

การศึกษารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย

The Study of the Mini-Thanyarak Service Model in Thailand

นางสาวมินา ชูใจ

กลุ่มงานพัฒนาระบบสุขภาพแรงงานและความร่วมมือระหว่างประเทศ

กองบริหารการสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพและพัฒนาูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย โดยรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีโรงพยาบาลที่ให้บริการในรูปแบบนี้ดงกล่าวจำนวนทั้งสิ้น 147 แห่ง รวมทั้งหมด 1,844 เตียง โดยแบ่งการให้บริการออกเป็นการดูแลระยะกลาง 112 แห่ง และ ระยะยาว 35 แห่ง เขตบริการสุขภาพที่มีศักยภาพสูงสุดคือเขตบริการสุขภาพที่ 10 ซึ่งมีจำนวนเตียงมากที่สุด (254 เตียง) ขณะที่เขตบริการสุขภาพที่ 3 มีจำนวนเตียงน้อยที่สุด (23 เตียง)

จากข้อมูลการให้บริการ พบว่าผู้ป่วยที่รับบริการในมินิธัญญารักษ์ระยะกลางมีจำนวนทั้งสิ้น 2,298 ราย คิดเป็นอัตราการใช้บริการร้อยละ 220.96 ในขณะที่การให้บริการระยะยาวมีผู้ป่วยจำนวน 340 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 42.29 สารเสพติดที่พบมากที่สุดคือยาบ้าและยาไอซ์ (1,802 ราย) โดยเขตบริการสุขภาพที่ 8 มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงที่สุด (376 ราย)

อย่างไรก็ตาม การให้บริการดังกล่าวยังพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น การลักลอบออกจากสถานพยาบาล การทะเลาะวิวาทระหว่างผู้ป่วย การขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ อีกทั้งข้อจำกัดด้านงบประมาณและสถานที่ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนารูปแบบการให้บริการ ในด้านการบำบัดรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ที่ใช้ระยะเวลาการบำบัดประมาณ 1-3 เดือน ผลการประเมินชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเพิ่มการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน บุคลากร และเทคโนโลยี เพื่อยกระดับคุณภาพการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย รวมถึงการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรเพื่อเพิ่มทักษะความเชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด

คำสำคัญ: มินิธัญญารักษ์, การบำบัดยาเสพติด, การจัดบริการ, ระยะกลาง, ระยะยาว

บทคัดย่อ

This study aimed to assess the effectiveness and development of the Mini - Thanyarak service model in Thailand. Data were collected from hospitals under the Ministry of Public Health, revealing a total of 147 hospitals offering this service with a combined capacity of 1,844 beds. The service is divided into mid-term care at 112 hospitals and long-term care at 35 hospitals. The highest capacity was found in Health Region 10 (254 beds), while Health Region 3 had the lowest capacity (23 beds).

Service data indicated that 2,298 patients utilized mid-term Mini - Thanyarak services, with a utilization rate of 220.96%, while 340 patients accessed long-term services, reflecting a utilization rate of 42.29%. The majority of patients were treated for amphetamine/methamphetamine (1,802 cases), with the highest number reported in Health Region 8 (376 cases).

However, the Mini - Thanyarak service model faces several challenges, including patient absconding, conflicts among patients, shortages of resources, and a lack of specialized personnel. Budgetary and spatial constraints also significantly hinder the improvement of the service model. In terms of treatment, patients undergo comprehensive rehabilitation programs focusing on physical, mental, and social recovery, typically lasting 1-3 months. The evaluation highlights the need for increased investment in infrastructure, human resources, and technology to enhance the quality of patient rehabilitation. Additionally, the development of training programs to improve the expertise of healthcare personnel in substance abuse treatment is essential for addressing the current limitations of the service.

Keywords: Mini - Thanyarak, Drugs treatment, Arrangement of service, Intermediate care, Long Term care

การศึกษารูปแบบการจัดบริการมินิรัฐญารักษ์ในประเทศไทย

บทนำ

การใช้ยาและสารเสพติดในประชาชนเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงและแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ในปี 2564 พบว่ามีประชากรทั่วโลกกว่า 296 ล้านคนที่ใช้ยาเสพติด ซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 23% เมื่อเทียบกับสิบปีก่อนหน้า^[1,2] สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลจากคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดระบุว่าจำนวนผู้ที่ใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นเป็น 1.9 ล้านคนในปี 2565 อย่างไรก็ตาม มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพียง 127,425 คน หรือประมาณร้อยละ 6.7 ของผู้ที่ใช้ยาเสพติดทั้งหมด โดยในจำนวนนี้ 102,141 คน (คิดเป็นร้อยละ 80.16) เป็นผู้ป่วยที่ติดยา^[3] การติดยาเสพติดส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศ ทั้งนี้ พระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564^[4] ได้เน้นให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดในฐานะ “ผู้ป่วย” โดยมุ่งแก้ปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรม และสังคม มากกว่าการดำเนินคดีทางอาญา^[5,6] นโยบายนี้เน้นการบำบัดรักษา การลดการใช้ยาเสพติด และการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction) โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานของรัฐ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ 2563-2565 มีผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟูจำนวน 43,388 คน 47,905 คน และ 53,420 คน ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 20.42, 25.91 และ 26.99 ตามลำดับ^[7] นอกจากนี้ ข้อมูลจาก Social Listening ในปี 2565 พบว่าร้อยละ 60 ของเหตุการณ์ความรุนแรงเกี่ยวข้องกับยาและสารเสพติด และจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดและก่อความรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2563 มีผู้ป่วย 1,463 คน ปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 2,782 คน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 90.2) และในปี 2565 เพิ่มขึ้นอีกเป็น 3,527 คน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.7)^[8] ทั้งนี้ ประเทศไทยยังประสบปัญหาจำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอ และการให้บริการยังไม่ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายขยายพื้นที่บริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลเฉพาะทาง และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวชร่วมกับปัญหาเสพติดเป็นไปอย่างต่อเนื่องและไร้รอยต่อ^[9] อย่างไรก็ตาม การแก้ไขปัญหายาเสพติดยังคงเผชิญข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการบริการในบางพื้นที่ที่ยังไม่ครอบคลุม ความท้าทายเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพื่อจัดการกับปัญหานี้อย่างยั่งยืน.

มินิธัญญารักษ์¹ เป็นศูนย์บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่มีการให้บริการที่เข้าถึงง่ายและใกล้ชิดประชาชน โดยจัดตั้งในโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ที่มีปัญหาเสพติดสูงและมีความพร้อมในการให้บริการ โดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลไทยภายใต้นโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบบูรณาการ มีการบำบัดรักษาผู้ป่วยในระยะกลางและระยะยาว เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์และลดระยะเวลารอคอยในการเข้ารับการรักษา กระบวนการบำบัดรวมถึงการประเมินความเหมาะสมของการบำบัด การใช้ยาและการให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังมีการติดตามผลการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องตลอด 1 ปี โดยผู้ป่วยจะได้รับการติดตามหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4 ครั้ง เพื่อลดอัตราการกลับมาเสพติดซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

การศึกษาด้วยการติดตามและประเมินรูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทยถือเป็นการวิจัยที่สำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยมีการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่มีอยู่เพื่อรวบรวมแนวคิด ทฤษฎี ข้อมูล และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประสิทธิภาพการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย ซึ่งพบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้บริการประสบความสำเร็จ ได้แก่ ความเชี่ยวชาญของบุคลากร การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนจากชุมชน และการทำงานร่วมกันของหน่วยงานรัฐและท้องถิ่น บทเรียนจากต่างประเทศที่ได้พัฒนาโปรแกรมบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด เช่น โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยนอกในสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร ซึ่งเน้นการฟื้นฟูและฝึกทักษะทางสังคม กฎหมายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และเทคนิคการสนทนากลุ่มออนไลน์ผ่านช่องทางแพลตฟอร์มไลน์ในรูปแบบอะซิงโครนัส (Asynchronous or Bulletin Online Focus Group)^[10,11] ซึ่งเหมาะสมกับการใช้ในประเทศไทยเนื่องจากมีความยืดหยุ่นในเวลาและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและประสานงาน การพัฒนาและประเมินผลการจัดบริการในรูปแบบนี้จึงมีความสำคัญในการเสริมสร้างประสิทธิภาพและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระดับประเทศ โดยมีข้อมูลที่เป็นหลักฐานจากการประเมินผลการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ที่ช่วยสนับสนุนการพัฒนานโยบายและกลยุทธ์ระดับชาติในการจัดระบบบริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด พร้อมส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้บริการมีคุณภาพและครอบคลุม

¹ มินิธัญญารักษ์ หมายถึง รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาและสารเสพติดผู้ป่วยแบบแยกหอผู้ป่วยเฉพาะ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลชุมชน ให้มีศักยภาพในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาและสารเสพติดได้แบบเดียวกับโรงพยาบาลธัญญารักษ์ เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ โดยให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาและสารเสพติดด้วยการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) หรือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) โดยโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสามารถบำบัดรักษาระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (Acute/Subacute care)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษาในรูปแบบมินิธัญญารักษ์
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย ตามบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต
3. เสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบการบำบัดรักษาให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตในการศึกษารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ซึ่งจัดบริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 ครอบคลุมทุกจังหวัดใน 12 เขตบริการสุขภาพ มีเป้าหมายสำคัญในการวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและพื้นที่ต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยประเมินผลเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) ศึกษาผลการดำเนินงานและพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย โดยมุ่งเน้นไปที่การประเมินและวิเคราะห์รูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการ โดยใช้ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2566 – สิงหาคม 2567 ในรูปแบบชิปโมเดล (CIPP model) ของ สตีฟเฟิลปิม^[12] ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

ประชากร คือ พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติหน้าที่ประสานงานการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาล 149 แห่งทั่วประเทศ แห่งละ 1 คน รวม 149 คน ในช่วงระยะเวลาการวิจัย โดยเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่

- 1) เป็นพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่เปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์มาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน
- 2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดไม่น้อยกว่า 2 ปี
- 3) มีความสนใจและสามารถให้ข้อมูลการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ได้อย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก

ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ประสานงานการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ และไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาของการศึกษาที่กำหนดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีความสนใจ

ในการให้ข้อมูล รวมทั้งสามารถให้ข้อมูลการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ได้อย่างครบถ้วน และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ที่ได้เปิดให้บริการในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 – 31 มกราคม 2567 รวม 147 คน

ขอบเขตด้านตัวแปร

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้แบบจำลองชิป (CIPP Model) ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่

๑) การประเมินสถานะแวดล้อม (Context Evaluation : C) ศึกษาปัจจัยแวดล้อมภายนอกที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของมินิธัญญารักษ์ ได้แก่ สภาพปัญหายาเสพติดในพื้นที่ นโยบายของรัฐบาลและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ โดยการศึกษาวิเคราะห์เอกสาร (Document analysis)

๒) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I) ประเมินทรัพยากรที่ใช้ในกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู เช่น บุคลากรแต่ละสาขา งบประมาณ สถานที่ เครื่องมือ องค์ความรู้ กระบวนการบริหารจัดการในเขตสุขภาพและโรงพยาบาล และแผนการกำกับติดตามการดำเนินงาน โดยเก็บข้อมูลจากแบบรายการบุคลากรที่ปฏิบัติงานในมินิธัญญารักษ์ การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากร

๓) การประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process Evaluation : P) วิเคราะห์กิจกรรมและขั้นตอนที่ดำเนินการในศูนย์มินิธัญญารักษ์ การฝึกอบรมและการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในมินิธัญญารักษ์ โดยเก็บข้อมูลจากการวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน (Workflow Analysis) แบบสำรวจความถี่และกิจกรรมที่จัดขึ้น แบบสำรวจความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและการจัดการกับความเสี่ยง

๔) การประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P) ศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงาน ได้แก่ จำนวนผู้เข้ารับบริการ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการจัดบริการ

การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน 2567 โดยใช้แบบสอบถามพัฒนาขึ้นเฉพาะและได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.90 ทั้งฉบับและแบบสอบถามผ่านเกณฑ์ในทุกข้อคำถาม

การเก็บข้อมูลดำเนินการผ่านแบบสอบถามออนไลน์บนแพลตฟอร์ม Google Drive โดยผู้เข้าร่วมสามารถตอบคำถามในเวลาที่เหมาะสมผ่านช่องทางไลน์ (Line) ในรูปแบบอะซิงโครนัส² (Asynchronous or Bulletin Online Focus Group) เนื่องจากผู้เข้าร่วมอยู่ต่างสถานที่และตอบคำถามในเวลาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ ได้มีการจำกัดการเข้าถึงไฟล์เอกสารเฉพาะผู้วิจัยเพื่อรักษาความปลอดภัยและปกป้องข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วม การตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบดำเนินการอย่างละเอียด หากพบคำตอบไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะติดต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อแก้ไขหรือเพิ่มเติม จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในลักษณะกลุ่มสนทนา (Focus Group) จำนวน 3 ครั้ง โดยเน้นประเด็นปัญหาและมุมมองต่อการจัดสรรทรัพยากร เช่น บุคลากร งบประมาณ และเครื่องมือ เพื่อประเมินกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างครอบคลุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น ปัญหาอุปสรรคของการจัดบริการ ความเสี่ยงในการจัดบริการและแผนการจัดบริการ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดกลุ่มเนื้อหา (Categorization) และการวิเคราะห์หัวข้อหลัก (Thematic Analysis)

ขอบเขตด้านระยะเวลา (1 สิงหาคม 2566 – 1 สิงหาคม 2567)

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช ใบรับรองเลขที่ P007-6-2567

ผลการวิจัย

1. ระบบอภิบาล (Governance)

การแก้ไขพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545^[13] กำหนดว่า “ผู้เสพยาคือผู้ป่วย” ซึ่งสะท้อนถึงการปรับนโยบายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาผู้เสพยา ขณะนี้มีผู้เสพยา 1 ล้านคน แต่มีเตียงสำหรับบำบัดเพียง 6,500 เตียง รองรับได้แค่ 200,000 คน ดังนั้น การพัฒนารูปแบบมินิธัญญารักษ์จึงเป็นนโยบายสำคัญเพื่อแก้ไขปัญหานี้ โดยกำหนดให้ทุกจังหวัดจัดตั้งบริการมินิธัญญารักษ์อย่างน้อย 1 แห่ง พร้อมแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกองบริหารการสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางในการกำกับดูแลและสนับสนุนการดำเนินงาน

² เทคนิคการสนทนากลุ่มออนไลน์ ผ่านช่องทางแพลตฟอร์ม ไลน์ ในรูปแบบอะซิงโครนัส (Asynchronous or Bulletin Online Focus Group) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้เข้าร่วมสามารถตอบกลับและสนทนาในหัวข้อที่กำหนดโดยไม่ต้องอยู่ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งแพลตฟอร์ม Line ได้รับความนิยมในประเทศไทยและเหมาะสำหรับใช้ในการสนทนากลุ่มออนไลน์

2. แนวทางการดำเนินงาน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดรูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ออกเป็น 2 รูปแบบ ตามเป้าหมายการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด คือ การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) และการบำบัดรักษาระยะยาว (Long Term Care) โดยมุ่งเน้นโรงพยาบาลให้จัดบริการ ในรูปแบบการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) จากการศึกษาข้อมูลพบว่า โรงพยาบาล 147 แห่ง เปิดให้บริการในลักษณะการบำบัดระยะกลาง 112 แห่ง จำนวน 1,040 เตียง พบเปิดให้บริการสูงสุดที่ เขตบริการสุขภาพที่ 5, 6 และ 1 จำนวน 17, 15 และ 11 แห่ง ตามลำดับ และมีจำนวน 35 โรงพยาบาล เปิดให้บริการในรูปแบบระยะยาว (Long Term Care) จำนวน 804 เตียง โดยเขตบริการสุขภาพที่ 8 และ 10 จัดบริการในรูปแบบนี้สูงสุด จำนวน 7 แห่ง และเขตบริการสุขภาพที่ 6 จัดบริการสูงเป็นอันดับ 2 จำนวน 6 แห่ง สำหรับเขตบริการสุขภาพที่ 1 และ 3 ไม่จัดบริการมินิธัญญารักษ์ในรูปแบบการดูแลระยะยาว

3. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)

3.1 การจัดบริการมินิธัญญารักษ์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ ในประเทศไทยถูกออกแบบเพื่อรองรับความต้องการของผู้ป่วยในรูปแบบที่หลากหลายแบ่งออกเป็นการดูแล ระยะกลาง (Intermediate Care) และการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long Term Care) โดยมีสถานบริการ ทั้งหมด 147 แห่ง และเตียงรวม 1,844 เตียง ครอบคลุมทั่วประเทศ แต่การกระจายบริการยังคงมีความแตกต่าง ในศักยภาพระหว่างเขตบริการสุขภาพ จากข้อมูลพบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 6 มีจำนวนสถานบริการมากที่สุด โดยมี 20 โรงพยาบาล และ 230 เตียง คิดเป็นร้อยละ 13.42 ของบริการทั้งหมด ในขณะที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 มีจำนวนเตียงรวมมากที่สุดถึง 254 เตียง รองลงมาคือ เขตบริการสุขภาพที่ 8 และ 7 ที่มี 245 และ 225 เตียง ตามลำดับ แสดงถึงความพร้อมและศักยภาพสูงในการรองรับผู้ป่วย

ในส่วนของการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ซึ่งมีจำนวนสถานบริการ 112 แห่ง นั้น แบ่งออกเป็นหอผู้ป่วย (ward) 56 แห่ง และหอผู้ป่วยร่วม (corner) อีก 56 แห่ง รวมจำนวนเตียงทั้งหมด 1,040 เตียง เขตบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวนเตียงมากที่สุดถึง 170 เตียง ตามด้วยเขตบริการสุขภาพที่ 6 และ 10 อย่างไรก็ตาม เขตบริการสุขภาพที่ 3 ไม่สามารถจัดบริการในรูปแบบ Ward ได้เลย ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาด้าน ทรัพยากรที่ยังขาดแคลน

สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long Term Care) มีสถานบริการ 35 แห่ง แบ่งเป็นหอผู้ป่วย 32 แห่ง และ Corner 3 แห่ง รวมจำนวนเตียงทั้งหมด 804 เตียง เขตบริการสุขภาพที่ 7 มีจำนวนเตียงมากที่สุด 163 เตียง ตามด้วยเขตบริการสุขภาพที่ 10 และ 8 ที่มี 151 และ 150 เตียง ตามลำดับ ในขณะที่ เขตบริการสุขภาพที่ 3, 4, และ 5 ไม่มีการให้บริการในรูปแบบ Corner ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำนวนเตียงตามรูปแบบการจัดบริการจำแนกรายเขตบริการสุขภาพ

| เขต บริการ 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 |

ข้อมูลผลการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในแต่ละเขตบริการสุขภาพ พบว่า อัตราการให้บริการมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพในการรองรับผู้ป่วยและสถานการณ์ปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละเขตบริการสุขภาพ จากข้อมูลการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ระยะกลาง (Intermediate Care) มีจำนวนเตียงรวม 1,040 เตียง รองรับผู้ป่วยทั้งหมด 2,298 ราย คิดเป็นอัตราการให้บริการเฉลี่ยร้อยละ 220.96³ โดยมีรายละเอียดดังนี้ เขตบริการสุขภาพที่ 8 มีอัตราการให้บริการสูงสุดถึงร้อยละ 506.32 รองรับผู้ป่วย 481 ราย จากจำนวนเตียง 95 เตียง เขตบริการสุขภาพที่ 7 มีอัตราการให้บริการต่ำที่สุดที่ร้อยละ 17.74 รองรับผู้ป่วยเพียง 11 ราย จากจำนวนเตียง 62 เตียง และเขตบริการสุขภาพที่ 9 ไม่มีผู้ป่วยในระบบ Intermediate Care แม้จะมีเตียงรองรับจำนวน 89 เตียง ในระบบมินิธัญญารักษ์ระยะฟื้นฟู (Long Term Care) มีจำนวนเตียงรวม

³ อัตราการครองเตียง (bed Occupancy Rate)

ร้อยละของการใช้เตียงทั้งหมดของสถานพยาบาลของผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งคำนวณได้จากสูตร

$$\frac{\text{วันอยู่โรงพยาบาล (Patient Day) ในช่วงเวลาที่กำหนด} \times 100}{\text{จำนวนเตียง} \times \text{จำนวนวันในช่วงเวลาเดียวกัน}}$$

จำนวนเตียง x จำนวนวันในช่วงเวลาเดียวกัน

804 เตียง รองรับผู้ป่วยทั้งหมด 340 ราย คิดเป็นอัตราการใช้บริการเฉลี่ยร้อยละ 42.29 โดยมีรายละเอียดดังนี้
 เขตบริการสุขภาพที่มีอัตราการใช้บริการสูงสุด ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 10 มีอัตราการใช้บริการสูงสุด
 ที่ร้อยละ 129.14 รองรับผู้ป่วย 195 ราย จากจำนวนเตียง 151 เตียง เขตบริการสุขภาพที่ 5, 6 และ 7
 ไม่มีผู้ป่วยในระบบ Long Term Care แม้จะมีเตียงรองรับในระบบ

ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตามเกณฑ์ OAS(Overt Aggressive Scale)⁴ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ
 ได้แก่ สีแดง (วิกฤต), สีส้ม (รุนแรง), สีเหลือง (ปานกลาง), และสีเขียว (เล็กน้อย) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย
 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสีเหลือง 916 ราย ซึ่งถือเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด สะท้อนถึงสถานการณ์ที่ยังสามารถจัดการได้
 ในชุมชน และสีเขียว 799 ราย แสดงถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงและสามารถฟื้นฟูได้ด้วยการสนับสนุน
 ในชุมชน จากข้อมูลพบว่า เขตบริการสุขภาพที่มีผู้ป่วยในระดับสีแดง (วิกฤติ) มากที่สุด ได้แก่ เขตบริการสุขภาพ
 ที่ 8 (188 ราย) และเขตบริการสุขภาพที่ 10 (150 ราย) ซึ่งแสดงถึงความท้าทายในการจัดการผู้ป่วยที่อยู่ใน
 สถานการณ์วิกฤตที่ต้องการการดูแลเฉพาะทางอย่างเร่งด่วน เขตบริการสุขภาพที่มีผู้ป่วยระดับสีเขียว (เล็กน้อย)
 มากที่สุด ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 1 และ 2 มีจำนวนผู้ป่วย 202 รายและ 201 ราย ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเข้ารับบริการจำแนกตามระดับความรุนแรง Overt Aggression Scale: OAS

| เขต บริการ สุขภาพ | อัตราการใช้บริการมินิธัญญารักษ์ | | | | | | ระดับความรุนแรง ตาม OAS (ราย) | | | |
|-------------------------|---------------------------------|---------------------------|--------|----------------|---------------------------|--------|-------------------------------|-------|----------|---------|
| | Intermediate Care | | | Long Term Care | | | สีแดง | สีส้ม | สีเหลือง | สีเขียว |
| | จำนวน เตียง | จำนวน ผู้ป่วย (ราย) | ร้อยละ | จำนวน เตียง | จำนวน ผู้ป่วย (ราย) | ร้อยละ | | | | |
| 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 |

⁴ Overt Aggression Scale (OAS) หรือ แบบประเมินความก้าวร้าวที่แสดงออก เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับของความ
 ก้าวร้าวในบุคคล ซึ่งออกแบบมาเพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเฉพาะในสถานการณ์ทางการแพทย์หรือ
 จิตเวช การประเมินจะวัดพฤติกรรมก้าวร้าวในด้านต่าง ๆ เช่น การใช้คำพูดก้าวร้าว การทำร้ายร่างกาย หรือพฤติกรรมก้าวร้าวที่
 อาจส่งผลต่อผู้อื่น

| | | | | | | | | | | |
|-----|-------|-------|--------|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|
| 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 |

3.2 บุคลากรที่ให้บริการ จากข้อมูลการเปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์ 147 แห่ง ทั่วประเทศ พบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 5 มีแพทย์ประจำมากที่สุด จำนวน 13 คน ซึ่งสะท้อนถึงความไม่สม่ำเสมอในการกระจายทรัพยากรบุคลากรในแต่ละเขตบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีสถานพยาบาล จำนวน 87 แห่ง ที่มีพยาบาลประจำแบบ Full-time ซึ่งช่วยให้สามารถดูแลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ขณะที่สถานพยาบาลอื่น จำเป็นต้องอาศัยพยาบาลจากหอผู้ป่วยหมุนเวียนมาดูแลผู้รับบริการในมินิธัญญารักษ์ ส่งผลให้เกิดปัญหาความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยที่อาจจะลดลงหรือไม่สม่ำเสมอ

4. การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation)

4.1 การจัดบริการ การจัดการบริการในมินิธัญญารักษ์เน้นการบำบัดรักษาแบบองค์รวมที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) การให้ความรู้ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติด เช่น พิษภัย หลักการลดอันตราย และสุขภาพจิต 2) การฝึกทักษะที่ช่วยพัฒนาการปรับตัว รู้จักตนเอง สร้างแรงจูงใจ และฝึกการเลิกยา และ 3) กิจกรรมทางเลือก เช่น กายภาพบำบัด ดนตรีบำบัด การแพทย์แผนไทย และศาสนบำบัด เพื่อฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ โดยการบริหารรักษาระยะกลางจะใช้เวลา 1 เดือน ครอบคลุมกิจกรรม หมุนเวียนทุกสัปดาห์ ส่วนการบริหารรักษาระยะยาว ใช้เวลา 3 เดือน พร้อมการฝึกอาชีพเพื่อเตรียมผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคม กิจกรรมดำเนินในหอผู้ป่วยและหอผู้ป่วยร่วม โดยในระยะเวลาวิกฤติ (7-10 วัน) ใช้การบริหารรักษาทางการแพทย์และติดตามผลในลักษณะผู้ป่วยนอกจนเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัดตามเกณฑ์ที่กำหนด

4.2 ผู้รับบริการ จากการจำแนกกลุ่มผู้รับบริการตามประเภทการใช้ยาเสพติดและสารเสพติด พบว่ากลุ่มผู้ใช้ยาบ้า/ยาไอซ์มีจำนวนมากที่สุด คือ 1,802 ราย รองลงมาคือกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดหลายชนิด 414 ราย, สุรา 149 ราย, กัญชา 138 ราย, กลุ่มฝิ่น/เฮโรอีน 109 ราย, และกระท่อม 15 ราย เมื่อวิเคราะห์ตามเขตบริการสุขภาพ พบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 8 มีจำนวนผู้รับบริการที่ใช้ยาบ้า/ยาไอซ์มากที่สุด คือ 376 ราย เขตบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้รับบริการที่ใช้สารเสพติดกลุ่มฝิ่น/เฮโรอีนมากที่สุด คือ 90 ราย ในขณะที่เขตบริการสุขภาพที่ 6 และ 8 มีจำนวนผู้รับบริการใช้กัญชาสูงสุด

4.3 การพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในมินิธัญญารักษ์ของประเทศไทย ได้มีการกำหนดหลักสูตรอบรมที่หลากหลายเพื่อเสริมสร้างความเชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ จำนวน 7 หลักสูตร ได้แก่

1) หลักสูตรมินิธัญญารักษ์ 10 วัน ซึ่งเน้นพื้นฐานการจัดการและดูแลผู้ป่วยในมินิธัญญารักษ์ 2) หลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ เพื่อพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ยาเสพติด 3) หลักสูตรเวชศาสตร์พยาบาล 5 วัน/10 วัน สำหรับพยาบาลที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน 4) หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน สำหรับการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด 5) หลักสูตรเวชศาสตร์ฉุกเฉินยาและสารเสพติด สำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน 6) หลักสูตร FAST Model เพื่อการจัดการปัญหาด้วยวิธีการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 7) หลักสูตร Matrix ที่เน้นการบูรณาการการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลสถิติการอบรมบุคลากร พบว่าโรงพยาบาลที่จัดบริการมินิธัญญารักษ์จำนวน 69 แห่ง หรือร้อยละ 62.73 ได้ให้แพทย์เข้ารับการอบรมในหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ นอกจากนี้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในมินิธัญญารักษ์ทั้งหมด 207 คน มี 60 คน (ร้อยละ 28.99) ได้รับการอบรมหลักสูตรมินิธัญญารักษ์ 10 วัน และ 55 คน (ร้อยละ 26.57) ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน ส่วนนักจิตวิทยา 41 คน มี 11 คนที่ผ่านหลักสูตร FAST Model และ 11 คนผ่านหลักสูตร Matrix คิดเป็นร้อยละ 26.83 ซึ่งสะท้อนถึงการเตรียมความพร้อมในการบูรณาการการดูแลด้านจิตวิทยา ทั้งนี้ทุกหน่วยบริการที่เปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์ได้จัดทำแผนการบำบัดรักษา คู่มือการบำบัดรักษา แผนการดูแลผู้ป่วยตาม Care Map และ Clinical Practice Guideline (CPG) รวมถึงแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดในเขตบริการสุขภาพอย่างชัดเจน

4.4 การจัดการความเสี่ยง จากการศึกษา พบว่า ความเสี่ยงในสถานพยาบาลที่ให้บริการมินิธัญญารักษ์มีหลายประเภท โดยพบการลักลอบออกจากสถานพยาบาล 45 รายการ การทะเลาะวิวาท 32 รายการ และการใช้ยาและสารเสพติดภายในสถานพยาบาล 25 รายการ ซึ่งสะท้อนถึงพฤติกรรมที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ในการจัดการความเสี่ยง สถานพยาบาลใช้มาตรการหลายรูปแบบ ได้แก่ การผูกมัดผู้ป่วย 81 รายการ การใช้ยาเพื่อควบคุมพฤติกรรม 70 รายการ การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมทางการแพทย์ 12 รายการ และการใช้ห้องขัง 4 รายการ โดยการเลือกใช้มาตรการขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสถานการณ์และความจำเป็นทางการแพทย์ ทั้งนี้ คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล

5. การประเมินผลลัพธ์

5.1 ผลลัพธ์ด้านบริการ จากการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ พบว่า สามารถให้บริการผู้ป่วยรวมทั้งหมด 2,638 ราย คิดเป็นร้อยละ 143.06 ของจำนวนเตียง โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยในระบบ Intermediate Care จำนวน 2,298 ราย และผู้ป่วยในระบบ Long Term Care จำนวน 340 ราย คิดเป็นร้อยละ 220.96 และ 42.29 ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ พบว่า ร้อยละ 34.72 อยู่ในกลุ่มสีเหลือง (อาการปานกลาง) รองลงมาคือกลุ่มสีเขียว (อาการเล็กน้อย) ร้อยละ 30.29, กลุ่มสีแดง (อาการวิกฤต) ร้อยละ 19.14 และกลุ่มสีส้ม (อาการ

รุนแรง) ร้อยละ 15.85 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์กลุ่มผู้รับบริการ พบว่า ผู้ใช้ยาบ้า/ยาไอซ์มีจำนวนมากที่สุด ขณะเดียวกัน ความเสี่ยงที่พบจากการให้บริการมินิธัญญารักษ์สูงสุดคือ การลักลอบออกไปภายนอกสถานพยาบาล

5.2 ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ ปัญหาในการดำเนินงานมินิธัญญารักษ์สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) บุคลากร: ขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวช และบางส่วนยังไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทาง ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย 2) สถานที่: ขาดพื้นที่เฉพาะในการจัดบริการ ทำให้พื้นที่ดูแลคับแคบและไม่มีสถานที่สำหรับกิจกรรมฟื้นฟู ส่งผลให้การบำบัดรักษาขาดประสิทธิภาพ 3) งบประมาณ: งบประมาณไม่เพียงพอสำหรับการจัดบริการ การจัดซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็น และประสบปัญหาการล่าช้า รวมถึงขาดแคลนวัสดุสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ 4) ระบบงาน: ระบบการส่งต่อผู้ป่วยขาดความชัดเจน ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่องและเกิดปัญหาในการจัดการข้อมูลและการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งล้วนเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทยเป็นการวิจัยประเมินผลเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพผลการดำเนินงานและพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย โดยใช้แบบจำลองการประเมินแบบชิป (CIPP Model) ของสต๊อฟเฟิลบีม ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นพยาบาลจิตเวชที่เป็นผู้ประสานงานหลักในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย แห่งละคน จำนวน 147 คน สถานบริการมินิธัญญารักษ์ทั้งหมด 147 แห่ง โดยมีจำนวนเตียงบริการรวมทั้งสิ้น 1,804 เตียง แบ่งเป็นการบำบัดรักษาระยะกลาง (Intermediate care) จำนวน 1,040 เตียง และการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (Long term care) จำนวน 804 เตียง ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการทั้งสิ้น 2,638 ราย คิดเป็นร้อยละ 143.06 ของจำนวนเตียงที่มีอยู่ เป็นผู้ป่วย Intermediate care จำนวน 2,298 ราย และ Long term care จำนวน 340 ราย เขตบริการสุขภาพที่มีการจัดบริการมากที่สุดคือ เขตบริการสุขภาพที่ 6 และ 10 ซึ่งมีการให้บริการทั้งในรูปแบบการบำบัดรักษาระยะกลางและระยะยาวที่ครอบคลุม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการบริการมินิธัญญารักษ์มีปัญหาการเสพยาเสพติดชนิดยาบ้า/ยาไอซ์มากที่สุดมีจำนวนถึง 1,802 ราย พบมากที่สุดที่เขตบริการสุขภาพที่ 8 รองลงมาคือการใช้สารเสพติดหลายชนิด ควบคู่กับการใช้สุรา กัญชา และฝิ่น/เฮโรอีน โดยเขตบริการสุขภาพที่ 1 มีใช้สารเสพติดกลุ่มฝิ่น/เฮโรอีนมากที่สุด ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ โรงพยาบาลที่เปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์ได้มีการจัดการอบรมบุคลากรตามหลักสูตรที่กำหนด เช่น หลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ และหลักสูตร

การพยาบาลเฉพาะทาง สำหรับปัญหาหลักในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ประกอบด้วย การขาดแคลนบุคลากร ในบางพื้นที่ การขาดแคลนสถานที่เฉพาะในการจัดบริการ และงบประมาณที่ไม่เพียงพอในการจัดซื้ออุปกรณ์ ที่จำเป็น ระบบการส่งต่อผู้ป่วยยังขาดความชัดเจน ทำให้การดูแลและการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ มีปัญหา

การอภิปรายผล

การศึกษาพบว่าระบบมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย มีการดำเนินงานที่ครอบคลุมและหลากหลาย โดยเฉพาะในด้าน Intermediate Care และ Long Term Care ซึ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในพื้นที่ ห่างไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบนี้เน้นการขยายบริการไปยัง 12 เขตบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึง บริการได้เพิ่มขึ้น ซึ่งนับเป็นความก้าวหน้าสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จของระบบ ได้แก่ การพัฒนาทรัพยากรและบุคลากร ซึ่งยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจาก ข้อจำกัดด้านงบประมาณและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า รูปแบบมินิธัญญารักษ์สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจาก การจัดบริการที่เน้นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ยังปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในพื้นที่ที่มีทรัพยากรเพียงพอ อย่างไรก็ตาม การขาดบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ เช่น นักบำบัดและผู้ให้คำปรึกษา ส่งผลให้การบำบัดในบางพื้นที่ไม่สามารถ ดำเนินการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษา แนวทางการพัฒนาระบบมินิธัญญารักษ์ที่เสนอได้แก่ การเพิ่มงบประมาณสำหรับการ จัดหาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น เตียงผู้ป่วยและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญ เฉพาะทางผ่านการฝึกอบรม และการเพิ่มแรงจูงใจด้วยสวัสดิการที่เหมาะสม อีกทั้งการนำเทคโนโลยี เช่น ระบบ ฐานข้อมูลกลางและเทเลเมดิซีนมาใช้ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการข้อมูลและการประสานงาน การจัดตั้งศูนย์เฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชร่วมกับการใช้สารเสพติด จะช่วยเติมเต็มช่องว่าง ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างเหมาะสม

การวิจัยนี้สนับสนุนว่า ระบบมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทยมีศักยภาพสูงในการตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยสารเสพติด อย่างไรก็ตาม การพัฒนาทรัพยากร โครงสร้างพื้นฐาน บุคลากร และเทคโนโลยี ยังคงเป็น ความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อให้บริการบำบัดมีประสิทธิภาพและครอบคลุมยิ่งขึ้นในทุกพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนานโยบายและกลยุทธ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการ มินิธัญญารักษ์ โดยมุ่งเน้นการขยายบริการในเขตที่มีความต้องการสูงและทรัพยากรจำกัด เพื่อเพิ่มการเข้าถึง และรองรับผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง การกระจายบริการตามความเหมาะสมของปัญหาในแต่ละพื้นที่จะช่วยสร้างความเท่าเทียมและความยั่งยืนในการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด

2. ควรปรับปรุงการกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับความจำเป็นของแต่ละพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้บริการมีความครอบคลุม เท่าเทียม และตอบสนองต่อปัญหาการเข้าถึงในพื้นที่ที่ยังขาดแคลนบริการอย่างเพียงพอ

3. ควรพัฒนาทักษะและฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามมาตรฐาน ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยยกระดับขึ้น และบริการมีความเป็นมืออาชีพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. บริหารจัดการทรัพยากรในพื้นที่ที่มีความต้องการสูง โดยเพิ่มเติมและปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน ให้รองรับผู้ป่วยได้มากขึ้น เช่น พื้นที่สำหรับกิจกรรมฟื้นฟู

2. จัดฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการอบรม เฉพาะทางในการบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด

3. จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้บริการสุขภาพมีความครอบคลุมและสามารถเข้าถึงได้มากที่สุดโดยคำนึงถึงข้อจำกัดของพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการบริการ

4. พัฒนาระบบการประเมินและจัดการความเสี่ยงในสถานพยาบาล โดยใช้เทคโนโลยีและมาตรการ ที่ทันสมัยเพื่อเพิ่มความปลอดภัย

5. ใช้เทคโนโลยีในการจัดการข้อมูลผู้ป่วย เช่น ระบบฐานข้อมูลกลาง และเทเลเมดิซีน เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพในการดูแลและประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลกระทบจากการขยายบริการมินิธัญญารักษ์ในพื้นที่ต่าง ๆ ต่อการเข้าถึงบริการและคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการเปรียบเทียบระหว่างเขตบริการสุขภาพที่มีและไม่มีบริการขยายบริการ

2. การศึกษาผลกระทบของการพัฒนาความตระหนักรู้ในชุมชนต่อการเข้าถึงบริการมินิธัญญารักษ์ และ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับการรักษา หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. Prevalence of drug use [Internet]. [no date] [cited 2024 Jan 30]. Available from: <https://dataunodc.un.org/dp-drug-use-prevalence-nps>
2. World Health Organization. Treatment and care for people with drug use disorders in Asia. Geneva: World Health Organization; 2019. [Cited 2024 Jan 30]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/who-psa-93-10.pdf>
3. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://antidrug.moph.go.th/report/normal>
4. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนที่ 47 ก หน้า 1-9; 24 พฤษภาคม 2564. [เข้าถึงเมื่อ 30 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://nih.dmsc.moph.go.th/law/pdf/007.pdf>
5. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานประจำปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 30 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ncmc.moph.go.th/home/index/detail/30414>
6. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ปี 2564 กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ป.ป.ส.; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oncb.go.th/report-arrest/61>
7. นิตยา ตากวิริยะนันท์. การพยาบาลผู้ที่ได้รับยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3 แก้ไขและปรับปรุง. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562. 348 หน้า. [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2567].
8. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
9. รัศเมน กัลย์ยาศิริ. การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
10. Genuis SK, Luth W, Weber G, Bubela T, Johnston WS. Asynchronous online focus groups for research with people living with amyotrophic lateral sclerosis and family caregivers: usefulness, acceptability and lessons learned. BMC Med Res Methodol. 2023;23:222. [Cited 2024 Jan 30]. Available from: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-023-02051-y>

11. Hunter M, Reaney M, Bean S. Evaluation of asynchronous online focus groups for use in qualitative studies around patient experience data. [Internet]. [no date] [cited 2024 Jan 30]. Available from:
https://www.ispor.org/docs/defaultsource/euro2021/isporeu2021asynchronousonlinefocusgrouppostervfinal-pdf.pdf?sfvrsn=52906fbf_0
12. ศักดิ์ชัย ภูเจริญ. การประเมินผลโครงการ CIPP Model [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.พ. 2567]. Available from: http://www.kruinter.com/show.php?id_quiz=630&p=1
13. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 119 ตอนที่ 110 ก หน้า 30-36; 11 พฤศจิกายน 2545. [เข้าถึงเมื่อ 30 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:
<https://nih.dmsc.moph.go.th/law/pdf/007.pdf>
14. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2570. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/1doxcsiqctdwos4w4g.pdf
15. พรพิมล นุชนิยม, คณะ. การประเมินผลการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบ Intermediate Care. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2564;19(3):254-68. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2567].
16. อัครพล ศุภศาสตรา. การปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด: แนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562;15(2):3-12