

โครงการพัฒนาเครือข่ายฟื้นฟูทางเลือกผู้มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชน ด้วยแนวทาง A.A.-AI-Anon-TSF ประเทศไทย

1. หลักการและเหตุผล

ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่สำคัญอย่างมากในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า การเจ็บป่วยจากการบริโภคแอลกอฮอล์เป็นภาระโรคอันดับที่ 3 ของคนไทย รองจากโรคเอดส์ และบุหรี่ และข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติในการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554 พบว่าจากจำนวนผู้ที่ดื่มสุรา 17 ล้านคน มีผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอทั่วประเทศ 7.5 ล้านคน โดยกลุ่มผู้ที่ดื่ม 5 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป มีถึงร้อยละ 41.3 ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ดื่มทุกวันถึงร้อยละ 25.7

การป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคแอลกอฮอล์ต้องกระทำในทุก ๆ ระดับ และต้องกระทำให้เกิดขึ้นทั้งภาครัฐและภาคประชาชน ยุทธศาสตร์หนึ่งที่สำคัญ คือ เครือข่ายภาคประชาชนที่เข้มแข็ง องค์ความรู้สากลที่สำคัญในเรื่องนี้ คือ หลัก 12 ขั้นตอนและ 12 ธรรมเนียม (The Twelve Steps and Twelve Traditions) และเครือข่ายภาคประชาชนสากลที่มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง คือ กลุ่มเอเอ/กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (Alcoholics Anonymous หรือ A.A.)

จากการสำรวจของหน่วยงานกลางของกลุ่มผู้ติดสุรานิรนามพบว่า ทั่วโลกมีกลุ่มเอเอมากกว่า 100,000 กลุ่มใน 150-180 ประเทศ มีสมาชิกมากกว่า 2 ล้านคน (ข้อมูลสำรวจปี 2553) ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีกลุ่มเอเออยู่เช่นกัน แต่มีเพียงไม่กี่กลุ่มตามหัวเมืองใหญ่ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร พัทยา เชียงใหม่ ขอนแก่น ภูเก็ต เป็นต้น สมาชิกส่วนใหญ่เป็นชาวต่างชาติที่คุ้นเคยกับหลัก 12 ขั้นตอนและกลุ่มเอเอในประเทศของตน การไม่แพร่หลายของกลุ่มเอเออาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ อุปสรรคเรื่องภาษา ขาดการรวมตัวของภาคประชาชน วัฒนธรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่แตกต่าง บุคลากรทางการแพทย์ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับหลัก 12 ขั้นตอนและการดำเนินกลุ่มเอเอ หลักของศรัทธาและการพัฒนาปัญญาที่แตกต่าง เป็นต้น

การขับเคลื่อนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในช่วงหลายปีหลัง โดยเป็นความร่วมมือกันระหว่างสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) และแผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.) ซึ่งอยู่ภายใต้ความร่วมมือกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ดังกล่าว กลยุทธ์หนึ่งที่จะทำให้เกิดเครือข่ายกลุ่มเอเอในประเทศไทยได้ง่ายขึ้น คือ บุคลากรทางการแพทย์ช่วยส่งเสริมพัฒนาเครือข่ายกลุ่มเอเอ และการดำเนินกลุ่มในสถานพยาบาล จึงเกิดโครงการที่เป็นความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มเอเอ

การดำเนินงานโดยการทดลองทำกลุ่มในสถานพยาบาล ขยายสู่ชุมชน และการพัฒนาเครือข่ายต้องอาศัยหลักวิชาการสากล การถอดบทเรียน การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ ข้อมูล เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ที่เหมาะสมกับประเทศไทย เป็นประโยชน์ในการขยายผล การกำหนดนโยบายสาธารณสุข และการเติบโตอย่างยั่งยืนของกลุ่มเอเอในประเทศไทยต่อไป

จากการดำเนินงานในประเทศไทยค้นพบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของการเติบโตของกลุ่มเอเอในสังคมไทย ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ สมาชิกเอเอต่างประเทศ สมาชิกเอเอไทย และบุคลากรทางการแพทย์ ในจังหวะก้าวต่อไป คือ กลยุทธ์การผสมผสานกลุ่มเอเอเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดสุราของบุคลากร (clinical practice guideline) บุคลากรใช้วิธีการบำบัดแบบ Twelve Step Facilitation (TSF) นำมาบำบัดผู้ติดสุราและส่งเสริมให้เข้าร่วมกลุ่มเอเออย่างจริงจัง

นอกจากนี้การจะทำให้สังคมเข้าใจภาวะผู้มีปัญหาการดื่มสุรา รู้เท่าทันแอลกอฮอล์ และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งป้องกัน ก็จำเป็นที่จะต้องมุ่งเน้นไปที่สถาบันครอบครัวด้วย ซึ่งมีติครอบครัวนี้หมายรวมไปถึงญาติ และเพื่อนของผู้มีปัญหาการดื่มสุราด้วย เพราะอุปสรรคที่พบบ่อยครั้งคือเมื่อผู้ดื่มกลับเข้าสู่ชุมชนแล้ว ครอบครัวและชุมชนไม่เข้าใจวิธีการดูแลกลุ่มคนเหล่านี้ และมีผลทำให้กลับไปดื่มซ้ำ ตลอดจนเป็นการเพิ่มจำนวนนักดื่มหน้าใหม่โดยไม่รู้ตัว ตามทฤษฎีการเรียนรู้จากสังคม (Social learning theories) กล่าวคือ การดื่มสุราของเด็กเกิดจากเลียนแบบพ่อแม่และเพื่อนที่ดื่มสุรา ครอบครัวที่มีปัญหาการดื่มยิ่งส่งผลให้เด็กมีการดื่มสุรา เด็กเล็กที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกมักตั้งต้นที่บ้าน นอกจากนี้บรรยากาศในครอบครัว การเลี้ยงดูของพ่อแม่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กวัยรุ่น โดยเฉพาะพฤติกรรมการดื่มสุราก็พัฒนาไปด้วย ยิ่งถ้าครอบครัวขาดความอบอุ่นพ่อแม่เลี้ยงลูกไม่เป็น (ขาดระเบียบวินัย, ไม่ได้รับการอบรมสั่งสอน, ไม่มีการลงโทษเมื่อทำผิด และขาดการติดตามดูแล) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการดื่มสุราในเด็กวัยรุ่น นอกจากนี้ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนโดยเฉพาะเพื่อนไม่ดี เป็นเหตุกระตุ้นให้เด็กวัยรุ่นดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดในระยะวัยรุ่นตอนกลางและใกล้เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งการแก้ไขปัญหาเชิงครอบครัวจากต่างประเทศเชิงประจักษ์มาอย่างยาวนาน ก็คือกลุ่ม Al-Anon และ Alateen ซึ่งมีการประยุกต์มาใช้ในการแก้ไขปัญหาเชิงครอบครัวของหลายประเทศ เช่น Family Club

2. ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (สรุปข้อมูลเมื่อเดือนกรกฎาคม 2554)

- สรุปจำนวนเครือข่ายเอเอภาษาไทย

ปี	สถานพยาบาล					นอกสถานพยาบาล			รวม
	ศูนย์บำบัด	โรงพยาบาล จิตเวช	โรงพยาบาล ทั่วไป	โรงพยาบาล ชุมชน	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล	ชุมชน	อบต./เทศบาล	วัด	
2547- 2548	1	-	1	-	-	-	-	-	2
2549	1	1	3	-	-	-	-	-	5
2550	1	2	3	7	-	1	-	-	14
2551	1	2	5	21	-	2	-	1	32
2552	2	3	5	27	-	2	7	-	47
2553	3	4	13	40	4	3	8	-	75
2554	4	4	14	74	4	3	8	1	112

*หมายเหตุ

- การเกิดกลุ่มเอเอไทยในพื้นที่ มี 3 ประการ คือ เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ เกิดจากสมาชิกไทย และเกิดจากสมาชิกชาวต่างประเทศ เข้าไปติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ (แบ่งเป็นที่เริ่มต้นโดยสมาชิกไทย 12 แห่ง สมาชิกชาวต่างชาติ 4 แห่ง และบุคลากรทางการแพทย์ 17 แห่ง)
- เครือข่ายกลุ่มเอเอไทยทั้งหมด 112 แห่ง แบ่งเป็น
 - มีกลุ่มและดำเนินการประชุมเป็นประจำ 24 แห่ง

- มีกลุ่มและมีสมาชิก อยู่ในระหว่างการศึกษาเรียนรู้และพัฒนา (ดำเนินการประชุมไม่ประจำ) 9 แห่ง
- อยู่ในช่วงเตรียมการที่จะพัฒนาให้มีกลุ่มเกิดขึ้น 79 แห่ง

● **สรุปจำนวนเครือข่ายกลุ่มเอเอไทย ในแต่ละภูมิภาค**

ภาค ปี	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคเหนือ	กรุงเทพฯและ ปริมณฑล	ภาคตะวันออก	ภาคกลาง	ภาคใต้	รวม
2547- 2548	2	-	-	-	-	-	2
2549	2	1	1	-	1	-	5
2550	12	1	1	-	-	-	14
2551	29	2	1	-	-	-	32
2552	37	7	2	1	-	-	47
2553	52	16	3	1	2	1	75
2554	87	18	3	1	2	1	112

● **องค์ความรู้**

ช่วงระยะเวลาก่อนปี 2550 กลุ่มเอเอในประเทศไทยได้มีการแปลสื่อสิ่งพิมพ์เป็นภาษาไทยออกมาทั้งหมด 11 อย่าง (หนังสือ 5 เล่ม / แผ่นพับ 6 ฉบับ) และตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นไป จากการทำงานร่วมกันระหว่างกลุ่มเอเอและ สสส. ทำให้มีสื่อสิ่งพิมพ์เพิ่มขึ้น ดังนี้

ปี 2552 หนังสือ 11 เล่ม / แผ่นพับ 3 ฉบับ / ดีวีดี 1 แผ่น / จดหมายข่าว 2 ฉบับ

ปี 2553 หนังสือ 15 เล่ม / แผ่นพับ 1 ฉบับ / จดหมายข่าว 6 ฉบับ

ปี 2554 หนังสือ 8 เล่ม / แผ่นพับ 3 ฉบับ / จดหมายข่าว 3 ฉบับ

รวมทั้งหมด หนังสือ 34 เล่ม / แผ่นพับ 7 ฉบับ / ดีวีดี 1 แผ่น / จดหมายข่าว 11 ฉบับ (ที่เป็นองค์ความรู้ประเทศไทยมี หนังสือ 11 เล่ม / จดหมายข่าว 11 ฉบับ)

3. วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาศูนย์เรียนรู้กลุ่มเอเอในสถานพยาบาล ในบริบทที่หลากหลาย
2. เพื่อผสมผสานกลุ่มเอเอเข้าไปในแนวทางการบำบัดสุขภาพของสถานพยาบาลที่มีกลุ่มในพื้นที่
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ให้ดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน
4. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์-สมาชิกเอเอ-ครอบครัว-ชุมชน
5. เพื่อขยายเครือข่ายกลุ่มเอเอไทยให้เพิ่มมากขึ้น
6. เพื่อให้เกิดเครือข่ายอาลานอน ภาษาไทยอย่างเป็นทางการ

4. กลุ่มเป้าหมาย

เครือข่ายสมาชิก

1. สมาชิกไทยที่สื่อสารภาษาไทย
2. สมาชิกไทยที่สื่อสารภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. สมาชิกชาวต่างประเทศในประเทศไทย
4. สมาชิกชาวต่างประเทศในต่างประเทศ
5. สมาคมเอเอสากล
6. สมาคมเอเอ Asia Oceania

7. Thailand Area Assembly

8. North/South/Central District Committee – Thailand

9. กลุ่มเอเอภาษาต่างประเทศต่าง ๆ ในประเทศไทย

10. กลุ่มเอเอภาษาไทยต่าง ๆ ในประเทศไทย

เครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์

1. บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานยาเสพติดและจิตเวชในสถานพยาบาลที่เป็นเครือข่ายฯ
2. บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้รับผิดชอบงานยาเสพติดและจิตเวชในสถานพยาบาลที่เป็นเครือข่ายฯ
3. บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานยาเสพติดและจิตเวชในสถานพยาบาลที่ยังไม่ได้เข้าร่วมเป็นเครือข่ายฯ
4. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเอเอชาวต่างประเทศ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
5. เครือข่าย KM
6. เครือข่าย TSF (12 Steps Facilitation)

เครือข่ายผู้บริหารในสถานพยาบาล

1. ผู้บริหารในสถานพยาบาลที่เป็นเครือข่ายฯ

เครือข่ายผู้นำในชุมชน

1. ผู้นำในชุมชนที่เป็นเครือข่ายฯ

เครือข่ายครอบครัว ญาติ และเพื่อนของผู้มีปัญหาคารคัมสุรา

1. ครอบครัว ญาติ และเพื่อนของผู้มีปัญหาคารคัมสุราที่เป็นเครือข่ายฯ
2. ครอบครัว ญาติ และเพื่อนของผู้มีปัญหาคารคัมสุราที่ยังไม่ได้เข้าร่วมเป็นเครือข่ายฯ
3. กลุ่ม AI-Anon family group ภาษาไทย
4. กลุ่ม AI-Anon family group ภาษาอังกฤษในประเทศไทย
5. สมาชิกกลุ่ม AI-Anon family group ชาวต่างประเทศ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

เครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1. Narcotics Anonymous Thailand
2. Nicotine Anonymous Thailand
3. Gamblers Anonymous Thailand
4. New life Thai foundation
5. Buddhist Thai Recovery Network

5. วิธีดำเนินการ

บทบาท

1. ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน หนุนเสริมเครือข่าย
2. งานด้านวิชาการ องค์กรความรู้
3. การพัฒนาและขยายเครือข่าย

6. ระยะเวลาดำเนินการ

12 เดือน ตั้งแต่ 1 เมษายน 2555 – 31 มกราคม 2556

8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดศูนย์เรียนรู้กลุ่มเอเอในสถานพยาบาล ในบริบทที่หลากหลาย
2. มีการผสมผสานกลุ่มเอเอเข้าไปในแนวทางการบำบัดสุขภาพของสถานพยาบาลที่มีกลุ่มในพื้นที่
3. ได้พัฒนาศักยภาพเครือข่าย ให้ดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน
4. เกิดความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์-สมาชิกเอเอ-ครอบครัว-ชุมชน
5. มีเครือข่ายกลุ่มเอเอไทยให้เพิ่มมากขึ้น
6. เกิดเครือข่ายอาลาตอน ภาษาไทยอย่างเป็นรูปธรรม

9. ตัวชี้วัด

1. ผู้บริหารให้การสนับสนุน หรือเป็นนโยบายในองค์กรของกลุ่มที่ดำเนินการอยู่แล้ว
2. เกิดศูนย์เรียนรู้อย่างน้อย 5 พื้นที่
3. เครือข่ายบูรณาการงานและเชื่อมโยงสู่ชุมชนได้ อย่างน้อย 5 พื้นที่
4. มีการดำเนินกลุ่มเอเอของเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ 80% ของเครือข่ายทั้งหมด
5. มีการขยายเครือข่าย มีกลุ่มเอเอไทยเกิดขึ้นใหม่ อย่างน้อย 5 กลุ่ม
6. อัตราการหยุดติ่มมากกว่า 1 ปี เท่ากับ 50% ของทุกกลุ่ม

-ฉบับร่าง 20 เมษายน 2555-