

(Original Article)

The Study of the Mini-Thanyarak Service Model in Thailand

*Meena Choojai, **Pirom Leesuwan, **Ratchanee Krongrawa

*Health Administration Division, Ministry of Public Health

**Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Bangkok, Thailand

Correspondence to: mchoojai@gmail.com

(Received : 15 July 25, Revised : 31 Aug. 25, Accepted : 1 Sep. 25)

Abstract

This research aims to conduct a developmental evaluation to assess the efficiency and improve the service model of Mini-Thanyarak facilities in Thailand. The study identified a total of 147 service establishments with 1,844 beds, comprising 112 intermediate care facilities and 35 long-term care facilities. Health District 10 demonstrated the highest service capacity with 254 beds, while Health District 3 had the least at 23 beds. In intermediate care, there were 2,298 service users, equating to a service rate of 220.96%, whereas long-term care recorded 340 users, with a service rate of 42.29 %. The majority of patients were found to be using methamphetamines (1,802 individuals), particularly in Health District 8, which had the highest number of service recipients at 376. The evaluation identified significant risks associated with service delivery, including unauthorized exits from facilities and altercations among patients. Additionally, a lack of resources and shortages of specialized personnel were critical limitations. Various training programs for staff were noted, emphasizing holistic rehabilitation activities for physical, mental, and social recovery, with a treatment duration of 1 to 3 months. The assessment results indicated budget constraints and limited facility capacity, recommending increased investment in infrastructure, personnel, and technology to enhance the quality of patient rehabilitation.

Keywords: *Mini-Thanyarak, drugs treatment, arrangement of service term care*

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 2 July - December 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

การศึกษารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย

มีนา ชูใจ, "ภิรมย์ ลีสุวรรณ, "รัชนี ครองระวะ

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, "วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการประเมินผลเชิงพัฒนา เพื่อประเมินประสิทธิภาพและพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย พบว่ามีสถานบริการทั้งหมด 147 แห่ง รวม 1,844 เตียง แบ่งเป็นบริการระยะกลาง 112 แห่ง และระยะยาว 35 แห่ง เขตสุขภาพที่มีศักยภาพสูงสุดคือ เขต 10 (254 เตียง) ขณะที่เขต 3 มีบริการน้อยที่สุด (23 เตียง) โดยในบริการระยะกลางมีผู้รับบริการ 2,298 ราย (อัตราการใช้บริการร้อยละ 220.96) และระยะยาวมีผู้รับบริการ 340 ราย (อัตราการใช้บริการร้อยละ 42.29) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดกลุ่มยาบ้า/ยาไอซ์ (1,802 ราย) โดยเฉพาะเขต 8 ซึ่งมีผู้รับบริการมากที่สุด (376 ราย) การให้บริการมีความเสี่ยงรวมถึงการลักลอบออกจากสถานพยาบาลและการทะเลาะวิวาท การขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเป็นข้อจำกัดสำคัญ การฝึกอบรมบุคลากรมีหลายหลักสูตร โดยการบำบัดรักษาผู้ป่วยเน้นกิจกรรมฟื้นฟูทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ใช้ระยะเวลาบำบัด 1-3 เดือน ผลการประเมินชี้ให้เห็นถึงปัญหางบประมาณและสถานที่ที่จำกัด ควรเพิ่มการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน บุคลากร และเทคโนโลยีเพื่อปรับปรุงคุณภาพการฟื้นฟูผู้ป่วย

คำสำคัญ: มินิธัญญารักษ์, การบำบัดยาเสพติด, การจัดบริการ

บทนำ

ปัญหาและสารเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีขนาดและความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นเหตุการณ่วิกฤติที่มีผลกระทบต่อสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย ซึ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดได้ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พบว่าในปี 2564 ประชากรกว่า 296 ล้านคนทั่วโลกใช้ยาเสพติด ซึ่งหมายความว่าประมาณ 1 ใน 17 ของประชากรในกลุ่มวัย 15-64 ปี มีการใช้สารเสพติด นอกจากนี้การใช้ยาเสพติดยังเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 23 เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา^(1,2) ปัญหาที่ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงการเกิดภาวะเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยมีสถิติผู้ใช้ยาเสพติดที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี 2565 ซึ่งจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดสูงถึง 1.9 ล้านคน แต่การเข้าถึงการบำบัดรักษายังคงมีข้อจำกัด เนื่องจากจำนวนสถานบริการและทรัพยากรที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ผู้ป่วยที่ต้องการการบำบัดรักษาจำนวนมากยังต้องเผชิญกับการรอคอยที่ยาวนาน การเพิ่ม

โอกาสในการเข้าถึงบริการ จึงเป็นความท้าทายที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน^(6,7) ประเทศไทยมีจำนวนเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยยาเสพติดรวมทั่วประเทศไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และไม่ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขยายพื้นที่บริการเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้ยาและสารเสพติด ลดความแออัดในโรงพยาบาลเฉพาะทาง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชได้รับการบำบัดรักษา และดูแลอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ พร้อมกับการลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด พัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข^(5,6) ด้วยความร่วมมือจากกรมการแพทย์ โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง กรมสุขภาพจิต และกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงร่วมกันพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบ "มินิธัญญารักษ์" ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชน^(5,18,19) โดยใช้แนวคิดเดียวกับ

การดำเนินงานร้านสะดวกซื้อที่ผู้ป่วยในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งได้ขยายการดูแลรักษาผู้ป่วยยาเสพติดของ รพ.ธัญญารักษ์ลงในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีศักยภาพและความพร้อมให้บริการดูแลผู้เข้ายาและสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (acute/subacute care) การบำบัดรักษาในระยะกลาง (intermediate care) และการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (long-term care) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น สะดวกต่อการเดินทาง ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่าย แก้ปัญหาเตียงไม่พอ เพื่อลดความแออัดสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวในโรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอ⁽¹⁸⁾

มินิธัญญารักษ์เป็นศูนย์บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่มีการจัดการบริการแบบเข้าถึงง่ายใกล้ชิดประชาชน และลดความแออัดและระยะเวลาการคอยในการเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลไทยภายใต้แนวนโยบายด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ จัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาลชุมชนที่ชุมชนมีปัญหายาเสพติดสูง และมีความพร้อมในการจัดการบริการ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐและสนับสนุนการดำเนินงานจากภาคีเครือข่าย^(6,19) โดยมีกระบวนการบำบัดรักษาที่ประกอบด้วย การประเมินความเหมาะสมของการบำบัด มีการใช้ยาและให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนมีการติดตามผลการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง 1 ปี เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนอย่างน้อย 4 ครั้ง เพื่อลดอัตราการกลับมาเสพติดซ้ำของผู้ป่วย^(18,19)

การพัฒนาารูปแบบการจัดการบริการมินิธัญญารักษ์ ซึ่งเป็นการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในรูปแบบระยะกลางและระยะยาวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ถือเป็นหนึ่งในแนวทางสำคัญในการขยายการเข้าถึงบริการให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด การบริการในรูปแบบนี้ไม่เพียงแต่ช่วยลดปัญหาการขาดแคลนเตียงในสถานพยาบาลใหญ่ๆ แต่ยังสามารถให้บริการผู้ป่วยในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศได้มากขึ้น โดยไม่ต้องเดินทางไกล และลดระยะเวลาในการรอรับบริการ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง^(6,18,19)

การศึกษารูปแบบการจัดการบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย จึงเป็นงานวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อยกระดับระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในบริบทที่หลากหลาย ทั้งในด้านพื้นที่และสภาพสังคม^(19,22) นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการสนับสนุนนโยบายและกลยุทธ์ระดับชาติเพื่อพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาและสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการมีคุณภาพครอบคลุมและยั่งยืน^(6,21,23)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานการจัดการบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทยตามบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต

คำถามการวิจัย

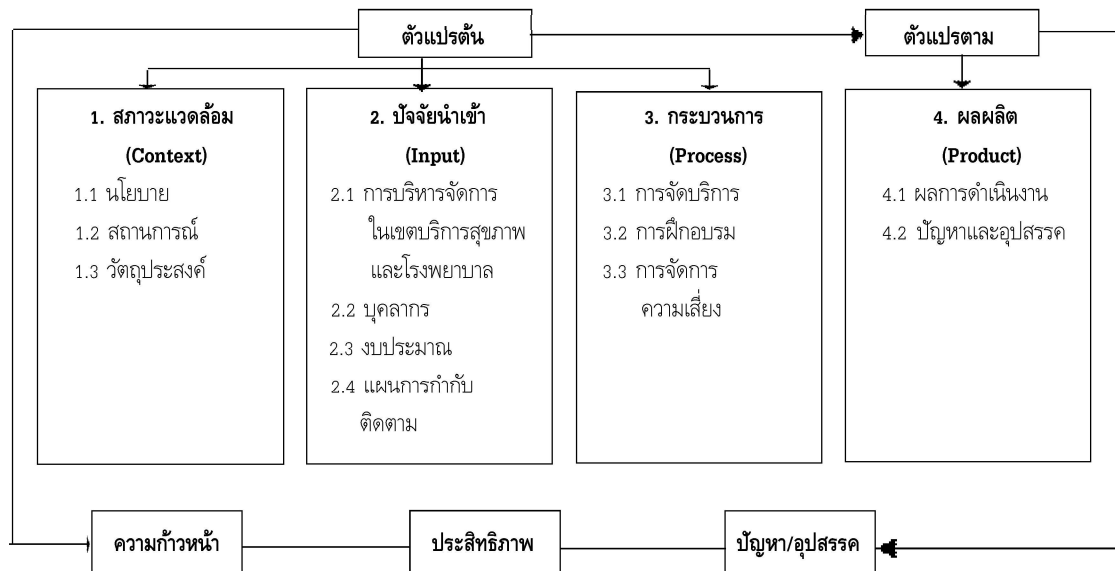
1. การจัดการบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีรูปแบบการบริการเป็นอย่างไร
2. บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของแต่ละพื้นที่มีผลต่อการจัดการบริการหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดสำหรับการประเมินนี้อ้างอิงกรอบการประเมินโครงการที่เรียกว่า CIPP model ซึ่งประกอบด้วย ประเด็นการประเมิน 4 กลุ่ม ดังนี้ (รูปที่ 1) 1) ประเมินบริบทของโครงการ (Context evaluation; C) โดยพิจารณาความจำเป็นของโรงพยาบาลในการจัดการบริการมินิธัญญารักษ์สถานการณ์ปัญหาผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่และวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน 2) ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation; I) ได้แก่ การบริหารจัดการในเขตสุขภาพและโรงพยาบาล การพิจารณาความเหมาะสมและความพอเพียงของบุคลากร งบประมาณและแผนการกำกับติดตามการดำเนินงานในโรงพยาบาล 3) ประเมินกระบวนการ (Process evaluation; P) ได้แก่ การประเมินกระบวนการจัดการบริการในโรงพยาบาล การฝึกอบรมบุคลากร และการจัดการ

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระหว่างการจัดบริการ 4) การประเมินผลที่ได้รับ (Product evaluation; P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิต/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย

ที่วางไว้ โดยในแต่ละกระบวนการพิจารณาปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงโอกาสการพัฒนาในอนาคต^(14,16)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินการจัดการบริการมินิธัญญารักษ์

นอกจากนี้ การประเมินยังครอบคลุมการศึกษาระบบอภิบาล (governance) ได้แก่ แนวทางหรือรูปแบบที่ชัดเจนเป็นระบบในการตัดสินใจนำไปปฏิบัติ ในประเด็นการพัฒนาและการถ่ายทอดนโยบายแผนปฏิบัติการ การสร้างความร่วมมือและการติดตามประเมินผล

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (evaluation research) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการจัดการบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยทุกแห่ง ครอบคลุมทุกจังหวัดใน 12 เขตบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นไปที่การประเมินและวิเคราะห์รูปแบบการจัดการบริการมินิธัญญารักษ์ ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยที่ให้บริการในโรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั่วประเทศ เพื่อทำความเข้าใจประสิทธิภาพ อุปสรรค ปัญหา และแนวทาง

ในการปรับปรุงระบบการจัดการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยใช้ระยะเวลาศึกษาเอกสารตั้งแต่สิงหาคม-ธันวาคม 2567 โดยใช้รูปแบบซิปโมเดล (CIPP model) ของ สตีฟเฟิลบีม^(3,14,16) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในระหว่างวันที่ 27 ธันวาคม-15 มกราคม 2568

ประชากรที่ศึกษา

ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ บุคลากรที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการจัดการบริการมินิธัญญารักษ์ ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดมาไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีความสนใจในการให้ข้อมูล รวมทั้งสามารถให้ข้อมูลการจัดการบริการมินิธัญญารักษ์ได้อย่างครบถ้วน และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ที่ได้เปิดให้บริการในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566-31 มกราคม 2567 ซึ่งมี 149 แห่ง แบ่งละ 1 คน รวม 149 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก คือ

1) เป็นพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่เปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์มาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน

2) ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดมาไม่น้อยกว่า 2 ปี

3) มีความสนใจในการให้ข้อมูล รวมทั้งสามารถให้ข้อมูลการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ได้อย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก คือ

ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ประสานงานการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ และไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาของการศึกษาที่กำหนดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เลือก เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดมาไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีความสนใจในการให้ข้อมูล รวมทั้งสามารถให้ข้อมูลการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ได้อย่างครบถ้วน และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยที่เปิดให้บริการในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566-31 มกราคม 2567 รวม 147 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ใช้เครื่องมือ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิด เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด ให้เติมคำตอบ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ได้แก่ ชื่อโรงพยาบาล วันที่จัดตั้งมินิธัญญารักษ์ และที่ตั้งของมินิธัญญารักษ์ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ประเภทสถานพยาบาลยาเสพติด เป็นคำถามเกี่ยวกับประเภทสถานพยาบาลที่สังกัด จำนวนเพียงในแต่ละประเภทการบำบัด (acute care, intermediate care และ long-term care) ลักษณะเป็นจำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เป็นคำถามเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยสะสมตั้งแต่เริ่มเปิดดำเนินการและประเภทผู้ป่วยขณะแรกรับ ตามระดับความรุนแรง 5 ระดับ ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย (ประเมิน OAS):
- 2) กลุ่มสีแดง: ผู้ป่วยที่อาละวาด/คลุ้มคลั่ง
- 3) กลุ่มสีส้ม: ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ
- 4) กลุ่มสีเหลือง: ผู้ป่วยที่อาการสงบลงแล้ว
- และ 5) กลุ่มสีเขียว: ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย จำนวน 2 ข้อ โดยให้ตอบจำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม

ส่วนที่ 4 ข้อมูลบุคลากรและการฝึกอบรม เป็นคำถามบุคลากรที่ปฏิบัติงานในมินิธัญญารักษ์แยกตามสาขาวิชาชีพและหลักสูตรที่ได้รับการอบรม จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 5 ความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นและวิธีจัดการความเสี่ยงในมินิธัญญารักษ์ บัญหาอุปสรรคในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านสถานที่ ด้านงบประมาณ และด้านระบบงาน ลักษณะเป็น คำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.90 ทั้งฉบับซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับการใช้ในงานวิจัย^(10,13) และแบบสอบถามผ่านเกณฑ์ในทุกข้อคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นได้ส่งแบบสอบถามผ่านแพลตฟอร์ม Google Drive ในช่องทางไลน์ (Line) รูปแบบ อะซิงโครนัส (asynchronous or bulletin online focus group) เนื่องจากผู้เข้าร่วมตอบแบบประเมินอยู่คนละสถานที่ และเข้าร่วมการสนทนาคนละเวลา ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 1-2 เดือน โดยผู้วิจัยทำการจำกัดการเข้าถึงไฟล์เอกสารให้แก่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงได้เท่านั้น เพื่อความปลอดภัยและปกป้องข้อมูลส่วนตัวและเป็นความลับของการวิจัย^(19,22)

2. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของคำตอบ เพื่อวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ หากพบว่าแบบประเมินฉบับใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะติดต่อไปยังผู้ให้ข้อมูลเพื่อเพิ่มเติมให้ครบถ้วน

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในลักษณะกลุ่มสนทนา (focus group) จำนวน 3 ครั้ง ในประเด็นปัญหาและมุมมองต่อกระบวนการให้บริการ ได้แก่ การจัดทรัพยากร เช่น บุคลากร งบประมาณและเครื่องมือในการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น ปัญหาอุปสรรคของการจัดบริการ ความเสี่ยงในการจัดบริการ และแผนการจัดบริการ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดกลุ่มเนื้อหา (categorization) และการวิเคราะห์หัวข้อหลัก (thematic analysis)⁽¹³⁾ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช ใบรับรองเลขที่ P007/2567 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2567 ภายหลังผ่านการรับรองดำเนินการขออนุญาตหน่วยงานและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และจะนำเสนอผลการประเมินในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยมีกระบวนการบริหารจัดการรักษาข้อมูลตั้งแต่กระบวนการเก็บข้อมูล การจัดการข้อมูล การวิเคราะห์และการรายงานผล

ผลการวิจัย

1. สภาพแวดล้อม (Context) และ ระบบอภิบาล (Governance)

1.1 นโยบาย

จากการแก้ไขพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 กำหนดให้ “ผู้เสพคือ ผู้ป่วย” ซึ่งจัดเป็นการปรับเปลี่ยนนโยบายเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติด จากจำนวนผู้เสพยาประมาณ 1 ล้านคน เพียงบำบัดผู้เสพยาเพียง 6,500 เพียง ซึ่งคาดว่ารับผู้ป่วยยาเสพติดได้ประมาณ 2 แสนคน ดังนั้นการพัฒนาพันธัญญารักษ์จัดเป็นนโยบายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างบูรณาการในระบบการบำบัด รักษา ฟื้นฟู โดยกำหนดให้ทุกจังหวัดเปิดบริการพันธัญญารักษ์ จังหวัดละ 1 แห่ง พร้อมทั้งได้วางแนวทางการเปิดบริการให้โรงพยาบาลนำไป

ปฏิบัติได้อย่างชัดเจน ในกรณีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีประเด็นสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินงานให้ติดต่อสอบถามผ่านผู้รับผิดชอบที่กองบริหารการสาธารณสุข

1.2 สถานการณ์และวัตถุประสงค์

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดรูปแบบการจัดบริการพันธัญญารักษ์ออกเป็น 2 รูปแบบ ตามเป้าหมายการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาและสารเสพติดคือการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดระยะกลาง (intermediate care) และการบำบัดรักษาระยะยาว (long-term care) โดยมุ่งเน้นโรงพยาบาลให้จัดบริการในรูปแบบการบำบัดรักษาระยะกลางจากการศึกษาข้อมูลพบว่าโรงพยาบาล 147 แห่ง เปิดให้บริการในลักษณะการบำบัดระยะกลาง 112 แห่ง จำนวน 1,040 เตียง พบสูงสุดที่เขตบริการสุขภาพที่ 5, 6 และเขตบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวน 17, 15 และ 11 แห่ง ตามลำดับ และมีจำนวน 35 โรงพยาบาลเปิดให้บริการในรูปแบบระยะยาวจำนวน 804 เตียง โดยเขตบริการสุขภาพที่ 8 และ 10 จัดบริการในรูปแบบนี้สูงสุดจำนวน 7 แห่ง และเขตบริการสุขภาพที่ 6 จัดบริการสูงเป็นอันดับ 2 จำนวน 6 แห่ง สำหรับเขตบริการสุขภาพที่ 1 และ 3 ไม่จัดบริการพันธัญญารักษ์ในรูปแบบการดูแลระยะยาว

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation)

2.1 การจัดบริการพันธัญญารักษ์

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการพันธัญญารักษ์ในประเทศไทยมีจำนวนสถานบริการทั้งหมด 147 แห่ง และมีจำนวนเตียงรวม 1,844 เตียง โดยแบ่งการให้บริการออกเป็นสองรูปแบบหลัก คือ intermediate care (การดูแลระยะกลาง) และ long-term care (การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว) โดยเขตบริการสุขภาพที่ 6 จำนวน 20 โรงพยาบาล จำนวน 230 เตียง คิดเป็นร้อยละ 13.42 ของการให้บริการทั้งหมด ในทางกลับกันเขตบริการสุขภาพที่ 3 มีการจัดบริการน้อยที่สุด เพียง 4 แห่ง รวม 23 เตียง คิดเป็นร้อยละ 2.68 เขตสุขภาพที่มีศักยภาพสูง ได้แก่ เขต 10 ซึ่งมีจำนวนเตียงรวมมากที่สุด 254 เตียง รองลงมาคือเขต 8 (245 เตียง) และเขต 7 (225 เตียง) แสดงให้เห็นถึงความพร้อมในการให้บริการทั้ง intermediate care และ long-term care ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 3 มีจำนวนบริการและเตียงน้อยที่สุด ซึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรและการพัฒนาที่ไม่เพียงพอ

การจัดบริการมินิธัญญารักษ์ระยะกลาง (intermediate care) มีทั้งหมด 112 แห่ง แบ่งเป็นหอผู้ป่วย (ward) 56 แห่ง และ corner 56 แห่ง รวมเตียงทั้งหมด 1,040 เตียง เขตสุขภาพที่มีจำนวนเตียงมากที่สุด ได้แก่ เขต 1 (170 เตียง) เขต 6 (126 เตียง) และเขต 10 (103 เตียง) อย่างไรก็ตาม เขตสุขภาพที่ 3 ไม่มีบริการในรูปแบบ ward เลย สะท้อนถึงปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรและการพัฒนาที่ไม่เพียงพอในพื้นที่ ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 5 โดดเด่นในรูปแบบ corner

ด้วยจำนวน 13 แห่ง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการให้บริการที่มีความต่อเนื่องและทั่วถึงในพื้นที่ การจัดบริการมินิธัญญารักษ์ระยะยาว (long-term care) จัดบริการทั้งหมด 35 แห่ง แบ่งเป็นหอผู้ป่วย (ward) 32 แห่ง และ corner 3 แห่ง รวมจำนวนเตียงทั้งสิ้น 804 เตียง เขตสุขภาพที่มีจำนวนเตียงมากที่สุด ได้แก่ เขต 7 (163 เตียง) เขต 10 (151 เตียง) และเขต 8 (150 เตียง) และพบว่าหลายเขตสุขภาพ เช่น เขต 3, 4, และ 5 ไม่มีการให้บริการในรูปแบบ corner รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำนวนเตียงตามรูปแบบการจัดบริการจำแนกรายเขตบริการสุขภาพ

เขตบริการ สุขภาพ	รูปแบบการจัดบริการ (แห่ง)						รวม	
	Intermediate Care			Long-Term Care			มินิธัญญารักษ์ (แห่ง)	จำนวน เตียง
	ward	corner	จำนวน เตียง	ward	corner	จำนวน เตียง		
1	10	1	170	0	0	0	11	170
2	6	2	72	1	0	20	9	92
3	0	4	23	0	0	0	4	23
4	3	5	63	1	0	16	9	79
5	4	13	76	1	0	30	18	106
6	4	11	126	4	1	104	20	230
7	2	6	62	6	0	163	14	225
8	7	1	95	6	0	150	14	245
9	3	4	89	2	2	44	11	133
10	7	2	103	5	0	151	14	254
11	6	2	70	3	0	70	11	140
12	4	5	91	3	0	56	12	147
รวม	56	56	1,040	32	3	804	147	1,844

การจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในแต่ละเขตสุขภาพพบว่า อัตราการให้บริการมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการรองรับผู้ป่วยและสถานการณ์ปัญหาที่หลากหลาย จากข้อมูลการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ระยะกลาง (intermediate care) มีจำนวนเตียงรวม 1,040 เตียง รองรับผู้ป่วยทั้งหมด 2,298 ราย คิดเป็นอัตราการให้บริการเฉลี่ยร้อยละ 220.96 เขตสุขภาพที่มีอัตราการให้บริการ

สูงสุด ได้แก่ เขต 8 ซึ่งมีอัตราสูงถึงร้อยละ 506.32 รองรับผู้ป่วย 481 ราย จากจำนวนเตียง 95 เตียง เขตสุขภาพที่มีอัตราการให้บริการต่ำสุด ได้แก่ เขต 7 ซึ่งรองรับผู้ป่วยเพียง 11 ราย จากจำนวนเตียง 62 เตียง คิดเป็นร้อยละ 17.74 และเขตสุขภาพที่ 9 ไม่มีผู้ป่วยในระบบ intermediate care แม้จะมีเตียงรองรับ 89 เตียง การจัดบริการมินิธัญญารักษ์ระยะฟื้นฟู (long-term care) มีจำนวนเตียงรวม 804 เตียง

รองรับผู้ป่วย 340 ราย คิดเป็นอัตราการให้บริการเฉลี่ยร้อยละ 42.29 เขตสุขภาพที่มีอัตราการให้บริการสูงสุด ได้แก่ เขต 10 ซึ่งมีอัตราสูงถึงร้อยละ 129.14 รองรับผู้ป่วย 195 ราย จากจำนวนเตียง 151 เตียงและพบว่าเขตสุขภาพที่ 5, 6, และ 7 ไม่มีผู้ป่วยในระบบ long-term care แม้จะมีเตียงรองรับ

ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตามเกณฑ์ OAS (Opioid Addiction Severity)

แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ สีแดง (วิกฤต), สีส้ม (รุนแรง), สีเหลือง (ปานกลาง), และสีเขียว (เล็กน้อย)

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสีเหลือง (916 ราย) และสีเขียว (799 ราย) สะท้อนถึงการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักยังอยู่ในระดับที่สามารถจัดการได้ในชุมชน พบว่าเขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยในระดับสีแดงมากที่สุด ได้แก่ เขต 8 (188 ราย) และเขต 10 (150 ราย) ซึ่งแสดงถึงความท้าทายในการจัดการผู้ป่วยที่อยู่ในสถานการณ์วิกฤต เขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยระดับสีเขียวมากที่สุด ได้แก่ เขต 1 (202 ราย) และเขต 2 (201 ราย) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเข้ารับบริการจำแนกตามระดับความรุนแรง Overt Aggression Scale: OAS

เขตบริการสุขภาพ	อัตราการให้บริการมินิธัญรักษ์						ระดับความรุนแรง ตาม OAS (ราย)			
	Intermediate Care			Long Term Care						
	จำนวนเตียง	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ	จำนวนเตียง	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ	สีแดง	สีส้ม	สีเหลือง	สีเขียว
1	170	284	167.06	0	0	0	5	43	56	202
2	72	238	330.56	20	20	100	0	2	55	201
3	23	20	86.97	0	0	0	0	1	14	5
4	63	101	160.32	16	9	56.25	4	57	43	6
5	76	30	39.47	30	0	0	67	71	131	8
6	126	163	129.37	104	0	0	3	9	96	65
7	62	11	17.74	163	0	0	0	2	7	2
8	95	481	506.32	150	34	22.67	188	63	189	75
9	89	0	0	44	25	56.82	4	8	9	4
10	103	214	207.77	151	195	129.14	150	87	32	140
11	70	121	172.86	70	25	35.71	43	28	25	50
12	91	388	426.37	56	0	0	41	47	259	41
รวม	1,040	2,298	220.96	804	340	42.29	505	418	916	799

2.2 บุคลากรที่ให้บริการ ข้อมูลการเปิดให้บริการมินิธัญรักษ์ 147 แห่งทั่วประเทศ พบว่าเขตบริการสุขภาพที่ 5 มีแพทย์ประจำมากที่สุดคือ 13 คน สะท้อนถึงการกระจายทรัพยากรบุคลากรที่ไม่สม่ำเสมอในแต่ละเขตบริการสุขภาพ นอกจากนี้มีสถานพยาบาลจำนวน 87 แห่ง ที่มีพยาบาล

ประจำแบบ Full-time ซึ่งช่วยให้สามารถดูแลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ขณะที่สถานพยาบาลอื่นๆ ต้องอาศัยพยาบาลจากหอผู้ป่วยหมุนเวียนมาดูแลผู้รับบริการในมินิธัญรักษ์ ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

3. การประเมินด้านกระบวนการ (Process evaluation)

3.1 การจัดบริการ จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมการบำบัดรักษาในมินิธัญญารักษ์มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกทักษะ และกิจกรรมทางเลือก โดยการจัดกิจกรรมดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ได้แก่ 1) การให้ความรู้ ถือเป็นส่วนสำคัญในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด เนื้อหาในกิจกรรมนี้ครอบคลุมถึงพิษภัยของยาเสพติด หลักการลดอันตราย (harm reduction) ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสมองที่ติดยา และสุขภาพจิตศึกษา 2) การฝึกทักษะ กิจกรรมในส่วนนี้มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการปรับตัวและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย ประกอบด้วย ทักษะการปรับตัว การรู้จักตนเอง ทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น การประเมินตนเอง การสร้างแรงจูงใจ และทักษะการปฏิเสธ 3) กิจกรรมทางเลือก เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดผ่านกิจกรรมหลากหลาย เช่น กายภาพบำบัด การแพทย์แผนไทย ดนตรีบำบัด การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และการใช้หลักธรรมทางศาสนา (ศาสนบำบัด) โดยกิจกรรมดังกล่าวจัดขึ้นในรูปแบบหอผู้ป่วย (ward) และ หอผู้ป่วยร่วม (corner) ซึ่งมีการปรับใช้ห้องพิเศษสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้เหมาะสมกับกระบวนการบำบัด ซึ่งการบำบัดรักษาระยะกลาง ผู้ป่วยจะเข้าร่วมกิจกรรมหมุนเวียนรายสัปดาห์อย่างครบถ้วน โดยใช้ระยะเวลา 1 เดือนในการบำบัด สำหรับการบำบัดรักษาระยะยาว ผู้เสพยาเสพติดจะได้เข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง 3 เดือน โดยเพิ่มกิจกรรมฝึกอาชีพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การกลับคืนสู่สังคม ส่วนหอผู้ป่วยร่วม (corner) ซึ่งใช้แนวทางการจัด zoning กิจกรรมจะเน้นการบำบัดรักษาทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตโดยใช้เวลาเฉลี่ย 7-10 วัน หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการนัดหมาย ติดตามต่อในลักษณะผู้ป่วยนอก เพื่อฝึกทักษะและเข้าร่วมกิจกรรมจนกระบวนการบำบัดเสร็จสิ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด

เมื่อจำแนกกลุ่มผู้รับบริการตามประเภทการใช้ยาเสพติดและสารเสพติด พบว่าการใช้สารเสพติดกลุ่มยาบ้า/

ยาไอซ์ มีจำนวนมากที่สุด คือ 1,802 ราย รองลงมาได้แก่ การใช้ยาเสพติดหลายชนิด ใช้สุรา กัญชา กลุ่มฝิ่น/เฮโรอีน กระทั่งม จำนวน 414, 149, 138, 109 และ 15 ราย ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์รายเขตบริการสุขภาพพบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 8 มีจำนวนผู้รับบริการที่ใช้ยาบ้า/ยาไอซ์มากที่สุด คือ 376 ราย ในขณะที่เขตบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้รับบริการที่ใช้สารเสพติดกลุ่มฝิ่น/เฮโรอีนมากที่สุด คือ 90 ราย การใช้กัญชาพบมากที่สุดในเขตบริการสุขภาพที่ 6 และ 8

3.2 การฝึกอบรมพัฒนาความรู้ความ

สามารถของบุคลากร จากการศึกษาพบว่าประเทศไทยมีการกำหนดหลักสูตรการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในมินิธัญญารักษ์ทั้งสิ้น 7 หลักสูตร ได้แก่: 1) หลักสูตรมินิธัญญารักษ์ 10 วัน เน้นพื้นฐานการจัดการและดูแลผู้ป่วยในมินิธัญญารักษ์ 2) หลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ มุ่งเน้นความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ยาเสพติด 3) หลักสูตรเวชศาสตร์พยาบาล 5 วัน/10 วัน สำหรับพยาบาลที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน 4) หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน เป็นการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด 5) หลักสูตรเวชศาสตร์ฉุกเฉินและสารเสพติด สำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน 6) หลักสูตร FAST Model มุ่งเน้นการจัดการปัญหาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 7) หลักสูตร Matrix การจัดการและบูรณาการการดูแลผู้ป่วย โดยทุกสถานพยาบาลที่เปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์ เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมอย่างน้อย 1 หลักสูตร ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นของระบบสาธารณสุขในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ข้อมูลสถิติการอบรมบุคลากร พบว่าโรงพยาบาลที่จัดบริการมินิธัญญารักษ์จำนวน 69 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 62.73 มีแพทย์เข้ารับการอบรมในหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ นอกจากนี้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในมินิธัญญารักษ์มีจำนวนทั้งหมด 207 คนโดยในจำนวนนี้ 60 คน (ร้อยละ 28.99) ผ่านการอบรมหลักสูตรมินิธัญญารักษ์ 10 วัน และ 55 คน (ร้อยละ 26.57) ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน ในส่วนของนักจิตวิทยาจำนวน 41 คน พบว่ามีผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตร FAST Model และ Matrix อย่างละ 11 คนต่อหลักสูตร คิดเป็นร้อยละ 26.83 สะท้อนถึงการเตรียมพร้อมในการบูรณาการการดูแลด้านจิตวิทยา โดยทุกหน่วยบริการที่เปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์มีการจัดทำ

แผนการบำบัดรักษา คู่มือการบำบัดรักษา แผนการดูแลผู้ป่วยตาม care map และ clinical practice guideline (CPG) รวมถึงแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดในเขตบริการสุขภาพอย่างชัดเจน

3.3 การจัดการความเสี่ยง จากการศึกษาพบว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการให้บริการผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดสามารถจำแนกได้เป็นหลายประเภท โดยความเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ การลักลอบออกไปภายนอกสถานพยาบาล จำนวน 45 รายการ การทะเลาะวิวาท จำนวน 32 รายการ การเข้าและสารเสพติดภายในสถานพยาบาล จำนวน 25 รายการ ซึ่งความเสี่ยงเหล่านี้สะท้อนถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

มาตรการจัดการความเสี่ยง จากการศึกษาพบว่าสถานพยาบาลที่ให้บริการได้ใช้มาตรการหลากหลายรูปแบบในการจัดการความเสี่ยงเพื่อควบคุมและจำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนี้ การผูกมัดผู้ป่วย ใช้มากที่สุดจำนวน 81 รายการ การเข้าเพื่อควบคุมพฤติกรรม จำนวน 70 รายการ ตามด้วยการใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมทางการแพทย์ จำนวน 12 รายการ และการใช้ห้องขัง จำนวน 4 รายการ ซึ่งมาตรการเหล่านี้ถูกเลือกใช้ตามระดับความรุนแรงของสถานการณ์และความจำเป็นทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล

4. การประเมินผลลัพธ์

4.1 ผลลัพธ์ด้านบริการ พบว่าบริการมีสิทธิบัตรสามารถให้บริการผู้ป่วยทั้งสิ้น 2,638 ราย คิดเป็นร้อยละ 143.06 ของจำนวนเตียง โดยเป็นผู้ป่วย intermediate care จำนวน 2,298 ราย และผู้ป่วย long-term care จำนวน 340 คิดเป็นร้อยละ 220.96 และ 42.29 ตามลำดับ โดยร้อยละ 34.72 เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการ สิ้นเสียง รองลงมาคือผู้รับบริการกลุ่มสีเขียว ร้อยละ 30.29 กลุ่มสีแดง ร้อยละ 19.14 และกลุ่มสีส้ม ร้อยละ 15.85 ตามลำดับ และพบว่าผู้รับบริการเข้ายา/ยาไอซ์ มีจำนวนมากที่สุด และพบความเสี่ยงจากการให้บริการมีสิทธิบัตรสูงสุดคือการลักลอบออกไปภายนอกสถานพยาบาล

4.2 ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการ มีสิทธิบัตรสามารถจำแนกปัญหาออกเป็น 4 ด้าน ด้าน

บุคลากร เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ การขาดแคลนอัตรากำลังในการปฏิบัติงานประจำ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องปฏิบัติงานในมีมติญารักษ์ร่วมด้วย และบุคลากรในการปฏิบัติงานบางคนไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรในการบำบัดผู้เสพยาและสารเสพติด ด้านสถานที่พบว่าไม่มีสถานที่เฉพาะในการจัดบริการ คงจัดบริการร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป พื้นที่คับแคบ ไม่มีสถานที่ในการจัดกิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วย ด้านงบประมาณไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจัดบริการและไม่สามารถจัดซื้ออุปกรณ์ที่มีความจำเป็นได้ งบประมาณล่าช้า วัสดุอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่เพียงพอ และด้านระบบงาน พบว่าระบบการส่งต่อผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพ

การอภิปรายผล

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบมีมติญารักษ์ในประเทศไทย ซึ่งเป็นบริการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล โดยการจัดตั้งศูนย์บริการในทุกเขตบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น⁽¹⁹⁾ ระบบดังกล่าวได้พัฒนาแนวทางการบำบัดที่ครอบคลุม ตั้งแต่การดูแลระยะกลาง (intermediate care) ไปจนถึงการฟื้นฟูระยะยาว (long-term care) ซึ่งช่วยตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามแม้ว่าระบบจะมีการขยายตัว แต่ยังคงมีข้อจำกัดที่สำคัญในด้านทรัพยากรและบุคลากร โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ทรัพยากรมีจำกัด เช่น อาคารสถานที่ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และงบประมาณที่จัดสรรไม่เพียงพอ ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดที่ระบุว่า การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ⁽²²⁾

ดังนั้น เพื่อตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยระบบมีมติญารักษ์ควรให้ความสำคัญกับการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน เช่น การเพิ่มจำนวนเตียงในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยหนาแน่น การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม นอกจากนี้การพัฒนาบุคลากรเป็นอีกหนึ่งแนวทางสำคัญที่ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทั้งการฝึกอบรมเฉพาะทาง เช่น การพัฒนาทักษะนักบำบัดและผู้ให้คำปรึกษา รวมถึงการส่งเสริมแรงจูงใจ เช่น การเพิ่มค่าตอบแทนสวัสดิการที่เหมาะสม และโอกาสความก้าวหน้าในสายอาชีพ

เพื่อรักษาบุคลากรให้อยู่ในระบบระยะยาว นอกจากนั้นการใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบฐานข้อมูลกลาง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการข้อมูลผู้ป่วยและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ซึ่งจะลดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อน และช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องมากขึ้น

แม้ว่าระบบการบำบัดจะมีการพัฒนามากขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่มีอาการทางจิตเวชร่วมกับการใช้ยาเสพติด การจัดตั้งศูนย์เฉพาะทางที่มีทีมผู้เชี่ยวชาญจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ และช่วยลดช่องว่างในการบวนการดูแล⁽²²⁾ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแลยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การบำบัดมีความเหมาะสมกับความต้องการเฉพาะบุคคล และสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้มีข้อมูลสำคัญที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายและการจัดการบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ซึ่งสามารถนำไปสู่การปรับปรุงและขยายการให้บริการในเขตสุขภาพต่างๆ ให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่ได้รับยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับบริการมินิธัญญารักษ์ในชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในพื้นที่ที่มีความต้องการสูง

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการกระจายทรัพยากรและการออกแบบบริการที่เหมาะสมกับลักษณะปัญหาในแต่ละเขต เพื่อรองรับความต้องการของผู้ป่วยสารเสพติดในอนาคต การปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้ครอบคลุมและเท่าเทียมจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในทุกเขตสุขภาพ การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรด้านมินิธัญญารักษ์ถือเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ความพยายามในการฝึกอบรมบุคลากรไม่เพียงเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังช่วยสร้างมาตรฐานการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ การจัดการความเสี่ยงในสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดก็เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ โดยต้อง

มีการประเมินสถานการณ์อย่างรอบคอบและเลือกใช้มาตรการที่เหมาะสมเพื่อป้องกันความเสี่ยง เช่น การลักลอบออกไปภายนอกและการทะเลาะวิวาท ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการเพิ่มมาตรการป้องกันที่รัดกุม และสร้างสมดุลระหว่างการดูแลผู้ป่วยและการรักษาความปลอดภัยในสถานพยาบาล

สรุป

การวิจัยประเมินผล (evaluation research) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย โดยใช้แบบจำลองการประเมินแบบชิป (CIPP Model) ของสต๊อฟเฟิลบีม ในการศึกษา ได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย แห่งละคน จำนวน 147 คน ในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยมีจำนวนเตียงบริการรวมทั้งสิ้น 1,804 เตียง แบ่งเป็นระยะกลาง (intermediate care) จำนวน 1,040 เตียง และการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (long-term care) จำนวน 804 เตียง ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการทั้งสิ้น 2,638 ราย เป็นผู้ป่วย intermediate care จำนวน 2,298 ราย และ long-term care จำนวน 340 ราย สำหรับประเภทสารเสพติดที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้รับบริการคือ ยาบ้า/ยาไอซ์ มีจำนวนถึง 1,802 ราย รองลงมาคือการใช้สารเสพติดหลายชนิด ควบคู่กับการใช้สุรา กัญชา และฝิ่น/เฮโรอีน โดยเขตบริการสุขภาพที่ 1 มีใช้สารเสพติดกลุ่มฝิ่น/เฮโรอีนมากที่สุด ส่วนเขตบริการสุขภาพที่ 8 ใช้ยาบ้า/ยาไอซ์มากที่สุด ซึ่งสะท้อนถึงปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ^(19,21,22)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขควรมีการพัฒนานโยบายและกลยุทธ์ในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการขยายและพัฒนากาให้บริการมินิธัญญารักษ์ในเขตสุขภาพที่มีความต้องการสูง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีจำนวนเตียงและบริการที่จำกัด เพื่อให้สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เสริมสร้างความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกคนในทุกเขตบริการ การกระจาย

บริการในรูปแบบที่เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละพื้นที่ที่จะช่วยให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม ทั้งถึงและยั่งยืน

2. ควรมีการทบทวนและปรับปรุงการกระจายทรัพยากรในการให้บริการด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงความจำเป็นของแต่ละพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้บริการสุขภาพมีความครอบคลุมและเท่าเทียม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการที่ยังไม่เพียงพอ

3. ควรมีการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะ และความรู้ ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐานที่เหมาะสม ยกย่องคุณภาพการดูแล

4. เสริมสร้างมาตรการป้องกันและรักษาความปลอดภัยในสถานพยาบาล จัดการความเสี่ยงในสถานพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการประเมินสถานการณ์และเลือกใช้มาตรการที่เหมาะสมจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ดำเนินการขยายจำนวนสถานบริการในเขตสุขภาพที่มีความต้องการสูง โดยเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลบริการมินิคลินิกในพื้นที่ที่มีความขาดแคลน เพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี พร้อมทั้งร่วมมือกับองค์กรชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่น ในการส่งเสริมให้ประชาชนมีการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริการในพื้นที่

2. จัดฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด โดยเฉพาะในเรื่องของเทคนิคการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การควบคุมความรุนแรงหรือการจัดการกับผู้ป่วยที่พยายามหลบหนี สร้างโปรแกรมพัฒนาทักษะเฉพาะทาง เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพและการสนับสนุนจิตใจให้แก่บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด

3. จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความสำคัญกับพื้นที่ที่มีปัญหาการขาดแคลนการบริการ และให้ความสำคัญกับการเพิ่มจำนวนเตียงและอุปกรณ์การแพทย์ในพื้นที่เหล่านี้ รวมถึงการออกแบบโปรแกรมการดูแลที่แตกต่างกันตามความต้องการและสถานการณ์ของแต่ละเขตสุขภาพ

4. เพิ่มความเข้มงวดในการรักษาความปลอดภัย เช่น การติดตั้งระบบสัญญาณเตือนภัย การใช้เครื่องตรวจจับโลหะ และการเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด มีการปรับปรุงการจัดการภายในสถานพยาบาล โดยจัดให้มีการตรวจสอบและประเมินสถานการณ์เป็นระยะๆ เพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การลักลอบออกไปภายนอกและการทะเลาะวิวาท

5. สร้างเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการสนับสนุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาวในชุมชนหรือในสถานพยาบาลที่มีความเหมาะสม โดยให้บริการอย่างต่อเนื่องหลังจากการรักษาพร้อมทั้งพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูที่ครอบคลุม เช่น การบำบัดทางจิตใจ, การฟื้นฟูร่างกาย และการช่วยเหลือในการกลับสู่สังคม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลกระทบของการขยายบริการมินิคลินิกในพื้นที่ต่างๆ ต่อการเข้าถึงบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสารเสพติดรวมถึงการเปรียบเทียบระหว่างเขตที่มีการขยายบริการ และเขตที่ยังมีข้อจำกัดในการให้บริการ

2. ศึกษาแนวทางการจัดการความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดที่มีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงที่เกิดจากผู้ป่วยสารเสพติดในสถานพยาบาล เช่น การป้องกันการลักลอบออกไปภายนอกและการทะเลาะวิวาท รวมถึงผลกระทบของมาตรการเหล่านี้ต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร

3. สำรวจความต้องการและการเข้าถึงบริการมินิคลินิกในกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่เกี่ยวกับบริการมินิคลินิก เพื่อให้สามารถพัฒนาบริการให้ตรงกับความต้องการจริงของผู้ใช้บริการ และศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลภายใต้ระบบมินิคลินิก

4. การวิจัยรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละเขตสุขภาพ เช่น การให้บริการหออผู้ป่วย, การดูแลในชุมชน, หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับลักษณะปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่

5. การศึกษาผลกระทบของการพัฒนาความตระหนักรู้ในชุมชนต่อการเข้าถึงบริการมีนิจญญารักษ์ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับการดูแล หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เอกสารอ้างอิง

- United Nations Office on Drugs and Crime. Prevalence of drug use [Internet]. [cited 2025 Jun 23]. Available from: <https://dataunodc.un.org/dp-drug-use-prevalence-nps>
- United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2021: Trends in drug use and treatment in Asia-Pacific. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2021.
- World Health Organization. WHO lexicon of alcohol and drug terms [Internet]. [cited 2025 Jun 23]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- World Health Organization. Treatment and care for people with drug use disorders in Asia. Geneva: World Health Organization; 2019.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรองการประเมินความรุนแรงการบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดฯ. นนทบุรี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2565.
- กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2567. กรุงเทพฯ: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
- คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข. รายงานการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานสานโยบายการพัฒนาประเทศ; 2562.
- นิศาสล ศรีหรั่ง. การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ระยะ 2 ปี (ปี 2557-2558). วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2559;24(1):84-93.
- ประเสริฐ โพธิ์มี. การประเมินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพ: ประเด็นการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดอุทัยธานี. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2562;13(3):128-36.
- พรพิมล นุชนิยม, และคณะ. การประเมินผลการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบ Intermediate Care. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2564;19(3):254-68.
- พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา. 2545 พ.ย. 11;119(110 ก):30-36. เข้าถึงได้จาก: <https://nih.dmsc.moph.go.th/law/pdf/007.pdf>
- พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตบริการสุขภาพที่ 8. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558;24(4):696-707.
- พันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์, และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2560. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(1):1-19.
- รัตน์ บัวสนธิ์. รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPPIEST มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนและถูกต้องในการใช้. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย. 2556;5(2):7-24.
- รัศมีน กัลยาศิริ. การเสพยาและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
- ศักดิ์ชัย ภูเจริญ. การประเมินผลโครงการ CIPP Model [Internet]. เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2567. จาก: http://www.kruinter.com/show.php?id_quiz=630&p=1
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2566 [Internet]. เข้าถึงเมื่อ 7 มิถุนายน 2567. จาก: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9504>
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. เวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยและสารเสพติด. กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะกราฟิกซิสเต็มส์ จำกัด; 2563.

19. สุวิทย์ จันทราพิชิต. ความสำเร็จและข้อจำกัดของการดำเนินงานมีนิตยารักษ์ในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงระบบ. วารสารสุขภาพชุมชน. 2565;26(1): 13-24.
20. สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. รวมกฎหมายยาเสพติดพร้อมด้วยกฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก; 2566.
21. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานสถานการณ์ปัญหาเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.; 2564.
22. อัครพล ศุภศาสตร์. การปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด: แนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562;15(2):3-12.
23. อัครพล ศุภศาสตร์, จอมขวัญ รุ่งโชติ. การศึกษาการพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562;15(1):12-9.