โรงพยาบาลควนเนียง ใช้การคัดกรอง ASSIST เป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ เพื่อคัดกรองการใช้สารเสพติด ในระบบผลงานของ สปสช. ทำให้สามารถเรียกเก็บเงินค่าให้บริการจาก สปสช. ได้
7. หัวหน้าทีมงานและกรรมการผู้ดูแลโครงการได้ติดตามนิเทศ ให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง โดยการชื่นชม ยกย่อง ผู้มีผลงานการดำเนินการดีเยี่ยม และให้กำลังใจผู้ที่มีผลงานน้อย
8. ทีมวิจัยติดตามผลการปฏิบัติการคัดกรองเป็นระยะๆ โดยการให้ส่งรายงานสรุปผลการคัดกรองรายเดือน และติดตาม เยี่ยมในพื้นที่เพื่อรับฟังข้อมูลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และร่วมกันหาทางแก้ไขปรับปรุงตลอดโครงการ
9. มีแผนการจัดสรรและใช้งบประมาณที่ได้รับมาอย่างเหมาะสมต่อหน่วยงานและบุคลากรผู้เข้าร่วมโครงการ



ผลการดำเนินงานในโครงการ Thailand ASSIST-SBI Implementation รายอำเภอ

*“คนที่ประสบความสำเร็จ และคนที่ไม่ประสบความสำเร็จ
มีความสามารถไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ที่ต่างกันคือ
ความต้องการที่จะไปให้ถึงความฝันของพวกเขา”*

-John Maxwell, นักเขียน-

- 
- อำเภอจะนะ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา อำเภอพระยี่น อำเภอชุมแพ
อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น ต่างที่ ต่างเวลา ต่างกลยุทธ์
แต่ผลลัพธ์คล้ายคลึงกัน
 - ใครอยู่เบื้องหลังความสำเร็จ
 - บริบทของพื้นที่มีผลต่อการดำเนินงานอย่างไร

5 ผลการดำเนินงานในโครงการ Thailand ASSIST-SBI Implementation รายอำเภอ

อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา

ข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มโครงการ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา

อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลาเป็นอำเภอขนาดเล็ก มีประชากร 34,502 คน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำสวนยาง และประมง

โรงพยาบาลควนเนียงเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 30 เตียง โรงพยาบาลควนเนียงให้บริการผู้ป่วยนอกปีละประมาณเกือบเจ็ดหมื่นราย โดยเฉลี่ย 260 คนต่อวัน มีผู้ป่วยในประมาณสองพันคนต่อปี มีแพทย์ทั้งหมด 3 คน พยาบาล 40 คน และบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ รวม 22 คน มีบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยด้านสารเสพติดโดยตรง 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เคยได้รับการอบรมด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยสารเสพติดแบบเข้มข้นมาแล้ว ให้บริการในคลินิกฟ้าใสและคลินิกงูเห่า ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ HosXP ในการบันทึกและจัดเก็บเวชระเบียน โรงพยาบาลควนเนียงทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการบริหารงานโครงการ Thailand ASSIST-SBI ในอำเภอควนเนียง โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโสและตำบลเกาะใหญ่เป็นเครือข่ายในการทำงาน

ก่อนเข้าร่วมโครงการ Thailand ASSIST-SBI โรงพยาบาลควนเนียงมีการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกเท่านั้น โดยใช้วิธีการบำบัดแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด (Matrix Program) ในปี พ.ศ.2552 และ 2553 มีผู้ป่วยจากการใช้กัญชาเพียง 8 และ 11 คน จากยาบ้า ยาไอซ์ 3 คน และ 10 คน มารับบริการเท่านั้น ผู้ป่วยสารเสพติดของโรงพยาบาลจะเข้ามาได้สองทางคือ หนึ่งเป็นการส่งต่อจากหน่วยงานด้านปกครอง เช่น ปลัดอำเภอ สถานีตำรวจ เป็นต้น และสองเป็นผู้ป่วยที่สมัครใจเข้ามาขอรับการบำบัดรักษาด้วยตนเอง โรงพยาบาลมีการทำงานด้านสารเสพติดแบบบูรณาการกับหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทย รพ.สต. และ PCU ในพื้นที่ โดยหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่คัดกรอง ค้นหาผู้ป่วย (ผู้เสพ) แล้วส่งต่อมารับการบำบัดที่โรงพยาบาล หลังการบำบัดรักษาแล้ว โรงพยาบาลส่งต่อให้ รพ.สต. หรือ PCU เพื่อติดตามประเมินผลตามเวลาที่กำหนด ก่อนจำหน่ายออกจากกระบวนการบำบัด และร่วมกับเจ้าหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทยในการทำประชาคมเพื่อการยอมรับของชุมชน

โรงพยาบาลควนเนียงมีคลินิกงูเห่าให้บริการในวันพฤหัสบดีช่วงบ่าย ได้งบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. เริ่มดำเนินการเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2554 มีผู้ป่วยประมาณ 3 คนต่อเดือน โดยผู้ป่วยทั่วไปที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกจะได้รับการคัดกรองโดยการถามประวัติการสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่จะได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน ตามแบบประเมิน Fagerstrom Test ซึ่งมีคะแนนเต็ม 10 คะแนน หากได้ผลคะแนนไม่เกิน 4 คะแนน แสดงว่ามีระดับการเสพติดนิโคตินค่อนข้างต่ำ และได้รับคำแนะนำเพื่อให้เลิกบุหรี่ ผู้ที่ได้คะแนน 4-10 คะแนน แสดงว่ามีระดับการเสพติดนิโคตินระดับปานกลางถึงรุนแรง ต้องได้รับการบำบัดรักษาตามแนวทางการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ โดยใช้หลัก 5A และลงรหัสในระบบเวชระเบียนตาม ICD10

ผลการดำเนินงานในโครงการฯ ของอำเภอควนเนียง

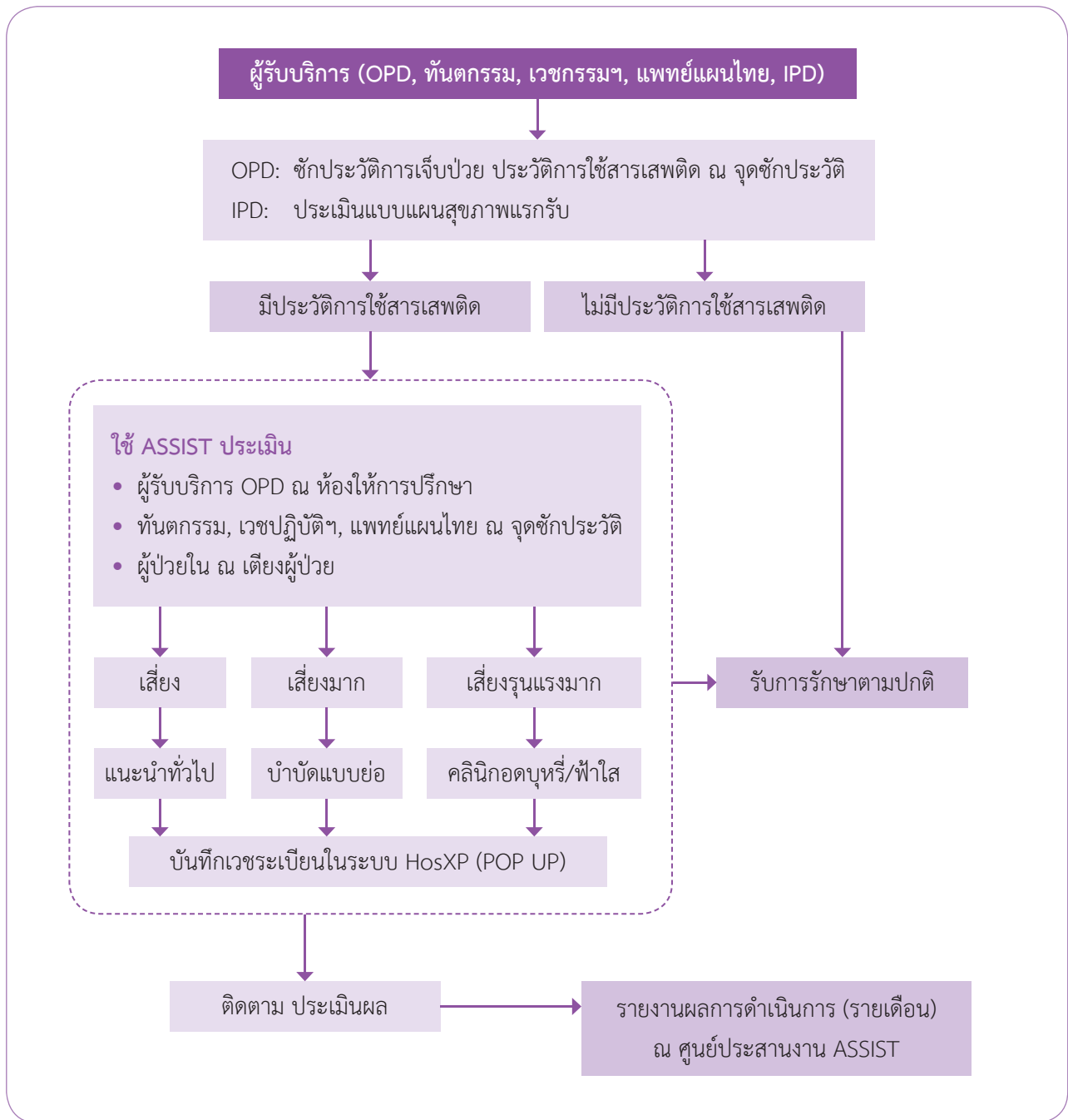
โรงพยาบาลควนเนียงได้เริ่มให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อตามแนวทาง ASSIST-SBI ตั้งแต่วันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2554 โดยเริ่มให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกทันตกรรม แผนกแพทย์แผนไทย คลินิกเฉพาะโรค และหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล นอกจากนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโส โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะใหญ่ในพื้นที่อำเภอควนเนียง ก็ได้นำ ASSIST ไปใช้ในระบบบริการด้วยพร้อมกัน

ที่แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำแผนกจะเป็นผู้ทำการคัดกรองผู้ป่วยที่มาลงทะเบียนเพื่อรับการตรวจรักษาประจำวัน โดยใช้ห้องให้คำปรึกษาเป็นจุดคัดกรอง ผู้ป่วยที่ได้ผลการคัดกรองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางของ ASSIST จะได้รับการบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST โดยพยาบาลผู้ทำการคัดกรองต่อไปทันที ส่วนผู้ที่ได้คะแนนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงหรือมีปัญหาอื่นๆ รุนแรงจะถูกส่งไปยังคลินิกจิตเวชหรือคลินิกฟ้าใส ซึ่งจะได้รับการดูแลบำบัดแบบเมทริกซ์หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นต่อไป ผลการคัดกรองด้วย ASSIST จะถูกบันทึกลงในโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาล และรวบรวมสถิติรายเดือนส่งให้ทีมวิจัยด้วย การให้บริการ ASSIST-SBI ที่หอผู้ป่วยใน จะทำหลังจากพยาบาลประเมินแบบแผนสุขภาพแรกรับ ชักประวัติทั่วไปและประวัติการใช้สารเสพติดแล้ว ส่วนที่ รพ.สต. หรือ PCU เครือข่าย ผู้ป่วยรายใดที่ได้รับการคัดกรอง/บำบัดอย่างย่อด้วย ASSIST แล้ว บุคลากรผู้ดูแลจะประทับตราอย่างว่า “ASSIST” ลงไปในบัตรประจำตัวผู้ป่วยหรือบัตรสิทธิการรักษาพยาบาล เพื่อป้องกันการให้บริการซ้ำซ้อน หากผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมาที่โรงพยาบาล หรือที่จุดบริการอื่น

ในช่วงแรกของการเปิดบริการ ทางโรงพยาบาลได้วางแผนที่จะคัดกรองผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการที่โรงพยาบาล แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมากในแต่ละวันและจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถคัดกรองผู้ป่วยทุกรายได้ ต่อมาทีมงานของโรงพยาบาลได้พยายามปรับรูปแบบการทำงาน เพื่อให้สามารถคัดกรองได้มากขึ้น โดยเริ่มจากการถามประเมินเบื้องต้น (pre-screen) ว่าผู้ป่วยเคยใช้สารเสพติดใดในชีวิตหรือไม่ หากเป็นผู้ที่เคยใช้ยาสูบเพียงอย่างเดียวก็จะถูกส่งต่อไปคลินิกงบบุหรี่ เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะติดนิโคตินและรับการบำบัดต่อไป หากผู้ป่วยตอบว่าเคยใช้สารเสพติดชนิดอื่น ก็จะได้รับบริการคัดกรองต่อด้วย ASSIST เต็มรูปแบบ และรับการบำบัดอย่างย่อ หรือส่งต่อตามขั้นตอน ส่วนผู้ที่ไม่เคยใช้สารเสพติดชนิดใดมาก่อนเลย จะได้รับการดูแลรักษาตามขั้นตอนปกติของโรงพยาบาลต่อไป (ตามภาพที่ 5.1 ผังไหล)

นอกจากการให้บริการ ASSIST-SBI ในโรงพยาบาลควนเนียงแล้ว ทีมงานของอำเภอควนเนียงได้ทดลองใช้ในชุมชนโดยให้บริการคัดกรองให้กับประชาชนในชุมชน ในวันประชุมประจำหมู่บ้านด้วย และยังได้ทดลองนำ ASSIST ไปใช้ในการคัดกรองกลุ่มนักเรียนในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาของอำเภอควนเนียง ร่วมกับงานยาเสพติดของโรงพยาบาล โดยการชี้แจงให้นักเรียนตอบแบบคัดกรองเป็นรายกลุ่ม และให้นักเรียนตอบคำถามตามแบบประเมิน และให้คะแนนด้วยตนเอง ทำให้ค่าคะแนนประเมินที่ได้ไม่ค่อยน่าเชื่อถือ จึงไม่ได้ทำต่อและไม่นับเป็นผลงาน แต่ถือว่าเป็นการทดลองนำร่อง ซึ่งทำให้เกิดผลประโยชน์ทางอ้อมคือ เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มนักเรียนรู้จักแบบประเมิน เสมือนการเตือนว่าสารเสพติดเป็นเรื่องสำคัญและเข้าใจโทษภัยของสารเสพติด

ในด้านการบริหารจัดการ ทางโรงพยาบาลควนเนียงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินโครงการ มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียงเป็นที่ปรึกษา หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลเป็นประธาน และมีหัวหน้างานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน คลินิกบุหรื ทันตกรรม แพทย์แผนไทย PCU และ รพ.สต. เป็นกรรมการ เพื่ออำนวยความสะดวกและสนับสนุนบุคลากรในโรงพยาบาลให้สามารถให้บริการคัดกรองฯ ได้อย่างต่อเนื่อง โดยการจัดประชุมเป็นครั้งคราว ร่วมกับการดูแลแนะนำหน่วยงานโดยตรงเมื่อมีปัญหา หรือรวบรวมคำถามมาปรึกษาทีมวิจัยเป็นระยะๆ บุคลากรของโรงพยาบาลควนเนียงหรือ รพ.สต. เครือข่ายที่สนใจจะนำ ASSIST-SBI ไปใช้ในชุมชนหรือหน่วยบริการอื่นจะต้องส่งแบบเสนอโครงการโดยย่อ มาที่คณะกรรมการกลางชุดนี้ เพื่อพิจารณาให้การสนับสนุนต่อไป ตัวอย่างโครงการเหล่านี้ได้แก่ โครงการรณรงค์การเลิกบุหรืในชุมชน และโครงการป้องกันการใช้สารเสพติดในโรงเรียนควนเนียงวิทยา ทีมงานของโรงพยาบาลควนเนียงได้สอดแทรกโปรแกรมคัดกรอง ASSIST เข้ากับโปรแกรมบันทึกข้อมูลที่ใช้อยู่เดิม (HosXP) เพื่อเป็นการลดปัญหาความซ้ำซ้อนของการคัดกรองในผู้ป่วยรายเดิมที่เคยได้รับการบำบัดไปแล้ว และจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองฯ มาจาก รพ.สต. หรือ PCU เครือข่ายอีกด้วย



ภาพที่ 5.1 ผังไหลแสดงการให้บริการ ASSIST-SBI ของโรงพยาบาลขอนแก่น

ผลการดำเนินงานคัดกรอง ASSIST ในโรงพยาบาลควนเนียง

เดือน	จำนวน (ราย)	ผลการคัดกรอง			การบำบัดรักษา		
		เสี่ยงต่ำ	ปานกลาง	เสี่ยงสูง	บำบัดย่อ	คลินิกตบหู	Matrix
พฤศจิกายน 2554	131	42	82	7	109	9	8
ธันวาคม 2554	131	71	53	7	57	9	1
มกราคม 2555	179	103	75	1	61	0	1
กุมภาพันธ์ 2555	81	52	26	3	35	2	1
มีนาคม 2555	118	83	26	0	37	1	0
เมษายน 2555	91	69	24	0	24	3	0
พฤษภาคม 2555	61	40	22	0	50	2	0
มิถุนายน 2555	100	76	26	0	31	3	0
กรกฎาคม 2555	91	69	24	0	24	3	0
สิงหาคม 2555	199	137	61	3	52	3	0
กันยายน 2555	147	89	53	5	42	0	0
ตุลาคม 2555	187	105	79	3	71	3	0
รวมทั้งหมด	1,516	936	551	29	593	38	11

ผลการดำเนินงานในระดับ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอควนเนียง (ตั้งแต่เดือนกันยายน 2554 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2555)

รพ.สต.	จำนวน (ราย)	ผลการคัดกรอง			การบำบัดรักษา		
		เสี่ยงต่ำ	ปานกลาง	เสี่ยงสูง	บำบัดย่อ	ส่งต่อ	อื่นๆ
ควนโส	295	169	124	2	88	2	0
บ้านกลาง	228	146	80	2	54	2	0
เกาะใหญ่	162	89	69	4	47	4	0
PCU	173	96	74	3	43	3	0
รวมทั้งหมด	858	500	347	11	232	11	0

อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

ข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มโครงการ อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เป็นอำเภอขนาดใหญ่ลำดับ 4 ของจังหวัดสงขลา อยู่ห่างจากอำเภอหาดใหญ่ และตัวอำเภอเมืองสงขลาประมาณ 40 กิโลเมตร ประกอบด้วย 14 ตำบล 139 หมู่บ้าน ประชากรประมาณ 94,676 คน ประชากรร้อยละ 65 นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม เช่น ทำสวนยาง ประมงชายฝั่ง ทำนา และสวนผลไม้ บางส่วนเป็นแรงงานรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม มีสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง สถานีอนามัย 19 แห่ง คลินิกแพทย์เอกชน 3 แห่ง

โรงพยาบาลจะนะเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เริ่มเปิดให้บริการครั้งแรกในปี พ.ศ.2516 ในนามของศูนย์การแพทย์ อำเภอจะนะ ต่อมาในปี พ.ศ.2525 ได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง ในปี พ.ศ.2535 เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง และปี พ.ศ.2545 ได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ปัจจุบันตกเป็นหนึ่งในอำเภอเป้าหมายของการแบ่งแยกดินแดนในสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นปากประตูสู่รัฐปัตตานีหากการแบ่งแยกดินแดนเกิดขึ้นได้สำเร็จ โดยมีเหตุการณ์ไม่สงบเกิดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ.2547 ที่หน้าโรงพยาบาลและมีผลกระทบเข้ามาภายในโรงพยาบาล และมีเหตุการณ์ใหญ่ๆ เกิดขึ้นอีกหลายครั้ง ทำให้ทางโรงพยาบาลต้องเตรียมพร้อมในการจัดการกับสถานการณ์ความเสี่ยง และปรับการทำงานในพื้นที่ของบุคลากรให้ยืดหยุ่นมากขึ้น ปัจจุบันมี นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่อเนื่องมาเป็นปีที่ 9 การพัฒนาระบบงานในโรงพยาบาลนั้นมีความเป็นทีมงานสูง มีการทำงานร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพ มุ่งพัฒนาระบบการทำงานในชุมชนภายใต้วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลที่ว่า “อบอุ่นเหมือนบ้าน บริการมาตรฐาน สร้างสรรค์สุขภาวะ” มีผู้ป่วยนอกประมาณหนึ่งแสนหกหมื่นกว่ารายต่อปี เฉลี่ย 460 รายต่อวัน ผู้ป่วยฉุกเฉิน 130 รายต่อวัน ผู้ป่วยในชายจำนวนประมาณสามพันหกร้อยกว่าคนและผู้ป่วยในหญิงจำนวนสี่พันสองร้อยกว่าคนต่อปี

งานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลจะนะ

โรงพยาบาลได้ตั้งคลินิกฟ้าใสขึ้นมาเป็นหน่วยบริการเฉพาะด้านเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ใช้/ผู้ติดยาเสพติด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 ตามนโยบายของรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ในช่วงที่ประกาศสงครามกับยาเสพติด และดำเนินการมาถึงปัจจุบัน โดยมีพัฒนาการของการดำเนินงานแบบองค์รวมผสมผสานการรักษาและการส่งเสริมป้องกันเข้าด้วยกัน โดยปี พ.ศ.2546 ในช่วงการประกาศสงครามกับยาเสพติด มีผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดถึง 950 ราย โดยเป็นผู้ติดยาเฮโรอีน 225 ราย ยาบ้า 580 ราย และกัญชา 375 ราย

ในปี พ.ศ.2547 หลังการประกาศสงครามกับยาเสพติด โรงพยาบาลจะนะยังมีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดต่อไป เนื่องจากในพื้นที่อำเภอจะนะมีจำนวนผู้ใช้สารเสพติดค่อนข้างมาก โดยเฉพาะผู้ติดยาเสพติดกลุ่มเฮโรอีน งานด้านบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลจึงได้รับการคัดเลือกให้เป็นหนึ่งในงานบริการที่มีชื่อเสียงของโรงพยาบาลจะนะ โดยอยู่ในความรับผิดชอบของงานสุขภาพจิตและจิตเวช โปรแกรมที่ให้บริการประกอบด้วย การใช้สารเมทาโดนทดแทนในกลุ่มผู้ติดยาเฮโรอีน โปรแกรมกาย จิต สังคมบำบัด (เมทริกซ์) ในกลุ่มผู้ติดยาบ้า กัญชา และผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมารับการบำบัดจากสำนักงานคุมประพฤติ (4 เดือน) โปรแกรมให้บริการปรึกษาในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดทุกชนิด (1 เดือน) โปรแกรมค่ายเยาวชนต้นกล้าในกลุ่มเสพติดและกลุ่มเสี่ยง (6 คืน 7 วัน) โปรแกรมไตรคมบำบัด สำหรับกลุ่มเสพติดที่เป็นนักเรียนและการบำบัดในโรงเรียน (11 สัปดาห์) มีการให้บริการแบบผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยมีโรคทางกายร่วมด้วย มีการบริการผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน เช่น ภาวะเสพยาเสพติดเกินขนาด ภาวะขาดสารเสพติด (withdrawal) และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากการใช้สารเสพติด

นอกจากนี้ยังมีการดูแลในชุมชนโดยมีเครือข่ายเฝ้าระวังซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทำหน้าที่คัดกรองช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติด ทำกลุ่มบำบัดในช่วงติดตามหลังการบำบัดครบตามแผนการรักษาในชุมชนเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ นอกจากอาสาสมัครสาธารณสุขแล้วยังมีผู้ปกครองของผู้ป่วยเก่าที่เคยเข้ารับการบำบัดมาก่อนช่วยให้คำแนะนำ/ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวรายใหม่เพื่อให้เข้าถึงการรักษาอย่างสะดวกและสบายใจ

โรงพยาบาลจะนะมีจุดเด่นในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยสารเสพติด โดยมีการจัดบริการแบบ One stop service แก่ผู้ติดยาเสพติดที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเอดส์ โรคฉี่หนู โรคปอด ปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และสถานบริการสุขภาพในการลดภาระตลอดถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้มาก มีวัฒนธรรมการดูแลที่ใช้การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นฐานในการให้บริการผ่านการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคม มีพื้นที่เพียงพอ สงบ สะดวกในการเข้าถึง และมีความเหมาะสมแก่สภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว มีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญและทีมผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจนและปฏิบัติงานตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปัจจุบัน ปฏิบัติงานอย่างมีความสุข ผู้บริหารให้ความสำคัญกับงานและเปิดโอกาสให้พัฒนางานได้อย่างอิสระ ในปี พ.ศ.2555 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดทั้งสิ้น 885 คน เป็นผู้ป่วยใหม่ 661 คน ผู้ป่วยเก่าที่กลับไปเสพซ้ำและเข้ารับการบำบัด 99 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องจากปี พ.ศ.2554 จำนวน 125 คน ซึ่งส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มารักษาแบบทอตน



“ผมจะถือว่างานนี้ (ASSIST) เป็นงานนโยบายหลักของโรงพยาบาลเรา งานหนึ่งภายในสิ้นปีนี้ ขอให้ฝ่ายการพยาบาลทำข้อสรุปเชิงนโยบายเกี่ยวกับงานนี้มาส่งผมด้วย”

นายแพทย์สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา



“ที่เอาผลงานนี้ เพราะเป็นงานที่ช่วยเพิ่มคุณภาพของงานบริการของโรงพยาบาลเรา เป็นประโยชน์กับคนไข้และโรงพยาบาลของพี่”

ประสารสุวรรณ อินทรสกุล

หัวหน้างานการพยาบาล โรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา

ผลการดำเนินงานในโครงการฯ ของอำเภอจะนะ

โรงพยาบาลจะนะเริ่มดำเนินการคัดกรองการใช้สารเสพติดในผู้รับบริการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2554 เป็นต้นมา โดยเริ่มที่คลินิกผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษ คลินิกความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และหอผู้ป่วยในชาย ส่วนในหน่วยบริการอื่นในอำเภอจะนะมีการดำเนินการที่ PCU บ้านนา PCU ท่าหมอไธ และโรงงานที่ตั้งอยู่ในอำเภอจะนะ 2 แห่ง หลังจากคัดกรองมีการให้การบำบัดแบบย่อตามขั้นตอน รวมทั้งมีการส่งต่อเข้ารับการรักษาที่คลินิกฟ้าใสของโรงพยาบาลจะนะ และมีการติดตามผลการคัดกรองและบำบัดเฉพาะพื้นที่

ในด้านการบริหารจัดการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจะนะได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลฯ ให้บริหารจัดการได้ตามความเหมาะสม งานโครงการนี้จึงเริ่มตั้งแต่การประชุมร่วมระหว่างหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและกับหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจในการเข้าร่วมโครงการฯ จัดให้หัวหน้างานเข้าร่วมอบรมฯ และจัดส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมรวมจำนวนทั้งสิ้น 34 คน และหลังการอบรมฯ มีการจัดประชุมวางแผนการดำเนินงานในแต่ละหน่วยงาน แล้วรายงานผลการดำเนินงานให้หัวหน้าฝ่ายฯ โดยตรง เพื่อรวบรวมผลรายงานต่อที่มิวิจัยเดือนละครั้ง

การจัดบริการ ASSIST-SBI ในโรงพยาบาลจะนะ

1. ในระยะแรกของการเปิดบริการฯ ในโรงพยาบาล ได้เริ่มจากการคัดกรองในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เนื่องจากพบว่ามีปัญหาการใช้สารเสพติดค่อนข้างแพร่หลายในกลุ่มวัยรุ่น และเริ่มการใช้สารฯ ตั้งแต่เด็ก โดยพบว่าเด็กอายุ 11-13 ปีก็เริ่มสูบบุหรี่และใช้ยาบ้าแล้ว เมื่อมีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลในช่วงเช้า เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมจะใช้ ASSIST ในการคัดกรอง ที่คลินิกพิเศษ และหอผู้ป่วยใน เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงในระดับปานกลางก็จะทำ BI ถ้าพบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการใช้สารฯ ก็จะส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดต่อไป
2. หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน เป็นผู้รวบรวมข้อมูลการบริการ ASSIST-SBI และส่งต่อมาที่คลินิกฟ้าใสเดือนละครั้ง ข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยจะถูกเก็บไว้อย่างดีและเป็นความลับ โดยมีหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ดูแล
3. ในระยะแรกของการนำ ASSIST มาใช้นั้น ทางทีมบุคลากรของโรงพยาบาลจะนะเห็นว่าควรจะต้องดำเนินงานเชิงรับก่อนในเบื้องต้น เพื่อเพิ่มทักษะให้กับเจ้าหน้าที่ ต่อไปเมื่อผู้ปฏิบัติงานเกิดความชำนาญจึงจะลงไปทำการคัดกรองเชิงรุกในโรงเรียนและชุมชน
4. เพื่อป้องกันปัญหาเรื่องความซ้ำซ้อนในการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ทางทีมงานได้ใช้แผ่นรูปลอกคำว่า “ASSIST” ปะบนบัตรประจำตัวผู้ป่วยหรือเวชระเบียน โดยใช้เหมือนกันหมดทั้งอำเภอ เมื่อผู้ป่วยถูกสัมภาษณ์โดยเจ้าหน้าที่เรียบร้อยแล้วก็จะมีการลงบันทึกในเวชระเบียนและติดแผ่นรูปลอก เพื่อบ่งบอกว่าผู้ป่วยคนนี้ได้รับการคัดกรองด้วยเครื่องมือ ASSIST แล้ว อาจไม่ต้องทำซ้ำอีก และสามารถดูคะแนนได้เลย แต่อาจจะมีการสอบถามความก้าวหน้าหรือพฤติกรรมหรือความเปลี่ยนแปลงในการใช้สารเสพติด ณ ปัจจุบันเท่านั้น

ขั้นตอนการให้บริการคัดกรองผู้ป่วยสารเสพติดด้วย ASSIST ของโรงพยาบาลจะนะในปัจจุบัน

ผู้รับบริการที่เข้ามาที่โรงพยาบาลประกอบด้วยสองกลุ่มใหญ่ คือผู้ที่มาจาก PCU หรือ รพ.สต. เครือข่าย และผู้ป่วยที่มาที่โรงพยาบาลจะนะโดยตรง ยังไม่เคยผ่านการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเครือข่ายอื่นมาก่อน สำหรับผู้ป่วยที่มาจาก PCU หรือ รพ.สต. เครือข่าย หากเคยได้รับการคัดกรองด้วย ASSIST มาก่อนแล้วซึ่งสังเกตได้จากรูปลอก คำว่า “ASSIST” ซึ่งติดอยู่บนบัตรทอง เจ้าหน้าที่ห้องทำบัตรประจำตัวผู้ป่วยก็จะประทับตราอย่างคำว่า “ASSIST” ลงบนเวชระเบียนของผู้ป่วยเหล่านี้ และส่งไปรับการตรวจรักษาตามขั้นตอน ส่วนผู้ป่วยที่มาที่โรงพยาบาลจะนะโดยตรง เจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษ คลินิกเวชกรรมสังคม (เฉพาะทางเบาหวาน ความดันโลหิต หอบหืด) หรือหอผู้ป่วยในจะดูว่าผู้ป่วยเคยได้รับการคัดกรองด้วย ASSIST มาก่อนหรือไม่ ซึ่งสังเกตจากตราประทับบนเวชระเบียน หากผู้ป่วยเคยได้รับการคัดกรองมาแล้ว ก็จะส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาตามขั้นตอน โดยไม่ต้องคัดกรองซ้ำภายในเวลาหนึ่งปี

สำหรับรายที่ยังไม่เคยถูกคัดกรอง พยาบาลจะประเมินด้วยคำถามข้อแรกของ ASSIST คือการเคยใช้สารเสพติดแต่ละตัวในชีวิต ถ้าตอบ “ไม่เคย” สำหรับสารทุกตัว ก็จบการคัดกรอง หากตอบ “เคย” ต่อสารตัวใดตัวหนึ่ง ผู้ป่วยก็จะถูกถามด้วย ASSIST ฉบับเต็มต่อไป ผู้ป่วยรายที่ได้คะแนนอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย จะได้รับคำแนะนำโดยพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรองโดยตรงทันที ผู้ที่ได้คะแนนในระดับเสี่ยงมากจะถูกส่งไปที่คลินิกฟ้าใสเพื่อรับการดูแลรักษาตามขั้นตอน ส่วนรายที่เสี่ยงปานกลางจะได้รับการบำบัดอย่างย่อโดยพยาบาลผู้ทำการคัดกรอง และพยาบาลจะประทับตราอย่างบนเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่เคยได้รับการคัดกรองด้วย ASSIST ที่โรงพยาบาลจะนะ และรวบรวมข้อมูลการคัดกรองส่งกลุ่มการพยาบาลเป็นประจำทุกเดือน

ในระยะแรกที่เริ่มดำเนินการในโครงการฯ (เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2554 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2555) มีจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองและบำบัดค่อนข้างสม่ำเสมอ เฉลี่ยเดือนละสองร้อยราย ต่อมาเดือนเมษายน พ.ศ.2555 จนถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2555 จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองลดลงค่อนข้างมาก เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีการรับพยาบาลบรรจุใหม่ ต้องมีการฝึกอบรมน้องใหม่ในการปฏิบัติงาน รวมทั้งใกล้สิ้นปีงบประมาณ บุคลากรของโรงพยาบาลเดินทางฝึกอบรมและดูงานอย่างต่อเนื่อง มีผลให้จำนวนบุคลากรขาดแคลน จึงทำให้งานการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อลดจำนวนลงด้วย

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2555 เป็นต้นมา โรงพยาบาลจะนะจัดให้มีการคัดกรองด้วย ASSIST ในผู้รับบริการที่มาที่โรงพยาบาลทุกราย โดยใช้คำถามเรื่องการสูบบุหรี่ และดื่มสุราเป็นคำถามนำได้แก่ คุณสูบบุหรี่/ดื่มสุรหรือไม่ ผู้ที่ตอบว่าสูบบุหรี่/ดื่มสุรา จะได้รับการคัดกรองต่อด้วยแบบคัดกรอง ASSIST และบันทึกในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล โดยใช้โปรแกรม HosOS ถ้าไม่ผ่านการคัดกรองด้วยคำถามการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ระบบคอมพิวเตอร์จะไม่สามารถทำงานต่อไปได้ หรือเรียกว่ามีระบบการ pop up เตือนเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการคัดกรองและบำบัดอย่างเป็นระบบ ทำให้มีจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองเพิ่มขึ้นเป็น 2,182 ราย ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2555 ซึ่งในจำนวนนี้ได้รับการบำบัดอย่างย่อไป 74 ราย ส่งต่อเข้ารับการบำบัดแบบ Matrix 6 ราย และเข้าคลินิกเมทาโดน 3 ราย ปัจจุบันคลินิกฟ้าใสของโรงพยาบาลจะนะ มีผู้ที่ผ่านการคัดกรองและถูกส่งต่อเพื่อเข้ารับการบำบัดในคลินิกเมทาโดน 2 คน มีผลการรักษาดีขึ้น 1 คน อยู่ในระหว่างการบำบัด 1 คน และถูกส่งต่อเข้ารับการบำบัดแบบ Matrix Program 5 คน ดีขึ้น 2 คน คงเดิม 3 คน กลุ่มที่ดีขึ้นติดตามผลโดยการตรวจปัสสาวะไม่พบสารเสพติด ไม่พบพฤติกรรมยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด และมีงานทำประจำ

สรุปผลของการดำเนินงานคัดกรอง ASSIST ในโรงพยาบาลจะนะ

เดือน	จำนวน (ราย)	ผลการคัดกรอง			การบำบัดรักษา		
		เสี่ยงต่ำ	ปานกลาง	เสี่ยงสูง	บำบัดย่อ	คลินิกตบหูรี	Matrix
พฤศจิกายน 2554	145	107	38	0	41	0	1
ธันวาคม 2554	268	226	40	2	36	0	0
มกราคม 2555	71	38	27	6	24	0	2
กุมภาพันธ์ 2555	48	9	36	3	35	4	0
มีนาคม 2555	219	194	22	3	42	0	0
เมษายน 2555	8	0	8	0	8	0	0
พฤษภาคม 2555	11	0	11	0	0	0	0
มิถุนายน 2555	3	0	3	0	3	0	0
กรกฎาคม 2555	3	0	3	0	3	0	0
สิงหาคม 2555	3	0	3	0	3	0	0
กันยายน 2555	16	3	13	0	16	0	0
ตุลาคม 2555	7	0	7	0	7	0	0
รวมทั้งหมด	802	577	211	14	218	4	3

นอกจากการให้บริการ ASSIST-SBI ในโรงพยาบาลจะนะแล้ว ในพื้นที่อำเภอจะนะยังมีการให้บริการนี้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าหมอไทร โดยจัดบริการทุกวันศุกร์บ่ายเพราะไม่มีคลินิกต่างๆ และเป็นช่วงเวลาที่ประชาชนส่วนใหญ่จะอยู่ในพื้นที่เพราะผู้ชายต้องไปทำพิธีละหมาดที่มัสยิด ในกรณีที่พบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง จะส่งต่อไปที่คลินิกฟ้าใสของโรงพยาบาลชุมชนจะนะ โดยแนบบันทึกคัดกรอง ASSIST ของผู้ป่วยไปด้วย และปิดผนึกซอง ประทับตราลับเฉพาะ จนถึงปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าหมอไทรได้คัดกรองผู้ป่วยไปแล้ว 150 คน พบผู้ใช้บุหรี่ในระดับเสี่ยงสูง 4 คน ซึ่งได้รับการส่งต่อเข้าคลินิกอดบุหรี่ เสี่ยงปานกลาง 8 คน ได้รับการบำบัดแบบย่อ และมีผู้ติดสุราอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง 2 คน ได้ส่งเข้ารับการบำบัดที่คลินิกฟ้าใสของโรงพยาบาลจะนะ ในปัจจุบันเนื่องจากมีผู้เข้ารับการคัดกรองรายใหม่เพิ่มขึ้น แต่รายที่ผ่านการคัดกรองและรับการบำบัดแบบย่อไม่ได้รับการติดตาม จึงลดจำนวนการคัดกรองรายใหม่ และเพิ่มเวลาการติดตามผู้ที่ผ่านการคัดกรองและรับการบำบัดแบบย่อเพิ่มขึ้น

นอกจากการคัดกรองในโรงพยาบาลและ รพ.สต. แล้ว เจ้าหน้าที่งานอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลจะนะได้เข้าไปคัดกรองในโรงงานหนึ่งแห่งในอำเภอจะนะ มีผู้เข้ารับการคัดกรอง 210 คน พบผู้ใช้ยาสูบในระดับเสี่ยงต่ำ 1 คน เสี่ยงปานกลาง 23 คน เสี่ยงสูง 3 คน ผู้ใช้สุราในระดับเสี่ยงปานกลาง 8 คน และผู้ใช้กัญชาในระดับเสี่ยงปานกลาง 1 คน และเจ้าหน้าที่ได้ให้การบำบัดอย่างย่อไปทั้งหมด 27 คน

นอกจากนั้น กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลจะนะ ยังจัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 150 คน เข้ารับการคัดกรอง พบผู้ไม่ใช้สารเสพติด 130 คน ในผู้ที่ใช้สารเสพติด มีผลดังนี้

ผลการคัดกรองในอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน อำเภอจะนะ

ชนิดสาร	เสี่ยงต่ำ	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง	รับการบำบัดแบบย่อ
บุหรี่	1	12	0	12
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	10	3	0	3
กัญชา	2	0	0	0
กาว	1	0	0	0
กระท่อม	2	1	0	1
โคเคน	0	1	0	1
NH3 แอมโมเนีย	1	0	0	0
ยานอนหลับ	0	1	1	1

อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

ข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มโครงการอำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลพระยืนเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 30 เตียง ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพสำหรับประชากร 36,298 คนในพื้นที่ 5 ตำบล (เทศบาล 3 แห่ง อบต. 2 แห่ง) 53 หมู่บ้าน อำเภอพระยืนตั้งอยู่ทางตอนใต้สุดของจังหวัดขอนแก่น ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม เช่น ทำนา มีโรงงานทำเสื้อพลาสติกที่ใหญ่มาก ประชาชนบางส่วนที่ว่างจากอาชีพทำนาแล้ว เสริมอาชีพด้วยการทอเสื้อและทำเต็นท์ผ้าใบแล้วเร่ขายเสื้อทั่วประเทศ โรงพยาบาลพระยืนทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการบริหารงานโครงการ Thailand ASSIST-SBI ในอำเภอพระยืน โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง คือ พระยืน ขามป้อม บ้านไถ่น พระบุ และหนองแวง เป็นเครือข่ายในการทำงานนี้

โรงพยาบาลพระยืนให้บริการผู้ป่วยนอกปีละประมาณเกือบหกหมื่นราย โดยเฉลี่ย 200 คนต่อวัน มีผู้ป่วยในประมาณสองพันคนต่อปี มีแพทย์ทั้งหมด 3 คน พยาบาล 44 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 18 คน และบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ รวม 67 คน มีบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้านจิตเวชและสารเสพติดโดยตรง 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เคยได้รับการอบรมด้านการดูแลรักษาด้วยสารเสพติดแบบเข้มข้น 4 เดือน ให้บริการในคลินิกสีขาว โปรแกรมที่ให้บริการประกอบด้วย โปรแกรม กาย-จิต-สังคม-บำบัดแบบผู้ป่วยนอก (Matrix Program) 4 เดือน ทั้งในหน่วยงานและในสถานศึกษา ค่ายบำบัดรักษายาเสพติด 3 คืน 4 วัน เพื่อค้นหาผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาและปลูกจิตสำนึกเยาวชนให้ห่างไกลยาเสพติด ระบบการติดตามร่วมกันกับผู้นำชุมชน อสม. ชาวบ้านจิตอาสา และครู โดยส่งผู้ใช้สารเสพติดเข้ารับการอบรมแบบบูรณาการ เพื่อคืนคนดีสู่สังคมอย่างปกติสุข เวลาใช้ในการติดตาม 4-7 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี กลุ่ม AA (ผู้ดื่มสุรานิรนาม) ในโรงพยาบาลโดยใช้ 12-Step Program จำนวน 1 กลุ่ม คลินิกเลิกบุหรี่ ใช้โปรแกรม KP STAT ในการบันทึกและจัดเก็บเวชระเบียนของโรงพยาบาล

ก่อนเข้าร่วมโครงการ Thailand ASSIST-SBI โรงพยาบาลพระยืนให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกเท่านั้นในวันและเวลาราชการ โดยใช้วิธีการบำบัดตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ประเมินจากการสังเกต การซักประวัติและคัดกรอง จำแนกประเภทผู้เสพหรือผู้ติดสารเสพติด ให้การรักษาในรูปแบบกาย-จิต-สังคมบำบัด (Matrix Program) ในปี พ.ศ.2552 และ พ.ศ.2553 มีระบบส่งต่ออย่างมีมาตรฐานทุกรูปแบบ และผ่านการประเมินตามระบบประกันคุณภาพงานบำบัดรักษายาเสพติด (HA) ในปี พ.ศ.2553 ส่วนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่มีคลินิกบริการด้านสารเสพติดโดยเฉพาะ จากการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังปี พ.ศ.2552 มีผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดจำนวน 12 คน และปี พ.ศ.2553 มีจำนวน 23 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจากการใช้สุรา ยาสูบ ยาบ้า และสารระเหย มารับบริการเท่านั้น โรงพยาบาลพระยืนมีคลินิกบุหรี่เปิดให้บริการทุกวัน ในเวลาราชการ โดยได้งบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. เริ่มดำเนินการเมื่อเดือนตุลาคม 2554 มีผู้ป่วยประมาณ 8 คนต่อเดือน

ผู้ป่วยสารเสพติดของโรงพยาบาลจะเข้ามาได้สองทาง คือ หนึ่งจากการส่งต่อจากหน่วยงานด้านปกครอง เช่น สถานพินิจ สำนักงานคุมประพฤติ ตำรวจ เป็นต้น และสองเป็นผู้ป่วยที่สมัครใจเข้ามาขอรับการบำบัดรักษาด้วยตนเอง โรงพยาบาลมีการทำงานด้านสารเสพติดแบบบูรณาการกับหน่วยงานของกระทรวงมหาดไทย รพ.สต. และ PCU ในพื้นที่ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการในระดับอำเภอคือ ศูนย์ ศตสอ. ขึ้นเพื่อดำเนินการด้านยาเสพติดร่วมกัน โดยมีนายอำเภอพระยืนเป็นประธาน เพื่อดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับอำเภอ และเป็นศูนย์ข้อมูลด้านยาเสพติดของอำเภอ มีหน้าที่คัดกรอง ค้นหาผู้ป่วย (ผู้เสพ) โดยสุ่มตรวจปัสสาวะหายาบ้าในโรงเรียน 8 แห่ง สถานประกอบการ 8-10 แห่ง ทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ถึง พ.ศ.2552 ปีละ 150-200 คน ถ้าปัสสาวะมีผลบวก ผู้เสพจะถูกส่งต่อเพื่อรับการบำบัดที่โรงพยาบาล หลังการบำบัดรักษาแล้ว โรงพยาบาลส่งต่อให้ รพ.สต. หรือ PCU เพื่อติดตามประเมินตามเวลาที่กำหนด

ก่อนจำหน่ายออกจากกระบวนการบำบัด นอกจากนั้นโรงพยาบาลพระยีนยังได้ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทย ในการทำประชาคมเพื่อการยอมรับของชุมชน โดยการอบรมผู้นำชุมชน แกนนำ ผู้ประสานงานโครงการพลังแผ่นดิน และเยาวชนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 318 คน รวมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ป้องกันการใช้สารเสพติด โดยร่วมกับ อบต.พระยีน จัดกิจกรรมให้ 15 ครอบครัวๆ ละ 3 คน รวม 45 คน มีกิจกรรมค่ายพัฒนาคุณธรรม เยาวชนต้านภัยยาเสพติด และจัดกิจกรรมรณรงค์วันต่อต้านยาเสพติดโลก/วันงดสูบบุหรี่โลกเป็นประจำทุกปี

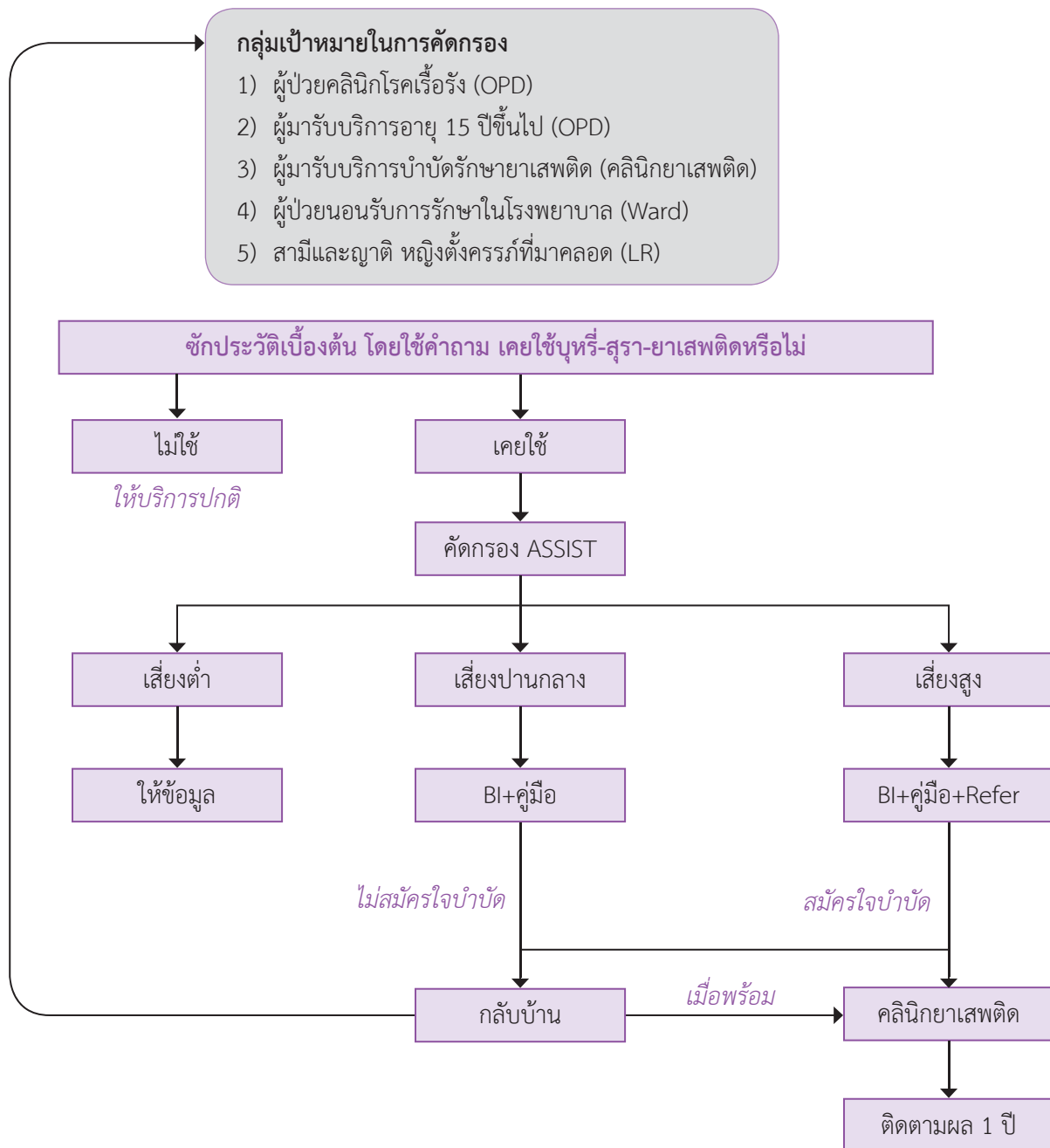
ผลการดำเนินงานในโครงการฯ อำเภอพระยีน

โรงพยาบาลพระยีนได้เริ่มให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อตามแนวทาง ASSIST-SBI ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2555 โดยเริ่มให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกฝากครรภ์ คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แผนกห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยใน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยีน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลพระบุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามป้อม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแขว โดยพยาบาลประจำแผนก จะเป็นผู้ทำการคัดกรองผู้ป่วยที่มาลงทะเบียนเพื่อรับการตรวจรักษาประจำวัน ทำที่หน้าห้องตรวจของแผนกผู้ป่วยนอก คัดกรองโดยใช้คำถามเบื้องต้นเกี่ยวกับสุรา บุหรี่ก่อน หากพบว่าผู้ป่วยใช้สารอย่างใดอย่างหนึ่ง จะส่งพบทีมเพื่อคัดกรองด้วย ASSIST ต่อไป พร้อมทั้งประทับตรายางที่เวชระเบียนของผู้ป่วยเพื่อบ่งบอกว่าได้รับการคัดกรองแล้ว เมื่อคัดกรองแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ำ เจ้าหน้าที่จะให้ข้อมูลและนัดคัดกรองปีละ 1 ครั้ง ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในระดับเสี่ยงปานกลางถึงสูงให้การ บำบัดแบบย่อ แต่ในกรณีผู้ป่วยที่ควรได้รับการบำบัดแบบย่อแล้วแต่ไม่ต้องการบำบัด ก็ให้เอกสารข้อมูลกลับบ้านและ ให้ผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลเมื่อพร้อม และจะคัดกรองผู้ป่วยทุกครั้งที่มาใช้บริการ

ส่วนใน รพ.สต. ดำเนินการคัดกรองในหน่วยงานร่วมไปกับการเยี่ยมบ้าน ซึ่งพบว่าการคัดกรองพร้อมไปกับการเยี่ยมบ้าน สามารถทำได้ดีกว่าการคัดกรองในหน่วยงานเนื่องจากมีเวลามากกว่า นอกจากนี้ยังมีการนำแบบคัดกรองไปใช้คัดกรอง เยาวชนที่เข้าค่ายจำนวน 53 คน ในเดือนสิงหาคม 2555 เยาวชนหรือประชาชนที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีปัญหาอื่นๆ รุนแรง และต้องการบำบัด ได้ส่งต่อมาที่คลินิกสีขาวโรงพยาบาลพระยีน หรือโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ผลการคัดกรองด้วย ASSIST จะถูกบันทึกลงในแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลจากโครงการซึ่งพัฒนาขึ้นเป็นแบบฟอร์มของอำเภอพระยีน โดยให้ ทุกหน่วยบริการจัดส่งข้อมูลตามฟอร์มดังกล่าว และรวบรวมสถิติรายเดือนส่งให้ทีมวิจัย

ในช่วงแรกของการเปิดบริการ (เดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ.2555) ทางโรงพยาบาล และ รพ.สต. ได้วางแผนที่จะคัดกรอง ผู้ป่วยทุกคนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมากในแต่ละวันและจำนวนบุคลากร ไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถคัดกรองผู้ป่วยทุกรายได้ และไม่สามารถทำการคัดกรองได้ในหลายจุดบริการ เช่น ในแผนกผู้ป่วย ฉุกเฉินเนื่องจากต้องเร่งรับในการให้บริการ หรือในคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งมีพยาบาลเพียง 1-2 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 50-60 คนต่อวัน ใน รพ.สต. จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ 50 คนต่อเจ้าหน้าที่ 1 คน อีกทั้งเจ้าหน้าที่บางคนยังไม่ได้ รับการอบรม และในส่วนที่เคยได้รับการอบรมแล้วยังขาดความเข้าใจและไม่มั่นใจในการใช้แบบคัดกรอง และการให้การ บำบัดอย่างย่อ ต่อมาทีมงานของโรงพยาบาลได้พยายามปรับรูปแบบการทำงาน เพื่อให้สามารถคัดกรองได้มากขึ้น โดยเริ่ม จากการถามประเมินเบื้องต้น (pre-screen) ว่าผู้ป่วยเคยใช้สุรา ยาสูบในชีวิตหรือไม่ ในรายที่ตอบ “ใช่” จะถูกส่งต่อไปให้ทีม แยกไปสัมภาษณ์ที่ห้องต่างหากเพื่อประเมิน ASSIST เต็มรูปแบบ และให้การบำบัดอย่างย่อต่อไป หรือส่งต่อตามขั้นตอน ส่วนผู้ที่ไม่เคยใช้สารเสพติดชนิดใดมาก่อนเลย จะได้รับการดูแลรักษาตามขั้นตอนปกติของโรงพยาบาลต่อไป ในช่วงเดือน มกราคม-เมษายน พ.ศ.2555 สามารถคัดกรองได้เพียง 53 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้มีปัญหาการใช้สุรา ยาสูบ มากกว่าสารเสพติด อื่นๆ นอกจากนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน สารระเหย ใบกระท่อม ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เคยใช้ ในอดีต มีเพียงส่วนน้อยที่ยังคงใช้อยู่ในปัจจุบัน และมีการส่งต่อผู้ป่วยสุราไปรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เพียง 3 ราย

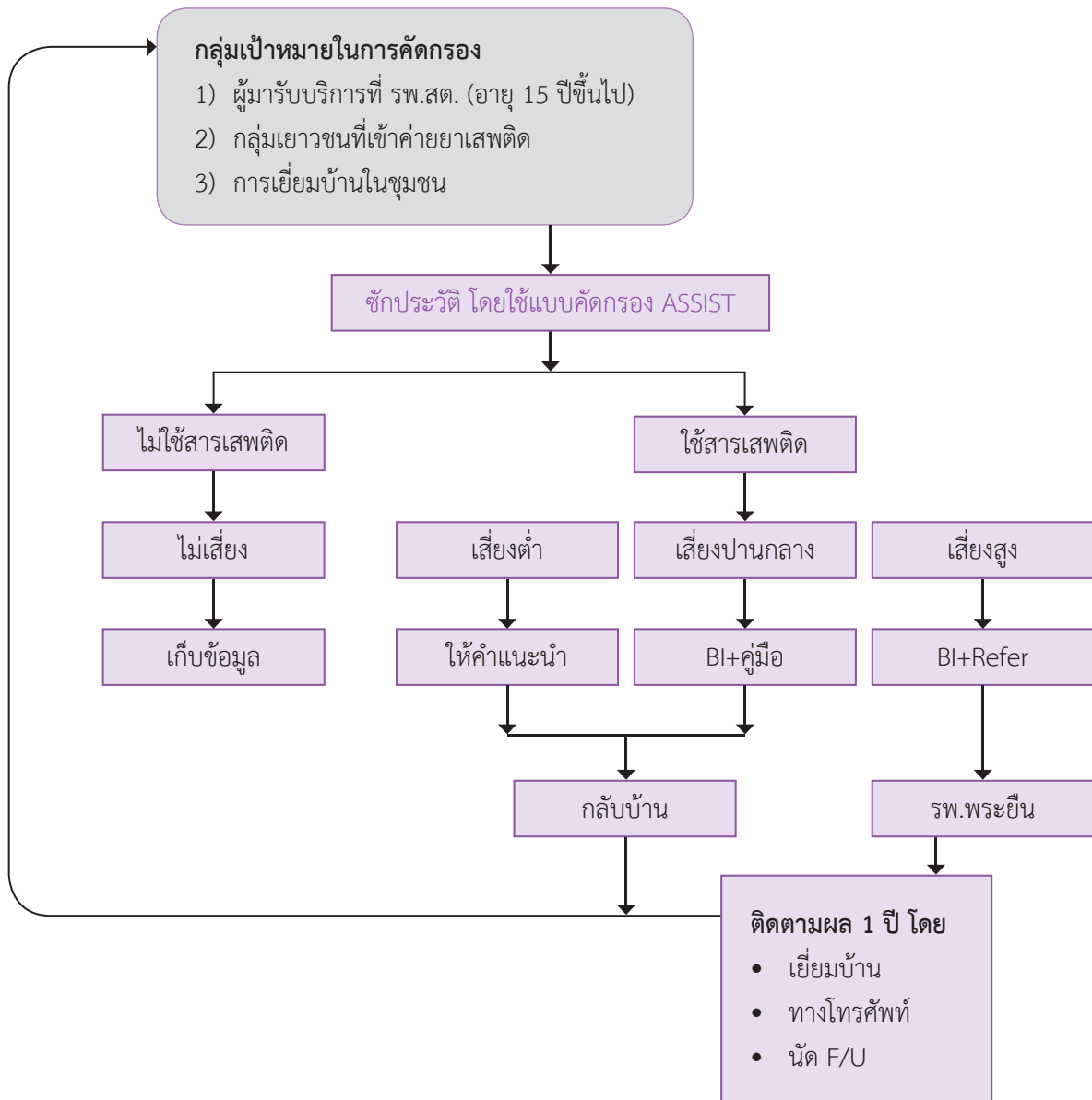
ช่วงที่ 2 ของการดำเนินงานได้ส่งเจ้าหน้าที่ไปบริการอบรม ASSIST-SBI เพิ่มเติมในเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2555 แล้วประชุมปรึกษาหารือ ในเรื่องจัดกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองใหม่คือ ผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไปที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง สามเณรหญิงตั้งครรภ์ที่มาห้องคลอด และแยกแผนภูมิการคัดกรองเป็นแนวทางของโรงพยาบาล และ รพ.สต. (ดังภาพที่ 5.2) กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบแต่ละจุดบริการ และรวบรวมข้อมูลส่งทุก 1 เดือน



หมายเหตุ : การ Refer จากหน่วยงานย่อย รพ.สต. และชุมชน ให้ส่งต่อมาที่คลินิกยาเสพติด รพ.พระยีน เพื่อดำเนินการต่อ และจะมีการประสานข้อมูลกับ รพ.สต. ในการติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 1 ปี

ภาพที่ 5.2 ผังไหลแสดงการให้บริการ ASSIST-SBI ของโรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น (ปรับปรุงเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2555)

รพ.สต. ในอำเภอพระยืน (ฉบับปรับปรุง)



ภาพที่ 5.3ผังไหลแสดงการให้บริการ ASSIST-SBI ของ รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น (ฉบับปรับปรุง เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2555)

ในด้านการบริหารจัดการ ทางโรงพยาบาลพระยืนได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินโครงการพัฒนาระบบการคัดกรอง และบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้บริโภค ยาสูบ และสารเสพติดในสถานบริการปฐมภูมิ (ASSIST) มีคณะกรรมการอำนวยการ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระยืนเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอพระยืน หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หัวหน้างาน กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ผู้อำนวยการ รพ.สต. ทั้ง 5 แห่ง เพื่ออำนวยการและสนับสนุนบุคลากรในโรงพยาบาล ให้สามารถให้บริการคัดกรองฯ ได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนคณะทำงานประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 15 คน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เป็นผู้ช่วยเลขานุการ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขปฏิบัติงาน 3 คน เป็นกรรมการ เพื่อจัดทำ แผนงานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ดำเนินงานตามแผน จัดประชุมเป็นครั้งคราวร่วมกับ

การดูแลแนะนำพนักงานโดยตรงเมื่อมีปัญหา หรือรวบรวมคำถามมาปรึกษาทีมวิจัยเป็นระยะๆ รวบรวมทะเบียนรายงานเกี่ยวกับ ASSIST ให้ครบถ้วนถูกต้องและเป็นปัจจุบัน ทีมงานของโรงพยาบาลพระยีนได้จัดทำแฟ้ม ASSIST ที่ประกอบด้วยแบบสอบถาม ภาพสารเสพติด แบบรายงานป้อนกลับข้อมูลแก่ผู้รับบริการ คู่มือการใช้ ASSIST และการบำบัดอย่างย่อ คู่มือช่วยเหลือตนเอง ในการลด ละ เลิกสารเสพติด และพัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูล จัดทำตารางระบุว่าได้คัดกรอง ASSIST แล้วเพื่อเป็นการลดปัญหาความซ้ำซ้อนของการคัดกรองในผู้ป่วยรายเดิมที่เคยได้รับการไปแล้ว เก็บข้อมูลแยกเป็นรายเดือน รวบรวมส่ง คลินิกยาเสพติด รพ.พระยีน เพื่อสรุปเป็นภาพรวมของอำเภอ ส่วนแบบประเมิน ASSIST เก็บไว้ที่หน่วยบริการมีการจัดระบบ การส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองฯ มาจาก รพ.สต. หรือ PCU เครือข่ายอีกด้วย นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานได้รับคำแนะนำจาก ทีมวิจัยที่มานิเทศติดตามผลการดำเนินงาน 3 ครั้ง และยังได้ร่วมเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) กับทีมงานอำเภอชุมแพ 1 ครั้ง ในวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ.2555 เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ภาคภูมิใจ และได้ขยายกลุ่มสนใจมากขึ้น

ผลการดำเนินงานคัดกรอง ASSIST ในโรงพยาบาลพระยีน

เดือน	จำนวน (ราย)	ผลการคัดกรอง			การบำบัดรักษา		
		เสี่ยงต่ำ	ปานกลาง	เสี่ยงสูง	บำบัดย่อ	คลินิกงตบู่หรี	ส่งต่อ
มกราคม 2555	12	1	8	3	11	-	2
กุมภาพันธ์ 2555	13	5	7	1	13	-	-
มีนาคม 2555	9	3	5	1	9	-	-
เมษายน 2555	36	13	22	1	31	2	1
พฤษภาคม 2555	42	8	29	5	5	-	-
มิถุนายน 2555	26	17	6	3	9	-	-
กรกฎาคม 2555	30	19	7	4	11	-	-
สิงหาคม 2555	74	43	22	9	27	-	-
กันยายน 2555	39	14	19	6	25	2	-
ตุลาคม 2555	44	20	16	8	24	3	-
พฤศจิกายน 2555	38	11	14	13	27	4	1
รวม	363	154	155	54	171	11	4

ผลการดำเนินงานในระดับ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอพระยีน (เดือนมกราคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ.2555)

จุดบริการ	จำนวน (ราย)	ผลการคัดกรอง			การบำบัดรักษา	
		เสี่ยงต่ำ	ปานกลาง	เสี่ยงสูง	บำบัดย่อ	คลินิกงตบู่หรี
พระยีน	72	36	24	12	12	3
ขามป้อม	11	1	8	2	2	-
บ้านไต้	33	15	16	2	2	-
พระบุ	10	2	2	6	5	-
หนองแวง	15	12	2	1	3	-
รวม	141	66	52	23	24	3

อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

ข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มโครงการอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลชุมแพเป็นโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์และอนามัย ขนาด 120-150 เตียง กำลังขยายเป็น 300 เตียง ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพสำหรับประชากร 122,685 คน ในพื้นที่อำเภอชุมแพ ซึ่งแบ่งการปกครองออกเป็น 12 ตำบล (เทศบาล 3 แห่ง อบต. 12 แห่ง) 143 หมู่บ้าน 29 ชุมชน 19,357 ครัวเรือน อำเภอชุมแพตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกสุดของจังหวัดขอนแก่น ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ขยายชนชั้น สานตะกร้าไม้ไผ่ โรงพยาบาลชุมแพทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการบริหารงานโครงการ Thailand ASSIST-SBI ในอำเภอชุมแพ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน 3 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 17 แห่ง เป็นเครือข่ายในการทำงานนี้

โรงพยาบาลชุมแพให้บริการผู้ป่วยนอกปีละประมาณหนึ่งแสนเจ็ดหมื่นราย โดยเฉลี่ย 500 คนต่อวัน มีผู้ป่วยในประมาณแปดพันคนต่อปี มีบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดโดยตรง 3 คน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ซึ่งเคยได้รับการอบรมด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยสารเสพติดแบบเข้มข้นมาแล้ว ให้บริการในคลินิกสีขาว เป็นแบบ One Stop Service เปิดบริการตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 รับส่งต่อผู้ป่วยมาจากหน่วยบริการต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล และโปรแกรมที่ให้บริการประกอบด้วย โปรแกรมกาย-จิต-สังคม บำบัดแบบผู้ป่วยนอก 4 เดือนทั้งในหน่วยงานและในสถานศึกษา สำหรับผู้ป่วยในให้บริการบำบัดรักษายาเสพติดในกรณีที่มีผู้ป่วยมีโรคทางกายร่วมด้วยและจำเป็นต้องรักษาโรคทางกายแบบผู้ป่วยใน สำหรับแผนกฉุกเฉินมีบริการคัดกรองการใช้สุราและบุหรี่ทุกราย และดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ยังมีผู้ปกครองของผู้ป่วยเก่าที่เคยเข้ารับการบำบัดมาก่อนเป็นผู้ให้คำแนะนำ/ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวรายใหม่ได้เข้าถึงการรักษาอย่างสะดวก มีระบบการติดตามหลังการบำบัดครบตามแผนการรักษา ใช้เวลาการติดตาม 1 ปี โดยมีกลุ่มปัญหาสังคมทำหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาได้นานขึ้น มีการเยี่ยมบ้าน และนัดพบที่โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ในชุมชน ตามความสะดวกของผู้ป่วย และมีระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่นหรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นสำหรับรายที่มีอาการทางจิตเวช คลินิกสีขาวผ่านการประเมินมาตรฐานคลินิกยาเสพติดในปี พ.ศ.2550 และผ่านการประเมินซ้ำในปี พ.ศ.2553 และในคลินิกสีขาวมีแบบคัดกรองผู้ป่วยสารเสพติดและคู่มือการดูแลผู้ป่วยทุกประเภทโดยอ้างอิงจากคู่มือศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น มีกลุ่ม AA (สุรานิรนาม) ในชุมชน 1 กลุ่ม มีจำนวนสมาชิก 20 คน สามารถช่วยให้ลดการดื่มได้ 19 คน และเลิกได้ 1 คน มีคลินิกเลิกบุหรี่ เข้าร่วมโครงการวิจัย I-MAP Health ในปี พ.ศ.2554-2555 ส่วนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเริ่มเปิดคลินิกบริการผู้มีปัญหาการดื่มสุราและคลินิกเลิกบุหรี่เมื่อปี พ.ศ.2551

ในชุมชน มีเครือข่ายเฝ้าระวังโดยคัดกรองและให้การช่วยเหลือในรูปแบบค่ายบำบัดรักษายาเสพติด 3 คืน 4 วัน มีระบบการติดตามร่วมกันกับผู้นำชุมชน อสม. จิตอาสา ครู มีการออกหน่วยคัดกรองที่โรงเรียนร่วมกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ในกรณีที่โรงเรียนขอความช่วยเหลือ และจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นในโรงเรียนในชุมชน 4 แห่ง คือ โรงเรียนหินศิลาบุรี, ชุมชนบ้านหัวหนอง, ตำบลนาหนองทุ่ม, ตำบลผายหิน พร้อมทั้งอบรมแกนนำการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังยาเสพติดในชุมชนร่วมกับสถานอนามัย 20 แห่ง และ อบต. 160 ชุมชน ชุมชนละ 1-2 คน (TO BE NUMBER ONE) พร้อมกิจกรรมใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์โดยเป็นหนึ่งในห้าได้ไม่พึ่งยาเสพติดในแต่ละชุมชน และจัดประกวด To Be Number One เยาวชนและประชาชน ปีละ 1-2 ครั้ง ในงานกาชาดประจำปี “งานของดีเมืองชุมแพ” จัดตั้งชมรมเครือข่ายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับอำเภอ (คตสอ.) เพื่อพัฒนาระบบและขยายงานสู่ชุมชน ประชุมคณะกรรมการ ทบทวนตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ พัฒนาส่วนขาดและจัดระเบียบสังคมทุกปี (ปีละ 2-3 ครั้ง) จัดรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก ทุกวันที่ 31 พฤษภาคม และรณรงค์วันยาเสพติดโลก ทุกวันที่ 26 มิถุนายนของทุกปี เพื่อปลูกจิตสำนึกระวังภัยจากสุราบุหรี่ และสารเสพติดให้กับเยาวชนและประชาชน ตลอดจนผู้ขายส่ง/ปลีก บุหรี่ สุรา ในปี พ.ศ.2551-2553 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเกี่ยวกับปัญหายาเสพติด ส่วนใหญ่เป็นยาบ้า/ยาไอซ์ (13-18 คน) สุรา (4-34 คน) และยาสูบ (3-11 คน) กัญชา (3-10 คน) และสารระเหย (1-4 คน)

ผลการดำเนินงานในโครงการฯ ของอำเภอชุมแพ

อำเภอชุมแพได้เริ่มให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อตามแนวทาง ASSIST-SBI ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2554 โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ที่มีบริการอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปใน 12 หน่วยบริการ ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกสีขาว คลินิกเฉพาะโรคเรื้อรัง คลินิกเอดส์ ผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมหญิง และอายุรกรรมชาย ศัลยกรรม ห้องคลอด สูติรีเวช ห้องฉุกเฉิน PCU หนองคะเน PCU สันติสุข และ PCU ศรีมงคล โดยพยาบาลประจำแผนกจะเป็นผู้คัดกรองผู้ที่มารับการตรวจรักษาประจำวัน ใช้แบบคัดกรอง ASSIST เต็มรูปแบบที่แจกไว้ประจำหน่วยงาน แล้วบันทึกผลลงในเวชระเบียน เมื่อคัดกรองแล้วพบว่าผู้ป่วยเสี่ยงระดับปานกลาง-สูง จะให้การบำบัดแบบย่อ และจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยเข้าค่ายบำบัดหรือคลินิกสีขาว ส่วนผู้ป่วยที่เสี่ยงระดับต่ำ ให้การปรึกษา/ให้ข้อมูล

ในด้านการบริหารจัดการ ทางโรงพยาบาลชุมแพได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินโครงการพัฒนาระบบการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดและการบำบัดอย่างย่อขึ้นมาสองคณะได้แก่ คณะกรรมการอำนวยการ 12 คน ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอชุมแพ นายแพทย์ชำนาญการ 3 คน จิตแพทย์ชำนาญการ 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และปฏิบัติการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าหน้าที่ธุรการอย่างละ 1 คน มีหน้าที่กำหนดแนวทางดำเนินงานติดตามงาน สรุปผลงาน และสนับสนุนบุคลากรในโรงพยาบาลให้สามารถให้บริการคัดกรองฯ ได้อย่างต่อเนื่อง และคณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 17 คน เป็นกรรมการ เพื่อบริหารจัดการงานตามแผนงานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา และทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน จัดประชุมเป็นครั้งคราวร่วมกับการดูแลแนะนำหน่วยงานโดยตรงเมื่อมีปัญหา หรือรวบรวมคำถามมาปรึกษาทีมวิจัยเป็นระยะๆ รวบรวมทะเบียนรายงานเกี่ยวกับ ASSIST ให้ครบถ้วนถูกต้อง

ปัจจุบันทีมงานของโรงพยาบาลชุมแพได้จัดทำแฟ้ม ASSIST ที่ประกอบด้วยแบบสอบถาม ภาพสารเสพติด แบบรายงานป้อนกลับ ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ คู่มือการใช้ ASSIST และการบำบัดอย่างย่อ คู่มือช่วยเหลือตนเองในการลด ละ เลิกสารเสพติด เก็บข้อมูลแยกเป็นแผนกแล้วมีเลขานุการคณะกรรมการดำเนินงานรวบรวมส่งคลินิกสีขาวเพื่อสรุปเป็นภาพรวมของโรงพยาบาลชุมแพ ส่วนแบบประเมิน ASSIST เก็บไว้ที่หน่วยบริการ มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองฯ มาจาก รพ.สต. หรือ PCU เครือข่าย มีการประชุมคณะกรรมการ และได้รับคำแนะนำจากทีมวิจัยที่มานิเทศติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ และได้ร่วมเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) กับทีมงานอำเภอพระยืน 1 ครั้ง ในวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ.2555 เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ภาคภูมิใจ และได้ขยายกลุ่มสนใจมากขึ้น ผู้ปฏิบัติงานเห็นว่าการคัดกรอง ASSIST สามารถช่วยสนับสนุนการทำงาน I-MAP health (ปัจจุบัน งาน I-MAP health ถูกผนวกเข้ากับงานประจำได้แล้ว) เพราะช่วยให้สามารถคัดกรองละเอียดมากยิ่งขึ้น จากเดิมที่คัดกรองเฉพาะสุรา ทำให้ทราบปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น จึงมีแผนที่จะผนวกการคัดกรอง ASSIST เข้ากับงาน I-MAP health ซึ่งใช้ AUDIT อยู่แล้ว

ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ การดำเนินงานเริ่มจากการจัดทำคำสั่งคณะทำงาน ASSIST-SBI โดยนายอำเภอชุมแพ สำนวญความต้องการใช้แบบคัดกรอง และสนับสนุนงบประมาณ มีการติดตามงานโดยให้ รพ.สต. 17 แห่งนำเสนอผลการดำเนินงานในเวทีประชุมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และมีการประชุมทบทวนความรู้ ASSIST-SBI ของ สสอ.ชุมแพ ในวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.2555 พบว่า ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ มีการทบทวนความรู้ร่วมกัน ทั้งการบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติ

ผลการดำเนินงานคัดกรอง ASSIST ในโรงพยาบาลชุมแพ

เดือน	จำนวน (ราย)	ผลการคัดกรอง			การบำบัดรักษา		
		เสียงต่ำ	ปานกลาง	เสียงสูง	บำบัดย่อ	คลินิกตบหู	Matrix
มกราคม 2555	211	140	26	33	12	70	112
กุมภาพันธ์ 2555	42	30	5	5	2	12	9
มีนาคม 2555	49	34	6	7	2	15	4
เมษายน 2555	10	5	2	2	1	5	6
พฤษภาคม 2555	36	21	10	6	-	16	9
มิถุนายน 2555	27	19	5	3	-	20	10
กรกฎาคม 2555	106	79	14	10	3	27	44
สิงหาคม 2555	221	161	22	34	4	60	175
กันยายน 2555	51	3	13	30	5	48	15
ตุลาคม 2555	61	0	3	48	10	61	13
พฤศจิกายน 2555	45	0	6	27	12	45	10
รวม	702	489	90	100	24	225	369

ผลการดำเนินงานในระดับ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอชุมแพ (ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2555)

จุดบริการ	จำนวน (ราย)	เสียงต่ำ	ปานกลาง	เสียงสูง	บำบัดย่อ
1) ข้าวเรียง	73	14	56	3	59
2) ไชยสอ	31	4	31	0	31
3) นาเพียง	80	17	19	0	19
4) นาหนองพุ่ม	41	8	0	0	0
5) โนนสะอาด	37	9	10	3	13
6) โนนหัน	80	36	41	3	44
7) โนนอุดม	76	17	18	0	18
8) วังหินลาด	69	6	30	24	54
9) หนองเขียด	200	44	156	0	23
10) หนองไผ่	48	29	19	0	19
11) หนองเสาเล้า	118	44	4	4	8
12) โนนสาวเอ้	0	0	0	0	0
13) วังหูกวาง	38	21	17	0	17
14) โคกม่วง	82	7	66	7	73
15) บ้านมาลา	105	0	90	15	105
16) วังยาว	130	8	0	0	8
17) หนองผือ	180	0	52	118	72
รวม	1,388	264	609	177	563

อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น

ข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มโครงการ อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลข้าสูงเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 30 เตียง ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพสำหรับประชากร 23,964 คน ในพื้นที่ 5 ตำบล (เทศบาล 1 แห่ง อบต. 4 แห่ง) 35 หมู่บ้าน 5,236 หลังคาเรือน 6,497 ครัวเรือน อำเภอข้าสูง ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัดขอนแก่น ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม โรงพยาบาลข้าสูงทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการบริหารงานโครงการ Thailand ASSIST-SBI ในอำเภอข้าสูง โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง คลินิกเวชกรรม 1 แห่ง สถานบริการสุขภาพและผดุงครรภ์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง คือ รพ.สต.กระนวน รพ.สต.คำแมด รพ.สต.ห้วยเตย รพ.สต.คูคำ และ รพ.สต.บ้านโนน เป็นเครือข่ายในการทำงานนี้

โรงพยาบาลข้าสูงให้บริการผู้ป่วยนอกปีละประมาณเกือบเจ็ดหมื่นราย โดยเฉลี่ย 250 คนต่อวัน มีผู้ป่วยในประมาณสองพันคนต่อปี มีแพทย์ทั้งหมด 3 คน ทันตแพทย์ 2 คน พยาบาล 31 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 11 คน มีบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดโดยตรง 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งเคยได้รับการอบรมด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยสารเสพติดแบบเข้มข้นมาแล้ว ให้บริการในคลินิกฟ้าหลังฝน โปรแกรมที่ให้บริการประกอบด้วย โปรแกรมกาย-จิต-สังคม บำบัดแบบผู้ป่วยนอก (Matrix Program) เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในเจ้าหน้าที่ โครงการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สุบหรี่ปี พ.ศ.2553 คลินิกฟ้าหลังฝนผ่านการประเมิน HA ยาเสพติด ในปี พ.ศ.2554 ใช้โปรแกรม HosXP ในการบันทึกและจัดเก็บเวชระเบียนของโรงพยาบาล ส่วนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่มีคลินิกบริการผู้ป่วยสารเสพติดโดยเฉพาะ ในปี พ.ศ.2551 โรงพยาบาลข้าสูงมีผู้เข้ารับการบำบัดแบบบังคับบำบัดประเภทยาบ้าจำนวน 7 คน ปี พ.ศ.2552 มีผู้เข้ารับการบำบัดแบบบังคับบำบัดประเภทยาบ้าจำนวน 6 คน กัญชา 2 คน ปี พ.ศ.2553 มีผู้เข้ารับการบำบัดแบบบังคับบำบัดประเภทยาบ้าจำนวน 3 คน กัญชา 2 คน และสารระเหย 1 คน

นอกจากการบริการในโรงพยาบาลแล้ว ยังมีกิจกรรมอื่นๆ อีก ได้แก่ กิจกรรมด้านชุมชนเข้มแข็งและส่งเสริมสุขภาพในชุมชน กิจกรรมค่ายบำบัดรักษายาเสพติด ชมรมเครือข่ายการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 เครือข่ายเกี่ยวกับยาเสพติดในชุมชนและโรงเรียนโดยสมาชิก To be number one ปี พ.ศ.2547-2548 มีชมรม To be number one 2 แห่งโดยมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้งศูนย์ ศตสอ. (ศูนย์) ขึ้นเพื่อเป็นที่ดำเนินการประชุมของคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานยาเสพติดและเป็นศูนย์ข้อมูลผลการดำเนินงานจากฝ่ายต่างๆ ของอำเภอข้าสูง โดยมีนายอำเภอข้าสูงเป็นประธานในการประชุมทุกครั้ง มีการสนับสนุนในการดำเนินงานตามโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดแบบบูรณาการจากหลายๆ องค์กรในอำเภอข้าสูง เช่น อบต. โรงเรียน วัด ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน และชุมชนหมู่บ้าน เป็นต้น

ผลการดำเนินงานในโครงการฯ ของอำเภอข้าสูง

โรงพยาบาลข้าสูงเพิ่งเข้าร่วมโครงการฯ ในระยะหลัง โดยได้เริ่มให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อตามแนวทาง ASSIST-SBI ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ.2555 กำหนดกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 12 ปี และน้อยกว่า 70 ปี เริ่มให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด คลินิกพิเศษ ศูนย์สุขภาพสบายดี ศูนย์มิตรสัมพันธ์บ้านแก้ว โดยพยาบาลประจำแผนกจะเป็นผู้ทำการคัดกรองผู้ที่มารับการตรวจรักษาประจำวัน โดยถามประเมินเบื้องต้น (pre-screen) ว่าผู้ป่วยเคยใช้สุรา ยาสูบในชีวิตหรือไม่ หากพบว่าเคยใช้ก็จะประทับตราทาง ASSIST ที่เวชระเบียน แล้วส่งต่อไปให้ทีมแยกไปสัมภาษณ์ที่ห้องต่างหากเพื่อประเมิน ASSIST เติมรูปแบบ ส่วนผู้ป่วยใน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะเป็นผู้ทำการคัดกรองใช้ ASSIST เติมรูปแบบ แล้วบันทึกลงใน progress note พร้อมประทับตราทาง ASSIST ที่เวชระเบียน ผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่ำหรือไม่ใช้เลย จะได้รับการดูแลรักษาตามขั้นตอนปกติของโรงพยาบาลต่อไป หากเป็นผู้ป่วยที่เสี่ยงปานกลาง เจ้าหน้าที่จะถามว่าผู้ป่วยสนใจที่จะเข้ารับการบำบัดในคลินิกฟ้าหลังฝนหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธก็จะจำหน่าย พร้อมให้เอกสารข้อมูลกลับบ้าน และให้ผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลเมื่อพร้อม หากผู้ป่วยยินยอมก็ส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้รับผิดชอบคลินิก เพื่อให้การบำบัดอย่างย่อแล้วนัดติดตาม 1 สัปดาห์ หรือส่งต่อตามขั้นตอน ตามผังแผนภูมิการให้บริการ (ดังรูป 5) หากเป็นผู้ป่วยที่เสี่ยงสูงและยอมรับการรักษาจะส่งเข้าคลินิกฟ้าหลังฝน ซึ่งจะได้รับดูแลบำบัดแบบเมทริกซ์ หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นต่อไป ผลการคัดกรองด้วย ASSIST จะถูกบันทึกลงในโปรแกรม HosXP ของโรงพยาบาล และรวบรวมสถิติรายเดือนส่งให้ทีมวิจัยด้วย ส่วนใน รพ.สต. 5 แห่งดำเนินการคัดกรองในหน่วยงาน และบันทึกผลลงใน family folder พร้อมกับกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา และเยี่ยมผู้ป่วยหลังการบำบัดแล้วที่บ้าน

ในด้านการบริหารจัดการ ทางโรงพยาบาลข้าสูงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการยาเสพติด ประกอบด้วยผู้อำนวยการ โรงพยาบาลข้าสูง เป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอข้าสูง หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หัวหน้างานกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ผู้อำนวยการ รพ.สต.ทั้ง 5 แห่ง ทีมงานของโรงพยาบาลข้าสูงได้จัดทำแนวทางในการคัดกรอง ASSIST-SBI จัดอบรมคณะกรรมการยาเสพติด ทำแฟ้ม ASSIST ที่ประกอบด้วยแบบสอบถาม และเอกสารประกอบ จัดทำตารางระบุว่าได้คัดกรอง ASSIST แล้วเพื่อเป็นการลดปัญหาความซ้ำซ้อนของการคัดกรองในผู้ป่วยรายเดิมที่เคยได้รับการบำบัดแล้ว เก็บข้อมูลแยกเป็นรายเดือน รวบรวมส่งคลินิกยาเสพติด รพ.ข้าสูง เพื่อสรุปเป็นภาพรวมของอำเภอ นัดประชุมทุก 3 เดือน และลงเยี่ยมบ้านร่วมกับ รพ.สต. ส่วนแบบประเมิน ASSIST เก็บไว้ที่หน่วยบริการ มีการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองฯ มาจาก รพ.สต. หรือ PCU เครือข่ายด้วย

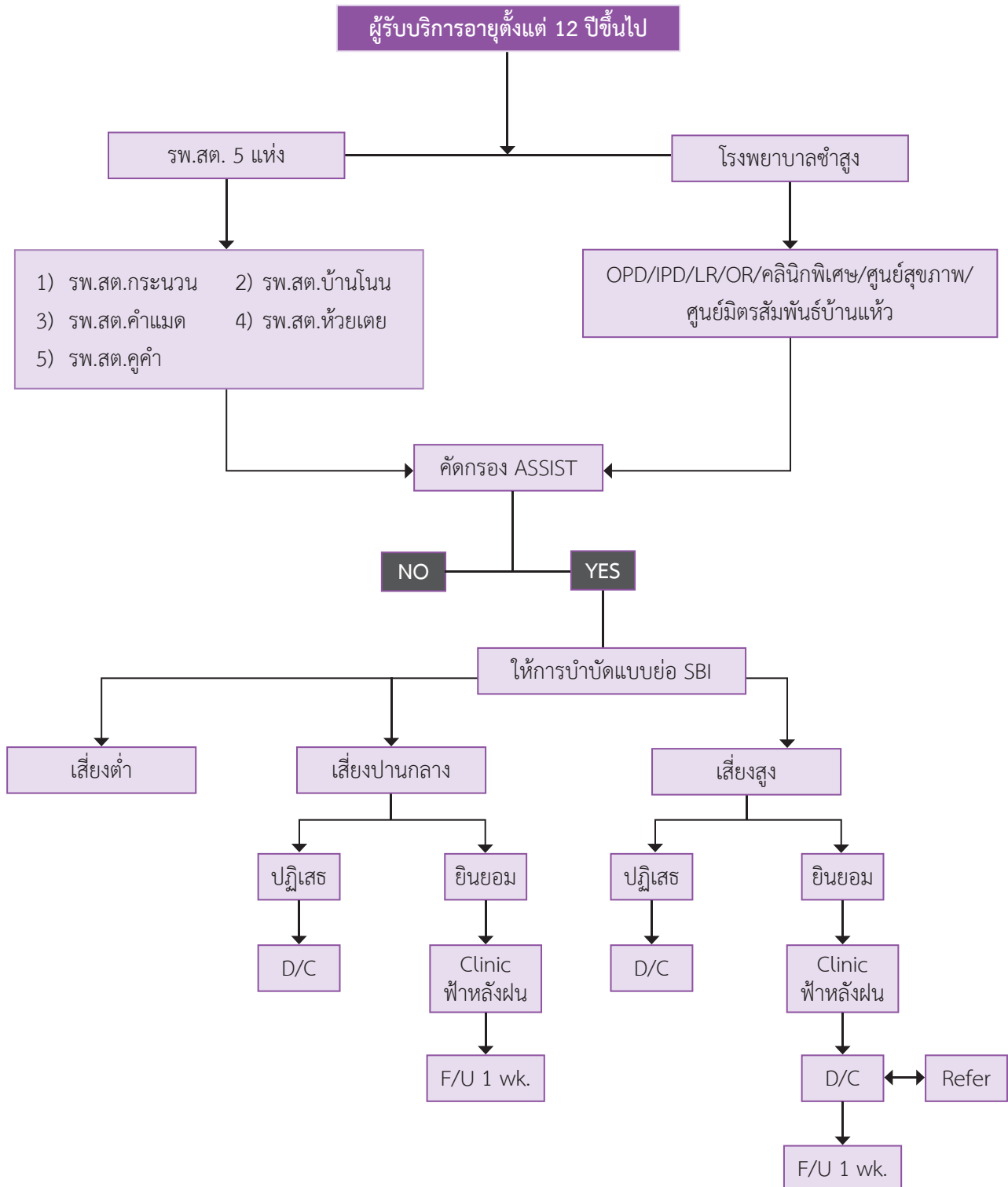


“ผมเห็นว่าเครื่องมือ ASSIST เป็นเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติด หลายชนิดที่มีประสิทธิภาพ ใช้งานสะดวก เหมาะกับผู้ที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ ช่วยเหลือ ผู้ที่มีปัญหาใช้สารเสพติดให้เข้าถึงบริการได้อย่างสมัครใจและสะดวก สามารถเชื่อมโยง กับระบบบริการสาธารณสุขได้ดี”

นายแพทย์อิสระ เจียวิริยบุญญา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอภัยภูธรรักษาขอนแก่น
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางในการคัดกรอง ASSIST-SBI CUP ขำสูง อำเภอลำสูง จังหวัดขอนแก่น



ภาพที่ 5.4 ผังไหลแสดงการให้บริการ ASSIST-SBI ของโรงพยาบาลชำสูงและ รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอลำสูง

ผลการดำเนินงานคัดกรอง ASSIST ในโรงพยาบาลช้างสูง

เดือน	จำนวน (ราย)	ผลการคัดกรอง			การบำบัดรักษา		
		เสี่ยงต่ำ	ปานกลาง	เสี่ยงสูง	บำบัดย่อ	คลินิกงดบุรี	Matrix
กันยายน 2555	272	90	138	44	44	14	4
ตุลาคม 2555	261	200	52	9	9	9	-
พฤศจิกายน 2555	234	136	87	11	11	11	
รวม	767	426	277	64	64	34	4

ผลการดำเนินงานในระดับ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอช้างสูง (เดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2555)

จุดบริการ	จำนวน (ราย)	เสี่ยงต่ำ	ปานกลาง	เสี่ยงสูง	บำบัดย่อ	คลินิกงดบุรี
กระนวน	36	20	13	3	3	3
บ้านโนน	28	23	4	1	1	1
คูคำ	26	19	6	0	0	-
คำแมด	32	30	2	1	1	1
ห้วยเตย	29	16	12	0	0	-
รวม	151	108	37	5	5	5



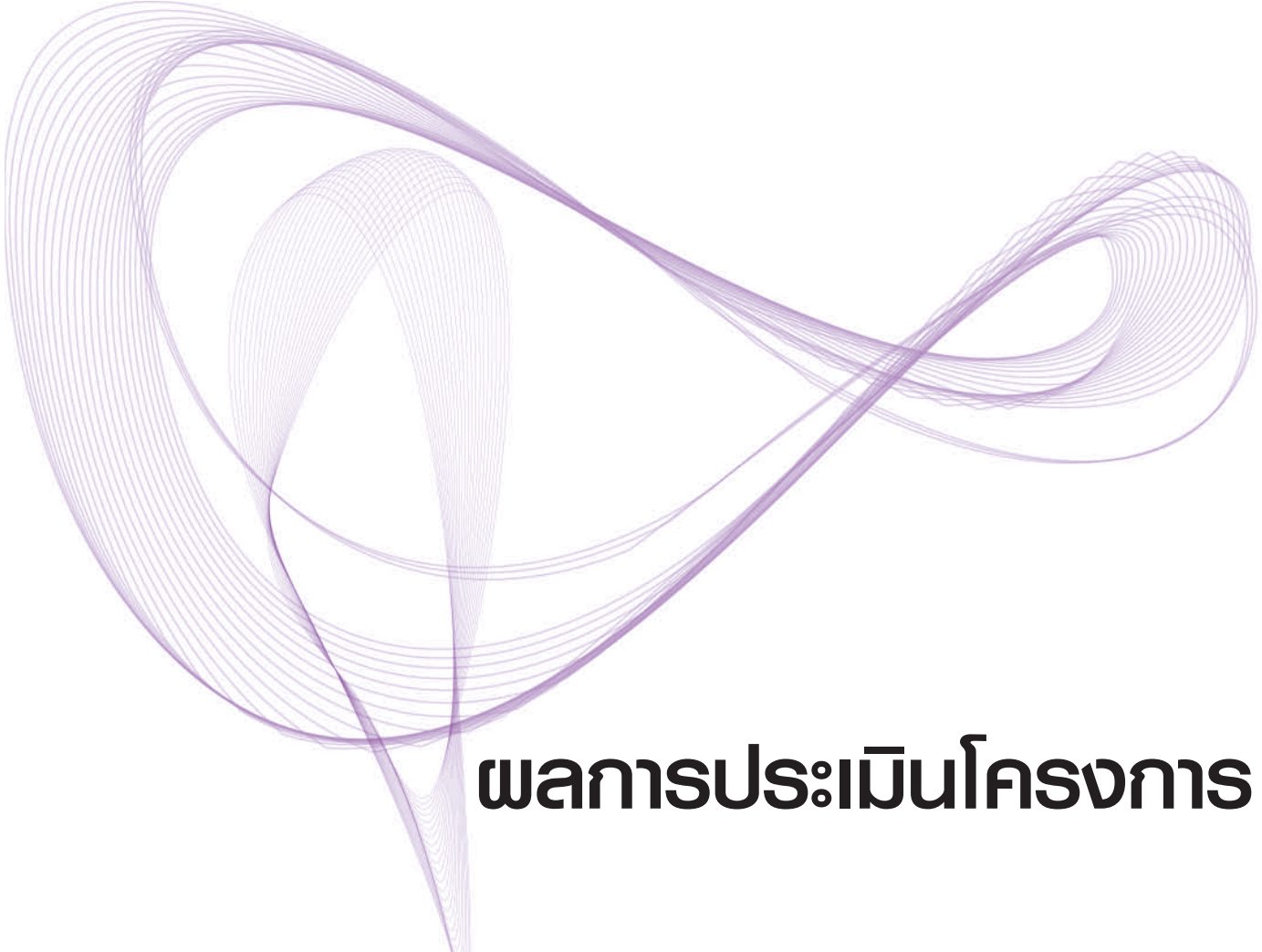
การนิเทศงานที่โรงพยาบาลพระยีน



ทีมงานดำเนินการของโครงการฯ
ในจังหวัดขอนแก่น



จัดอบรม ASSIST
แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.



ผลการประเมินโครงการ

*“When it is obvious that the goals cannot be reached,
don't adjust the goals, adjust the action steps.”*

หากปรากฏชัดเจนว่าไม่สามารถบรรลุเป้าหมายแล้ว
จงอย่าปรับแก้เป้าหมาย แต่จงแก้ไขขั้นตอนวิธีการปฏิบัติ”

-Confucius-
ขงจื้อ

- 
- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมองงานนี้อย่างไร
 - อะไรคือปัจจัยหลักที่ทำให้งานดำเนินไปได้ในแต่ละแห่ง

6 ผลการประเมินโครงการ

ทำไมต้องประเมิน

เพื่อให้มองเห็นภาพว่างานในโครงการพัฒนาระบบการให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ใช้นิสาร ยาสูบ และสารเสพติดในงานสาธารณสุขปฐมภูมิ (Thailand ASSIST-SBI) ดำเนินไปได้อย่างไร และเกิดผลอย่างไรบ้าง ในสายตาของคนนอก ซึ่งไม่ได้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานภายในโครงการ ทางทีมวิจัยได้จัดให้มีผู้ประเมินภายในของโครงการ นำทีมโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญตา บาลทิพย์ ซึ่งเป็นอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในบทนี้จะกล่าวถึงกระบวนการดำเนินงานและผลของการประเมินภายใน ใน 2 ประเด็นหลักคือ ด้านที่ดำเนินโครงการวิจัยและด้านหน่วยงานให้บริการ

ประเมินอะไร

วัตถุประสงค์ของการประเมิน แบ่งออกเป็นสองด้านคือ หนึ่ง ด้านการดำเนินงานของทีมวิจัย การประเมินภายในมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการโครงการฯ ของคณะนักวิจัย เช่น การแบ่งงาน การใช้งบประมาณ การวางแผน การจัดกิจกรรม และการติดตามงาน เป็นต้น และสอง ด้านหน่วยงานให้บริการ การประเมินภายในทำเพื่อ ก) ศึกษาความเป็นไปได้หรือการเกิดขึ้นจริงในการให้บริการ ASSIST-SBI ของสถานบริการสุขภาพ ข) ศึกษาความครอบคลุมของสถานบริการสุขภาพในการให้บริการ ASSIST-SBI ค) ศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ ASSIST-SBI และความคิดเห็น ความพึงพอใจต่อโครงการฯ และงานให้บริการ ASSIST-SBI และ ง) เพื่อให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับลักษณะของสถานบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมในการจัดบริการ ASSIST-SBI ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการจัดระบบบริการ ASSIST-SBI ในสถานบริการสุขภาพ แนวโน้มและปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความยั่งยืนของการให้บริการและโอกาสพัฒนางานบริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สุรายาสูบ และสารเสพติดในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ประเมินอย่างไร

เลือกพื้นที่ตัวอย่างของโครงการฯ แบบเฉพาะเจาะจง รวม 4 พื้นที่คือ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในงานสาธารณสุขปฐมภูมิในอำเภอจะนะกับควนเนียงของจังหวัดสงขลา และอำเภอพระยืนกับชุมแพในจังหวัดขอนแก่น

ผู้ให้ข้อมูลสำหรับการประเมินโครงการประกอบด้วย ผู้บริหาร เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการศูนย์บำบัดยาเสพติด หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ เช่น พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ใช้นิสารเสพติดและญาติ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ร่วมกับการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งการสัมภาษณ์เจาะลึก ได้สัมภาษณ์ผู้บริหารจำนวน 7 คน สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการซึ่งเป็นผู้ทำ ASSIST-SBI จำนวน 6 คน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ จำนวน 23 คน ส่วนการสนทนากลุ่มทำในพื้นที่ละหนึ่งกลุ่ม รวมเป็นสี่กลุ่ม มีเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการเข้าร่วมทั้งหมด 37 คน การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณได้จากเจ้าหน้าที่ จำนวน 43 คน และผู้ป่วยจำนวน 75 คน ระยะเวลาในการศึกษาประมาณ 6 เดือน ระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน พ.ศ.2555

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของหน่วยงานให้บริการ 2) แบบประเมินลักษณะพื้นฐานของสถานบริการ 3) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ แนวคำถามสำหรับผู้บริหาร แนวคำถามสำหรับผู้ปฏิบัติการ แนวคำถามสำหรับผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) และแนวคำถามสำหรับญาติผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 4) แบบสอบถามเชิงปริมาณ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามผู้ปฏิบัติ (ผู้ให้บริการ) เกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการให้บริการและแบบสอบถามผู้รับบริการเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการได้รับบริการ ASSIST-SBI และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการหาค่าร้อยละ

ผลการประเมินเป็นอย่างไร

1. ทิมวิจัยทำงานกันอย่างไร

ผลการประเมินในส่วนนี้จะเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการโครงการฯ ของคณะนักวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ก) ขั้นการสร้างความเข้าใจและการสนับสนุน

ทีมวิจัยฯ ชี้แจงโครงการและปรึกษาวิธีการดำเนินโครงการกับผู้บริหารของพื้นที่ เพื่อให้ผู้บริหารระดับสูงได้ตระหนักถึงความสำคัญของโครงการฯ สนับสนุนการดำเนินโครงการ พร้อมทั้งเลือกพื้นที่ดำเนินโครงการในระดับอำเภอแบบเฉพาะเจาะจง โดยคำนึงถึงศักยภาพของพื้นที่เป็นสำคัญ เช่น ความสำเร็จขององค์กรในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมด้านสารสนเทศที่ผ่านมา และการมีบุคลากรที่ทำงานด้านสารสนเทศที่เข้มแข็งอยู่ก่อนแล้ว

ข) ขั้นวางแผนบริหารจัดการโครงการ

ทีมวิจัยกำหนดขอบเขตบทบาทของคณะนักวิจัยและการทำงาน ดังนี้

- การเตรียมความพร้อมแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติ โดยการให้ความรู้ด้านสารสนเทศ ให้ตระหนักถึงความสำคัญของสารสนเทศตระหนักถึงความสำคัญของ ASSIST-SBI การนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติ (ดังรายละเอียดการจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ASSIST-SBI) โดยจังหวัดสงขลาได้จัดอบรมทั้งสิ้น 6 ครั้ง และมีผู้เข้าร่วมอบรมรวมทั้งหมด 247 คน ส่วนในจังหวัดขอนแก่น ได้จัดการอบรมไปแล้ว 4 ครั้ง และมีผู้เข้าร่วมอบรมทั้งสิ้น 134 คน สำหรับการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการนั้น จะกำหนดหลักการไว้อย่างกว้างๆ คือ เป็นแพทย์และพยาบาลผู้ปฏิบัติการของสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้อำนวยการสถานบริการปฐมภูมินั้นๆ เพื่อให้ได้เรียนรู้ระบบและวิธีการคัดกรองและทักษะการบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ให้สารสนเทศ และสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปวางแผนพัฒนางานการให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้มีปัญหาจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในโรงพยาบาล

พื้นที่จังหวัดขอนแก่นให้ข้อมูลว่าได้เตรียมความพร้อม 100% ซึ่งหมายถึงได้มีการอบรมผู้ปฏิบัติในทุกพื้นที่ที่วางแผนจะนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติ นั่นคือ สถานบริการสุขภาพทุกแห่งส่งตัวแทนเข้าร่วมอบรม แต่ไม่ได้หมายถึงการอบรมให้กับทุกคนที่จะต้องนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติ

นอกจากนี้จังหวัดสงขลายังได้ขยายการอบรม ASSIST-SBI สู่บุคลากรของหน่วยงานอื่นที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง เช่น เจ้าหน้าที่ของสถานพินิจฯ สำนักงานคุมประพฤติ และครูในโรงเรียนต่างๆ และขยายการอบรมให้ครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอในจังหวัดสงขลา รวมทั้งจังหวัดใกล้เคียงที่สนใจจะนำ ASSIST-SBI ไปใช้

ผู้ประเมินภายในพบว่า การจัดอบรมแต่ละครั้งในโครงการนี้มีความน่าสนใจและมีจุดแข็ง เพราะสามารถเพิ่มพูนความรู้ให้กับผู้เข้ารับการอบรมเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ด้านสารเสพติด การออกฤทธิ์ของสารเสพติดที่นำไปสู่การเข้าใจผู้เสพยาเสพติด นอกจากการอบรมจะเน้นที่ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด ผู้เสพยาเสพติด รวมถึง ASSIST-SBI แล้ว ยังมี การปรับทัศนคติของบุคลากรสุขภาพต่อผู้เสพยาเสพติด และทัศนคติต่อการนำ ASSIST-SBI ไปใช้ โดยชี้ให้เห็นถึงค่าของบุคลากรผู้ให้บริการ และให้เห็นถึงความสำคัญของ ASSIST-SBI ที่สามารถช่วยผู้เสพยาเสพติดได้ เพราะโครงการนี้ผู้เข้าอบรมไม่เพียงแต่มีความรู้ แต่จะต้องนำความรู้สู่การปฏิบัติ รวมถึงการปฏิบัติที่จะต้องอาศัยความตั้งใจและความมุ่งมั่นอีกด้วย

- การสนับสนุนงบประมาณให้แต่ละสถานบริการสุขภาพ ทีมวิจัยได้จัดสรรเงินจำนวนหนึ่งให้แต่ละพื้นที่ใช้ในการบริหารจัดการ เช่น การจัดอบรม การประชุมของคณะทำงาน เป็นต้น และให้สิทธิแก่พื้นที่ในการบริหารจัดการด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพแต่ละแห่งมีการบริหารจัดการงบประมาณแตกต่างกัน โดยสถานบริการสุขภาพบางแห่งได้จัดสรรงบประมาณหน่วยบริการปฐมภูมิหรือแผนกต่างๆ โดยการให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือแผนกต่างๆ เหล่านั้นจัดทำข้อเสนอโครงการเพื่อเสนอขอทุนในการนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติ
- การอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ทีมวิจัยได้จัดอบรมให้กับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติ การสนับสนุนแบบสอบถาม หนังสือ และข้อมูลต่างๆ อย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการ ตลอดจนการประสานกับพรส. ผู้ให้ทุน

ค) การติดตามการดำเนินงาน

ในจังหวัดสงขลาทีมติดตามคือ ทีมวิจัยที่เป็นทีมที่ตั้งขึ้นมาอย่างเฉพาะกิจ ส่วนจังหวัดขอนแก่น ทีมติดตาม คือ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านสารเสพติด ซึ่งทั้งสองทีมอาจจะไม่ทำให้ผลการดำเนินงานแตกต่างกันอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม สัมพันธภาพระหว่างทีมวิจัยกับบุคลากรของสถานบริการสุขภาพ ความชัดเจนในบทบาทของทีม ความสามารถในการช่วยเหลือและแก้ปัญหา และความต่อเนื่องของการติดตาม มีผลต่อความสำเร็จของโครงการเป็นอย่างมาก เพราะหากทีมติดตามมีคุณลักษณะเหล่านี้ก็จะมีผลต่อการนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติที่ชัดเจน

ในแต่ละพื้นที่จะมีการติดตามด้วยการไปเยี่ยมเยียนในพื้นที่ประมาณ 3-4 ครั้งในช่วงเวลาหนึ่งปีครั้งแรกของโครงการ บางพื้นที่การไปติดตามงานจะทำไปพร้อมกับโครงการอื่นๆ ซึ่งอาจจะมีข้อดีที่สามารถประหยัดเวลา แรงงาน และงบประมาณ แต่บางครั้งอาจจะทำให้ไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนและไม่มีความเฉพาะเจาะจง นอกจากการติดตามโดยการไปเยี่ยมเยียนแล้ว จะเป็นการติดตามแบบการให้ทีมบริหารโครงการของโรงพยาบาลรายงานความก้าวหน้า และรายงานปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

โดยภาพรวม พบว่าทีมติดตามไม่ได้แสดงบทบาทของการช่วยเหลือเพื่อหาหนทางของการแก้ปัญหา เป็นการรับฟังปัญหา มากกว่าที่จะร่วมช่วยแก้ปัญหา หากแต่ให้สิทธิและโอกาสแก่หน่วยงานนั้นในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งแม้ทีมติดตามได้มีการช่วยเหลือในบางประเด็น เช่น การสนับสนุนเครื่องมือ แต่อาจจะไม่ได้ช่วยเหลือในบางประเด็นที่สำคัญและมีผลต่อการนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติ เช่น ไม่ได้ร่วมแก้ปัญหาของการไม่นำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติ ไม่ได้ช่วยสร้างความมั่นใจในการนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติอย่างใกล้ชิดในระยะเริ่มต้น และไม่ได้ร่วมแก้ปัญหาหรือเสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหากรณีขาดแคลนบุคลากร เป็นต้น

“การอบรมในโครงการนี้ นอกจากจะเน้นที่ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดและการคัดกรองบำบัดเบื้องต้นแล้วยังมีการปรับทัศนคติของบุคลากรสุขภาพต่อผู้เสพยาเสพติดและการทำ ASSIST-SBI ไปใช้ โดยชี้ให้เห็นถึงค่าของบุคลากรผู้ให้บริการ...”

2. สถานบริการสุขภาพดำเนินงานกันอย่างไร

ผลการศึกษาในส่วนนี้จะเกี่ยวข้องกับสถานบริการสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการฯ ในด้านต่างๆ ที่สำคัญต่อการดำเนินงานเพื่อนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เช่น ความเป็นไปได้ในการให้บริการ ASSIST-SBI ของสถานบริการสุขภาพ ความครอบคลุมของสถานบริการสุขภาพในการให้บริการ ASSIST-SBI ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ก) ความเป็นไปได้ในการให้บริการ ASSIST-SBI ของสถานบริการสุขภาพ

จากผลการประเมินพบว่า มีความเป็นไปได้มากในการให้บริการ ASSIST-SBI ในแต่ละสถานบริการสุขภาพต่างๆ หากแต่จะต้องเพิ่มระบบสนับสนุนที่ชัดเจน เช่น การกำหนด ASSIST-SBI เป็นนโยบายของหน่วยงาน มีการมอบหมายงาน ASSIST-SBI ที่ชัดเจนต่อผู้ปฏิบัติ มีการคัดเลือกคนที่เหมาะสมเข้ามาเข้าร่วมอบรมที่เหมาะสม และมีพันธสัญญาร่วมกัน รวมถึงการสร้างทัศนคติที่ดีของผู้ปฏิบัติต่อการนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติ

ในด้านโครงสร้างการบริหารงานในโครงการพบว่า แต่ละสถานบริการสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการมีความเข้มแข็ง ทั้งนี้เพราะโครงการวิจัยนี้มีแผนงานโครงการที่มีความชัดเจน เช่น มีการคัดเลือกพื้นที่ในการจัดทำโครงการที่ชัดเจน มีการแต่งตั้งคณะทำงาน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเชิงกระบวนการปฏิบัติงานจริง พบว่ามีจุดอ่อน แม้จะมีการอบรมเชิงปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพ แต่ในขั้นของการนำความรู้สู่การปฏิบัตินั้นไม่มีความต่อเนื่อง ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นผลจากระบบโครงสร้าง และระบบสนับสนุนที่ไม่ชัดเจน ถึงแม้ผู้บริหารจะตอบรับการนำ ASSIST-SBI มาทดลองใช้ในหน่วยงาน แต่ไม่ได้พัฒนาระบบการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ไม่ได้กำหนดให้เป็นภาระงานหลักขององค์กร และผู้ปฏิบัติงานจะต้องบริหารจัดการตนเอง และสร้างโอกาสให้กับตนเองในการนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นความสนใจระดับบุคคล ดังนั้นด้วยภาระงานที่มากมายหลายด้าน ทำให้ไม่สามารถนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติที่ต่อเนื่อง หากได้รับการสนับสนุนระดับนโยบายที่ชัดเจน กลุ่มที่มีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญก็จะสามารถนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังที่กล่าวไว้ว่า

“นโยบายจะต้องช่วย เพราะหากผู้บริหารยังไม่ประกาศให้ (ASSIST) เป็นนโยบาย ผู้บริหารยังไม่ฟัง คนทำงานก็ยังไม่ทำเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ทำให้การนำ ASSIST สู่การปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่จะต้องใช้เวลาออก (เวลาที่นอกเหนือจากงานประจำ) ในการทำ”

“เรารู้ว่า ASSIST มันเป็นเครื่องมือที่เวิร์คมาก คัดกรองสารได้หลายชนิด แต่เราต้องการให้ผู้นำช่วยเวิร์คด้วย ฟังคิดว่าผู้บริหารจะต้องประกาศให้เป็น KPI และบรรจุเข้าสู่งานประจำ ถ้าผู้บริหารประกาศปุ๊บ ฟังคิดว่าเราทำได้ดีกว่านี้ เพราะแผนงาน อุปกรณ์ ทรัพยากรต่างๆ เราเตรียมไว้พร้อมแล้ว ทุกคนก็จะต้องเวิร์ค ไม่งั้นอยู่ไม่ได้”

ดังนั้นหากได้รับการสนับสนุนระดับนโยบายที่ชัดเจน กลุ่มที่มีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญก็จะสามารถนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“การอบรมในโครงการนี้ นอกจากจะเน้นที่ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดและการคัดกรองบำบัดเบื้องต้นแล้วยังมีการปรับทัศนคติของบุคลากรสุขภาพต่อผู้เสพสารเสพติดและการนำ ASSIST-SBI ไปใช้ โดยใช้ให้ตระหนักถึงความมีคุณค่าของบุคลากรปฎิบัติ ผู้ให้บริการ...”

ข) ครอบคลุมของสถานบริการสุขภาพในการให้บริการ ASSIST-SBI

ในประเด็นความครอบคลุมในการนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติในขณะนี้อาจจะสรุปได้ยาก เพราะ ณ ปัจจุบัน จะเห็นว่าสถานบริการสุขภาพเกือบทั้งหมดที่นำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติอาจจะยังไม่ถึง และไม่มีรูปแบบที่มีความชัดเจน ยังไม่มีการขยาย ASSIST-SBI ให้มีความครอบคลุมหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทุกหน่วย แต่น่าชื่นชมที่บุคลากรหลายคนมีความพยายามเป็นอันมาก แม้จะต้องทำ ASSIST-SBI เพิ่มจากงานประจำ อย่างไรก็ตามหากไม่มีแรงจูงใจหรือแรงสนับสนุนที่มากพอ อาจจะทำให้กำลังลดน้อยลง เพราะด้วยภาระงานอื่นๆ ที่จะต้องรับผิดชอบ อย่างไรก็ตามในกลุ่มที่มีพลังความตั้งใจที่สูง หาก ASSIST-SBI ถูกกำหนดมาด้วยนโยบาย ซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยระบบ เชื่อว่าบุคลากรกลุ่มนี้จะสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นอันมาก

ค) ผลที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ ASSIST-SBI

จากการประเมินในครั้งนี้ พบว่า ผลที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ ASSIST-SBI ทั้งในเชิงกระบวนการ ผลลัพธ์และผลกระทบ ต่อตัวผู้ป่วย ญาติ และชุมชน ผู้บริหาร บุคลากร ผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ดังนี้

- ผลในเชิงกระบวนการ พบว่า ผลที่สำคัญที่เกิดขึ้นแล้ว คือ บุคลากรมีศักยภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะบุคลากรที่เข้ารับการอบรมมีความรู้เกี่ยวกับ ASSIST-SBI ซึ่งเป็นเครื่องมือใหม่ในการคัดกรองสารเสพติด ซึ่งมีความสำคัญในอนาคต หากมีการนำ ASSIST-SBI เข้าสู่งานประจำของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

- ผลในเชิงผลลัพธ์

บุคลากรทีมสุขภาพที่ได้รับการอบรม รับรู้ว่าการนำ ASSIST-SBI มาใช้นั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว และนำมาซึ่งความรู้สึกพึงพอใจและภาคภูมิใจในตนเองของบุคลากร จากข้อมูลเชิงปริมาณ (ตารางที่ 5.1) พบว่า บุคลากรมากกว่าร้อยละ 80 มีความพึงพอใจระดับมากที่สุดในการนำ ASSIST-SBI ไปใช้ และได้มีเครื่องมือหรือกลยุทธ์ที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้บุคลากรบางรายอาจจะให้บริการ ASSIST-SBI ได้น้อยลงกว่าในช่วงแรก แต่ก็ยังกล่าวด้วยความมั่นใจและชัดเจนว่า ASSIST-SBI มีความสำคัญและมีคุณค่า ดังนั้น หากสามารถนำ ASSIST-SBI เข้าสู่ระบบและบรรจุเป็นงานประจำได้ เชื่อว่ามีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ดังคำพูดที่ว่า

“ที่คิดว่าเครื่องมือนี้ดีมาก (สายตาแสดงความมั่นใจ) พออบรมมา ก็เริ่มลองนำมาใช้เลย นำมาใช้ก็รู้ว่าดี เราได้รู้ว่ามีประชาชนที่อยู่ในพื้นที่เรามีปัญหาที่สู่มอยู่หรือซ่อนอยู่อะไรบ้าง... ได้รู้จักเขา เราได้ช่วยเหลือเขาได้ ตอนนี้ก็ทำไม่ค่อยได้ทำ เพราะประชุมเยอะ แต่คิดว่า ASSIST ดี พยายามให้เขาเข้าเป็น KPI ของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่จะได้เข้าใจและช่วยกันเขาไปใช้”

“พอโครงการดีๆ มาปุ๊บ เรายินดีรับ ถึงแม้บางครั้งเราไม่มีเวลา ถึงงานจะเยอะ เพราะเรารู้สึกว่าสิ่งเหล่านี้มีประโยชน์ มีคุณค่า ไม่คิดว่าได้ค่าตอบแทนเท่าไร ได้เงินเท่าไร ไม่ได้คิด เพื่อให้ชาวบ้านได้รับสิ่งที่ดีๆ เพราะชาวบ้านยังขาดอะไรเยอะ ยังขาดความรู้ความเข้าใจ... บางคนเราอยากรักษาเขา เพราะความสงสารลูกเมีย ลูกเขายังเล็ก ลูกเขาสองสามคนยังงอแง ถ้าพ่อเขาเป็นตับแข็งทำงานไม่ได้ แล้วพวกนี้จะอยู่ยังไง”

“พออบรมมาปุ๊บ ก็ลองทำเลย ตอนแรกก็งงๆ ก็ปรึกษาอาจารย์ แล้วก็รับคำถาม เวลาคุยเราจะยกตัวอย่าง ให้เขาเห็นภาพที่ทำทุกโอกาส ...เมื่อก่อนโดนตำ แต่เรามีความจริงใจ สุดท้ายเราก็ชนะใจ เราภูมิใจนะ มีความสุขมาก สุขใจสำคัญมากกว่าเงินทอง”

“พอเขาเปิดใจให้เรา เราก็เจาะเข้าไป เราต้องหาจุดยืนเขาก่อนว่าเขาให้ความสำคัญกับอะไร เหมือนเขาพาลูกมาฉีดยาฉีดวัคซีน เราก็ถามเขาว่าเล็กเพื่อใคร จุดมุ่งหมายเพื่อลูก เราก็ใช้จุดตรงนั้นคุยกับเขาไป”

“ถ้าหมดโครงการที่จะทำ ไม่เห็นยุ่งยากอะไร ถ้าบูรณาการเข้างานประจำ ไม่ทำอะไรให้เราเสียหาย เอาไปในชุมชนก็ทำได้... รับผิดชอบงานเยอะ รับทุกอย่าง มีผู้สูงอายุด้วย แค่อุบายการเข้ามาให้หมด”

บุคลากรอื่นๆ เช่น ครู เจ้าหน้าที่จากสถานพินิจฯ และหน่วยงานคุมประพฤติ มีความรู้ ความเข้าใจใน ASSIST-SBI ซึ่งจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ต่อไปในอนาคต หากมีการนำ ASSIST-SBI ไปปรับใช้ในบริบทอื่นๆ

ผู้ป่วย ญาติ และชุมชน จากการประเมินพบว่า การสอบถามเรื่องการใช้สารเสพติด การได้รับคำแนะนำในการลด ละ เลิกเสพ สารเสพติดด้วยเครื่องมือ ASSIST-SBI ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ที่เกิดผลดีในชีวิตของตนเอง รู้สึกดีใจที่มีคนสนใจ ช่วยเหลือ โดยผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 85 มีความพึงพอใจระดับมากที่สุดที่ได้รับการคัดกรองด้วย ASSIST-SBI (ตารางที่ 5.2) ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลายรายที่กล่าวถึงประสบการณ์ของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นผลจากการแนะนำของเจ้าหน้าที่

“เหล้าไม่กินแล้ว ยาสูบ สูบบ้างไม่สูบบ้าง สูบน้อยลง รู้สึกอยากหยุด... คิดถึงหลาน เห็นเขา (พยาบาล) ว่าไม่ดีถ้าควัน บุหรี่เข้าปอด เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว เฮินดูหลาน”

“ผมมีเพื่อนที่ทำงานที่สตูล (สตูลเป็นจังหวัดชายแดนใต้ และมีบุหรี่ปากจากประเทศมาเลเซีย) แต่ก่อนพอมันกลับมา มันก็เอายาสูบมาแจก ตอนนั้นผมบอกกว่าอย่าซื้อยาสูบมา ให้ซื้ออย่างอื่นมาแทน ผมไม่สูบแล้ว ให้ยาสูบเหมือนกับให้ โรคมะเร็งผมคิดว่าอย่างนั้น”

ภรรยาของผู้เลิกติ่มสุรารายหนึ่งกล่าวว่า “ตนเองมีความสุขที่สุดในชีวิตที่สามีเลิกติ่มสุรา ทำให้มีเงินเหลือเก็บ และไม่ทะเลาะเบาะแว้งกันในครอบครัว”

ซึ่งในวันนัดสัมภาษณ์สามีไม่ได้มาร่วมให้สัมภาษณ์ ภรรยาเล่าด้วยสีหน้ายิ้มแย้มอย่างมีความสุขว่า “เขาไม่ได้มา เพราะเขาไปทำงาน เขาเลิกเหล้าได้แล้ว เมื่อก่อนเขาเมาทุกวัน เมามากก็เดินด่าคนโน้นคนนั้นบนถนน เงินก็ไม่เหลือ เอาไปซื้อเหล้าหมด พอหมออ้อมมาช่วยคุยกับเขา และบอกว่าหนูจะช่วยพ่อ (ผู้ป่วย) ให้เลิกเหล้า เขามาคุย พาไปอนามัย ตอนนี้เลิกได้แล้ว ทำงานมาก็เอาเงินให้ ไม่เก็บไว้เองเลย ไม่ทะเลาะกันเลย ฉันทึใจมากๆ เลย (น้ำตาคลอ)”

นอกจากนี้ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขของบางพื้นที่กล่าวว่า หลังจากที่ได้รับการคัดกรองด้วย ASSIST-SBI สิ่งนี้ช่วยให้ตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และคิดว่าตนเองสามารถนำประสบการณ์ไปถ่ายทอดสู่บุคคลอื่น เพราะตนเองเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ดังนั้นเมื่อสามารถเลิกสูบบุหรี่ และติ่มสุราได้จึงเกิดความภาคภูมิใจ และที่สำคัญตนเองเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ดังนั้นเมื่อเลิกสูบบุหรี่ได้ย่อมเป็นตัวอย่างที่ดี

“พอไม่กินเหล้า ก็ไม่รบกับเมีย เพราะเวลาผมกินเหล้า ก็ทำงานไม่รอด เสียงานเสียการ พอหมอ (พยาบาล) มาถามเรื่องนี้ (ติ่มเหล้า) มีประโยชน์ มีมาก อย่างน้อยก็ได้เอาไปคิด ได้กระตุ้นความคิด ว่าเหล้า บุหรี่ ไม่ดี บางทีเรากิน โดยเราไม่คิดอะไรเลย แต่พอเขากระตุ้นเราก็ดูคิดว่าไม่ดี สุขภาพเราเรารู้ว่าไม่ดีเวลาเรากิน... ผมเป็น อสม. กัน เป็นผู้นำเพื่อน พอเราเลิกได้ เราก็นำมา บอกเขาได้เต็มปากว่ามันสบายใจเวลาจะสอนเพื่อนต่อไป เพราะเราเลิกได้แล้ว”

ตารางที่ 6.1 ความคิดเห็นของบุคลากรสุขภาพต่อการทำ ASSIST-SBI

ท่านคิดว่า...	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่แน่ใจ
1. การทำ ASSIST-SBI มีประโยชน์ และควรจะนำไปใช้ในงานของท่าน	81.39	9.30	2.32	6.97
2. การทำ ASSIST-SBI ช่วยให้ผู้รับบริการมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และนำไปสู่การลด ละ เลิกใช้สารเสพติด	67.44	20.93	4.65	6.97
3. การทำ ASSIST-SBI ช่วยให้ผู้รับบริการเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้สารเสพติด	34.88	48.83	9.30	6.97
4. การทำ ASSIST-SBI ช่วยให้ผู้รับบริการมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น	44.18	44.18	2.32	9.30
5. การทำ ASSIST-SBI ช่วยให้ผู้รับบริการได้เห็นโทษของการใช้สารเสพติด	65.11	27.90	0	6.97
6. การทำ ASSIST-SBI ช่วยให้ผู้รับบริการทราบหนทางที่จะลด ละ เลิกการใช้สารเสพติด	62.79	25.58	2.32	9.30
7. การทำ ASSIST-SBI สามารถช่วยให้ผู้รับบริการมีชีวิตที่ดีขึ้น	58.13	23.25	6.97	11.62
8. หากผู้ที่ใช้สารเสพติดได้รับการทำ ASSIST-SBI จะช่วยพวกเขาได้รับโทษจากการเสพยาติดน้อยลง	44.18	27.90	6.97	20.93
9. หากผู้ที่ใช้สารเสพติดได้รับการทำ ASSIST-SBI จะช่วยให้สังคมน่าอยู่มากขึ้น	62.79	20.93	6.97	9.30
10. หากผู้ที่ใช้สารเสพติดได้รับการทำ ASSIST-SBI จะช่วยให้ประเทศชาติมีความสงบมากขึ้น	60.46	23.25	6.97	9.30
11. ผู้มารับบริการทุกคนควรจะได้รับการทำ ASSIST-SBI	44.18	39.53	9.30	6.97
12. ท่านพึงพอใจที่ได้มีโอกาสทำ ASSIST-SBI	58.13	25.58	2.32	13.95
13. สถานบริการสุขภาพทุกแห่งควรนำ ASSIST-SBI ไปใช้	74.41	13.95	2.32	9.30
14. ควรนำการทำ ASSIST-SBI เข้าสู่งานประจำ	51.16	30.23	9.30	9.30

(ประเมินโดยใช้แบบสอบถามจากบุคลากร 43 คน ในโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการฯ ในสี่อำเภอ)

ตารางที่ 6.2 ความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติต่อการให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด

ท่านคิดว่า...	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่แน่ใจ
1. การถูกถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด มีประโยชน์ต่อท่าน	62.66	33.33	2.66	1.33
2. การถูกถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดช่วยให้ท่านมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และนำไปสู่การลด ละ เลิกใช้สารเสพติด	64.00	25.33	8.00	2.66
3. การถูกถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดช่วยให้ท่านเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด	50.66	40.00	6.66	2.66
4. การถูกถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดช่วยให้ท่านมีสัมพันธภาพกับครอบครัวในทางที่ดีขึ้น	41.33	33.33	13.33	12.00
5. การถูกถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดช่วยให้ท่านได้เห็นโทษของการใช้สารเสพติด	58.66	36.00	2.66	2.66
6. การถูกถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดช่วยให้ท่านเห็นหนทางที่จะลด ละ เลิกการใช้สารเสพติด	54.66	41.33	1.33	2.66
7. การถูกถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดช่วยให้ท่านสามารถเลิกการใช้สารเสพติดได้	44.00	33.33	9.33	13.33
8. การถูกถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดช่วยให้ท่านมีชีวิตที่ดีขึ้น	46.66	32.00	8.00	13.33
9. การถูกถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดช่วยให้ท่านได้รับโทษจากสารเสพติดน้อยลง (มีชีวิตรอดภัยขึ้น)	29.33	49.33	9.33	12.00
10. การถูกถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดช่วยให้สังคมน่าอยู่มากขึ้น	40.00	30.66	2.66	26.66
11. การถูกถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดช่วยให้ประเทศชาติมีความสงบมากขึ้น	28.00	29.33	5.33	37.33
12. ทุกคนควรจะถูกถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด	52.00	13.33	12.00	22.66
13. ท่านพึงพอใจที่ได้ถูกถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด	86.66	6.66	2.66	4.00
14. สถานบริการสุขภาพทุกแห่งควรได้ถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการทุกคน	65.33	6.66	8.00	20.00

(ประเมินโดยใช้แบบสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ 75 คน ในโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการฯ ในสี่อำเภอ)

3. มีปัจจัยอะไรบ้างที่เอื้อให้งานนี้ประสบความสำเร็จ

ผู้ประเมินสรุปว่าปัจจัยที่มีผลต่อความต่อเนื่องในการนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติ ได้แก่

ก) เจ้าหน้าที่ที่เข้ารับการอบรม: อยู่ທີ່ใจ ความสนใจ และความตั้งใจ

ความสนใจ ความตั้งใจ และความมุ่งมั่นของบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติ ซึ่งในที่นี้หมายถึงความรวมถึงความสนใจในประเด็นปัญหาการใช้สารเสพติด ความต้องการที่จะช่วยเหลือคนกลุ่มนี้ ความตั้งใจในการอบรม และความมุ่งมั่นที่จะนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติ บุคลากรบางรายได้พยายามจัดสรรเวลาของตนเองในการทำ ASSIST-SBI ในช่วงเวลาอื่นๆ นอกเหนือจากเวลาที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยบริการ เช่น เวลาปฏิบัติงานในชุมชนและเยี่ยมบ้าน เป็นต้น หากวิเคราะห์ด้วยทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคคลที่จะได้รับคัดเลือกมาร่วมโครงการจะต้องเป็นผู้ที่อยู่ในระยะเตรียมการ (preparation) หรือลงมือกระทำ (action) เพราะหากยังอยู่ในระยะลังเล สงสัย ไม่สนใจ ทีมวิจัยอาจจะต้องใช้กลยุทธ์อื่นในการอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมให้มีความพร้อมในการให้บริการ ASSIST-SBI มากขึ้น

ข) ระบบที่เอื้อต่อการนำ ASSIST-SBI สู่ปฏิบัติ

- การสนับสนุนของผู้บริหารในรูปแบบต่างๆ เช่น การกำหนด ASSIST-SBI เป็นดัชนีชี้วัดการปฏิบัติงานที่สำคัญ (Key performance index; KPI) ของหน่วยงาน แม้จะไม่ประกาศอย่างเป็นทางการ แต่ถ้ามีการมอบหมายงานที่ชัดเจน ว่าให้งาน ASSIST-SBI เป็นงานหนึ่งที่จะต้องรับผิดชอบของหน่วยงาน หรือผู้บริหารนำการทำ ASSIST-SBI มาเป็นภาระงานหนึ่งที่ใช้ในการกำหนดความดีความชอบหรือเพิ่มขึ้นเงินเดือน จะทำให้การทำ ASSIST-SBI ของเจ้าหน้าที่มีความต่อเนื่อง รวมทั้งผู้บริหารให้อิสระในการทำงาน บุคลากรคนหนึ่งกล่าวว่า แม้ผู้บริหารอาจจะไม่ได้แสดงถึงการสนับสนุนที่ชัดเจน เพียงหัวหน้าไม่ตำหนิที่ตนเองจะต้องใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้เสพสารเสพติดนานเพียงแค่นี้ก็นับว่าเป็นการสนับสนุนแล้ว
- การมอบหมายงานอย่างชัดเจนแก่ผู้รับผิดชอบ เพื่อร่วมงานเข้าใจในงานที่ทำ สถานบริการสุขภาพบางแห่งที่ร่วมโครงการได้ให้อิสระแก่ผู้ปฏิบัติในหน่วยงานต่างๆ ได้วางแผนการทำงานร่วมกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนรับทราบภาระงานที่เพิ่มขึ้น และทราบบทบาทของผู้ที่จะต้องไปทำงานคัดกรอง ASSIST-SBI ที่เพิ่มขึ้น
- การสนับสนุนคนและงบประมาณให้เอื้อต่อการนำ ASSIST-SBI ไปใช้ ในการประเมินครั้งนี้พบว่า บางสถานบริการสุขภาพอาจจะไม่ประสบความสำเร็จในการนำ ASSIST-SBI ไปใช้มากนัก ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นผลมาจากเวลาที่ต้องใช้ในการทำ ASSIST-SBI ค่อนข้างนาน การขาดอัตรากำลังคน เพราะบุคลากรมีภาระงานมาก ให้ความสนใจน้อย ไม่มีเวลา ดังนั้นบางแห่งได้มีการเสนอวิธีการที่จะเพิ่มจำนวนการคัดกรองด้วย ASSIST-SBI โดยการจัดเวรเสริม และให้นำงบประมาณที่ได้รับจากโครงการวิจัยมาจ่ายเป็นค่าตอบแทน ซึ่งอาจจะไม่ใช่ทางเลือกที่ดีที่สุด เพราะทำให้เกิดความยั่งยืนในการให้บริการ หากโครงการวิจัยจบลงและไม่มียกงบประมาณสนับสนุน การบริการนี้ก็อาจจะยุติลงด้วย แต่ถ้าวเคราะห์สถานการณ์ในรายละเอียดพบว่า ในช่วงบ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวนผู้ป่วยจะน้อยลง ดังนั้น หากปัญหาในการคัดกรองเกิดจากจำนวนผู้ป่วยที่มีมากในช่วงเช้า บุคลากรสามารถคัดกรองในช่วงบ่าย เพราะเป็นช่วงที่มีผู้รับบริการจำนวนน้อย นอกจากนี้การคัดกรองอาจจะทำได้ในบริบทอื่นๆ เช่น ชุมชน โรงเรียน เพราะบริบทเหล่านั้นก็เป็นความรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย

- การพยายามปรับรูปแบบการนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติ
 - ๑ เปลี่ยนสถานที่คัดกรอง ในผู้ป่วยบางรายการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อด้วย ASSIST-SBI อาจจะต้องใช้เวลา มากกว่า 30 นาที ดังนั้นจึงอาจจะไม่สามารถทำที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการได้ ดังนั้นจึงปรับกลยุทธ์ เช่น การนำไปใช้ในชุมชน หรือค่ายเยาวชน บางสถานบริการ สุขภาพได้มุ่งเน้นการคัดกรองที่แผนกอื่นร่วมด้วย เช่น แผนกผู้ป่วยใน เพราะผู้ป่วยมีเวลาอยู่ในโรงพยาบาลนาน
 - ๑ เริ่มคัดกรองสุราและบุหรีก่อน แม้ ASSIST จะสามารถคัดกรองสารเสพติดได้หลายชนิด แต่สารที่พบจากการ คัดกรองมากที่สุดคือ สุรา และบุหรี เพราะเป็นสารที่ไม่ผิดกฎหมาย ในบางกรณีผู้ป่วยอาจจะไม่ไว้วางใจหากถาม เรื่องการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ ผู้ปฏิบัติที่เข้าใจบริบทของสารเสพติดและผู้เสพสารเสพติดอาจจะปรับเปลี่ยน โดยเริ่มจากการคัดกรองสุรา และบุหรี หากผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ เขาก็อาจจะบอกถึงการเสพสารเสพติดชนิดอื่น และถึงแม้ว่าจะได้เพียงการคัดกรองการสูบบุหรี ก็ยังดีกว่าไม่ได้คัดกรองเลย
 - ๑ เริ่มคัดกรองจากผู้สนใจก่อน บุคลากรบางรายบอกว่า หากคัดกรองในผู้ป่วยที่ยังไม่สนใจที่จะเปลี่ยนแปลง อาจจะทำให้รู้สึกท้อ แต่หากทำในผู้ที่เริ่มสนใจที่จะปรับพฤติกรรม อาจจะทำให้ความสำเร็จมากขึ้น ดังนั้นจึงเริ่ม จากผู้สนใจ และกลยุทธ์ที่สำคัญที่นำมาใช้ในการจูงใจคือ การเชื่อมโยงการเสพสารเสพติดกับสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญในชีวิต ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า เพราะรักหลานจึงต้องการเลิกสูบบุหรี ซึ่งทำให้การคัดกรอง และบำบัดได้ผล ทำให้ผู้ป่วยรายนี้หยุดสูบบุหรีมานานกว่า 5 เดือนแล้ว นอกจากนี้อาจจะเริ่มจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด โรคความดันโลหิตสูง เพราะสามารถเชื่อม ASSIST-SBI กับโรคที่เป็นอยู่ได้ง่ายกว่า ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การให้บริการ ASSIST-SBI กับผู้ที่อยู่ในระยะของการลงเลงสย หรือเตรียมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการเสพสารเสพติด จะได้ผลมากกว่าในผู้ที่ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญ สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะไม่สนใจ หรือ happy user จะต้องใช้เวลาและใช้กลยุทธ์การเร้าความรู้สึก ซึ่งบุคลากรบางคนอาจจะขาดความมั่นใจ ในการบำบัดแบบนี้
 - ๑ **ทำมาก รู้มาก สร้างกำลังใจ และเกิดความภาคภูมิใจ** บุคลากรบางคนกล่าวว่า ในช่วงเริ่มต้นการให้บริการ ASSIST-SBI อาจจะไม่มีความมั่นใจ แต่เมื่อคัดกรองไปเรื่อยๆ จะมีความชำนาญในการใช้แบบ ASSIST-SBI มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีเทคนิคในการพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น มีความมั่นใจและมีกำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เปรียบเสมือนกำลังใจที่ทำให้มีความตั้งใจที่จะนำ ASSIST-SBI ไปใช้ต่อไป ประกอบกับ การทำ ASSIST-SBI ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ทำให้บุคลากรเหล่านี้ตระหนักถึง ความมีคุณค่าในตนเอง
 - ๑ ปรับวิธีคัดกรอง ASSIST ให้ง่ายต่อการนำไปใช้ ในสถานบริการสุขภาพบางแห่ง บุคลากรได้พยายามปรับวิธี คัดกรองใหม่ให้ง่ายต่อการนำไปใช้ และสอดคล้องกับบริบทของตนเองซึ่งนับว่าเป็นความพยายามอีกขั้นหนึ่ง เช่น การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยในการคิดคะแนน การแบ่งขั้นตอนคัดกรองออกเป็นสองส่วน คือ ถามคำถามข้อหนึ่ง เท่านั้นก่อนในผู้ป่วยทุกราย เพื่อจำแนกผู้ป่วยออกเป็น ผู้ที่ไม่เคยใช้สารชนิดใดเลย ผู้ที่ใช้น้ำหรือ/ผลิตภัณฑ์ยาสูบ เท่านั้น และผู้ที่เคยใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ และใช้แบบคัดกรอง ASSIST กับกลุ่มที่สามเท่านั้น
 - ๑ หากกลยุทธ์ในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยรุ่น แม้บุคลากรบางคนจะบอกว่า ASSIST-SBI อาจจะไม่สามารถ นำไปใช้กับกลุ่มวัยรุ่นได้ หรือเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นได้ยาก แต่มีบุคลากรบางกลุ่มสามารถเข้าถึงกลุ่มนี้ได้ โดยการนำ ASSIST-SBI ไปใช้ในการทำค่ายสารเสพติดของวัยรุ่น บางรายเสนอว่าอาจจะมีการทำไปใช้ในโรงเรียน หรือสมาชิก กลุ่ม To be Number One

- ๑ การทำ ASSIST-SBI อย่างเต็มรูปแบบจะได้ผลดี แม้การทำ ASSIST-SBI อาจจะต้องใช้เวลามากกว่า 30 นาที แต่ผู้ที่ทำ ASSIST-SBI อย่างเป็นขั้นตอนตามที่ได้รับการอบรมพบว่า สามารถช่วยผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม บุคลากรที่ให้บริการมักจะทำการคัดกรองด้วย ASSIST อย่างเต็มรูปแบบ ส่วนการทำ BI นั้นมักจะเป็นเพียงการชี้ให้เห็นถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติด ส่วนการเลิกหรือลดการเสพยา หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเอง นอกจากนี้บุคลากรบางคนอาจจะส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองไปยังคลินิกงดบุหรี่ หรือคลินิกสารเสพติดของโรงพยาบาลเพื่อรับการบำบัดที่มีความเฉพาะเจาะจง
- ๑ จำนวนผู้รู้เรื่องคัดกรอง และทำหน้าที่ในการคัดกรองของแต่ละหน่วยงาน

เจ้าหน้าที่เข้าร่วมอบรม ASSIST จากสถานบริการสุขภาพในจังหวัดสงขลา และจังหวัดขอนแก่น

สถานบริการสุขภาพ	จำนวนผู้ที่เข้ารับการอบรม	จำนวนผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรอง
โรงพยาบาลจะนะและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในอำเภอจะนะ	34	34
โรงพยาบาลควนเนียงและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในอำเภอควนเนียง	41	41
โรงพยาบาลพระยีนและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในอำเภอพระยีน	34	34
โรงพยาบาลชุมแพและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในอำเภอชุมแพ	50	50



สรุปและก้าวต่อไป

“ชีวิตก็เหมือนกับการขี่จักรยาน
การที่จะรักษาสมดุลไว้ได้ คุณจะต้องขับเคลื่อนมันต่อไป”

-Albert Einstein-

พบเห็นอะไรบ้างจากการทำงานในโครงการ Thailand ASSIST SBI

- สถานพยาบาลแบบใดควรให้บริการ ASSIST SBI
 - ก้าวต่อไปในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องควรเป็นอย่างไร
- 

7 สรุปและก้าวต่อไป

สิ่งที่พบเห็นจากการทำงานในโครงการพัฒนาระบบบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ผู้ใช้สารเสพติดในสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยใช้เครื่องมือ ASSIST คือ

- **ผู้ป่วยที่เข้ามาโรงพยาบาลด้วยปัญหาโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ประมาณหนึ่งในสามคนใช้สารเสพติดในระดับเสี่ยงปานกลางหรือเสี่ยงสูงด้วย** การสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบและการดื่มสุราเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด ผู้ป่วยเหล่านี้ยินดีที่จะได้รับการคัดกรองและการบำบัดอย่างย่อหรือแนะนำอย่างง่าย
- บุคลากรสุขภาพในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิมีความสนใจใฝ่รู้ พร้อมเรียนรู้ พัฒนาตนเอง และรับสิ่งใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย โรงพยาบาล และสังคม มีจิตอาสาร่วมแรงร่วมใจพัฒนางาน ถึงแม้ว่าจะมีงานประจำและงานเร่งด่วนอื่นๆ ล้นมืออยู่แล้ว **พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นกลไกสำคัญในระบบสุขภาพ ที่ช่วยให้งานบริการสุขภาพในโรงพยาบาลดำเนินไปด้วยดี** บุคลากรเหล่านี้จัดว่าเป็นผู้มีบทบาทหลักในการให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ที่ใช้สุรายาสูบและสารเสพติดในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย
- ผู้บริหารโดยเฉพาะอย่างยิ่งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาล มีบทบาทสำคัญที่จะทำให้งานบริการสุขภาพงานใหม่เกิดขึ้นและดำเนินไปได้ต่อเนื่องในแต่ละโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลในพื้นที่นำร่องทั้งห้าแห่งในโครงการนี้ ผู้บริหารสนับสนุนเชิงนโยบายตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ จึงทำให้งานบริการ ASSIST-SBI ได้รับความสนใจและดำเนินการได้เป็นอย่างดี
- การมีระบบสนับสนุนที่ดีภายในองค์กร เช่น การให้รางวัลการชมเชยสำหรับผู้มีผลงานดี และให้กำลังใจพร้อมคำแนะนำ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่ยังมีผลงานน้อยหรือด้อยทักษะเพิ่มพูนความรู้ความสามารถและผลงานให้มากขึ้น การจัดระบบงานให้สามารถสอดแทรกงานบริการใหม่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำที่มีอยู่เดิม และทำให้ขั้นตอนการทำงานง่ายขึ้นและใช้เวลาน้อยลง จะช่วยเอื้อให้งานบริการงานใหม่เกิดขึ้นและดำเนินไปได้
- ASSIST เป็นเครื่องมือที่ดีมีประโยชน์ สามารถใช้ได้เป็นอย่างดีในสถานพยาบาลในประเทศไทย ทั้งบุคลากรผู้ให้บริการและผู้ป่วยผู้ได้รับบริการยอมรับเครื่องมือนี้ การบำบัดอย่างย่ออิงตามผล ASSIST ก็เป็นมาตรการทางสุขภาพที่มีความเหมาะสมสำหรับการใช้ในประเทศไทยเช่นกัน

สถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมในการจัดบริการ ASSIST-SBI ควรมีลักษณะอย่างไร

จากการดำเนินงานในโครงการ ASSIST-SBI ในเวลาสองปีในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในห้าอำเภอในประเทศไทย บุคลากรผู้ให้บริการ ASSIST-SBI ผู้ป่วยที่ได้รับการและครอบครัวได้สะท้อนให้เห็นว่าได้รับประโยชน์จากโครงการนี้ ดังนั้นควรจะให้บริการ ASSIST-SBI ต่อไป โดยอาจจะปรับเปลี่ยนกระบวนการบางส่วนเพื่อให้การนำ ASSIST-SBI ไปใช้ได้อย่างต่อเนื่องในสถานบริการปฐมภูมิ ดังนี้

1. การคัดเลือกบุคลากรเข้าร่วมโครงการ

ความสนใจ ความตั้งใจ และความมุ่งมั่นของเจ้าหน้าที่ที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการนำ ASSIST-SBI สู่การปฏิบัติ ดังนั้นในกระบวนการเตรียมความพร้อมของโครงการ นอกจากจะเลือกสถานบริการสุขภาพที่มีความพร้อมแล้ว จะต้องเลือกบุคลากรที่มีความพร้อมต่อการอบรม และมีความตั้งใจจะนำความรู้ที่ได้รับสู่การปฏิบัติ โดยจะต้องอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงานของโครงการให้บุคลากรทราบอย่างละเอียด และบทบาทของผู้ที่เข้ารับการอบรม หลังจากนั้นอาจให้บุคลากรสมัครเข้าร่วมโครงการเองด้วยความสมัครใจ

2. ขั้นตอนการอบรม

ในการจัดการอบรมจะต้องมีเนื้อหาที่เน้นทัศนคติต่อผู้เสพสารเสพติด และการทำ ASSIST-SBI การอบรมเชิงปฏิบัติการ ASSIST-SBI เป็นการอบรมที่เน้นให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ ฝึกทักษะ และสามารถนำความรู้สู่การปฏิบัติได้ พร้อมทั้งมีความมุ่งมั่นที่จะนำความรู้สู่การปฏิบัติและถ่ายทอดสู่บุคคลอื่น ซึ่งมีความแตกต่างกับการอบรมอื่นๆ ที่การอบรมอาจจะเน้นการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้ ควรเลือกบุคลากรผู้เข้ารับการอบรมในรุ่นที่ 1 เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่จะต้องรับผิดชอบงานด้านสารเสพติด และจัดการอบรมที่มุ่งเน้นให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำความรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งมีความแตกต่างกับการอบรมที่มุ่งเน้นเพื่อการพัฒนาความรู้ ซึ่งอาจจะทำได้ในกลุ่มทั่วไป เช่น การอบรมให้กับครู หรือเจ้าหน้าที่สถานพินิจ

3. การวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนของสถานบริการสุขภาพ

ควรวางแผนงานตลอดโครงการให้ชัดเจนและปฏิบัติตามแผนให้ได้ เช่น กำหนดผู้รับผิดชอบ กำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบ กำหนดเป็นนโยบายของหน่วยงานที่ชัดเจน โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงานในองค์กร

4. การติดตามงาน

ผู้ติดตามงานจะต้องสร้างความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรกๆ ของการนำ ASSIST-SBI ไปใช้ การติดตามช่วยเหลือควรเป็นไปในลักษณะของการมีส่วนร่วมคือ ร่วมคิด ร่วมคุย ร่วมทำ และแก้ปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การสร้าง ความมั่นใจได้ และการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง

นอกจากนี้ ผู้ติดตามงานจะเห็นทั้งจุดดีและจุดด้อยของสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง และบางแห่งแม้จะประสบปัญหา แต่สามารถแก้ไขปัญหาได้ และสามารถดำเนินการคัดกรอง ASSIST-SBI ได้ ดังนั้นผู้ติดตามควรจะเป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงข้อมูล และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของสถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง เพื่อนำไปสู่กระบวนการของวงจรคุณภาพ

5. ปรับเครื่องมือคัดกรองให้สอดคล้องกับความเข้าใจ

ใช้ภาษาที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ตัวอักษรมีขนาดที่เหมาะสม และบางคนยังไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ดังนั้นอาจจะมี การพัฒนาสื่อรูปแบบอื่นๆ ร่วมด้วย

6. การสนับสนุนขององค์กรและผู้บริหาร

ควรมีการนำ ASSIST-SBI เข้าสู่นโยบายและเป็น KPI ของทุกหน่วยงาน ร่วมกับการพัฒนาความรู้ และทัศนคติแก่ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้เพื่อให้งานบริการ ASSIST-SBI เกิดผลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ พร้อมทั้งควรจะมีนโยบายในการนำ ASSIST-SBI สู่หน่วยงานอื่นๆ เช่น โรงเรียน สถานพินิจ และให้การยอมรับอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เนื่องจากการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อตามแนวทางของ ASSIST เป็นบริการที่มีประโยชน์ ทำได้ง่าย ได้รับการยอมรับ เป็นอย่างดีทั้งจากผู้ให้และผู้รับบริการ รวมทั้งความชุกของการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดแบบเสี่ยงอันตรายในผู้ป่วยของ สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิค่อนข้างสูง ดังนั้น

1. ในด้านการให้บริการ

- ควรมีนโยบายที่ชัดเจนในระบบสุขภาพระดับประเทศ ให้มีการคัดกรองการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด และให้การบำบัดอย่างย่อในผู้ป่วยของสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง โดยผู้บริหารระดับสูงให้การสนับสนุนและถือเป็นนโยบายหลัก ที่จะต้องดำเนินการ มีระบบการจ่ายค่าตอบแทนเพื่อเป็นรางวัลสำหรับหน่วยงานที่มีผลการปฏิบัติดีเยี่ยม
- ควรปรับปรุงแบบและกระบวนการให้บริการนี้ให้เป็นลักษณะบูรณาการสู่งานประจำ เป็นงานที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง ยั่งยืน โดยการจัดสถานที่ห้องตรวจให้เหมาะสม จัดบุคลากรที่จะทำหน้าที่คัดกรองประจำวัน จัดระบบการคิดคะแนน และบันทึกผลการตรวจในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ รวมทั้งระบบการเตือนเวลาติดตามประเมินซ้ำ เป็นต้น
- พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงไปรับการรักษาที่เหมาะสม และระบบการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย จากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ หรือส่งต่อไปยัง สถานบริการทางการแพทย์ระดับอื่นๆ ตามความจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน
- ควรมีการเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการแต่ละแห่ง ให้มีความรู้และทักษะในการ คัดกรองและบำบัดอย่างย่อ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ใช้สารเสพติดและต่อการให้บริการนี้ เพื่อจะได้นำความรู้ไปใช้ ปฏิบัติงานในหน่วยงานของตนเอง
- ควรพัฒนาแนวปฏิบัติและขั้นตอนการให้บริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อที่ชัดเจน เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการ ให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ และให้สถานบริการปรับให้เหมาะสมกับบริบทการดำเนินงานของตน จัดทำเครื่องมือ เอกสารให้ความรู้ สื่อสนับสนุนต่างๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร รวมทั้งผู้ป่วยและชุมชน
- ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน นำเสนอผลการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะของบุคลากร นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานของตน และเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับ ผู้ปฏิบัติงานอีกด้วย
- ควรจัดทำเนียบสถานบริการสุขภาพที่มีผลการปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยจากการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติด ในระดับดีมาก หรือระดับที่สามารถเป็นแบบอย่างให้สถานบริการอื่นได้ เพื่อเป็นการประกาศเชิดชูสถานบริการ ที่มีคุณภาพดี และกระตุ้นให้สถานบริการที่ยังด้อยคุณภาพให้เกิดการพัฒนาเพิ่มขึ้น โดยจัดทำมาตรฐานคุณภาพ การให้บริการ และมีการประเมินคุณภาพการให้บริการนี้เป็นระยะๆ ด้วย

2. ในด้านพัฒนาวิชาการ/วิจัย

เนื่องจากทีมงานขององค์การอนามัยโลกยังมีการพัฒนาวิธีการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ใส่สุรา ยาสูบ และสารเสพติด รวมทั้งเครื่องมือ ASSIST และเครื่องมืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เช่น เครื่องมือ Brief-ASSIST ซึ่งเป็น ASSIST ฉบับย่อจากฉบับเต็ม Y-ASSIST ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองสำหรับเด็กและเยาวชน e-ASSIST เป็นฉบับที่ใช้กับคอมพิวเตอร์ รวมทั้งพัฒนาหลักสูตรการอบรมและสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ ASSIST และการให้บริการบำบัดอย่างย่อ ดังนั้น

- นักวิชาการ/นักวิจัยในประเทศไทย ควรที่จะติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาดังกล่าว และดำเนินงานวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิภาพ ความครอบคลุม และความคุ้มค่าในการให้บริการเหล่านี้ และพัฒนาเครื่องมือ สื่อความรู้ แนวเวชปฏิบัติ ในการให้บริการ และทดสอบประสิทธิภาพของการให้บริการนี้ในกลุ่มเป้าหมายที่ขยายเพิ่มเติม เช่น ในนักศึกษา ในหน่วยงานด้านสวัสดิการสังคมอื่นๆ รวมทั้งรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยต่อไป
- องค์กรผู้ให้ทุนสนับสนุนโครงการวิจัยหรือโครงการพัฒนาคุณภาพงานบริการสุขภาพ เช่น ผรส. และ สสส. ควรจะสนับสนุนโครงการวิจัยหรือพัฒนาที่มีคุณภาพต่อไปด้วย รวมทั้งจัดเวทีเพื่อให้นักวิจัย/นักวิชาการมานำเสนอผลงานของตน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน และสนับสนุนให้นักวิชาการ/นักวิจัยได้มีโอกาสนำความรู้ที่ได้ศึกษาไปเผยแพร่ในเวทีระดับชาติและนานาชาติด้วย

บรรณานุกรม

1. (2555). “โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ ระดับโลกปี 2554.” สืบค้น 1 ตุลาคม, 2555, จาก <http://www.ashthailand.or.th/th/uploads/download/GATS2011.pdf>.
2. Ali R, Vial R. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Diffusion of innovation issues/Phase IV concept paper. Paper prepared for the Planning Meeting of Phase IV of the WHO-ASSIST Project; 2007; Sao Paulo.
3. Assanangkornchai S. Drinking problem: a hidden problem in general practice. J Med Assoc Thai. 1993; 76(5):252-9.
4. Assanangkornchai S, Pinkaew P, Apakupakul N. Prevalence of hazardous-harmful drinking in a southern Thai community. Drug Alcohol Rev. 2003;22(3):287-93.
5. Babor TF, Kadden RM. Screening and interventions for alcohol and drug problems in medical settings: what works? J Trauma. 2005 Sep;59(3 Suppl):S80-7.
6. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. Subst Abus. 2007;28(3):7-30.
7. Bernstein E, Topp D, Shaw E, Girard C, Pressman K, Woolcock E, et al. A preliminary report of knowledge translation: lessons from taking screening and brief intervention techniques from the research setting into regional systems of care. Acad Emerg Med. 2009;16(11):1225-33.
8. Cunningham RM, Bernstein SL, Walton M, Broderick K, Vaca FE, Woolard R, et al. Alcohol, tobacco, and other drugs: future directions for screening and intervention in the emergency department. Acad Emerg Med. 2009;16(11):1078-88.
9. El-Jardali F, Ataya N, Jamal D, Jaafar M. A multi-faceted approach to promote knowledge translation platforms in eastern Mediterranean countries: climate for evidence-informed policy. Health Res Policy Syst. 2012;10:15.
10. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet. 2003;362(9391):1225-30.
11. Hart E, Bond M. Action research for health and social care: A guide to practice. Buckingham: Open University Press; 1995.
12. Humeniuk R, Ali R, Babor T, Souza-Formigoni ML, de Lacerda RB, Ling W, et al. A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. Addiction. 2012;107(5):957-66.

13. Humeniuk R, Dennington V, Ali R. The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST) in primary health care settings: a technical report of phase III findings of the WHO ASSIST randomized controlled trial. Geneva: World Health Organization; 2008
14. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak VM, World Health Organization. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010.
15. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev.* 2009;28(3): 301-23.
16. Lapham SC, Brown P, Suriyawongpaisal P, Skipper BJ, Chadbunchachai W, Paisarnsilp S. Use of AUDIT for alcohol screening among emergency room patients in Thailand. *Alcohol Use Disorders Identification Test. Subst Use Misuse.* 1999;34(13):1881-95.
17. Lemelin J, Hogg W, Baskerville N. Evidence to action: a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care. *CMAJ.* 2001 20;164(6):757-63.
18. MacIsaac D. An introduction to action research [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; 1996. [cited 2012 Oct 13]. Available from: <http://physicsed.buffalostate.edu/danowner/actionrsch.html>
19. Madras BK, Compton WM, Avula D, Stegbauer T, Stein JB, Clark HW. Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: comparison at intake and 6 months later. *Drug Alcohol Depend.* 2009 1;99(1-3):280-95.
20. McEwen S. Substance abuse screening and brief intervention in primary care. *N C Med J.* 2009;70(1): 38-42.
21. McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(8):CD005191.
22. MindTools. Plan-Do-Check-Act (PDCA): Implementing new ideas in a controlled way [Internet]. [place unknown]: Mind Tools;1996-2013. [cited 2012 Nov 6]. Available from http://www.mindtools.com/pages/article/newPPM_89.htm
23. Prochaska, JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N, editors. *Treating addictive behaviors: processes of change.* New York: Plenum Press; 1986. p. 3-25.
24. Rogers E. *Diffusion of innovations.* New York: Free Press; 1995.
25. Rogers E, Shoemaker F. *Communicable of innovations: a cross-cultural approach.* New York: Free Press; 1971.
26. Sanson-Fisher RW. Diffusion of innovation theory for clinical change. *Med J Aust.* 2004;180 (6 Suppl): S55-6.

27. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804.
28. Sharma M, Kanekar A. Diffusion of innovations theory for alcohol, tobacco and drugs. *J Alcohol Drug Educ*. 2008;52(1): 3-7.
29. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008;2. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3.
30. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002;97(9):1183-94.
31. World Health Organization. The ASSIST project - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [Internet]. Geneva: WHO; 2009. [cited 2010 Jan 8]. Available from http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html
32. World Health Organization. The WHO ASSIST Phase IV (2008-2011)[Internet]. Geneva: WHO; 2012. [cited 2012 Sept 25]. Available from http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_phase_IV/en/index.html
33. กนิษฐา ไทยกล้า, สาวิตรี อัมฉัตรกรชัย. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย: ผลจากการสำรวจในโครงการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดทั่วประเทศ พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด กระทรวงยุติธรรม; 2555.
34. คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. รายงานโครงการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดทั่วประเทศ พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: เครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด กระทรวงยุติธรรม; 2555.
35. คณะทำงานศึกษาภาระโรค. เอกสารประกอบการสัมมนาภาระโรคและสุขภาพของประชากรไทย เพื่อก้าวใหม่กับการพัฒนาระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2555. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2555]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaibod.net/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=5%3A2012-08-22-01-36-53&Itemid=34&lang=th
36. นිරนุช เศรษฐกร. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดการดื่มสุรา ในผู้ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน เนื่องจากการดื่มสุรา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
37. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ, บรรณาธิการ. แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่: โอแอมมอแกโนเซอร์แอนด์แอ็ดเวอร์ไทซิง; 2549
38. วสันต์ ศิลปสุวรรณ, พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541
39. วิวัฒน์ เขวงชัยยง, นิตานาถ โชคเกิด. การใช้ CAGE เพื่อตรวจหาผู้ป่วยที่ติดสุราในโรงพยาบาล. *วารสารสวนปรุง*. 2541; 14(1):32-7.
40. ศิริณา ศรีธธาพิสิฐ, ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ, นิติกร สอนชา, การุณย์ หงษ์กา. การใช้สื่อร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดสุรา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2551;53(2): 151-64.

41. สายรัตน์ นกน้อย. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง การบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: แผนงาน การพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552
42. สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, ราม รังสินธุ์, อุษา ตันติแพทยากร. ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษากับผู้ที่มี ปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในหน่วยบริการปฐมภูมิ. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2547
43. สาวิตรี อัมณางค์กรชัย, ถนอมศรี อินทนนท์. รายงานผลการดำเนินงาน โครงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร สาธารณสุข ในด้านการคัดกรองและบำบัดเบื้องต้นแก่ผู้ใช้สารเสพติด. หาดใหญ่ สงขลา: เครือข่ายวิชาการ วิจัย และข้อมูลด้านสารเสพติดในภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552
44. สาวิตรี อัมณางค์กรชัย, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, ผู้แปลและเรียบเรียง. คู่มือการดูแลตนเอง เพื่อลด ละ เลิกสารเสพติด. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554. แปลจาก Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide โดยองค์การอนามัยโลก.
45. สาวิตรี อัมณางค์กรชัย, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. แบบคัดกรอง ASSIST V3.1. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554.
46. สาวิตรี อัมณางค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, ผู้แปลและเรียบเรียง. การบำบัดแบบสั้น ตามผลคัดกรอง ASSIST สำหรับการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงและแบบอันตราย-คู่มือเพื่อใช้ในสถานบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554. แปลจาก The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care โดยองค์การอนามัยโลก.
47. สาวิตรี อัมณางค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, ผู้แปลและเรียบเรียง. แบบคัดกรอง ประสิทธิภาพการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด-คู่มือเพื่อใช้ในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แผนงาน วิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554
48. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. สถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด รายปีทั่วประเทศ กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม; 2555
49. สุนทรี ศรีโกไสย, ภัทราภรณ์ พุงปันคำ, ชาลินี สุวรรณยศ. ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหา จากการดื่มสุราของผู้ติดยาที่รับบริการในโรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2549:51(3): 25-35.
50. อัจฉรา พองคำ, นิตานาถ โชคเกิด, ชไมพร ทวีศรี, ชัยนัฏธร ปทุมมานนท์. ผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้นในการบำบัด ผู้ติดยา และลักษณะที่มีผลต่อความสำเร็จในการบำบัดรักษาที่คลินิกสารเสพติด โรงพยาบาลลำพูน. วารสารสมาคม จิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2546:49(1): 15-26.



แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.)

ชั้น 2 อาคารฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลสวนปรุง
เลขที่ 131 ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100
โทรศัพท์ 0 5328 0228 ต่อ 60236, 60525 โทรสาร 0 5327 3201
มือถือ 08 0491 0505, 08 0500 2140
www.i-mapthailand.org