

การประเมินผลโครงการการจัดบริการมินิธัญารักษ์ในประเทศไทย

Evaluation of the Mini-Thanyarak Service Project in Thailand

มีนา ชูใจ

Meena Choojai

กองบริหารการสาธารณสุข

Health Administration Division

Received: 30 Sep, 2024 Revised: 5 Nov ,2024 Accepted: 6 Nov ,2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการจัดบริการมินิธัญารักษ์ในประเทศไทย ความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคในการให้บริการมินิธัญารักษ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการจัดบริการมินิธัญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าการจัดบริการมินิธัญารักษ์ในประเทศไทยจาก 12 เขตบริการสุขภาพ จำนวน 110 แห่ง มีจำนวนเตียงให้บริการทั้งหมด 1,844 เตียง แบ่งเป็น Intermediate care 1,040 เตียง และ Long term care 804 เตียง มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลแบบ Full time จำนวน 82 คน ใน 68 แห่ง มีการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในหลายหลักสูตร เช่น หลักสูตรมินิธัญารักษ์ เวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ และหลักสูตรเฉพาะทางต่างๆ มีผู้ป่วยสะสมรวม 2,638 ราย เป็นผู้ป่วย Intermediate care จำนวน 2,298 ราย และผู้ป่วย Long term care จำนวน 340 ราย ผู้ป่วยใช้ยาบ้า/ยาไอซ์มากที่สุด เมื่อประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยด้วยแบบประเมินพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggressive Scale: OAS) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงระดับสีเหลือง ความเสี่ยงในการให้บริการที่สำคัญคือการลักลอบออกไปภายนอกสถานที่บำบัด และการทะเลาะวิวาท ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร สถานที่ที่ไม่เหมาะสมงบประมาณไม่เพียงพอ และความไม่ชัดเจนในระบบการส่งต่อผู้ป่วย ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดโครงสร้างการจัดบริการมินิธัญารักษ์ให้ชัดเจน มีกรอบอัตรากำลังบุคลากรประจำ และกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน การจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอและต่อเนื่อง กรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญในการจัดอบรมบุคลากรให้มีความรู้ครอบคลุมและมีความเชี่ยวชาญในด้านที่จำเป็นต่อการให้บริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรพัฒนาระบบการเบิกจ่ายในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด

คำสำคัญ : มินิธัญารักษ์, การประเมินแบบซิป, รูปแบบการจัดบริการ

Abstract

This research is an evaluation study aimed at examining the performance of the Mini-Tanyarak service model in Thailand, along with identifying the risks and problems in its implementation. The samples were 110 personnel serving as coordinators for the Mini-Tanyarak services in hospitals under The Office of the Permanent Secretary of the Ministry of Public Health. The research instrument was a questionnaire

developed by the researchers, which was validated by experts. Data were analyzed by using Frequency distribution, Percentages, Means, and content analysis. The findings indicate that there are a total of 1,844 service beds across 110 health service areas in Thailand, with 1,040 designated for intermediate care and 804 for long-term care. The healthcare workforce includes full-time doctors and nurses in 68 facilities, and full-time nurses in 82 facilities. Various training programs have been implemented for medical staff, including courses on Mini-Tanyarak, substance abuse medicine for doctors, and specialized training. A total of 2,638 patients have been treated, with 2,298 in intermediate care and 340 in long-term care. The most frequently abused substances are Methamphetamine and Ice. An assessment of patient severity using the OAS scale revealed that most patients fall into the yellow severity category. Significant risks identified in service provision include patients absconding from the treatment facility and incidents of violence. The study also identified several Problems and obstacles in service delivery, such as staff shortages, inadequate facilities, insufficient budgets, and a lack of clarity in the patient referral system. Recommendations from the research suggest that The Office of the Permanent Secretary should establish a clear structure for Mini-Tanyarak services, define personnel staffing requirements, and clarify roles and responsibilities. Adequate budget allocation should be made to improve and sustain service processes. The Department of Medical Services and the Department of Mental Health should prioritize comprehensive training for personnel to enhance their expertise in necessary service areas. The National Health Security Office should develop more efficient reimbursement system for the treatment of substance-related mental health patients.

Keywords : Mini Thanyarak, CIPP evaluation, service model.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาและสารเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงและรวดเร็ว จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (World Drug Report 2023, UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่า ในปี 2564 มีจำนวนประชากรกว่า 296 ล้านคนจากทั่วโลก เป็นเพศชายช่วงอายุ 15-64 ปี มีการใช้ยาเสพติด ซึ่งเทียบได้กับจำนวน 1 ในทุกๆ 17 คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่า จำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นถึง 23% เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทย พบว่า มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับสถิติของผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทย ในปี 2565 พบปัญหาการใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นเป็น 1.9 ล้านคน แต่การเข้าถึงบริการยังมีน้อยและล่าช้าเข้ารับการรักษาเพียง 127,425 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน 102,141 คน คิดเป็นร้อยละ 80.16 (ระบบสวด. กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จากจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดที่สูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ เศรษฐกิจ สังคม

การเมือง และคุณภาพชีวิตของประชากร ผลที่ตามมาคือ เกิดการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงรัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการปราบปราม กวาดล้าง และการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดภายในประเทศ นอกจากนี้พระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 ยังมุ่งเน้นการดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม (คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2566) ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลด ละ เลิก ยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการใช้ยาและสารเสพติดเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีโรคร่วมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ การดูแลรักษามีความยุ่งยากและซับซ้อน เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เมื่อกลับไปอยู่บ้านและชุมชน

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่พัฒนาระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุและสารเสพติด มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุและสารเสพติดมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปลอดภัยและไม่กระทบต่อสังคม ในปีงบประมาณ 2563-2565 มีผู้สูงอายุและสารเสพติดเข้ารับบริการการบำบัดรักษาและฟื้นฟู จำนวน 43,388, 47,905 และ 53,420 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยยาและสารเสพติดมีโรคทางจิตร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 20.42, 25.91 และ 26.99 ตามลำดับ โดยปัญหาการติดยาและสารเสพติดร่วมกับปัญหาทางจิตเป็นความผิดปกติที่พบร่วมกันได้บ่อย (Bostrom, 2011; Duckworth & Freedman, 2013; Taylor & Stuart, 2013 อ้างใน นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2558) ข้อมูลจาก Social listening 2565 ยังพบว่า ร้อยละ 60 ของความรุนแรง เกี่ยวข้องกับยาและสารเสพติด โดยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ก่อความรุนแรง มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ในปี 2563 จำนวน 1,463 คน ปี 2564 จำนวน 2,782 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 90.2 และปี 2565 จำนวน 3,527 คน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.7 ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก่อความรุนแรง 4 อันดับโรค ได้แก่ โรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรคจิตเวชอื่นๆ โรคจิตเภท และโรคจิตเวชยาเสพติด (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งประเทศไทยมีจำนวนเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยยาเสพติดรวมทั่วประเทศไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และไม่ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขยายพื้นที่บริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุและสารเสพติด ลดความแออัดในโรงพยาบาลเฉพาะทาง โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุและสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชได้รับการบำบัดรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ พร้อมกับการลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด พัฒนาคูณภาพชีวิตเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข(รัศมนกัลป์ยาศิริ, 2561) ด้วยความร่วมมือจากกรมการแพทย์ โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) และโรงพยาบาลรัฐอนุรักษ์ภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง และกรมสุขภาพจิต จึงร่วมกันพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์” ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีศักยภาพและความพร้อมให้บริการดูแลผู้สูงอายุและสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชระยะเฉียบพลัน

กึ่งเฉียบพลัน (Acute/Subacute care) การบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) และการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น สะดวกต่อการเดินทาง ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่าย แก้ปัญหาเตียงไม่พอ(นิตชาล ศรีหริ่ง, 2559).

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1) ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย 2) ความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคในการให้บริการมินิธัญญารักษ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการจัดบริการมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเทศไทย 12 เขตบริการสุขภาพ ที่มีการจัดบริการในห้วงวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2567 โดยใช้รูปแบบชิปโมเดล (CIPP model) ของ สตีฟเฟิลปิม (ศักดิ์ชัย ภูเจริญ, 2567)

- 1. ประชากรที่ศึกษา** คือ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย 12 เขตบริการสุขภาพ ครอบคลุมทุกจังหวัด ที่ได้เปิดให้บริการในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 – 31 มกราคม 2567 ซึ่งมี 149 แห่ง แห่งละ 1 คน รวม 149 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่เปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์มาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน 2) ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดมาไม่น้อยกว่า 2 ปี และ 3) มีความสนใจในการให้ข้อมูล รวมทั้งสามารถให้ข้อมูลการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ได้อย่างครบถ้วน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 110 คน
- 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ได้แก่ ชื่อโรงพยาบาล วันที่จัดตั้งมินิธัญญารักษ์ และที่ตั้งของมินิธัญญารักษ์ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด รวม 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ประเภทสถานพยาบาลยาเสพติด เป็นคำถามเกี่ยวกับประเภทสถานพยาบาลที่สังกัด จำนวนเตียงในแต่ละ

ประเภทการบำบัด (Acute care, Intermediate care และ Long-Term care) ลักษณะเป็นคำถามแบบเติมคำตอบ รวม 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เป็นคำถามเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยสะสมตั้งแต่เริ่มเปิดดำเนินการและ ประเภทผู้ป่วยขณะแรกรับ ซึ่งแบ่งตามระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย (ประเมิน OAS): 2) กลุ่มสีแดง: ผู้ป่วยที่อาละวาด/คลุ้มคลั่ง 3) กลุ่มสีส้ม: ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ 4) กลุ่มสีเหลือง: ผู้ป่วยที่อาการสงบลงแล้ว และ 5) กลุ่มสีเขียว: ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย ลักษณะเป็นคำถามแบบเติมคำตอบ รวม 2 ข้อ โดยให้ตอบจำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม

ส่วนที่ 4 ข้อมูลบุคลากรและการฝึกอบรม เป็นคำถามเกี่ยวกับจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในมินิธัญญารักษ์แยกตามสาขาวิชาชีพและหลักสูตรที่ได้รับการอบรม ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำตอบ จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 5 ความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นและวิธีจัดการความเสี่ยงในมินิธัญญารักษ์ ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านสถานที่ ด้านงบประมาณ และด้านระบบงาน ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามส่งให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าIOC ของแบบสอบถามผ่านเกณฑ์ในทุกข้อคำถาม

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นได้ส่งแบบสอบถามผ่านแพลตฟอร์ม Google Drive ในช่องทางไลน์ (Line) ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของคำตอบ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

1) การประเมินสถานะแวดล้อม (Context Evaluation)

จากการศึกษาข้อมูลโรงพยาบาลที่ดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุและสารเสพติดรูปแบบมินิธัญญารักษ์ จาก 12 เขตบริการสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุและสารเสพติดในระยะกลาง

(Intermediate care) และการบำบัดรักษาระยะยาว (Long term care) ที่เปิดให้บริการระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 ถึง 31 มกราคม 2567 และเปิดให้บริการไม่น้อยกว่า 3 เดือน จำนวน 110 แห่ง จำแนกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) จำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนระดับ M2, F1, F2 และ F3 จำนวน 21, 29, 55 และ 1 แห่งตามลำดับ จำนวนเตียงในการเปิดให้บริการรวมทั้งสิ้นจำนวน 1,844 เตียง จำแนกเป็นการดูแล Intermediate care จำนวน 1,040 เตียง และ Long term care จำนวน 804 เตียง

2) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)

2.1 การจัดบริการมินิธัญญารักษ์ จากการศึกษาพบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 6 มีการเปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์สูงสุด จำนวน 20 โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 13.42 รองลงมาคือเขตบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.08 เขตบริการสุขภาพที่ 8 และ 10 จำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.07 เขตบริการสุขภาพที่เปิดให้บริการน้อยที่สุดคือเขตบริการสุขภาพที่ 3 เปิดให้บริการเพียง 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.68 เมื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ พบว่าการจัดบริการในรูปแบบระยะกลาง (Intermediate Care) พบสูงสุดที่เขตบริการสุขภาพที่ 5, 6 และเขตบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวน 17, 15 และ 11 แห่ง ตามลำดับ ส่วนการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long Term Care) พบสูงสุดที่เขตบริการสุขภาพที่ 8 และ 10 มีจำนวน 7 แห่ง และเขตบริการสุขภาพที่ 6 จัดบริการสูงเป็นอันดับ 2 จำนวน 6 แห่ง และมีเขตบริการสุขภาพที่ 1 และ 3 ไม่จัดบริการมินิธัญญารักษ์ในรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว

2.2 จำนวนเตียงในการให้บริการ จากการศึกษาพบว่า มีจำนวนเตียงในการเปิดให้บริการ จำนวนทั้งสิ้น 1,844 เตียง จำแนกเป็นการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในรูปแบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) 110 แห่ง โดยเป็นการจัดบริการในรูปแบบหอผู้ป่วย (Ward) จำนวน 56 แห่ง มีจำนวนเตียงทั้งสิ้น 1,040 เตียง เขตบริการสุขภาพที่ 8, 1 และ 10 มีการให้บริการในรูปแบบ Ward มากที่สุดคือ 10 แห่ง โดยเขตบริการสุขภาพที่ 1 และ 10 ให้บริการในรูปแบบ ward จำนวน 7 แห่งเท่ากัน เขตบริการสุขภาพที่ 5 มีการให้บริการในรูปแบบ Corner มากที่สุดคือ 13 แห่ง การจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว

วารสารสารานุกรมสุขภาพ (ภาคเหนือ)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2567

(Long term care) มีจำนวน 39 แห่ง โดยส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการในรูปแบบของ ward คงมีเขตบริการสุขภาพที่ 9 และ 6 คงจัดบริการในรูปแบบ Corner จำนวน 2 และ 1 แห่งตามลำดับ รวมมีเตียงทั้งสิ้น 804 เตียง โดยเขตบริการสุขภาพ

ที่ 10 มีจำนวนเตียงในการให้บริการสูงสุด คือ 254 เตียง รองลงมาคือ เขตบริการสุขภาพที่ 8 จำนวน 245 เตียงและเขตบริการสุขภาพที่ 6 จำนวน 230 เตียง ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำนวนเตียงตามรูปแบบการจัดบริการจำแนกรายเขตบริการสุขภาพ

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

2.3 บุคลากรที่ให้บริการ จากข้อมูลการเปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์ 110 แห่ง พบว่ามีเพียง 68 แห่งจำนวน 82 คนที่ปฏิบัติงานประจำ โดยเขตบริการสุขภาพที่ 5 มีแพทย์ประจำมากที่สุด คือ 13 คน และมีจำนวน 87 แห่งที่มีพยาบาลประจำแบบ Full time ในหน่วยบริการที่ยังไม่มีพยาบาลประจำแบบเต็มเวลา คงใช้อัตรากำลังพยาบาลจากหน่วยบริการภายในโรงพยาบาลหมุนเวียนให้การดูแลผู้รับบริการในมินิธัญญารักษ์ เมื่อศึกษาการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร พบว่าประเทศไทย มีการกำหนดหลักสูตรสำคัญในการดำเนินงานมินิธัญญารักษ์ทั้งสิ้น 7 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรมินิธัญญารักษ์ 10 วัน หลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ หลักสูตรเวชศาสตร์พยาบาล

5 วัน/10 วัน หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน หลักสูตรเวชศาสตร์ฉุกเฉินยาและสารเสพติด หลักสูตร FAST Model และหลักสูตร Matrix

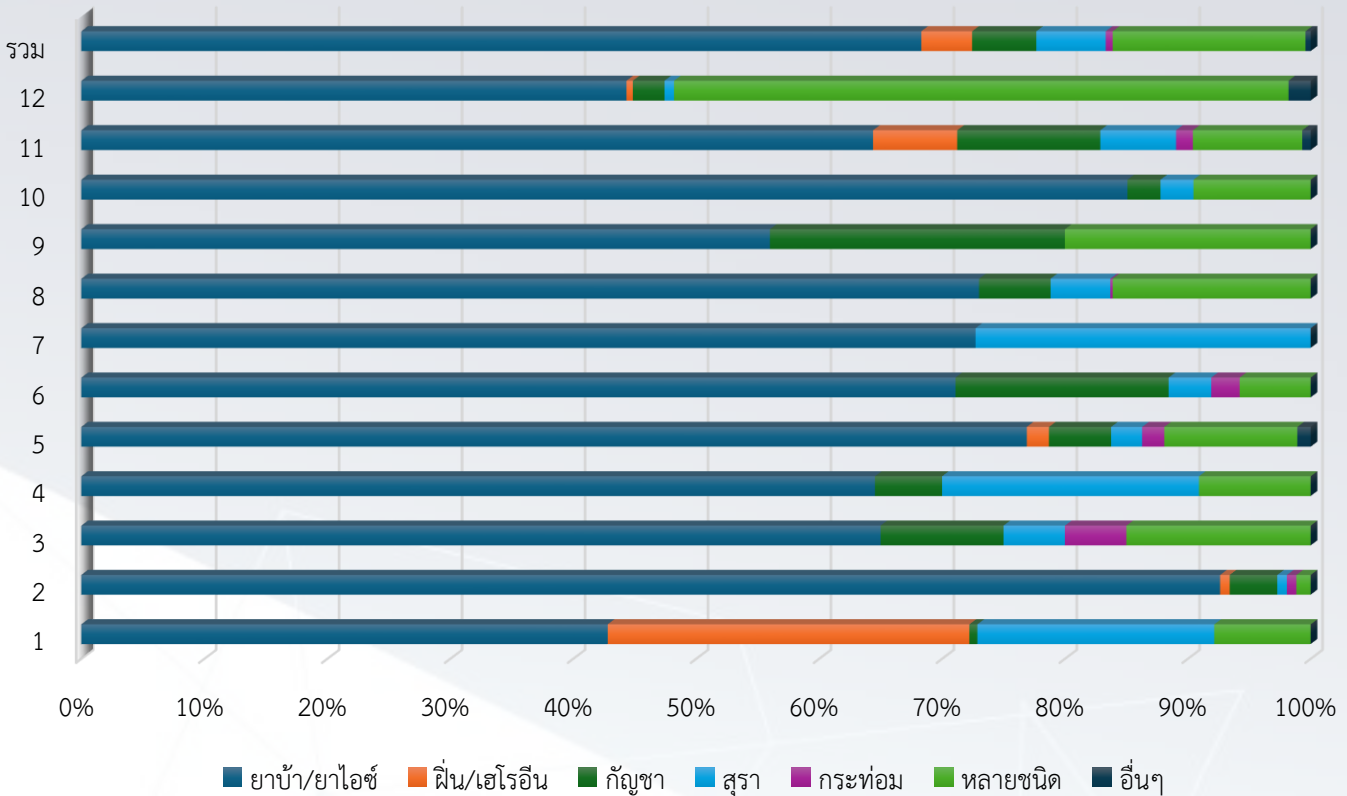
3) การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation)

3.1 การจัดบริการ จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมการบำบัดแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ 1) การให้ความรู้ ได้แก่ พิษภัยจากยาเสพติด Harm Reduction สมองติดยาและสุขภาพจิตศึกษา 2) การฝึกทักษะ เช่น ทักษะการปรับตัว การรู้จักตนเอง ทักษะการเลิกยาระยะเริ่มต้น ทักษะการประเมินตนเอง การสร้างแรงจูงใจ และทักษะการปฏิเสธ 3) กิจกรรมทางเลือก เช่น กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ดนตรีบำบัด สุขภาพช่องปากและฟัน ศาสนบำบัด เป็นต้น โดยการจัดบริการในรูปแบบ

หอผู้ป่วย(Ward) และหอผู้ป่วยร่วม (Corner) ที่ปรับใช้ห้องพิเศษผู้ป่วยมาเพื่อจัดบริการจะมีการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นครบถ้วน หมุนเวียนรายสัปดาห์จนระยะเวลาบำบัดรักษาผู้ป่วยครบ 1 เดือนสำหรับการบำบัดระยะกลาง ส่วนการบำบัดระยะยาวใช้เวลาในการบำบัด 3 เดือนตามกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นและเพิ่มการฝึกอาชีพเข้ามาในกิจกรรมสำหรับหอผู้ป่วยร่วม (corner) ที่เป็นการจัด Zoning กิจกรรมการบำบัดรักษาควรเน้นการบำบัดรักษาทางการแพทย์จนผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติ แล้วจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งใช้เวลาในการรักษาโดยเฉลี่ย 7 - 10 วัน จากนั้นจะนัดผู้ป่วยมาในลักษณะผู้ป่วยนอกเพื่อทำการฝึกทักษะและให้ความรู้ตามกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นจนครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

3.2 ผู้รับบริการ เมื่อจำแนกกลุ่มผู้รับบริการตามประเภทการใช้ยาเสพติดและสารเสพติด พบว่า การใช้สารเสพติดกลุ่มยาบ้า/ยาไอซ์ มีจำนวนมากที่สุด คือ 1,802 ราย รองลงมาได้แก่ การใช้ยาเสพติดหลายชนิด ใช้สุรา กัญชา กลุ่มฝิ่น/เฮโรอีน กระทั่งมีจำนวน 414, 149, 138, 109 และ 15 รายตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์รายเขตบริการสุขภาพพบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 8 มีจำนวนผู้รับบริการที่ใช้ยาบ้า/ยาไอซ์มากที่สุด คือ 376 ราย ในขณะที่เขตบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้รับบริการที่ใช้สารเสพติดกลุ่มฝิ่น/เฮโรอีนมากที่สุด คือ 90 ราย การใช้กัญชา พบมากที่สุดในเขตบริการสุขภาพที่ 6 และ 8 ดังภาพแสดง

ประเภทของยาเสพติดและสารเสพติดที่รับบริการในมิניรัฐญารักษ์
จำแนกรายเขตบริการสุขภาพ

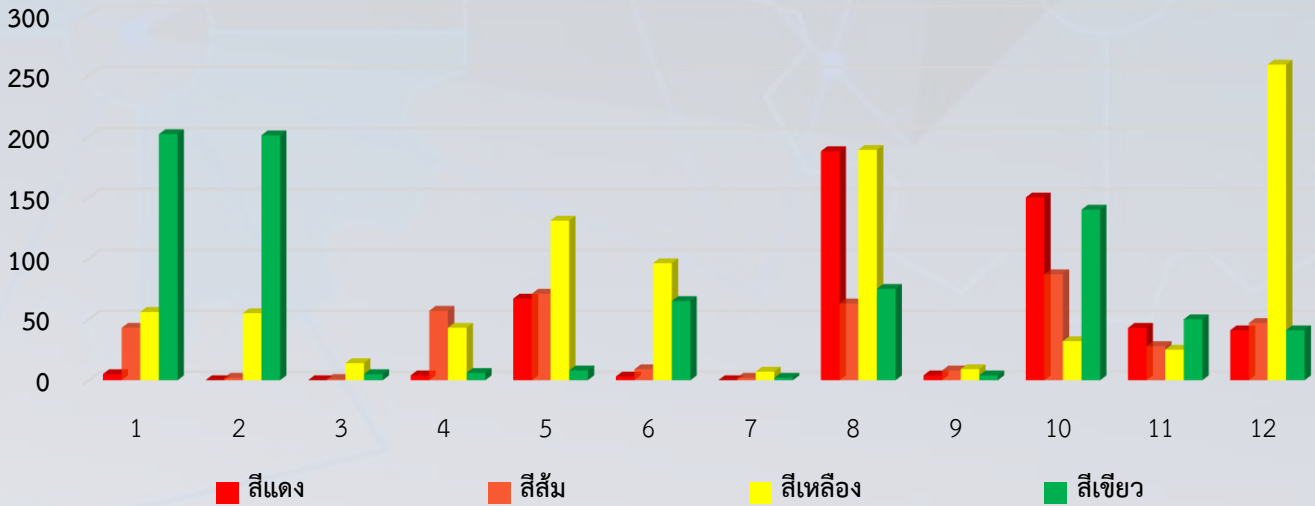


จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้รับบริการจำแนกตามระดับความรุนแรง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) พบว่า ผู้รับบริการในมิรัฐญารักษ์ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มสีเหลือง 916 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.72 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มสีเขียว สีแดงและสีส้มจำนวน 799, 505 และ 418 ราย คิดเป็น ร้อยละ 30.29, 19.14 และ 15.85 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์รายเขตบริการ

สุขภาพ พบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 8 มีจำนวนผู้รับบริการที่มีความรุนแรงในระดับสีแดงและเหลืองสูงสุด คือ 188 และ 189 รายตามลำดับ เขตบริการสุขภาพที่ 10 มีจำนวนผู้รับบริการที่มีความรุนแรงในระดับสีส้มสูงสุด คือ 87 ราย และเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 มีจำนวนผู้รับบริการที่มีความรุนแรงในระดับสีเขียวสูงสุด คือ 202 และ 201 รายตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แสดงข้อมูลผู้รับบริการตามระดับความรุนแรง แยกตามเขตบริการสุขภาพ

ข้อมูลผู้รับบริการตามระดับความรุนแรง จำแนกรายเขตบริการสุขภาพ



3.3 การพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร

พบว่า แพทย์จากโรงพยาบาลที่จัดบริการมินิธัญญารักษ์ จำนวน 69 แห่งเข้ารับการอบรมในหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 62.73 มีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในมินิธัญญารักษ์ทั้งสิ้นจำนวน 207 คน ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่เข้ารับการอบรมในหลายหลักสูตรมากที่สุด โดยเฉพาะหลักสูตรมินิธัญญารักษ์ 10 วัน มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 28.99 และการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 26.57 นักจิตวิทยาในบริการมินิธัญญารักษ์มีทั้งสิ้น จำนวน 41 คนเข้ารับการอบรมในหลักสูตร FAST Model และ Matrix จำนวน 11 คนต่อหลักสูตร คิดเป็นร้อยละ 26.83 นอกจากนี้ยังพบว่าทุกหน่วยบริการมีแผนการบำบัดรักษา/คู่มือการบำบัดรักษา ได้แก่ แนวทาง การส่งต่อผู้ป่วยทางการแพทย์เพื่อไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น แผนการจัดการความเสี่ยง แผนการดูแลรักษาตาม Care map และ Clinical Practice Guideline (CPG)

สำหรับบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรมินิธัญญารักษ์ พบว่า ความรู้ที่ได้รับ มีความครอบคลุมและความเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 80 สำหรับความไม่ครอบคลุมในการปฏิบัติงานนั้น มีความเห็นว่า เนื้อหาของหลักสูตรไม่ครอบคลุมการดูแลในระยะฉุกเฉินวิกฤติ (Acute care) มีการฝึกปฏิบัติจริงน้อย และควรแยกเนื้อหาของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน

3.4 การจัดการความเสี่ยง ประเภทของความเสี่ยงที่

เคยเกิดขึ้นจากการให้บริการ พบว่า ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ การลักลอบออกไปภายนอกสถานพยาบาล จำนวน 45 รายการ รองลงมาได้แก่ การทะเลาะวิวาทจำนวน 32 รายการ และ การใช้ยาและสารเสพติด การดื่มสุรารภายในสถานพยาบาล จำนวน 25 และ 2 รายการ ตามลำดับ ซึ่งวิธีการจำกัดพฤติกรรมในการบำบัดรักษา พบว่า หน่วยบริการมีการผูกมัดเพื่อจำกัดพฤติกรรมมากที่สุด 81 รายการ รองลงมาได้แก่ การใช้ยาในการจำกัดพฤติกรรม 70 รายการ มีห้องจำกัดพฤติกรรมทางการแพทย์ 12 รายการและมีการใช้ห้องขังในการจำกัดพฤติกรรม 4 รายการ

4) การประเมินผลลัพธ์

4.1 ผลลัพธ์ด้านบริการ

พบว่า จากการเปิดบริการมินิธัญญารักษ์ มีผู้ป่วยสะสมรวมทั้งสิ้น 2,638 ราย เป็นผู้ป่วย Intermediate care จำนวน 2,298 ราย และ ผู้ป่วย Long term care จำนวน 340 ราย กลุ่มผู้ใช้บริการโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการสีเหลือง ทั้งสิ้น 916 ราย คิดเป็น 34.72 รองลงมาคือผู้รับบริการกลุ่มสีเขียว 799 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.29 กลุ่มสีแดงจำนวน 505 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.14 และกลุ่มสีส้ม จำนวน 418 รายคิดเป็นร้อยละ 15.85 ตามลำดับ เมื่อศึกษาประเภทยาเสพติด พบว่าผู้รับบริการที่เข้ายาบ้า/ยาไอซ์ มีจำนวนมากที่สุด การลักลอบออกไปภายนอกสถานพยาบาล เป็นความเสี่ยงที่พบมากที่สุด

4.2 ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ สามารถจำแนกปัญหาออกเป็น 4 ด้าน **ด้านบุคลากร** เป็นปัญหาที่พบมากที่สุดจำนวน 78 รายการ ได้แก่ การขาดแคลนอัตรากำลังในการปฏิบัติงานประจำ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องปฏิบัติงานในมินิธัญญารักษ์ร่วมด้วย และบุคลากรในการปฏิบัติงานบางแห่งไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรในการบำบัดผู้เสพยาและสารเสพติด **ด้านสถานที่** จำนวน 49 รายการ ได้แก่ ไม่มีสถานที่เฉพาะในการจัดบริการ มีการจัดบริการร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป พื้นที่คับแคบ ไม่มีสถานที่ในการจัดกิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วย **ด้านงบประมาณ** จำนวน 34 รายการ ได้แก่ ไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจัดบริการ งบประมาณล่าช้า งบประมาณที่ได้รับไม่สามารถจัดซื้ออุปกรณ์ที่มีความจำเป็นได้ วัสดุอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมต่างๆไม่เพียงพอ และ **ด้านระบบงาน** จำนวน 10 รายการ ได้แก่ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่ายังไม่มีชัดเจน

สรุปผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทยถือเป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการจัดบริการมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ โดยใช้แบบจำลองการประเมินแบบชิป (CIPP Model) ของสต๊อฟเฟิลบีม ซึ่งการดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2567 ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการมินิธัญญารักษ์แห่งละคน จำนวน 110 คน ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ไปจนถึงโรงพยาบาลชุมชน โดยมีจำนวนเตียงบริการรวมทั้งสิ้น 1,173 เตียง โดยแบ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) จำนวน 808 เตียง และการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) จำนวน 365 เตียง ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ มีจำนวนสะสมทั้งหมด 2,638 ราย โดยจำแนกเป็นผู้ป่วย Intermediate care จำนวน 2,298 ราย และ Long term care จำนวน 340 ราย สำหรับประเภทของสารเสพติดที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้รับบริการคือ ยาบ้า/ยาไอซ์ มีจำนวนถึง 1,802 ราย รองลงมาคือการใช้สารเสพติดหลายชนิด ควบคู่กับการใช้สุรา

กัญชา และฝิ่น/เฮโรอีน เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามเขตบริการสุขภาพ พบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มฝิ่น/เฮโรอีนมากที่สุด ส่วนเขตบริการสุขภาพที่ 8 มีจำนวนนับผู้ใช้ยาบ้า/ยาไอซ์มากที่สุด สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นความแตกต่างในการใช้สารเสพติดระหว่างแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ

การศึกษาในครั้งนี้ให้ข้อมูลสำคัญแก่การพัฒนา นโยบาย และการจัดการบริการด้านสุขภาพ เพื่อให้บริการสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น โดยการพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและการสร้างสังคมที่ปราศจากสารเสพติดต่อไปในอนาคต

การอภิปรายผล

จากการศึกษารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย **ในด้านบริบท** พบว่าสถานการณ์ปัจจุบันของระบบบริการมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดตั้งขึ้นในทุกจังหวัดครอบคลุมทั้ง 12 เขตบริการสุขภาพ ซึ่งช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งจากการศึกษาพบว่า เขตสุขภาพหลายแห่งมีการให้บริการอย่างทั่วถึง มีการจัดบริการทั้ง 2 รูปแบบ คือ Intermediate Care และ long Term Care ครอบคลุมความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามยังมีความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการคือความขาดแคลนทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ **ในด้านปัจจัยนำเข้า** พบว่ามีความแตกต่างในด้านปัจจัยนำเข้าระหว่างหน่วยบริการ เช่น งบประมาณ บุคลากร และการฝึกอบรม ในหลายพื้นที่มีการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการบำบัดยาเสพติด แม้ว่าจะมีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องก็ตาม ปัญหาเรื่องการจัดสรรทรัพยากรและการจัดการบุคลากรที่เพียงพอยังคงเป็นข้อจำกัดสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการเขตบริการสุขภาพ คือ การจัดสรรทรัพยากรเหมาะสมและมีการใช้ทรัพยากรร่วมกันทุกระดับ (พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ, 2558) **ในด้านกระบวนการ** พบว่า การให้บริการในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ มีการดำเนินงานที่เป็นระบบ โดยมีการใช้แนวทางการบำบัดที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ปัญหาในด้านระบบการส่งต่อ

และการจัดการผู้ป่วยยังคงเป็นความท้าทายในการปรับปรุงระบบการให้บริการ นอกจากนี้ การจัดการกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงยังขาดมาตรการที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ **ในด้านผลผลิต พบว่า** ผลการดำเนินงานบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพึงพอใจ มีการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมากขึ้นตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตาม การให้บริการในบางพื้นที่ยังต้องการการปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ เช่น การเพิ่มจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วย และการจัดหาบุคลากรที่มีคุณภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด แนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข พบปัญหาเช่นเดียวกันคือ การขาดจำนวนบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด (อัศวพล ศุภศาสตร์ และจอมขวัญ รุ่งโชติ, 2562)

แม้ว่าการดำเนินงานของมินิธัญญารักษ์จะมีความก้าวหน้า แต่ยังคงมีปัญหาคอขวดด้านทรัพยากรและระบบการจัดการที่ควรได้รับการปรับปรุง ความสำเร็จในการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยสามารถเพิ่มขึ้นได้หากมีการสนับสนุนเพิ่มเติมในด้านงบประมาณ บุคลากร และการจัดการระบบ (อัศวพล ศุภศาสตร์, 2562)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการกำหนดโครงสร้างของการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ มีกรอบอัตรากำลังบุคลากรประจำ และกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน จัดสรรงบประมาณเพื่อการปรับปรุงกระบวนการให้มีความเพียงพอและต่อเนื่อง

2. เขตบริการสุขภาพควรจัดทำแผนพัฒนาเพิ่มเติมและติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างเต็มศักยภาพ พัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ไร้รอยต่อ

3. ควรพัฒนาระบบการเบิกจ่ายในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดให้สอดคล้องกับรูปแบบการจัดบริการ

4. ควรให้ความสำคัญในการจัดอบรมบุคลากรให้มีความรู้ครอบคลุมและมีความเชี่ยวชาญในด้านที่จำเป็นต่อการให้บริการ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับจังหวัด ควรมีแนวทางการรับผู้ป่วยเข้าสู่บริการมินิธัญญารักษ์ (Patient Journey) และพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ โดยใช้รูปแบบของกระทรวงเป็นหลักในการจัดทำเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ตลอดจนให้มีรูปแบบการจัดบริการแบบไร้รอยต่อทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

2. เขตบริการสุขภาพและโรงพยาบาลควรสนับสนุนให้มีบุคลากรที่ปฏิบัติเป็นการประจำ (Full time) ในระบบบริการมินิธัญญารักษ์ โดยควรกำหนดให้มีสายการบังคับบัญชาและสายประสานงานที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดกระบวนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาทักษะและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ เพื่อวัดผลการฟื้นฟูทางด้านจิตใจและการกลับคืนสู่สังคมของผู้ป่วย

2. ควรมีการวิจัยเชิงลึก เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรมการใช้จ่ายยาเสพติดในกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มที่ใช้จ่ายยา ยาไอซ์ และสารเสพติดอื่นๆ เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการป้องกันและบำบัดที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการในเขตบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน เพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างและปัญหาเฉพาะในพื้นที่ อาจเป็นปัจจัยที่สามารถนำไปปรับใช้ในการวางแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับพื้นที่แต่ละแห่ง

เอกสารอ้างอิง

- United Nations Office on Drugs and Crime. (n.d.). *Prevalence of drug use*. Retrieved from <https://dataunodc.un.org/dp-drug-use-prevalence-nps>
- World Health Organization. (n.d.). *WHO lexicon of alcohol and drug terms*. Retrieved from http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการคัดกรองการประเมินความรุนแรงการบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดฯ*. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care)*. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.
- นิศาชล ศรีหรั่ง. (2559). การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ระยะ 2 ปี (ปี 2557-2558). *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 24(1), 84-93.
- ประเสริฐ โพธิ์มี. (2562). การประเมินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพ: ประเด็นการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดอุทัยธานี. *วารสารสถาบันนาราคนราดรุณ*, 13(3), 128-136.
- พิชญา วัฒนการุญ และฐิติมา สงวนวิชัยกุล. (2557). อาการทางจิตเวชของผู้ป่วยในโรคจิตจากการใช้เมทแอมเฟตามีน. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 8(2), 11-20.
- พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. (2558). ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตบริการสุขภาพที่ 8. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(4), 696-707.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ. (2560). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2560. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 25(1), 1-19.
- รัตน์ บัวสนธ์. (2556). รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPPIEST มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนและถูกต้องในการใช้ CIPP and CIPPIEST Evaluation Models: Mistaken and Precise Concepts of Applications. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 5(2), 7-24.
- รัตน์ กลยาศิริ. (2561). *การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศักดิ์ชัย ภูเจริญ. *การประเมินผลโครงการ CIPP Model*. [Internet] เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2567. จาก http://www.kruinter.com/show.php?id_quiz=630&p=1
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2566*. เข้าถึงเมื่อ 7 มิถุนายน 2567. จาก <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9504>.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2563). *เวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยและสารเสพติด*. บริษัทเดอะกร้าฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- สมคิด พรหมจ้อย. (2552). *เทคนิคการประเมินโครงการ* (พิมพ์ครั้งที่ 6 ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). นนทบุรี: จตุพรดีไซน์.
- สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม (2566). *รวมกฎหมายยาเสพติดพร้อมด้วยกฎหมายรับรองที่เกี่ยวข้อง*. ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก.
- อัศวพล ศุภศาสตร์. (2562). การปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด: แนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(2), 3-12.
- อัศวพล ศุภศาสตร์ และ จอมขวัญ รุ่งโชติ. (2562). การศึกษาการพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(1), 12-19.