E-284918

การพัฒนารูปแบบการบูรณาการมาตรการลดอันตรายเข้าสู่ระบบบริการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทย ภายใต้กรอบสาธารณสุข

Development of an Integrated Harm Reduction Model for Thailand's Drug Treatment System under a Public Health Approach

ชลอวัฒน์ อินปา[1*], ปรีชญาณ์ นักฟ้อน[2]

Chalowat Inpa[1*], Preechaya Nakfon[2]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก[1*], มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ[2]

Phitsanulok Provincial Public Health Office[1*], Srinakharinwirot University[2]

(Received: *9 January 2026 ;* Revised: *24 February 2026;* Accepted: *7 April 2026*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานบำบัด ฟื้นฟู และลดอันตรายจากยาเสพติดในสถานพยาบาลของประเทศไทย พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานลดอันตรายผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม และประเมินผลเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบาย เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้บริหารสถานพยาบาล 59 คน ผู้ปฏิบัติงาน 180 คน และผู้รับบริการ 52 คน ครอบคลุมสถานพยาบาล 147 แห่ง และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตการณ์ในสถานพยาบาล 11 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1. ก่อนการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 การลดอันตรายจากยาเสพติดยังไม่ถูกบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ อัตราคงอยู่ในการบำบัดในปี 2563 – 2564 อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 58.42 และ 59.41) และอัตราการหยุดเสพลดลงจากร้อยละ 29.99 เหลือ 25.16 สะท้อนข้อจำกัดด้านนโยบาย ทรัพยากร และระบบบริการ 2. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การบูรณาการการลดอันตรายในการบำบัด การกำหนดบทบาทสถานพยาบาลแต่ละระดับ การเชื่อมโยงการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การทำงานแบบสหวิชาชีพ และการพัฒนาระบบข้อมูลติดตามผล 3. ผลการประเมินรูปแบบที่พัฒนา พบว่าสถานพยาบาลมีการกำหนดแผนงาน การสื่อสาร และการจัดเก็บข้อมูลด้านการลดอันตรายในระดับสูง ขณะที่ความพร้อมด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และกำลังคนอยู่ในระดับปานกลางในบางหน่วยบริการ นอกจากนี้ผู้รับบริการร้อยละ 73.10 – 80.80 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปลอดภัยมากขึ้น และร้อยละ 69.20 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น สะท้อนบทบาทของบริการลดอันตรายต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมและคุณภาพชีวิต ผลการศึกษานำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบาย ได้แก่ การจัดทำแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาระบบข้อมูลและกลไกติดตามประเมินผล และการเสริมสร้างความร่วมมือกับภาคีในพื้นที่เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลระยะยาว

คำสำคัญ: การลดอันตราย, การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน, ระบบบริการบำบัดรักษายาเสพติด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: machima.sorn@gmail.com, มัชฌิมา สอนลาย)

Abstract

This action research aimed to examine the situation and barriers in the implementation of drug treatment, rehabilitation, and harm reduction services in healthcare facilities in Thailand, to develop and pilot a harm reduction operational model through a participatory process, and to evaluate the outcomes in order to generate policy recommendations. Quantitative data were collected from 59 hospital administrators, 180 healthcare providers, and 52 service users across 147 healthcare facilities. Qualitative data were obtained through in-depth interviews and observations in 11 healthcare facilities. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using content analysis. The results showed that, 1. prior to the enactment of the Narcotics Code B.E. 2564 (2021), harm reduction had not been integrated as part of the healthcare service system. Retention rates in treatment during 2020–2021 were low (58.42% and 59.41%), and remission rates decreased from 29.99% to 25.16%, reflecting limitations in policy, resources, and service systems. 2. The developed model consisted of five components: integration of harm reduction into treatment, clarification of roles of healthcare facilities at each level, linkage with community-based rehabilitation, interdisciplinary collaboration, and development of a monitoring information system. 3. The evaluation of the developed model showed that most healthcare facilities had high levels of performance in planning, communication, and data management related to harm reduction, while the availability of budget, materials, and workforce remained at a moderate level in some facilities. In addition, 73.10–80.80% of service users reported safer drug use behaviors, and 69.20% reported improved self-care behaviors, reflecting the role of harm reduction services in behavioral change and quality of life. The study led to policy recommendations, including the development of standardized practice guidelines, support for necessary resources, capacity building of personnel, improvement of data and monitoring systems, and strengthening collaboration with local partners to enhance continuity of care in the long term.

Keywords: Harm reduction, Operational Model Development, Drug Treatment Service System

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นความท้าทายสำคัญของประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในมิติด้านสาธารณสุข อาชญากรรม และผลกระทบทางสังคม ในช่วงก่อนการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 การดำเนินงานด้านยาเสพติดของประเทศไทยอยู่ภายใต้กฎหมายหลายฉบับที่แยกการควบคุม การปราบปราม

และการบำบัดรักษาออกจากกัน โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบแตกต่างกัน การเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาส่วนหนึ่งเชื่อมโยงกับกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ส่งผลให้ผู้ใช้ยาเสพติดจำนวนหนึ่งเข้าสู่ระบบผ่านกลไกบังคับบำบัดมากกว่าการสมัครใจ การบริการระหว่างการคัดกรอง บำบัดรักษา และการฟื้นฟูทางสังคมยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การส่งต่อระหว่างหน่วยบริการขาดความต่อเนื่อง และการติดตามผลในชุมชนมีข้อจำกัด โครงสร้างดังกล่าวก่อให้เกิดความซ้ำซ้อนของหน่วยงาน ขาดเอกภาพเชิงระบบ และยังคงมีการมองผู้ใช้ยาเสพติดในฐานะผู้กระทำผิดทางอาญามากกว่าผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การตีตราและลดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม (พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564, 2564; สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2564; คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, 2565)

ในระดับนานาชาติ แนวทางที่เน้นการลงโทษทางอาญาเป็นหลักได้รับการวิพากษ์ว่ามีข้อจำกัดในการลดภาระโรคและผลกระทบด้านสุขภาพในระยะยาว ขณะที่แนวคิดที่มองการใช้ยาเสพติดในมิติของสุขภาพสาธารณะและสิทธิมนุษยชนได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะแนวคิด “การลดอันตรายจากยาเสพติด” ซึ่งมุ่งลดผลกระทบด้านสุขภาพและสังคมแม้ผู้ใช้ยายังไม่สามารถหยุดใช้ได้ทันที หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากสนับสนุนประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าว เช่น การบำบัดทดแทนสารเสพติดกลุ่มฝิ่นและการจัดบริการอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งสัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาดและลดการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี (Csete et al., 2016; United Nations, 2023; World Health Organization et al., 2012) นอกจากนี้แนวคิดด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดได้รับการพัฒนาและขยายการดำเนินงานในหลายประเทศทั่วโลก แม้ระดับความครอบคลุมของบริการและการบูรณาการเชิงนโยบายยังแตกต่างกันระหว่างภูมิภาคต่าง ๆ (Harm Reduction International, 2024) อย่างไรก็ตามแม้จะมีหลักฐานสนับสนุนในระดับสากล แต่รายงานระดับนานาชาติยังชี้ว่า ความครอบคลุมของบริการลดอันตรายในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าที่จำเป็นต่อการควบคุมปัญหาในระดับประชากร (Ritter et al., 2018; UNAIDS, 2019) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความไม่สอดคล้องระหว่างหลักฐานเชิงวิชาการกับการดำเนินงานจริงในระบบบริการ

การศึกษาด้านนโยบายยาเสพติดและการเสริมสร้างระบบสุขภาพระบุว่า การปฏิรูปกฎหมายหรือการกำหนดนโยบายระดับชาติจะก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงปฏิบัติได้ก็ต่อเมื่อมีความพร้อมขององค์ประกอบระบบบริการในหลายด้าน ได้แก่ โครงสร้างการบริหารจัดการ บุคลากร งบประมาณ ระบบข้อมูล และกลไกกำกับติดตาม (World Health Organization, 2010; Atun et al., 2010) หากขาดความสอดคล้องเชิงระบบอาจเกิดความไม่เชื่อมโยงระหว่างเจตนารมณ์เชิงนโยบายกับการปฏิบัติจริงในระดับหน่วยบริการ (Ritter et al., 2018) ภายใต้แนวคิดดังกล่าว ประเทศไทยได้ประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของประเทศไทย โดยปรับกรอบแนวคิดจากการลงโทษเชิงอาญาไปสู่การดูแลเชิงสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ กำหนดให้ผู้เสพเป็นผู้ป่วย ส่งเสริมการบำบัดโดยสมัครใจ และเปิดช่องให้มาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดสามารถดำเนินการได้ภายใต้กรอบกฎหมาย อีกทั้งกำหนดโครงสร้างบริการที่ชัดเจน ได้แก่ ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ และศูนย์ฟื้นฟูสภาพ

ทางสังคม ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข (พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564, 2564)

อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังขาดการศึกษาระดับประเทศที่วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานด้านการบำบัด ฟื้นฟู และลดอันตรายจากยาเสพติดในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชนภายหลังการบังคับใช้กฎหมายฉบับใหม่อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในประเด็นความสอดคล้องของบริการกับหลักการลดอันตราย ความแตกต่างด้านศักยภาพและทรัพยากรระหว่างประเภทสถานพยาบาล ปัญหาอุปสรรคเชิงโครงสร้าง เช่น กลไกงบประมาณ ระบบส่งต่อ และการติดตามผล รวมถึงระดับความต่อเนื่องของการดูแลในห่วงโซ่การรักษา การขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ระดับระบบบริการดังกล่าวจำกัดความสามารถในการประเมินผลของการปฏิรูปกฎหมาย และจำกัดการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายที่ตั้งอยู่บนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์

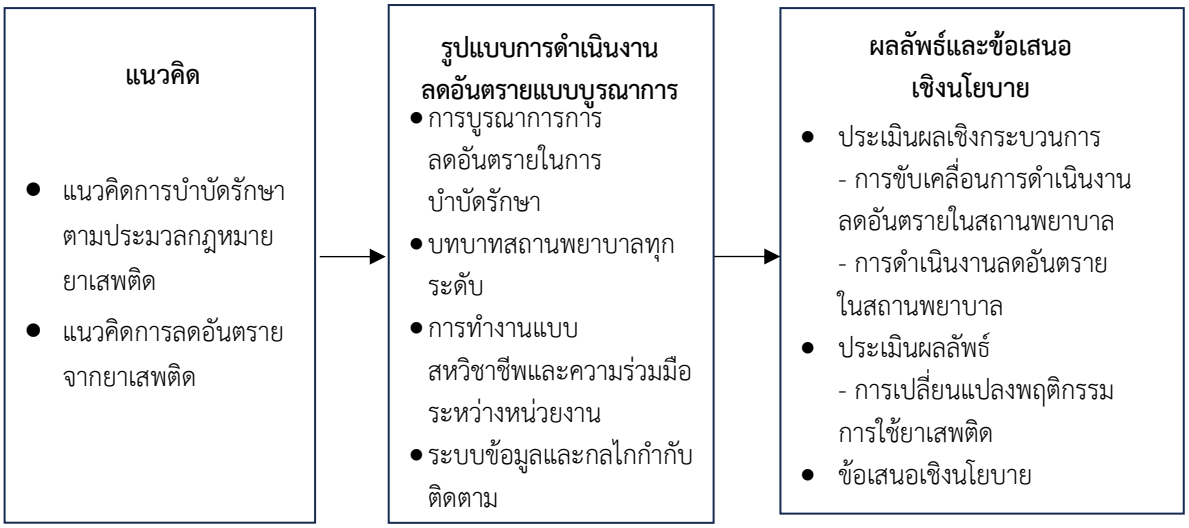
ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์สถานการณ์ รูปแบบบริการ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานบำบัด ฟื้นฟู และลดอันตรายจากยาเสพติดในสถานพยาบาลของประเทศไทยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ระดับระบบบริการภายหลังการปฏิรูปกฎหมาย พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานลดอันตรายที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ และสนับสนุนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายที่ตั้งอยู่บนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้งนี้ ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำคัญต่อกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนามาตรฐานบริการลดอันตราย ตลอดจนการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ รูปแบบบริการ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานบำบัด ฟื้นฟู และลดอันตรายจากยาเสพติดในสถานพยาบาลของประเทศไทย ทั้งภาครัฐและเอกชน
2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดในสถานพยาบาลผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAOR) โดยบูรณาการกับระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564
3. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบที่พัฒนา ทั้งในเชิงกระบวนการ และผลลัพธ์ในระดับการบริหาร การให้บริการ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ และสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาภายใต้หลักการของประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 โดยวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบ ทดลองใช้ และประเมินผล เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวางแผน – ดำเนินการ – สังเกตการณ์ – สะท้อนผล (Plan – Act – Observe – Reflect: PAOR)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา

ประชากรศึกษาประกอบด้วยบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดในสถานพยาบาลของประเทศไทย ได้แก่ ผู้บริหารสถานพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดหรือการลดอันตรายและผู้รับบริการบำบัดหรือบริการลดอันตราย

กลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในสถานพยาบาล 147 แห่งทั่วประเทศ โดยมีกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้บริหารสถานพยาบาล (ผู้มีหน้าที่กำหนดนโยบายหรือรับผิดชอบงานด้านยาเสพติด ไม่น้อยกว่า 1 ปี) 59 คน ผู้ปฏิบัติงาน (บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการคัดกรอง บำบัด หรือการลดอันตราย ไม่น้อยกว่า 1 ปี) 180 คน และผู้รับบริการ (ผู้เข้ารับบริการที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและยินยอมเข้าร่วมวิจัย) 26 คน

2. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารสถานพยาบาลจำนวน 11 คน และผู้ปฏิบัติงานจำนวน 22 คน รวมทั้งสิ้น 33 คน ดำเนินการในสถานพยาบาลที่มีการดำเนินงานด้านการลดอันตรายอย่างเป็นรูปธรรม 11 แห่ง ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง โดยพิจารณาให้ครอบคลุม ระดับบริการ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และเอกชน) ความหลากหลายเชิงภูมิภาค ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพให้สอดคล้องกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. แบบสอบถาม พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด และกรอบแนวคิดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 แบ่งออกเป็น 3 ชุด ได้แก่ สำหรับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ ครอบคลุมประเด็นด้านการรับรู้และทัศนคติ การขับเคลื่อนเชิงระบบ การจัดบริการลดอันตราย ปัญหาอุปสรรค ความกังวล และผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลพื้นที่วิจัย ประเด็นคำถามครอบคลุม 7 ด้าน ได้แก่ 1. การรับรู้และความเข้าใจต่อแนวทางการลดอันตราย 2. การขับเคลื่อนและกลไกการดำเนินงาน 3. การจัดบริการลดอันตราย 4. รูปแบบการบำบัดรักษา 5. การบูรณาการบริการแบบเบ็ดเสร็จ 6. ปัญหาและอุปสรรค 7. ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา

3. แนวทางที่พัฒนาขึ้น (Intervention) คือแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดแบบบูรณาการในสถานพยาบาล ซึ่งพัฒนาขึ้นในขั้นการวางแผน และนำไปทดลองใช้ในขั้นการปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. บูรณาการมาตรการลดอันตรายเข้าสู่เส้นทางการบำบัดรักษา 2. กำหนดบทบาทของสถานพยาบาลแต่ละระดับตามศักยภาพ 3. การเชื่อมโยงกับแนวทางการบำบัดฟื้นฟูตามคู่มือปี พ.ศ. 2565 ที่เน้นการบำบัดแบบสมัครใจ การดูแลต่อเนื่อง และการใช้ชุมชนเป็นฐาน 4. ส่งเสริมการทำงานแบบสหวิชาชีพเพื่อให้การดูแลผู้ใช้ยาเสพติดเป็นไปอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง 5. พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการติดตามประเมินผล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุม และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นประเมินความตรงเชิงเนื้อหาและคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item - Objective Congruence: IOC) รายข้อ โดยข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 แสดงถึงความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยในระดับสูง จึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

ขั้นตอนการวิจัย

1. การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยร่วมกับคณะทำงานและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สถานการณ์จากการทบทวนเอกสารเชิงนโยบาย ข้อมูลสถานการณ์การใช้ยาเสพติด โรคร่วม และระบบบริการ รวมทั้งการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลในพื้นที่ต้นแบบ 5 จังหวัด ได้แก่ นราธิวาส อุบลราชธานี แม่ฮ่องสอน กาญจนบุรี และกรุงเทพมหานคร โดยพิจารณาจากความแตกต่างของบริบทพื้นที่ ระดับความรุนแรงของปัญหายาเสพติด และความหลากหลายของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่ชายแดน พื้นที่ชนบท และพื้นที่เขตเมือง เพื่อระบุช่องว่างเชิงระบบและกำหนดประเด็นพัฒนา โดยเปิดเวทีหารือร่วมกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อสะท้อนปัญหาและความต้องการเชิงปฏิบัติ

2. การปฏิบัติ (Act) ดำเนินการพัฒนาแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติด ปี พ.ศ. 2565 ผ่านการประชุมสนทนากลุ่ม ภายใต้คณะทำงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้มีส่วนร่วมได้ให้ข้อเสนอ แก้ไข และให้ความเห็นชอบในหลักการ จากนั้นนำแนวทางไปทดลองใช้ผ่านการชี้แจงนโยบาย การอบรมผู้จัดการรายกรณีและผู้จัดการระบบ และการขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะอนุกรรมการระบบบำบัดฟื้นฟู ติดตามผู้ติดยาเสพติด

3. การสังเกตและติดตามผล (Observe) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน ได้แก่ การทบทวนเอกสาร การสำรวจด้วยแบบสอบถามจากผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการทั่วประเทศ และการลงพื้นที่สถานพยาบาล 11 แห่ง เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกและสังเกตการณ์กระบวนการให้บริการ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องสะท้อนผลการดำเนินงาน ปัญหา และข้อจำกัดที่พบ

4. การสะท้อนผลและปรับปรุง (Reflect) ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันวิเคราะห์ผลจากทุกแหล่งข้อมูล เพื่อสังเคราะห์บทเรียน ปรับปรุงแนวทาง และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและข้อเสนอเชิงปฏิบัติสำหรับการพัฒนาระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติดในระดับประเทศ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการทบทวนเอกสาร (Documentary Review) และการประชุมสนทนากลุ่มเฉพาะกิจ (Expert Focus Group) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ตามประเด็นสำคัญ เพื่อสังเคราะห์เป็นสาระสำคัญสำหรับการพัฒนาแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติด

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น โดยได้รับอนุมัติเลขที่ NTC888 – 00111 ณ วันที่ 24 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ รูปแบบบริการ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานบำบัด ฟื้นฟู และลดอันตรายจากยาเสพติดในสถานพยาบาลของประเทศไทย ทั้งภาครัฐและเอกชน

การวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทในการดำเนินงานครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดเชิงระบบสุขภาพ โดยพิจารณาผ่าน 3 มิติ ได้แก่ 1. โครงสร้างระบบ (Structure) 2. กระบวนการดำเนินงาน (Process) และ 3. ผลลัพธ์ของระบบบริการ (Outcome) ดังนี้

1.1 มิติด้านโครงสร้างระบบ (Structure)

ผลการทบทวนเอกสารเชิงนโยบายและข้อมูลระดับประเทศสะท้อนว่า โครงสร้างการกำกับดูแลด้านยาเสพติดของประเทศไทยก่อนการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 อยู่ภายใต้กฎหมายหลายฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ พ.ศ. 2559 พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 และพระราชบัญญัติควบคุมโภคภัณฑ์ พ.ศ. 2495

ซึ่งมีลักษณะการกำกับแยกส่วนตามประเภทสาร ส่งผลให้การบริหารจัดการเชิงระบบขาดเอกภาพ โดยไม่รวมสารถูกกฎหมาย เช่น แอลกอฮอล์ บุหรี่ และคาเฟอีน ทั้งนี้ ภายหลังปี พ.ศ. 2564 – 2565 กระท่อมและกัญชาไม่จัดเป็นยาเสพติดตามกฎหมายไทย สะท้อนการเปลี่ยนผ่านเชิงโครงสร้างทางกฎหมายที่สำคัญ

ในเชิงบริบทสถานการณ์ ประเทศไทยเผชิญความซับซ้อนของปัญหายาเสพติดที่เชื่อมโยงกับการผลิตนอกประเทศ การลักลอบนำเข้า และการกระจายผ่านช่องทางออนไลน์ ส่งผลให้ราคายาเสพติดลดลงและการเข้าถึงเพิ่มขึ้น สารที่พบการใช้สูง ได้แก่ เมทแอมเฟตามีนและเฮโรอีน ขณะเดียวกันพบสารเสพติดรูปแบบใหม่และสารผสมหลายชนิดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและนักเที่ยวกลางคืน สถานการณ์ดังกล่าวสร้างภาระต่อระบบบริการสุขภาพทั้งด้านการบำบัดรักษา โรคร่วม และผลกระทบทางสังคม

ก่อนปี พ.ศ. 2565 การให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดยังไม่ถูกบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการ แม้จะมีการจัดทำแนวทางลดอันตรายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 แต่เนื้อหายังคงเน้นเชิงหลักการมากกว่าการกำหนดรูปแบบบริการเชิงระบบ การขับเคลื่อนนโยบายอยู่ภายใต้บทบาทหลักของสำนักงาน ป.ป.ส. ในระดับส่วนกลาง ขณะที่บทบาทของหน่วยบริการสุขภาพยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้การถ่ายทอดนโยบายสู่ระดับสถานพยาบาลขาดความเป็นเอกภาพ

ในด้านโครงสร้างทรัพยากร พบความแตกต่างของศักยภาพระหว่างระดับสถานพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีบุคลากรจำนวนมากกว่า แต่ยังขาดกรอบการดำเนินงานด้านลดอันตรายที่ชัดเจน ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดด้านกำลังคน งบประมาณ และทรัพยากรสนับสนุนอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังไม่ปรากฏระบบข้อมูลหรือทะเบียนกลางด้านการลดอันตรายอย่างเป็นทางการ ทำให้การติดตามประเมินผลเชิงระบบทำได้จำกัด

1.2 มิติด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process)

ผลการเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลในพื้นที่ต้นแบบ 5 จังหวัด พบว่า ก่อนการบังคับใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 การดำเนินงานยังเน้นการบำบัดรูปแบบเดิม เส้นทางบริการไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และการบูรณาการมาตรการลดอันตรายยังมีขอบเขตจำกัด อย่างไรก็ตาม ภายหลังการปรับระบบภายใต้กฎหมายใหม่ สถานพยาบาลเริ่มจัดตั้งศูนย์คัดกรองในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลและโรงพยาบาลชุมชน เพิ่มความชัดเจนของกระบวนการคัดกรอง บำบัด และติดตามผล รวมถึงการทำงานร่วมกับฝ่ายปกครอง ตำรวจ และชุมชนมากขึ้น แม้บุคลากรบางส่วนยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดลดอันตรายในระดับจำกัด และยังพบข้อจำกัดด้านการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ แต่แนวโน้มการบูรณาการกับการบำบัดฟื้นฟูแบบใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) เริ่มปรากฏชัดขึ้น

1.3 มิติด้านผลลัพธ์ของระบบบริการ (Outcome)

ข้อมูลจากระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ในช่วงก่อนการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 สะท้อนข้อจำกัดเชิงผลลัพธ์ของระบบบริการ โดยอัตราคงอยู่ในการบำบัดรักษา (Retention Rate) อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำและทรงตัว (ร้อยละ 58.42 ในปี 2563 และร้อยละ 59.41 ในปี 2564) ขณะที่อัตราการหยุดเสพ (Remission Rate) มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 29.99 เหลือร้อยละ 25.16 แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนข้อจำกัดของระบบบริการทั้งในด้านการเข้าถึง การดูแล

ต่อเนื่อง และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในกระบวนการบำบัดรักษาได้อย่างยั่งยืน ภายใต้บริบทที่มาตรการลดอันตรายยังไม่ถูกบูรณาการเป็นกลไกหลักของระบบสุขภาพ

แนวโน้มภายหลังการเปลี่ยนผ่านเชิงกฎหมายและการปรับกรอบแนวคิดสู่มิติสุขภาพ พบว่า จำนวนผู้เข้าสู่ระบบบำบัดรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 109,204 รายในปี พ.ศ. 2564 เป็น 239,067 รายในปี พ.ศ. 2568 ขณะเดียวกัน จำนวนผู้ที่ได้รับบริการในลักษณะลดอันตรายเพิ่มขึ้นจาก 26,543 รายเป็น 48,395 ราย ในช่วงเวลาเดียวกัน แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนบทบาทที่เพิ่มขึ้นของแนวคิดลดอันตรายในฐานะองค์ประกอบหนึ่งของระบบบริการบำบัดรักษา ภายใต้หลักการผู้เสพคือผู้ป่วย

2. รูปแบบการดำเนินงาน แนวทาง หรือมาตรการที่เหมาะสมสำหรับเพิ่มประสิทธิภาพของบริการบำบัด ฟื้นฟู และลดอันตราย ให้สอดคล้องกับประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างเชิงระบบในข้อที่ 1 การวิจัยได้พัฒนาแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดแบบบูรณาการในสถานพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการของประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 และบริบทของระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วมตามวงจรการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต สะท้อนผล

2.1 องค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนา 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. การบูรณาการการลดอันตรายเป็นส่วนหนึ่งของเส้นทางการบำบัดรักษา โดยผนวกการลดอันตรายในทุกขั้นตอน ได้แก่ คัดกรองความเสี่ยงให้คำปรึกษาเชิงลดอันตราย บำบัดแบบสมัครใจ และติดตามผล เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงและเพิ่มการคงอยู่ในระบบบริการ 2. การกำหนดบทบาทของสถานพยาบาลทุกระดับในการให้บริการลดอันตรายตามศักยภาพ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิคัดกรองและให้คำปรึกษา ระดับทุติยภูมิให้การบำบัดและส่งต่อ และระดับตติยภูมิให้การรักษาเฉพาะทางและฟื้นฟู 3. การเชื่อมโยงกับแนวทางการบำบัดฟื้นฟูตามคู่มือปี พ.ศ. 2565 ที่เน้นการบำบัดแบบสมัครใจ การดูแลต่อเนื่อง และการใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยจัดให้มีระบบส่งต่อและติดตามต่อเนื่องจากสถานพยาบาลสู่ชุมชน เน้นการบำบัดแบบสมัครใจ การฟื้นฟูในบริบทชีวิตจริง (ครอบครัว/ชุมชน) และการสนับสนุนหลังการบำบัด เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามพฤติกรรม และการใช้กลไกชุมชนช่วยดูแล 4. การส่งเสริมการทำงานแบบสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดอย่างครอบคลุม บูรณาการทีมแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และภาคีเครือข่าย เพื่อดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างครบถ้วน 5. การเตรียมระบบข้อมูลและการติดตามผลเพื่อสนับสนุนการประเมินผลและการพัฒนานโยบายในระยะต่อไป จัดให้มีระบบบันทึกและเชื่อมโยงข้อมูลผู้รับบริการ ครอบคลุมการคัดกรอง การให้บริการ และผลลัพธ์ ใช้ตัวชี้วัดในการติดตามผลรายบุคคลและภาพรวม พร้อมทั้งนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงบริการและสนับสนุนนโยบาย ดังภาพที่ 2 รูปแบบที่พัฒนาดังกล่าวได้นำไปทดลองใช้ในสถานพยาบาลที่ศึกษา เพื่อประเมินผลลัพธ์ทั้งในเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ โดยผลการดำเนินงานนำเสนอในหัวข้อที่ 3



ภาพที่ 2 รูปแบบการบูรณาการมาตรการลดอันตรายเข้าสู่ระบบบริการบำบัดรักษายาเสพติด

2.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบแบบมีส่วนร่วม

สังเคราะห์ข้อมูลจาก 1. ผลการประเมินสถานการณ์และการวิเคราะห์ช่องว่างจากการทบทวนสถานการณ์ รูปแบบบริการ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานบำบัด ฟื้นฟู และลดอันตรายจากยาเสพติดในสถานพยาบาลของประเทศไทย ทั้งภาครัฐและเอกชน 2. การทบทวนโครงสร้างและสาระสำคัญของแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดปี พ.ศ. 2565 และ 3. ความเห็นและข้อเสนอจากการประชุมเชิงเทคนิคและการสนทนากลุ่มภายใต้คณะทำงานจัดทำแนวทางฯ ซึ่งมีผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและระดับพื้นที่ โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องของการบูรณาการแนวคิดลดอันตรายกับบริบทของระบบบริการสุขภาพของประเทศ

ผลการพัฒนาแนวทางดังกล่าวได้รับการนำเสนอและแลกเปลี่ยนความเห็นในที่ประชุมคณะทำงานจัดทำแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด และเสนอพิจารณาในที่ประชุมคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ซึ่งได้ให้ความเห็นชอบในหลักการของแนวทางดังกล่าวในฐานะกรอบแนวคิดเชิงวิชาการสำหรับการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและการลดอันตรายจากยาเสพติดในระบบบริการสุขภาพ

2.3 ลักษณะเชิงระบบและความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนา

รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นกรอบการดำเนินงานเชิงระบบที่บูรณาการการบำบัดฟื้นฟู และมาตรการลดอันตรายไว้ในเส้นทางบริการเดียวกัน ลดความแยกส่วนของบริการที่ปรากฏในระยะก่อนการปฏิรูปกฎหมาย โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของสถานพยาบาลตามระดับศักยภาพอย่างชัดเจน และเชื่อมโยงกลไกการดูแลต่อเนื่องกับชุมชน รูปแบบดังกล่าวช่วยเพิ่มความชัดเจนของโครงสร้างการบริหารจัดการ ลดความคลุมเครือของแนวทางปฏิบัติ และวางระบบข้อมูลเพื่อการติดตามประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับ

หลักการของประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่มุ่งให้การจัดการปัญหายาเสพติดอยู่ภายใต้กรอบสาธารณสุข และเน้นการบำบัดแบบสมัครใจเป็นหลัก

3. ผลการดำเนินงานของรูปแบบที่พัฒนา ทั้งในเชิงกระบวนการ และผลลัพธ์ในระดับการบริหาร การให้บริการ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ และข้อเสนอเชิงนโยบายผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

3.1 ผลเชิงกระบวนการ (Process Outcomes)

1. ผลการสำรวจจากแบบสอบถาม กลุ่มผู้บริหาร (n = 59) พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 62.70) โดยเกือบครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์ทำงานในสถานพยาบาลมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 49.20) และมีประสบการณ์ด้านงานยาเสพติดตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 69.50) ด้านทัศนคติต่อผู้ใช้ยาเสพติด ผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่าเป็น “ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป แม้ยังไม่สามารถเลิกเสพได้” (ร้อยละ 64.40) และมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางหรือมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดในระดับเข้าใจรายละเอียดค่อนข้างชัดเจน (ร้อยละ 55.90) ในเชิงการบริหารจัดการ พบว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่มีการขับเคลื่อนงานลดอันตรายอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การกำหนดแผนงานหรือรูปแบบบริการ (ร้อยละ 88.10) การสื่อสารสร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 93.20) การจัดเก็บข้อมูล (ร้อยละ 91.50) และการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น (ร้อยละ 94.90) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การขับเคลื่อนการดำเนินงานลดอันตรายในสถานพยาบาลด้านการบริหารจัดการ ข้อมูลจากกลุ่มผู้บริหาร

การขับเคลื่อนการดำเนินงานลดอันตรายในสถานพยาบาล	จำนวน (ร้อยละ)	
	มี	ไม่มี
1. การกำหนดแผนงาน/ รูปแบบการให้บริการลดอันตรายในสถานพยาบาลที่ชัดเจน	52 (88.10)	7 (11.90)
2. การสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในการให้บริการลดอันตรายในสถานพยาบาลที่ชัดเจน	55 (93.20)	4 (6.80)
3. การจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานลดอันตรายในสถานพยาบาล	54 (91.50)	5 (8.50)
4. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานลดอันตรายในสถานพยาบาล	52 (88.10)	7 (11.90)
5. การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการให้บริการลดอันตราย	56 (94.90)	3 (5.10)

ขณะที่ด้านทรัพยากร มีการกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจนสูงถึงร้อยละ 96.60 แต่การจัดสรรงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ยังมีข้อจำกัด (ร้อยละ 76.30 และ 79.70 ตามลำดับ) ด้านการให้บริการ พบว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่น โดยเฉพาะการให้คำปรึกษา การป้องกันและดูแลภาวะใช้ยาเกินขนาด การบำบัดด้วยยา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ร้อยละ 42.10 – 62.50) รวมถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น การป้องกันโรคติดเชื้อ การคัดกรองโรคร่วม และการรักษาด้านจิตเวช (ร้อยละ 38.50 – 55.60) ขณะที่บริการด้านสังคม เช่น การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน และการให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย

ดำเนินการในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.10 – 64.80) ทั้งนี้ ผู้บริหารส่วนใหญ่มีความกังวลต่อการดำเนินงานลดอันตรายในระดับน้อย โดยเฉพาะประเด็นความไม่แน่ใจเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในระดับพื้นที่ (ร้อยละ 75.00 มีความกังวลระดับไม่มีเลยหรือน้อย) และประเด็นความสอดคล้องกับทัศนคติส่วนบุคคล (ร้อยละ 79.30 ไม่มีหรือกังวลน้อย) ขณะเดียวกัน ความกังวลต่อความขัดแย้งกับภารกิจหรือนโยบายของหน่วยงานอยู่ในระดับไม่มีหรือน้อยร้อยละ 77.60 และความขัดแย้งกับกฎหมายหรือคำสั่งอื่นร้อยละ 72.40 สะท้อนว่าผู้บริหารส่วนใหญ่มีการยอมรับแนวคิดการลดอันตรายในระดับบุคคลและเชิงนโยบายค่อนข้างสูง แม้ยังมีความไม่ชัดเจนเชิงแนวปฏิบัติในระดับพื้นที่บางส่วน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความกังวลต่อการดำเนินงานลดอันตรายในสถานพยาบาล ข้อมูลจากกลุ่มผู้บริหาร

ความกังวลต่อการดำเนินงานลดอันตรายในสถานพยาบาล	จำนวน (ร้อยละ)					
	ไม่เลย (0)	น้อย (1)	ค่อนข้างน้อย (2)	ค่อนข้างมาก (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1. ไม่แน่ใจว่าต้องมีแนวทางปฏิบัติอย่างไรในระดับพื้นที่	14 (25.0)	28 (50.0)	8 (14.3)	5 (8.9)	1 (1.8)	0 (0)
2. เป็นแนวทางที่ขัดแย้งกับกฎหมาย/ คำสั่งอื่น	13 (22.4)	29 (50.0)	9 (15.5)	7 (12.1)	0 (0)	0 (0)
3. เป็นแนวทางที่ขัดแย้งกับภารกิจ/นโยบาย/ แนวทางการปฏิบัติงานของหน่วยงาน	23 (39.7)	22 (37.9)	8 (13.8)	5 (8.6)	0 (0)	0 (0)
4. เป็นแนวทางที่ขัดแย้งกับความคิดเห็นของคนทั่วไปในสังคม	10 (17.2)	29 (50.0)	7 (12.1)	8 (13.8)	2 (3.4)	2 (3.4)
5. เป็นแนวทางที่ขัดแย้งกับทัศนคติส่วนตัวของตนเอง	32 (55.2)	14 (24.1)	10 (17.2)	2 (3.4)	0 (0)	0 (0)

2. ผลการสำรวจจากกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (n = 180) พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 63.90) โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 54.50 และมีประสบการณ์ทำงานในสถานพยาบาล ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 55.30) ขณะที่กว่าครึ่งมีประสบการณ์ด้านการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดไม่เกิน 3 ปี (ร้อยละ 45.80) ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ใช้ยาเสพติด โดยเห็นว่าเป็นผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลด้านสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป (ร้อยละ 67.60) และมีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดหรือมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดในระดับเข้าใจบางส่วนถึงชัดเจน (ร้อยละ 94.90) ในด้านระบบสนับสนุน พบว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่มีการกำหนดแผนงานและรูปแบบบริการลดอันตรายที่ชัดเจน (ร้อยละ 85.90) การสื่อสารสร้างความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 89.90) และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (ร้อยละ 88.30) อย่างไรก็ตาม การจัดสรรงบประมาณและพื้นที่ยังเป็นข้อจำกัดในบางแห่ง (มีความพร้อมร้อยละ 65.90 และ 74.90 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การขับเคลื่อนการดำเนินงานลดอันตรายในสถานพยาบาลด้านการบริหารจัดการ ข้อมูลจากกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน

การขับเคลื่อนการดำเนินงานลดอันตรายในสถานพยาบาล	จำนวน (ร้อยละ)	
	มี	ไม่มี
1. การกำหนดแผนงาน/ รูปแบบการให้บริการลดอันตรายในสถานพยาบาลที่ชัดเจน	152 (85.90)	25 (14.10)
2. การสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในการให้บริการลดอันตรายในสถานพยาบาลที่ชัดเจน	160 (89.90)	18 (10.10)
3. การจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานลดอันตรายในสถานพยาบาล	143 (81.30)	33 (18.80)
4. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานลดอันตรายในสถานพยาบาล	136 (76.00)	43 (24.00)
5. การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการให้บริการลดอันตราย	151 (84.40)	28 (15.60)

ด้านการให้บริการ พบว่ากิจกรรมสำคัญด้าน Harm Reduction เช่น การให้คำปรึกษา การป้องกันและดูแลภาวะใช้ยาเกินขนาด การคัดกรองโรคร่วม และการสนับสนุนเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟู มักดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่น (ร้อยละ 42.50 – 53.80) ขณะที่การบำบัดทดแทนระยะยาวและการสนับสนุนอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาดยังมีข้อจำกัด โดยไม่มีบริการในบางพื้นที่ถึงร้อยละ 48.00 และ 31.40 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความกังวลต่อการดำเนินงานลดอันตรายในสถานพยาบาล พบว่าผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความกังวลในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยเฉพาะประเด็นความไม่ชัดเจนของแนวทางปฏิบัติในระดับพื้นที่ (ร้อยละ 77.50) ความสอดคล้องกับกฎหมายหรือคำสั่ง (ร้อยละ 83.10) และความสอดคล้องกับนโยบายหรือแนวทางของหน่วยงาน (ร้อยละ 85.40) ขณะที่ความกังวลว่าขัดแย้งกับทัศนคติส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 72.50 ไม่มีหรือกังวลน้อย) สะท้อนว่าผู้ปฏิบัติงานมีการยอมรับแนวคิด Harm Reduction ในระดับบุคคลค่อนข้างสูง แต่ยังต้องการความชัดเจนเชิงนโยบายและแนวปฏิบัติในการดำเนินงาน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การดำเนินงานลดอันตรายในสถานพยาบาลเรื่องการให้บริการด้านยาเสพติด ข้อมูลจากกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน

การดำเนินงานลดอันตรายในสถานพยาบาล	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่มีการดำเนินการ	ดำเนินการเอง	ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่น	หน่วยงานอื่นดำเนินการ
1. การให้ความรู้และให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด	2 (1.20)	81 (49.70)	73 (44.80)	7 (4.30)
2. การจัดให้มีบริการป้องกันและดูแลรักษาอาการจากยาเสพติดเกินขนาดในพื้นที่ดำเนินการ	15 (8.90)	62 (36.70)	85 (50.30)	7 (4.10)
3. การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ยาและสารทดแทนระยะยาว	84 (48.00)	36 (20.60)	44 (25.10)	11 (6.30)

การดำเนินงานลดอันตรายในสถานพยาบาล	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่มีการดำเนินการ	ดำเนินการเอง	ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่น	หน่วยงานอื่นดำเนินการ
4. การสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายสมัครใจเข้ารับบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด	5 (3.10)	59 (36.90)	85 (53.10)	11 (6.90)

3.2 ผลเชิงผลลัพธ์ (Outcome Outcomes)

ผลการสำรวจจากกลุ่มผู้รับบริการ (n = 52) ผลการสำรวจผู้รับบริการจำนวน 52 คน พบว่าส่วนใหญ่รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 62.70) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 96.20) และมีอายุต่ำกว่า 30 ปี (ร้อยละ 46.20) โดยกว่าครึ่งมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย (ร้อยละ 73.10) และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปหรือแรงงานอิสระ (ร้อยละ 73.10) ผู้รับบริการเกือบครึ่งหนึ่งเพิ่งเข้ารับบริการในสถานพยาบาลไม่เกิน 1 ปี (ร้อยละ 48.00) และส่วนใหญ่รายงานว่ามีการรับบริการอย่างต่อเนื่องในระดับปานกลางถึงมาก (ร้อยละ 80.80) ด้านความรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากยาเสพติด พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่เคยได้ยินและเข้าใจแนวคิดการลดอันตรายในระดับหนึ่งถึงชัดเจน (ร้อยละ 80.80) ในเชิงการเข้าถึงบริการ พบว่าการให้คำปรึกษาและข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นบริการที่ได้รับเป็นประจำมากที่สุด (ร้อยละ 84.60) รองลงมาคือการป้องกันและดูแลภาวะใช้ยาเกินขนาด (ร้อยละ 53.80) และการสนับสนุนให้เข้าสู่การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ (ร้อยละ 57.70) ขณะที่การบำบัดทดแทนระยะยาวยังมีการเข้าถึงจำกัด โดยผู้รับบริการกว่าครึ่งไม่เคยได้รับบริการดังกล่าว (ร้อยละ 57.70) ในมิติสุขภาพ พบว่าการให้บริการด้านสุขภาพจิตเป็นบริการที่ได้รับเป็นประจำในสัดส่วนสูง (ร้อยละ 46.20) และการให้ความรู้เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและการตรวจรักษาโรคร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 26.90–34.60) อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาดยังคงเป็นช่องว่างสำคัญ โดยร้อยละ 53.80 ไม่เคยได้รับบริการดังกล่าว ด้านการบริการทางสังคม พบว่าการเยี่ยมบ้านและกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนมีการดำเนินการในระดับจำกัด (ไม่เคยได้รับบริการร้อยละ 34.60 – 38.50) และการเข้าถึงพื้นที่ปลอดภัย (Drop - in Center) ยังต่ำ (ไม่เคยได้รับบริการร้อยละ 46.20) สำหรับอุปสรรคในการรับบริการ ผู้รับบริการส่วนใหญ่รายงานว่าไม่มีหรือมีอุปสรรคในระดับน้อย โดยเฉพาะประเด็นการขาดข้อมูลบริการที่ชัดเจนและข้อจำกัดส่วนบุคคล (ไม่มีหรืออุปสรรคน้อยร้อยละ 76.90 – 88.50) ในด้านผลลัพธ์ที่รับรู้ ผู้รับบริการรายงานการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกทั้งด้านพฤติกรรมการใช้ยา สุขภาพ และสังคม โดยร้อยละ 73.10 – 80.80 ระบุว่าลดหรือเปลี่ยนรูปแบบการใช้ยาในทางที่ปลอดภัยมากขึ้น ร้อยละ 69.20 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น และมากกว่าครึ่งมีการปรับตัวทางสังคมในเชิงบวก เช่น การทำงาน การใช้เวลากับครอบครัว และการปฏิบัติตามกติกาชุมชน สะท้อนว่าการให้บริการลดอันตรายในสถานพยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการในระยะสั้นถึงปานกลาง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้รับบริการ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เลย (0)	บางครั้ง (1)	บ่อยครั้ง (2)	เป็นประจำ (3)	ทำก่อนมารับบริการ (4)
1. เปลี่ยนประเภทของยาที่ใช้เป็นยาที่มีอัตรายน้อยลง	26 (50.00)	12 (23.10)	4 (7.70)	6 (11.50)	4 (7.70)
2. เปลี่ยนวิธีการใช้เป็นวิธีที่อันตรายน้อยลง เช่น จากวิธีการฉีดเป็นวิธีอื่น	36 (69.20)	4 (7.70)	4 (7.70)	2 (3.80)	6 (11.50)
3. ลดระยะเวลา/ จำนวนครั้งในการใช้ยาเสพติด	22 (42.30)	10 (19.20)	6 (11.50)	10 (19.20)	4 (7.70)
4. ลดปริมาณยาเสพติดที่ใช้	22 (42.30)	12 (23.10)	2 (3.80)	10 (19.2)	6 (11.50)
5. เลิก/หยุดการใช้ยาเสพติด	14 (26.90)	8 (15.40)	2 (3.80)	16 (30.80)	12 (23.10)

3.3 การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม

จากการสะท้อนผลร่วมกันระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ สามารถสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายได้ดังนี้

1. จัดทำแนวปฏิบัติการลดอันตรายในระดับหน่วยบริการให้มีความชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

2. สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นต่อบริการหลัก โดยเฉพาะงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และกำลังคน

3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

4. พัฒนาระบบข้อมูลและกลไกติดตามประเมินผลเพื่อกำกับคุณภาพบริการ

5. เสริมสร้างความร่วมมือกับภาคีในพื้นที่เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ รูปแบบบริการ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานบำบัด ฟื้นฟู และลดอันตรายจากยาเสพติดในสถานพยาบาลของประเทศไทย ทั้งภาครัฐและเอกชน

ผลการศึกษาพบว่า แม้ประเทศไทยจะมีแนวทางการลดอันตรายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 แต่ก่อนการบังคับใช้กฎหมายใหม่ การดำเนินงานในสถานพยาบาลยังขาดความชัดเจนเชิงระบบ ทั้งในด้านเส้นทางบริการ การกำหนดบทบาท และกลไกสนับสนุนทรัพยากร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภายในประเทศที่ระบุถึงข้อจำกัดด้านการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ (วรัญญู จันทร์เรือง และคณะ, 2562; สมชาย ศรีสุข, 2563)

ประเด็นดังกล่าวสะท้อนปรากฏการณ์ “ช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ” ที่พบในหลายประเทศรายได้ปานกลาง ซึ่งการกำหนดนโยบายระดับชาติไม่เพียงพอหากไม่มีระบบสนับสนุนในระดับบริการ (Rhodes & Hedrich, 2010; Degenhardt et al., 2019) โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ ซึ่งเป็นปัจจัยโครงสร้างสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน

ในมิติผลลัพธ์เชิงระบบ ก่อนการบูรณาการแนวคิดลดอันตรายอย่างเป็นรูปธรรม อัตราการคงอยู่ในการบำบัดและอัตราการหยุดเสพยังอยู่ในระดับจำกัด สะท้อนข้อจำกัดด้านการดูแลต่อเนื่องและการสนับสนุนผู้ป่วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) อย่างไรก็ตาม หลังการปรับกรอบกฎหมาย พบแนวโน้มจำนวนผู้เข้าสู่ระบบและผู้ได้รับบริการลดอันตรายเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานสากลที่ชี้ว่าการบูรณาการบริการลดอันตรายในระบบสุขภาพหลักช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดภาระโรค (World Health Organization, 2016; United Nations Office on Drugs and Crime, 2020)

2. รูปแบบการดำเนินงาน แนวทาง หรือมาตรการที่เหมาะสมสำหรับเพิ่มประสิทธิภาพของบริการบำบัด ฟื้นฟู และลดอันตราย ที่สอดคล้องกับประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

การพัฒนารูปแบบผ่านกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล แสดงให้เห็นว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีความเหมาะสมต่อการจัดการปัญหาเชิงระบบที่มีความซับซ้อนสูง เนื่องจากเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกำหนดแนวทางและปรับปรุงการดำเนินงานตามบริบทจริง (Kemmis & McTaggart, 2005) ทั้งนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งบูรณาการการลดอันตรายเข้าสู่เส้นทางการบำบัดอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับหลักการดูแลต่อเนื่องและการจัดบริการแบบองค์รวมที่องค์การอนามัยโลกเสนอให้เป็นมาตรฐาน (World Health Organization, 2014) และสอดคล้องกับมาตรฐานสากลว่าด้วยการบำบัดรักษาความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (United Nations Office on Drugs and Crime, 2016) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศชี้ว่าความยั่งยืนของรูปแบบขึ้นอยู่กับการสนับสนุนเชิงโครงสร้าง เช่น งบประมาณ ตัวชี้วัด และระบบข้อมูล (Hawk et al., 2017; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566) ซึ่งเป็นประเด็นที่ยังต้องพัฒนาในบริบทไทย

3. การดำเนินงานของรูปแบบที่พัฒนา ทั้งในเชิงกระบวนการ และผลลัพธ์ในระดับการบริหารการให้บริการ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ และข้อเสนอเชิงนโยบายผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ในระดับการบริหาร ผู้บริหารส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อแนวคิดการลดอันตราย สอดคล้องกับหลักฐานที่ระบุว่าทัศนคติของผู้นำองค์กรมีผลต่อการยอมรับนโยบายและการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ (Hawk et al., 2017) อย่างไรก็ตาม ความกังวลเกี่ยวกับความชัดเจนของแนวปฏิบัติและบทบาทหน้าที่ยังคงปรากฏ ซึ่งสะท้อนความจำเป็นในการเสริมความชัดเจนเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติระดับพื้นที่ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564)

ในระดับการให้บริการ พบว่าบริการพื้นฐาน เช่น การให้คำปรึกษา การคัดกรองโรคร่วม และการดูแลภาวะใช้ยาเกินขนาด มีการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่ระบุว่าการให้บริการเชิงรุกในระดับปฐมภูมิช่วยเพิ่มการเข้าถึงและลดการตีตรา (World Health Organization, 2017) อย่างไรก็ตาม

บริการเฉพาะทางบางประเภท เช่น การบำบัดด้วยยาทดแทนระยะยาว ยังมีข้อจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ว่าการขยายบริการประเภทนี้ต้องอาศัยกรอบกฎหมาย งบประมาณ และระบบกำกับดูแลที่ชัดเจน (Degenhardt et al., 2019)

ในระดับผู้รับบริการ ผลการวิจัยพบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทิศทางบวก ทั้งการลดปริมาณและความถี่ในการใช้ยา และการปรับวิธีใช้ให้ปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการลดอันตรายสามารถลดการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบซี และการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด แม้ไม่ได้ตั้งเป้าการเลิกใช้ยาเป็นเงื่อนไขหลัก (Aspinall et al., 2014; World Health Organization, 2016) นอกจากนี้ การปรับตัวทางสังคมของผู้รับบริการยังสะท้อนผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของบริการด้านสาธารณสุข (United Nations Office on Drugs and Crime, 2016)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รัฐควรกำหนดให้การลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นนโยบายหลักของระบบสาธารณสุข และบูรณาการไว้ในแผนยุทธศาสตร์ด้านยาเสพติดและสาธารณสุขของประเทศอย่างชัดเจน และเปิดโอกาสให้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย รวมถึงส่งเสริมความร่วมมือภาครัฐและเอกชนอย่างเป็นระบบ พร้อมพัฒนาระบบส่งต่อและกำกับคุณภาพที่ชัดเจน เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลของรัฐและเพิ่มทางเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

2. ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ เช่น ความกังวลด้านกฎหมายในการให้บริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่ปลอดภัยหรือการบำบัดแบบสมัครใจ

3. กำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากรด้านยาเสพติดและจิตเวชที่เหมาะสมกับสถานพยาบาลแต่ละระดับ และจัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการลดอันตรายอย่างเพียงพอ รวมถึงกลไกสร้างแรงจูงใจและความก้าวหน้าในสายงาน

4. พัฒนาระบบข้อมูลและตัวชี้วัดที่สะท้อนแนวคิดการลดอันตราย เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานเพื่อลดภาระการรายงานซ้ำซ้อน พร้อมปรับปรุงตัวชี้วัดให้เน้นผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงคุณภาพชีวิต และความต่อเนื่องในการเข้ารับบริการ

5. ขับเคลื่อนการสื่อสารสาธารณะเพื่อลดการตีตรา สร้างความเข้าใจว่าการใช้ยาเสพติดเป็นปัญหาสุขภาพและเป็นโรคสมองติดยา เพื่อลดการตีตราในสังคม ครอบครัว และสถานที่ทำงาน

6. บูรณาการการลดอันตรายจากยาเสพติดเข้ากับการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ และการฟื้นฟูด้านสุขภาพและสังคม ผ่านความร่วมมือระหว่างสถานพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และภาคชุมชน เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น ลดการตีตรา และเสริมความยั่งยืนของผลลัพธ์การบำบัดรักษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของรูปแบบการดำเนินงาน เช่น อัตราการคงอยู่ในการบำบัด การกลับไปใช้ซ้ำ และคุณภาพชีวิต เพื่อประเมินความยั่งยืนของการบูรณาการมาตรการลดอันตรายในระบบบริการ

2. ศึกษาประสิทธิผลและความคุ้มค่าของรูปแบบในบริบทที่หลากหลาย โดยเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่หรือระดับสถานพยาบาล รวมทั้งการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการขยายผล

3. ศึกษาการพัฒนาระบบสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ ระบบข้อมูลและตัวชี้วัดด้านการลดอันตราย การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการเข้าถึงบริการเฉพาะทางที่ยังมีข้อจำกัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการในภาพรวม

รายการอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2565*.

คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. (2565). *แนวทางการดำเนินงานตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564*. กระทรวงสาธารณสุข.

พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. (2564). *ราชกิจจานุเบกษา*, *138*(83), 1–60.

วรัญญู จันทร์เรือง, และคณะ. (2562). การขับเคลื่อนแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขและระบบสุขภาพ*, *12*(3), 45–60.

สมชาย ศรีสุข. (2563). การพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในบริบทประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, *14*(2), 87–102.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2564). *เหตุผลในการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564*.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2564). *ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564*.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *รายงานประจำปีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*.

Aspinall, E. J., Nambiar, D., Goldberg, D. J., Hickman, M., Weir, A., Van Velzen, E., Palmateer, N., Doyle, J. S., & Hellard, M. E. (2014). Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, *43*(1), 235–248.

Atun, R., de Jongh, T., Secci, F., Ohiri, K., & Adeyi, O. (2010). Integration of targeted health interventions into health systems: A conceptual framework for analysis. *Health Policy and Planning, 25*(2), 104–111.

Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., Cepeda, J., Comfort, M., Goosby, E., Goulão, J., Hart, C., Kerr, T., Lajous, A. M., Lewis, S., Martin, N., Mejía, D., Camacho, A., Mathieson, D., Obot, I., … Beyrer, C. (2016). *Public health and international drug policy*. *The Lancet, 387*(10026), 1427–1480.

Degenhardt, L., et al. (2019). Global patterns of opioid use and dependence: Harms to

populations, interventions, and future action. *The Lancet*, 394(10208), 1560–1579.

Degenhardt, L., et al. (2019). Prevention of drug-related deaths by harm reduction interventions: A systematic review. *The Lancet*, *394*(10208), 1560–1571.

Harm Reduction International. (2024). *The Global State of Harm Reduction 2024*. Harm Reduction International.

Hawk, M., Coulter, R. W. S., Egan, J. E., Fisk, S., Reuel Friedman, M., Tula, M., & Kinsky, S. (2017). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduction Journal*, *14*(1), 70.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 559–603).

Rhodes, T., & Hedrich, D. (Eds.). (2010). *Harm reduction: Evidence, impacts and challenges*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Ritter, A., Lancaster, K., & Diprose, R. (2018). Improving drug policy: The potential of broader democratic participation. *International Journal of Drug Policy, 55*, 1–7.

UNAIDS. (2019). *Global AIDS update 2019: Communities at the centre*. Joint United Nations Program on HIV/AIDS.

United Nations. (2023). *United Nations system common position supporting the implementation of the international drug control policy through effective inter-agency collaboration*. United Nations.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). *International standards for the treatment of drug use disorders*. United Nations.

World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. World Health Organization.

World Health Organization. (2014). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. WHO Press.

World Health Organization. (2016). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations (Updated version)*. WHO Press.

World Health Organization. (2017). *Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy*. WHO Press.

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, & Joint United Nations Program on HIV/AIDS. (2012). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users: 2012 revision*. World Health Organizatio.