

รายงานการประชุม/อบรม/สัมมนา/ดูงาน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ตามที่ ข้าพเจ้า นางวารุณี ฉายทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุหะคีรี

ได้จัดโครงการ โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพยุหะ
คีรี จังหวัดนครสวรรค์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

วันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๙ ณ ห้องประชุมที่ว่าการอำเภอพยุหะคีรี (ชั้น ๒)

โดยมีกลุ่มเป้าหมาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่รับผิดชอบงานยาเสพติด ผู้นำชุมชน
และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานยาเสพติด จำนวน ๖๕ คน

แหล่งงบประมาณ งบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๙ งบดำเนินงาน แผนงานบูรณาการป้องกัน
ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด โครงการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการ

ได้รับจำนวน ๑๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

ใช้จ่ายจริง ๑๐,๕๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นสี่ร้อยบาทถ้วน)

คงเหลือ -๕๐๐.- บาท

รายละเอียดการใช้จ่าย ดังนี้

ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๖๕ คน x ๙๐ บาท x ๑ มื้อ เป็นเงิน ๕,๘๕๐ บาท

ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๖๕ คน x ๓๕ บาท x ๒ มื้อ เป็นเงิน ๔,๕๕๐ บาท

หมายเหตุ ขอรับเพียง ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

วัตถุประสงค์ในการประชุม/อบรม/สัมมนา/ดูงาน

๑. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ให้มีความรู้
ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการบำบัดรักษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ทักษะในการสื่อสาร เพื่อการบำบัด
รวมถึงการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างถูกต้อง

๒. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีแนวทางการปฏิบัติงาน ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทั้งในระยะเวลา
บำบัดรักษาจนถึงการติดตามในพื้นที่อำเภอพยุหะคีรี เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถเชื่อมโยงข้อมูล
ระหว่างหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดในเขตพื้นที่ได้รับบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ
ลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำ จนสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ

เนื้อหาในการประชุม/อบรม/สัมมนา/ดูงาน (ประเด็นสำคัญโดยย่อ)

การบรรยาย เรื่อง นโยบายและทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติด ปี ๒๕๖๙: จากโรงพยาบาล
สู่การดูแลโดยชุมชน (CBTx)

นโยบายการบำบัดรักษายาเสพติดในปี ๒๕๖๙ มุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนผ่านจากการใช้สถานพยาบาล
เป็นศูนย์กลาง (Hospital-based) มาเป็นการใช้ "ชุมชนเป็นฐาน" (Community-Based Treatment and Care:
CBTx) อย่างเต็มรูปแบบ เป้าหมายหลักคือการมองว่า "ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย" ที่ต้องได้รับโอกาสในการกลับคืนสู่
สังคม โดยมีกลไกสำคัญดังนี้

๑) หัวใจสำคัญของ CBTx (Community-Based Treatment) คือ การสร้างระบบสนับสนุนที่เข้มแข็ง
ประกอบด้วย การคัดกรองเบื้องต้น แยกแยะระดับความรุนแรง (สีเขียว-เหลือง-ส้ม-แดง) หากไม่รุนแรง (สีเขียว)
จะเน้นบำบัดในชุมชน/ การมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่: ครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม.และภาคีเครือข่าย ทำหน้าที่
เป็น "พี่เลี้ยง" ติดตามดูแล/ การลดตราบาป (De-stigmatization) สร้างความเข้าใจให้คนในชุมชนยอมรับ
เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกแปลกแยกและกลับไปเสพซ้ำ

๒) บทบาทใหม่ของโรงพยาบาล (The Shifting Role) ในปี ๒๕๖๙ โรงพยาบาลจะไม่ได้เป็น "กักตัว" เพื่อบำบัดนานๆ อีกต่อไป แต่จะปรับบทบาทเป็น Center of Excellence ดูแลเฉพาะเคสที่มีอาการรุนแรง มีภาวะทางจิตเวชร่วม (Dual Diagnosis) หรือเคสที่ต้องใช้ยาควบคุมพิเศษ/ Technical Support สนับสนุนองค์ความรู้ และส่งต่อทีมสหวิชาชีพลงไปช่วยชุมชนในการทำ CBTx และ Back-up System รับส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชน ในกรณีที่มีอาการกำเริบหรือเกิดวิกฤต

๓) ทิศทางการดำเนินงานที่สำคัญในปี ๒๕๖๙ นโยบายขับเคลื่อนผ่าน ๔ มิติหลัก เพื่อให้มีความยั่งยืน ได้แก่ (๑) การเข้าถึงง่าย ขยายจุดบริการคัดกรองไปถึงระดับตำบล และใช้ระบบ Telemedicine ช่วยปรึกษา (๒) การฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ใช่แค่เลิกยา แต่ต้อง "ฝึกอาชีพ" และสร้างรายได้ให้พึ่งพาตนเอง (๓) กฎหมายและสิทธิปรับปรุงระเบียบ เพื่อให้ผู้ที่เข้าสู่กระบวนการ CBTx ไม่เสียประวัติการทำงาน (๔) ความต่อเนื่อง (Aftercare) ระบบติดตามผลที่ยาวนานขึ้น (๑-๒ ปี) เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention)

การบรรยาย เรื่อง การปรับกระบวนการทัศน์ต่อผู้ป่วยยาเสพติด

การปรับกระบวนการทัศน์ต่อผู้ป่วยยาเสพติดในปัจจุบัน คือ การเปลี่ยนมุมมองจาก "อาชญากรที่ต้องลงโทษ" มาเป็น "ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา" ในอดีต เรามักมองว่าการเสพยา คือ ความผิดทางอาญานั่น การลงโทษ แต่แนวคิดใหม่มองว่า เป็นผู้ป่วยโรคสมองติดยา (Brain Disorder) เพราะยาเสพติดเข้าไปทำลายการควบคุมสารเคมีในสมอง ต้องใช้การบำบัดทางวิทยาศาสตร์ และการลดอันตราย (Harm Reduction) หากเลิกไม่ได้ในทันที เน้นไปที่การทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัย ไม่แพร่เชื้อโรค และไม่ก่อความเดือดร้อน เน้นการสร้างพื้นที่เย็นในสังคม ลดตราบาป (No Stigma) เนื่องจากการตีตรา จะเป็นกำแพงที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำ เพราะหางานไม่ได้และไม่มีใครยอมรับ การปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ จึงเน้นการให้โอกาสและมองว่าผู้ป่วยยาเสพติดสามารถกลับมาเป็นทรัพยากรที่มีค่าได้ ในด้านความสมัครใจ (Voluntary System) สนับสนุนให้เดินเข้ามาบำบัดรักษา โดยไม่มีความผิดทางอาญาติดตัว (ตามประมวลกฎหมายยาเสพติดใหม่) เพื่อลดความกลัวในการเข้าถึงบริการ

การบรรยาย เรื่อง โรคสมองติดยาและกระบวนการคืนคนดีสู่สังคม (CBTx) สัญญาณเตือนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด (SMI-V)

โรคสมองติดยา (Brain Disorder) สารเสพติดไม่ได้ทำลายแค่สุขภาพกาย แต่เข้าไป "ยึดครอง" ระบบสมอง ๒ ส่วนหลัก ได้แก่ สมองส่วนอยาก (Limbic System) ทำงานหนักเกินไป กระตุ้นความพึงพอใจรุนแรงจนโหยหาหาเสพติดตลอดเวลา สมองส่วนคิด (Prefrontal Cortex) ถูกทำลายจนฝ่อ ทำให้ขาดสติยับยั้งชั่งใจ ตัดสินใจผิดพลาด การเลิกยาจึงไม่ใช่แค่ "ใช้ใจ" แต่ต้องใช้ "การบำบัด" เพื่อฟื้นฟูการทำงานของสมองให้กลับมาสมดุล

กระบวนการ CBTx คืนคนดีสู่สังคม คือ การเปลี่ยนจากการกักตัวในโรงพยาบาล มาเป็นการดูแลในชุมชนโดยใช้หลัก "บวร" (บ้าน วัด โรงเรียน/ราชการ) มีการคัดกรองแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง (เขียว/เหลือง/ส้ม/แดง) การบำบัดในพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตปกติได้ แต่ต้องมารายงานตัว ปรึกษา หรือทำกิจกรรมกลุ่มในชุมชน มีการเตรียมความพร้อม ฝึกทักษะอาชีพ และทักษะการปฏิเสธยา และมีกระบวนการติดตามโดยพี่เลี้ยง (อสม./ผู้นำชุมชน) เยี่ยมบ้านสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ

สัญญาณเตือนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด (SMI-V) คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ต้องเฝ้าระวัง ๕ สัญญาณอันตราย ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียบหวาดระแวง หัวใจสำคัญ คือ หากพบสัญญาณ SMI-V ต้องรีบแจ้งสายด่วน ๑๖๖๙ หรือ ๑๙๑ ทันที เพราะถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ไม่ควรรับมือเองในชุมชน

การบรรยาย เรื่อง ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน

๑. ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพ (Building Trust) การฟังอย่างตั้งใจ ฟังโดยไม่ตัดสิน เพื่อให้ผู้ป่วยกล้าเปิดใจเล่าสาเหตุของการเสพยา การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เข้าใจว่าอาการอยากยาเป็นผลจาก "โรคสมองตื้อยา" ไม่ใช่เพราะเป็นคนไม่ดี

๒. ทักษะการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) การใช้คำถามปลายเปิด การสะท้อนความรู้สึก ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความขัดแย้งระหว่าง "เป้าหมายในชีวิต" กับ "พฤติกรรมเสพยา" เพื่อให้อยากเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง

๓. ทักษะการเฝ้าระวังและประเมินอาการ (Observation & Assessment) การสังเกตสัญญาณ SMI-V เพื่อแจ้งส่งต่อได้ทันเวลา การตรวจสอบความเสี่ยง ประเมินสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยว่ามีปัจจัยกระตุ้นให้กลับไปเสพยาหรือไม่

๔. ทักษะการจัดการวิกฤต (Crisis Management) การเจรจาต่อรอง เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการรุนแรงเฉียบพลัน ต้องรู้วิธีการใช้คำพูดที่สงบ ไม่ทำร้าย การประสานงานต้องรู้ช่องทางติดต่อ ๑๖๖๙, ๑๙๑ หรือเครือข่ายโรงพยาบาลในพื้นที่อย่างรวดเร็ว

๕. ทักษะการเสริมพลังและฝึกอาชีพ (Empowerment) การค้นหาศักยภาพ: ช่วยผู้ป่วยดึงจุดแข็งหรือทักษะมาสร้างรายได้ เพื่อให้รู้สึกว่ามีคุณค่าและมีที่ยืนในชุมชน

การบรรยาย เรื่อง กระบวนการบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน และการใช้แบบติดตาม ประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจิต และช่องทางการติดต่อขอความช่วยเหลือ

การบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน (CBTx) ในปี ๒๕๖๙ ขับเคลื่อนภายใต้แนวคิด "ผู้เสพยา คือ ผู้ป่วย" โดยมีหัวใจสำคัญคือการปรับเปลี่ยนสถานะ "โรคสมองตื้อยา" ให้กลับมาเป็นปกติผ่านกระบวนการทางสาธารณสุขควบคู่กับมิติทางสังคม กระบวนการนี้เริ่มต้นจากการ คัดกรอง เพื่อจำแนกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง โดยกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรงจะเข้าสู่การบำบัดในชุมชนซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้กลุ่มบำบัด และการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าในตัวเอง

ในการดูแลต่อเนื่องในชุมชนจะใช้แบบติดตามและประเมินผล เพื่อบันทึกความก้าวหน้าในการเลิกยาและสภาพความเป็นอยู่ โดยเน้นการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางสุขภาพจิตผ่านสัญญาณเตือน SMI-V ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ผู้ดูแลต้องคอยสังเกต ๕ สัญญาณอันตราย หากพบอาการเหล่านี้ ในระดับที่คุกคามความปลอดภัย จะต้องประเมินสถานการณ์เพื่อส่งต่อเข้าสู่การรักษาทางการแพทย์ทันที ด้านการติดต่อขอความช่วยเหลือ หากเป็นกรณีฉุกเฉิน ที่มีอาการคลุ้มคลั่งหรือบาดเจ็บ หรือหากมีพฤติกรรมรุนแรงเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่นให้ประสานตำรวจที่สายด่วน ๑๙๑ /สายด่วนกู้ชีพ ๑๖๖๙ ส่วนการปรึกษาด้านสุขภาพจิตและการบำบัดรักษาในระยะยาวสามารถติดต่อสายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ หรือสายด่วนยาเสพติด ๑๖๖๕ เพื่อรับคำแนะนำที่ถูกต้อง โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และสามารถกลับคืนสู่สังคมในฐานะคนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

ปัญหา/ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการประชุม/อบรม/สัมมนา/ดูงาน

- คนในชุมชนยังกลัวและขาดทักษะรับมือผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด (SMI-V) สังคมยังไม่ยอมรับผู้ป่วยยาเสพติด ทำให้ผู้บำบัดหางานยากและกลับไปเสพยา ระบบส่งต่อเพื่อเข้าสู่การบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางมีข้อจำกัด โดยมีข้อเสนอแนะ เติมทักษะอบรมอาสาสมัครให้ประเมินอาการและรู้วิธีเจรจาต่อรองอย่างปลอดภัย การสร้างโอกาส ให้สิทธิประโยชน์ทางภาษีแก่ร้านค้า/บริษัทที่รับผู้บำบัดเข้าทำงาน การใช้เทคโนโลยี เช่น Telemedicine วินิจฉัยเคสผ่านหน้าจอได้ทันที และการปรับทัศนคติ รมรณรงค์ให้สังคมเข้าใจว่า "สมองตื้อยา คือโรคที่รักษาได้"

สิ่งที่คาดว่าจะประโยชน์ในการนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน

- สามารถนำความรู้ด้านการคัดกรองและเฝ้าระวังด้วยหลัก SMI-V แยกกลุ่มเป้าหมาย ได้ชัดเจน ลดความเสี่ยงในการทำงาน การใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) ลดการเผชิญหน้าและความขัดแย้ง ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย ใช้การฟังอย่างตั้งใจและการตั้งคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับเกียรติ และอยากร่วมมือในการบำบัดรักษา ระบบเครือข่ายและการส่งต่อ ช่วยให้การช่วยเหลือรวดเร็วและเป็นระบบ ลดการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น

(ลงชื่อ).....**วารุณี ฉายทอง**.....ผู้จัดการประชุม
(นางวารุณี ฉายทอง)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

- ทราบ


(นายอนุกุล ไกรภาค)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการรักษาราชการแทน
สาธารณสุขอำเภอพยุหะคีรี