

ความท้าทาย การปรับตัว และการเตรียมความพร้อมรับมือความท้าทาย ในการให้บริการเมทาโดนระยะยาวของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2

กรรณา สุขทอง^{1,2}, ศิริตรี สุทธิจิตต์², พัทธวีภา สุวรรณพรหม²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

²หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเภสัชกรรม ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจความท้าทาย การปรับตัว และการเตรียมความพร้อมรับมือความท้าทายในอนาคตของโรงพยาบาลรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 ที่ให้บริการเมทาโดนระยะยาว (methadone maintenance therapy : MMT) วิธีการ: การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) ความท้าทายในการรับมือสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดของบริการ MMT; 2) การปรับตัวของบริการ MMT ให้เหมาะสมกับพื้นที่; 3) ปัจจัยที่สนับสนุนการยอมรับและขยายบริการ MMT; และ 4) การเตรียมพร้อมรับมือสถานการณ์ท้าทาย การศึกษาเก็บข้อมูลระหว่างกันยายน 2565 - กุมภาพันธ์ 2566 **ผลการวิจัย:** โรงพยาบาล 37 แห่ง ในเขต 1 และ 2 ที่เปิดบริการ MMT ตอบกลับแบบสอบถาม โรงพยาบาลได้เผชิญความท้าทายทั้งแบบที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วรุนแรง เช่น การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 และความท้าทายที่เป็นเรื้อรังอย่างต่อเนื่องจากลักษณะของโรคสมองติดยา บริบทผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ เช่น พฤติกรรมของผู้ป่วย บริบททางสังคม และข้อจำกัดด้านความพร้อมของระบบบริการ โรงพยาบาลผ่านการปรับตัวโดยเฉพาะด้านกำลังคน ด้านแนวทางปฏิบัติ ด้านสถานที่และอุปกรณ์ รวมถึงการเตรียมความพร้อมด้วยการจัดทำแผนอัตรากำลังและอุปกรณ์สำรองให้พร้อมใช้ การออกแบบแนวทางให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และความพร้อมของเจ้าหน้าที่เป็นปัจจัยหลักที่สนับสนุนให้เกิดการยอมรับและขยายการบริการ MMT อย่างยั่งยืนในชุมชน **สรุป:** บริการ MMT พบความท้าทายของการดำเนินงานโดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤต โรงพยาบาลได้ตอบสนองและปรับตัวในการพัฒนาบริการที่แตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยหลายกลไกทั้งในและนอกกระบวนการสุขภาพ เพื่อสนับสนุนให้ระบบบริการคงบริการในสถานการณ์วิกฤตและเติบโตยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว ความท้าทาย การปรับตัว การเตรียมความพร้อม ความสามารถในการรู้รับปรับตัว และพื้นที่กลับคืน

รับต้นฉบับ: 10 เม.ย. 2567, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 6 มิ.ย. 2567, รับลงตีพิมพ์: 12 มิ.ย. 2567

ผู้ประสานงานบทความ: ศิริตรี สุทธิจิตต์ ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

E-mail: siritree.s@cmu.ac.th

Challenges, Adaptations, and Preparedness for Challenges in Methadone Maintenance Therapy by Hospitals in Health Regions 1 and 2

Karuna Sooktong¹, Siritree Suttajit², Puckwipa Suwannaprom²

¹Pharmaceutical Division, Thanyarak Chiangmai Hospital

²Master of Pharmacy Program in Pharmacy Management, Department of Pharmaceutical Care,
Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

Abstract

Objective: To explore the challenges, adaptations, and preparedness for future challenges of public hospitals in Health Regions 1 and 2 that provide methadone maintenance therapy (MMT). **Methods:** This descriptive study was conducted using an online questionnaire with four sections: 1) challenges in coping with unexpected situations in MMT services; 2) adaptation to provide MMT services appropriate for the area; 3) factors supporting the acceptance and expansion of MMT services; and 4) preparedness for future challenges. The study collected the data between September 2022 and February 2023. **Results:** Thirty-seven hospitals in Health Regions 1 and 2 with MMT services completed the questionnaire. They faced both shock or acute and severe challenges, such as the COVID-19 pandemic, and stress or continuous pressing challenges due to the nature of addiction, the context of opioid patients (e.g., patient behavior), social context, and limitations in the readiness of the MMT service system. The hospitals adapted, especially in terms of manpower, guidelines or regulations, location, and equipment. They also prepared for future challenges by developing workforce plans, having backup equipment ready. Factors related to the design of services to fit the area's context and staff readiness were the main factors supporting the acceptance and sustainable expansion of MMT services in the community. **Conclusions:** MMT services face operational challenges, particularly during crises. Hospitals have responded to service challenges and have adapted differently to maintain their services. This implies the need for multiple internal and external support mechanisms for the health system to foster its resilience in crises and sustainable growth.

Keywords: methadone maintenance therapy, challenges, adaptation, preparedness, resilience

บทนำ

การบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว (methadone maintenance therapy, MMT) เป็นการบำบัดผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ภายใต้แนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติด (harm reduction) (1) เป็นการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดมากกว่าการเลือกที่จะหยุดใช้ยาหรือปลอดจากสารเสพติดโดยเด็ดขาด มีเป้าหมายเพื่อป้องกันหรือลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ที่มีต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากการใช้สารเสพติด (2, 3) กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย จึงได้ร่วมกับหน่วยงานภาคประชาสังคม กำหนดแนวทางการพัฒนา harm reduction unit (1) ซึ่งเป้าหมายของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด คือ ให้มี harm reduction unit จังหวัดละ 1 แห่ง ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 (4) เขตสุขภาพที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นพื้นที่ภาคเหนือมีสัดส่วนของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มากที่สุดของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 70 ของจำนวนผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทั้งประเทศ (5) สถานการณ์ในประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างมากแม้จะมีระบบควบคุม กำกับ และปราบปรามปัญหาด้านยาเสพติดได้สร้างความเดือดร้อนและส่งผลกระทบต่อชุมชน สังคม รวมถึงผลกระทบด้านสาธารณสุขอันเนื่องมาจากการใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกัน เกิดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และ การติดเชื้อเอชไอวี (6)

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยและต่างประเทศต่างพบปัญหาการขยายบริการ MMT และบริการยังไม่ถึงเป้าหมายผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยการดำเนินงานพบความท้าทายทั้งในระดับจุลภาค (micro-level) เช่น ทักษะการยอมรับในระดับบุคคล ระดับกลาง (meso-level) เช่น การบริหารจัดการภายในองค์กร และระดับมหภาค (macro-level) เช่น ระบบสุขภาพ (7) ทำให้บริการ MMT และการขยายบริการมีความซับซ้อน (8-14) ในช่วงการแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) เป็นตัวอย่างหนึ่งของเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดที่ส่งผลกระทบต่อบริการ MMT นอกจากนี้การดำเนินงาน MMT ยังพบสถานการณ์ท้าทายอื่นที่เพิ่มความตึงเครียดต่อเนื่อง เช่น การขาดอัตราค่าจ้าง ความท้าทายในระดับนโยบาย วัฒนธรรมองค์กร หรือ ความท้าทายของระบบบริการสุขภาพ (15) ส่งผลกระทบต่อระบบบริการและผู้ป่วย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ผู้ให้บริการ MMT ต้องตระหนักถึงความท้าทายว่าอาจเกิดขึ้นได้ มีข้อมูล

เพื่อติดตามและคาดการณ์สถานการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เตรียมตัวให้พร้อมรับมือและปรับตัวได้เมื่อเผชิญความท้าทายเพื่อให้บริการยังคงอยู่ ซึ่งความสามารถลักษณะเช่นนี้ เรียกว่า "ความสามารถในการรับรู้ปรับตัวและฟื้นกลับคืน" (resilience) (16)

ความสามารถในการรับรู้ปรับตัวและฟื้นกลับคืนของระบบสุขภาพ ได้รับความสนใจและศึกษามากขึ้นหลังการระบาดของเชื้ออีโบล่าเมื่อปี ค.ศ. 2014 แต่เป็นประเด็นใหม่ที่ยังมีความเข้าใจแตกต่างกันทั้งเชิงนิยาม วิธีการส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็ง รวมถึงวิธีการประเมิน (17, 18) สื่อการเรียนรู้และคู่มือแนวทางที่เกี่ยวข้องในประเด็นนี้ส่วนใหญ่มาจากองค์การอนามัยโลกและองค์กรระหว่างประเทศ (17, 19, 20) และส่วนใหญ่ของการศึกษาเป็นงานวิจัยจากต่างประเทศทั้งในภาพรวมของระบบสุขภาพ (20) และในประเด็นที่จำเพาะโดยเฉพาะจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 (21) โดยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับ MMT โดยตรง

สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีคำศัพท์เฉพาะที่ใช้ร่วมกันอย่างเป็นทางการในด้านสุขภาพสำหรับ "resilience" โดยพบทั้งการทับศัพท์ภาษาอังกฤษ (22) และการใช้ศัพท์ที่แตกต่างกันไป เช่น ความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพ (23) ระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว (15) ความทนทานต่อวิกฤตและสามารถปรับตัวหลังวิกฤตอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต (24, 25) ทั้งนี้ ตามพจนานุกรมการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2561 ได้บัญญัติใช้คำว่า "ความสามารถในการรับรู้ปรับตัวและฟื้นกลับคืน" โดยหมายถึง "ความสามารถของระบบชุมชนหรือสังคมในการเผชิญต่อเหตุการณ์ภัยอันตราย สามารถต้านทานหรือปรับตัวต่อสภาพเหล่านั้นได้ ตลอดจนความสามารถในการฟื้นฟูตัวเองจากผลกระทบของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในเวลาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ" (16) แม้คำศัพท์นี้จะยาวและอาจไม่เป็นที่คุ้นเคย แต่มีความหมายที่ครบถ้วนของความสามารถของระบบ ตั้งแต่ 1) ความสามารถในการเตรียมตัว (prepare) โดยการเรียนรู้เข้าใจความเสี่ยง คาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้น แล้วเตรียมความพร้อมของระบบเพื่อป้องกัน ลดความเสี่ยง จนถึงเตรียมรับมือกับวิกฤตโดยใช้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้อง 2) ความสามารถในการจัดการวิกฤต (manage) โดยอาจแบกรับหรือซึมซับ (absorb) แรงกระแทกจากวิกฤต ปรับตัว (adapt) เพื่อให้ระบบยังสามารถทำหน้าที่หลักได้อย่างต่อเนื่องในระหว่างที่

วิกฤตยังดำเนินอยู่ หรือพลิกโฉม (transformation) โครงสร้างและการดำเนินการในแบบที่แตกต่างจากเดิมและดีขึ้น และ 3) เรียนรู้ (learn) จากวิกฤต นำสู่การพัฒนากลไกของระบบและทำให้สามารถรับมือกับวิกฤตครั้งใหม่ในอนาคต หรือที่คล้ายคลึงกันได้ดียิ่งขึ้น (15, 23, 26)

ความสามารถของระบบนี้ ต้องการการเตรียมองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่การอภิบาลระบบที่มีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วม มีวิสัยทัศน์และการสื่อสารที่ดี การประสานงานภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งในและนอก ระบบสุขภาพ ระบบสารสนเทศและการเฝ้าระวังเพื่อตรวจจับการเปลี่ยนแปลงได้ทันทั่วทั้ง การเงินการคลังที่มั่นคงเพียงพอและยืดหยุ่น กำลังคนและทรัพยากรอื่น ที่พร้อมจะเพิ่มศักยภาพให้รับมือความต้องการบริการที่พุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว กำลังใจและการได้รับการสนับสนุนที่ดีของผู้ปฏิบัติงาน และการมีทางเลือกของรูปแบบบริการและความยืดหยุ่นในการส่งมอบบริการ (23, 26) ความสามารถของระบบเช่นนี้ จำเป็นในโลกที่เปลี่ยนแปลงพลิกผันรวดเร็ว (26) สอดคล้องกับคุณลักษณะของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทยตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (15) และเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความสำเร็จและความยั่งยืนของโครงการหรือนวัตกรรมทางสุขภาพ (27, 28)

การบำบัดผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์เป็นนวัตกรรมทางสุขภาพที่ซับซ้อน เพราะอาศัยหลายองค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสังคม บริบทของพื้นที่ และมีความเป็นพลวัตจากระบบที่ประกอบด้วยคน กลุ่มคน และองค์กร จึงมีการเรียนรู้และตอบสนองที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่สามารถคาดการณ์ได้ (29) ในขณะเดียวกันระบบสุขภาพมีความซับซ้อนจากนโยบายด้านสุขภาพที่เน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง บริการได้มาตรฐานและเกิดความปลอดภัย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การขยายผลของนวัตกรรมทางสุขภาพจึงมีจำเป็นต้องพิจารณาถึงความซับซ้อนขององค์ประกอบเหล่านี้เพื่อช่วยให้บริการประสบความสำเร็จ และเกิดความยั่งยืน (12)

การเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องของการรักษาด้วย MMT มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ช่วยให้บรรลุเป้าหมายในการรักษา คือ ผู้ป่วยคงอยู่ในการรักษา (3) การศึกษา MMT ที่ผ่านมา มุ่งเน้นการคงอยู่ในการรักษาของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (8, 30-32) ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในการรักษา เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง การอดทนต่อความยากลำบากในการเริ่มต้นบำบัดรักษา และการ

สนับสนุนจากครอบครัว (33) ส่วนงานที่ศึกษาเรื่องการดำเนินงานและขยายบริการ MMT พบการศึกษาของกนิษฐา นิ่มสกุล และคณะ (12) ที่ชี้ถึงความซับซ้อนของการขยายการยอมรับในบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (harm reduction services) ในโรงพยาบาลชุมชน อันเป็นผลจากปัจจัยด้านการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่เกิดจากหลายเหตุปัจจัย และผลการรักษาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามระดับความพร้อมของผู้ป่วย นอกจากนี้ในการดำเนินงานยังใช้ทรัพยากรหลายด้านและต้องการองค์ความรู้เฉพาะทาง ส่งผลต่อการยอมรับของกลุ่มผู้ดำเนินการที่ต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งของจังหวัดแม่ฮ่องสอนเท่านั้น

การศึกษาล่าสุดของกรรณา สุขทอง และคณะ (34) สำรวจสถานการณ์การดำเนินงาน MMT ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคเหนือ (เขตสุขภาพที่ 1 และ 2) ทั้งหมด 147 แห่ง พบว่า จาก 98 แห่ง ที่ตอบกลับแบบสอบถาม มีเพียง 37 แห่ง (ร้อยละ 37.8) ที่มีบริการ MMT, 4 แห่ง (ร้อยละ 4.1) เคยมีบริการ MMT แต่หยุดดำเนินการแล้ว และมีถึง 57 แห่ง (ร้อยละ 58.2) ที่ยังไม่มีบริการ MMT แม้ในสองกลุ่มหลังจะเป็นพื้นที่ที่พบจำนวนผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ก็ตาม สะท้อนถึงข้อจำกัดในการขยายบริการให้ได้ตามเป้าหมายของนโยบายด้านยาเสพติด โดยพบว่า โรงพยาบาลที่เคยมี MMT และไม่มีบริการ MMT ขาดปัจจัยสำคัญ คือ นโยบายในการให้บริการ MMT ในขณะที่โรงพยาบาลที่มี MMT มีการอภิบาลระบบที่เข้มแข็งและเห็นคุณค่าของบริการ รวมถึงมีอัตราการเข้าถึงบริการและการคงอยู่ในการรักษาของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่สูง แต่ก็ยังพบว่าโรงพยาบาลกลุ่มนี้ ดำเนินงานภายใต้ข้อจำกัดด้านจำนวนและศักยภาพของกำลังคน ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา งบประมาณ การเก็บรวบรวมและใช้ประโยชน์จากข้อมูล และการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อขยายบริการ (34) ดังนั้น การจัดให้มีบริการ MMT และรักษาให้บริการ MMT คงอยู่ได้ต่อเนื่อง จึงยังเป็นโจทย์สำหรับพื้นที่ภาคเหนือของไทย

โรงพยาบาลรัฐราษฎร์เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชและยาเสพติดภายใต้กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการพัฒนาวิชาการและประเมิณการใช้เทคโนโลยีบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติด การแพทย์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด

ประกอบด้วย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) และโรงพยาบาลราชบุรี ภูมิภาค 6 แห่ง โรงพยาบาลราชบุรีเชียงใหม่มีหน้าที่ ความรับผิดชอบเขตบริการสุขภาพที่ 1 และ 2 (ยกเว้น จังหวัดแม่ฮ่องสอน) ครอบคลุม 12 จังหวัด ในเขตภาคเหนือ ของประเทศไทย ในปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการ ดำเนินงานและปรับตัวของบริการ MMT ในประเทศไทย ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความท้าทาย การปรับตัว และการเตรียมความพร้อมรับมือความท้าทาย ในอนาคตของโรงพยาบาลรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 ที่ ให้บริการ MMT

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ซึ่งผ่านการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565 หมายเลขอ้างอิง 005/2565/E

กรอบแนวคิดงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สำรวจความท้าทายหรือวิกฤต การปรับตัว และการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือความท้าทาย ในอนาคต และปัจจัยที่ผู้ให้บริการ MMT เห็นว่าสนับสนุน ให้บริการได้รับการยอมรับและขยายบริการได้อย่างยั่งยืน ของโรงพยาบาลรัฐที่ให้บริการ MMT โดยใช้แนวคิด ความสามารถในการรับรู้ปรับตัวและฟื้นกลับคืนของระบบ สุขภาพ (resilience) (26) และงานวิจัยก่อนหน้า (12) การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพ ของการบริการ MMT ภายใต้การสำรวจสถานการณ์การ ให้บริการการรักษาด้วย MMT ในช่วงปีงบประมาณ 2564 ของโรงพยาบาลรัฐในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 (ยกเว้นจังหวัด แม่ฮ่องสอน) (34)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ โรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวง สาธารณสุข ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 และ 2 ที่มีบริการ MMT กลุ่มตัวอย่าง คือ หน่วยของประชากรที่ตอบกลับ แบบสอบถามและให้ข้อมูลในตอนต้นที่ 3 ประสิทธิภาพของ บริการ MMT ในคำถามย่อยที่ 3.2 การปรับตัวของการ บริการ MMT และ 3.3 ปัจจัยสนับสนุนการยอมรับและการ ขยายบริการ MMT อย่างยั่งยืนในชุมชน รวมจำนวน 37 แห่ง (34) ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม และ/หรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน บริการ MMT ที่ได้รับมอบหมายให้ตอบแบบสอบถามในแต่ละ ส่วนที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามในงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของ แบบสอบถามออนไลน์จากการวิจัยก่อนหน้า ที่สำรวจ สถานการณ์การให้บริการ MMT ของโรงพยาบาล (สถานการณ์ด้านองค์ประกอบ การให้บริการ ด้าน ประสิทธิภาพของการบริการ และด้านผลลัพธ์ของการบริการ) (34) ผู้วิจัยพัฒนาคำถามในการศึกษานี้จากแนวคิด ความสามารถในการรับรู้ปรับตัวและฟื้นกลับคืนของระบบ สุขภาพ (26) และจากงานวิจัยก่อนหน้า (12) ประกอบด้วย ข้อคำถามหลัก 4 ประเด็น ได้แก่

1) ความท้าทายในการรับมือวิกฤตในการ ให้บริการ MMT โดยใช้คำถามปลายเปิด “ในบริบทของ โรงพยาบาลท่าน อะไรคือความท้าทายในการรับมือกับ สถานการณ์ที่ไม่คาดคิดเพื่อให้การบริการ MMT ยังสามารถ ดำเนินการต่อได้อย่างมีคุณภาพและเกิดความปลอดภัยแก่ ผู้ป่วย?”

2) การปรับตัวเพื่อให้บริการ MMT ที่เหมาะสมกับ พื้นที่ โดยใช้คำถามปลายปิด “ในภาพรวมตั้งแต่เปิดบริการ MMT โรงพยาบาลได้ปรับตัวด้านใดบ้างเพื่อให้เกิดบริการ MMT ที่เหมาะสมกับพื้นที่?” ตัวเลือกแบบเลือกตอบได้ มากกว่า 1 ข้อ ประกอบด้วย ปรับตัวด้านกำลังคน ปรับ แนวทางปฏิบัติ/ระเบียบ ปรับงบประมาณ ปรับสถานที่และ อุปกรณ์ และปรับตัวด้านอื่น ๆ และข้อคำถามปลายเปิดที่ให้ ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการปรับตัวแต่ละด้าน

3) การเตรียมพร้อมรับมือสถานการณ์ท้าทายใน อนาคต โดยใช้คำถามปลายเปิด “โรงพยาบาลของท่าน มี ระบบหรือการเตรียมตัวอย่างไรบ้าง เพื่อให้การดำเนินงาน MMT สามารถปรับตัวและให้บริการได้อย่างยั่งยืน แม้ จะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดที่อาจเข้ามาใน อนาคต?”

4) ปัจจัยที่สนับสนุนการยอมรับและขยายบริการ MMT อย่างยั่งยืนในชุมชน โดยใช้ข้อความครอบคลุมปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ รวม 14 ข้อที่มีตัวเลือกแบบมาตราวัด 5 ระดับ (5-point Likert scale) โดย 1=เห็นด้วยน้อยที่สุด และ 5=เห็นด้วยมากที่สุด

แบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิง เนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์ที่มีความ

ชำนาญด้านจิตเวชและยาเสพติด (1 ท่าน) เภสัชกรที่รับผิดชอบงานบริการ MMT (1 ท่าน) เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานบริการ MMT (3 ท่าน) และอาจารย์มหาวิทยาลัยในสาขาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร (1 ท่าน) ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาคำถามว่าสามารถวัดได้ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการประเมินหรือไม่ หากคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index-objective congruence: IOC) < 0.5 ผู้วิจัยปรับคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยส่งเอกสารทางไปรษณีย์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งได้แนบลิงก์ และ QR code เพื่อเข้าถึงแบบสอบถามออนไลน์ ในหน้าแรกของแบบสอบถามมีข้อความถึงความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย หากกดเลือกยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย จะเข้าสู่คำถามที่ใช้ในการวิจัยต่อไป แบบสอบถามทั้งหมดใช้เวลาตอบประมาณ 30-45 นาที เวลาที่ใช้สำหรับข้อคำถามเฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับการปรับตัวของบริการ คือ ประมาณ 10-15 นาที ผู้วิจัยใช้เวลาในการตอบกลับประมาณ 90 วัน และมีแนวทางในการติดตามการตอบแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลในกรณีที่ได้รับแบบสอบถามไม่ครบตามจำนวน ในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 12 การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างกันยายน 2565 ถึงกุมภาพันธ์ 2566

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ในกรณีที่ผู้แทนโรงพยาบาลแยกตอบแบบสอบถามเฉพาะข้อคำถามที่ตนได้รับมอบหมาย และมีชุดข้อมูลมากกว่า 1 ชุดต่อโรงพยาบาล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลให้อยู่ในชุดข้อมูลเดียวกัน และใช้ข้อมูลลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีระยะเวลาการทำงานด้าน MMT มากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของการปรับตัวของโรงพยาบาล และปัจจัยที่สนับสนุนการยอมรับและขยายบริการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยโปรแกรม STATA version 14.0 (StataCorp LP, College Station, TX, USA) ในส่วนคำตอบจากข้อคำถามปลายเปิดใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (35) ด้วยการจัดระเบียบข้อมูลตามประเด็นข้อคำถาม แล้วกำหนดรหัสของข้อมูลตามแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ แบ่ง

ลักษณะความท้าทายในการให้บริการ เป็นแบบที่เกิดขึ้นรวดเร็วและรุนแรง (shock) และแบบแรงกดดันที่ค่อย ๆ เพิ่มความตึงเครียดให้ระบบ (stress) (36) จัดกลุ่มรายละเอียดของการปรับตัวในแต่ละด้าน และวิธีการเตรียมความพร้อมในการรับมือความท้าทายในอนาคตตามองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ (26)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลและผู้ให้ข้อมูล

การส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 จำนวน 147 แห่ง มีการตอบกลับจากโรงพยาบาลจำนวน 98 แห่ง (ร้อยละ 66.67) ข้อมูลส่วนที่ใช้ในการศึกษานี้ได้จากแบบสอบถามคืน 61 ฉบับจากโรงพยาบาล 37 แห่ง โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในการศึกษาเป็นโรงพยาบาลชุมชน (24 แห่ง) ผ่านการรับรองคุณภาพด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด (HA ยาเสพติด) (11 แห่ง) และได้รับการเยี่ยมสำรวจ HA ยาเสพติดซ้ำ (re-accreditation) (22 แห่ง) แต่ยังมีโรงพยาบาล 2 แห่งที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเฉลี่ยที่เปิดดำเนินการให้บริการ MMT คือ 8 ปี โดยมีพิธีตั้งแต่ละ็งปีถึงมากกว่า 30 ปี (ตารางที่ 1)

จากโรงพยาบาล 37 แห่งที่ตอบกลับแบบสอบถาม มีโรงพยาบาล 16 แห่งที่มีตัวแทนโรงพยาบาลผู้ร่วมตอบแบบสอบถามมากกว่า 1 ราย รวมมีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 61 ราย ซึ่งทุกคนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดตั้งและการบริหารคลินิกเมทาโดน ส่วนใหญ่เป็นเภสัชกร (23 ราย) และพยาบาล (31 ราย) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ปี (43 ราย) และปฏิบัติงาน MMT มากกว่า 5 ปี (33 ราย) (ตารางที่ 2)

สถานการณ์ท้าทายในการให้บริการ MMT

สถานการณ์ที่ไม่คาดคิดที่โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเผชิญและต้องรับมือเพื่อให้บริการ MMT ยังสามารถดำเนินการต่อได้อย่างมีคุณภาพและเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย มีทั้งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมั่นคงที่มีระยะเวลานั้นและยาวต่างกัน และสถานการณ์ท้าทายที่เป็นแรงกดดันเพิ่มความตึงเครียดต่อระบบบริการอย่างช้า ๆ และต่อเนื่องจากลักษณะของโรค บริบทของผู้ป่วย บริบทพื้นที่ บริบทสังคมและชุมชน และข้อจำกัดด้านความพร้อมของระบบบริการของโรงพยาบาล (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลที่มีบริการ MMT (n=37)

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล	รวม (n=37)	เขตบริการสุขภาพ	
		เขต 1 (n=31)	เขต 2 (n=6)
ระดับของโรงพยาบาล			
โรงพยาบาลศูนย์	5 (13.51)	4 (12.90)	1 (16.67)
โรงพยาบาลทั่วไป	8 (21.62)	6 (19.36)	2 (33.33)
โรงพยาบาลชุมชน	24 (64.87)	21 (67.74)	3 (50.00)
การรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (HA)			
ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลซ้ำ	25 (69.45)	21 (70.00)	4 (66.67)
ผ่านการรับรองคุณภาพ	3 (8.33)	3 (10.00)	0 (0.00)
ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ	8 (22.22)	6 (20.00)	2 (33.33)
การรับรองคุณภาพด้านการบำบัดรักษายาเสพติด (HA ยาเสพติด)			
ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลซ้ำ	22 (61.11)	20 (66.67)	2 (33.33)
ผ่านการรับรองคุณภาพ	11 (30.56)	8 (26.67)	3 (50.00)
ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ	2 (5.56)	1 (3.33)	1 (16.67)
โรงพยาบาลเป็นผู้ประเมิน HA ยาเสพติด	1 (2.78)	1 (3.33)	0 (0.00)
ระยะเวลาเฉลี่ยที่เปิดดำเนินการให้บริการ MMT (ปี)	8	9	7.5
มัธยฐาน (IQR, ต่ำสุด - สูงสุด)	(7.5, 0.5-30)	(8, 0.5-30)	(5, 1-10)

โรงพยาบาลได้เผชิญกับสถานการณ์ท้าทายที่ไม่คาดคิด เช่น การแพร่ระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อบริการ MMT จากการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการของโรงพยาบาลที่ต้องเร่งคัดกรอง ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยติด

เชื้อไวรัส COVID-19 ในขณะที่ยังต้องให้บริการรูปแบบปกติอื่นในโรงพยาบาล ส่งผลต่อการขาดอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ บริการ MMT ได้ปรับแนวทางการจ่ายยาเมทาโดนให้สอดคล้องกับมาตรการลดความแออัดในโรงพยาบาล

ตารางที่ 2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (n=61)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ตอบแบบสอบถาม		
พยาบาล	31	50.82
เภสัชกร	23	37.70
นักวิชาการสาธารณสุข	4	6.56
นักจิตวิทยา	2	3.28
แพทย์	1	1.64
จำนวนปีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล: มัธยฐาน (IQR, ต่ำสุด - สูงสุด) (n=60)	15 (14, 1 - 37)	
น้อยกว่า 10 ปี	17	28.33
10 - 20 ปี	26	43.33
มากกว่า 20 ปี	17	28.33
จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน MMT: มัธยฐาน (IQR, ต่ำสุด - สูงสุด) (n=60)	5.5 (8, 0.5 - 21)	
น้อยกว่า 5 ปี	27	45.00
5 - 10 ปี	19	31.67
มากกว่า 10 ปี	14	23.33

ตารางที่ 3. ตัวอย่างสถานการณ์ท้าทายที่กระทบการให้บริการ MMT

ลักษณะของความท้าทาย	ตัวอย่างสถานการณ์ท้าทาย
แบบรวดเร็วรุนแรง	เกิดขึ้นรวดเร็วในเวลาอันสั้น: ความก้าวร้าวของผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวชรุนแรงจากการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน ผู้ป่วยข่มขู่เจ้าหน้าที่เพื่อขอเพิ่มยาเมทาโดน และการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการใช้ยาเมทาโดนเกินขนาด เกิดขึ้นในระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง: การแพร่ระบาดของ COVID-19 เกิดขึ้นซ้ำในระยะเวลาสั้น เป็นวงจร: การคมนาคมที่ถูกตัดขาดในช่วงฤดูฝนที่มีน้ำหลาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมารับยาเมทาโดน และยากต่อเจ้าหน้าที่ในการติดตามผู้ป่วย
แบบแรงกดดันเพิ่ม ความตึงเครียดให้ ระบบ	ลักษณะของโรค: ความซับซ้อนของโรคสมองติดยา บริบทของผู้ป่วย: ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล หลังเขื่อน หรือ พื้นที่ชายแดน บางส่วนอยู่ในค่ายผู้อพยพ ไม่สามารถเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง ภาษา วัฒนธรรม-ความเชื่อ พฤติกรรมการปกปิดข้อมูลของผู้ป่วย และการนำยาเมทาโดนไปใช้ในทางที่ผิด เช่น นำไปฉีดเข้าเส้นเลือด หรือนำไปจำหน่าย บริบทของพื้นที่: พื้นที่ภาคเหนือส่วนใหญ่เป็นภูเขาสูง มีข้อจำกัดของการคมนาคม และบางพื้นที่ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์ และเป็นพื้นที่ระบาดของยาเสพติด บริบททางสังคมและกฎหมาย: การดำเนินงาน MMT ยังไม่สอดคล้องกับการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งบางนโยบายยังไม่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยเดินทางมาบำบัดสารเสพติด ถูกสุ่มตรวจหาสารเสพติดจากผู้รักษากฎหมาย และ/หรือถูกดำเนินคดี, ข้อจำกัดของกฎหมายในการจ่ายยาเมทาโดน เช่น การสั่งจ่ายยาเมทาโดนโดยแพทย์และจ่ายยาโดยเภสัชกรเท่านั้น การจ่ายยาเมทาโดนไม่เกิน 420 มิลลิกรัมต่อครั้ง และการติดตามของสังคมต่อผู้เสพติด ข้อจำกัดด้านความพร้อมของโรงพยาบาล: - กำลังคน: ปริมาณของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์เพิ่มขึ้น แต่จำนวนบุคลากรที่จำกัดไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหาร ขาดบุคลากร MMT จากการปรับรูปแบบบริการของโรงพยาบาลที่ต้องเร่งคัดกรอง ป้องกัน และรักษาผู้ป่วยอื่นในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 การโยกย้ายปรับเปลี่ยนงานของบุคลากรทำให้การดำเนินการ MMT ไม่ต่อเนื่อง ขาดบุคลากรที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติด ความหวาดกลัวของบุคลากรจากเหตุการณ์เมทาโดนเกินขนาด ความกังวลของบุคลากรเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติงานที่ไม่เพียงพอ ความปลอดภัยส่วนบุคคล และประเด็นทางจริยบรรณวิชาชีพ เช่น การให้บริการ MMT ที่ไม่เข้มงวดเป็นการส่งเสริมผู้ป่วยนำยาเมทาโดนไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ - ขาดยาและเวชภัณฑ์: ขาดการสนับสนุนด้านยาและเวชภัณฑ์ เช่น ชุดตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ - ขาดระบบข้อมูลสารสนเทศ: ขาดข้อมูลจำนวนผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ทั้งหมดและรายใหม่ ขาดระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ - แรงกดดันจากตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (retention rate) 1 ปี กำหนดที่ร้อยละ 70

เช่น การขยายวันนัดหมายผู้ป่วยด้วยการปรับเพิ่มระยะเวลาการรับยาเมทาโดน ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเมทาโดนกลับบ้านในปริมาณมาก ซึ่งอาจมากกว่า 420 มก./ครั้ง (เกิน

กว่าที่กฎหมายกำหนด) เพิ่มความเสี่ยงต่อการนำยาเมทาโดนไปใช้ในทางที่ผิด และในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 มีจำนวนผู้ป่วยรับบริการ MMT ลดลง

โรงพยาบาลหลายแห่งได้ปรับรูปแบบการบริการด้วยการ
ออกหน่วยบริการ MMT ซึ่งรุกในพื้นที่ระบาดของยาเสพติด
ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน

การปรับตัวเพื่อคงการให้บริการ MMT

โรงพยาบาลที่มีบริการ MMT ได้ผ่านการปรับตัว
ในหลายด้าน ตั้งแต่เริ่มเปิดบริการ MMT เพื่อให้บริการมี
ความเหมาะสมกับพื้นที่ของตนและยังคงดำเนินการได้ถึง
ปัจจุบัน โดยพบการปรับด้านกำลังคนมากที่สุด รองลงมา
คือด้านแนวทางปฏิบัติหรือระเบียบ และด้านสถานที่และ
อุปกรณ์ ส่วนสิ่งที่ปรับตัวน้อยที่สุดคือด้านงบประมาณ โดย
พบว่าเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 มีลักษณะการปรับตัวของ
บริการ MMT ที่ต่างกัน เช่น เขตสุขภาพที่ 2 มีแนวโน้มการ
ปรับตัวด้านกำลังคน ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 1 ปรับตัวด้าน
สถานที่และอุปกรณ์มากกว่า เมื่อพิจารณาจากระดับของ
โรงพยาบาล มีข้อสังเกตว่าโรงพยาบาลแต่ละระดับได้เน้น
การปรับตัวที่ต่างกัน เช่น โรงพยาบาลทั่วไปปรับตัวมาก
ด้านกำลังคนและแนวทางปฏิบัติ ส่วนโรงพยาบาลศูนย์
ปรับตัวมากที่สุดในด้านแนวทางปฏิบัติ (ตารางที่ 4)
นอกจากนี้พบว่ามีบางโรงพยาบาลมีการปรับตัวด้านอื่น ๆ
ได้แก่ การใช้เทคนิคในการดูแลผู้ป่วยบำบัดสารเสพติด เช่น การ
ฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้เสพยาใช้การบำบัดแบบสั้น (brief
intervention: BI) แบบเสริมแรงสูงใจ (motivational
interviewing: MI) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม
(cognitive behavioral therapy: CBT) และจิตสังคมบำบัด
ได้แก่ modified matrix

ข้อมูลจากคำถามปลายเปิดทั้งที่ได้จากข้อคำถาม
เกี่ยวกับการปรับตัวของโรงพยาบาลในระยะที่ผ่านมา

โดยตรง และได้จากประเด็นสอดคล้องในการตอบข้อ
คำถามข้ออื่น สะท้อนความหลากหลายของวิธีการปรับตัว
ของโรงพยาบาลเพื่อให้ยังคงสามารถเปิดบริการ MMT ใน
พื้นที่ของตน (ตารางที่ 4) โดยหลายโรงพยาบาลใช้หลาย
วิธีการร่วมกัน เช่น “(ใช้) หลักการบำบัดยี่ดัดรูปแบบ “3 วิ”
ในการบำบัดผู้ป่วย เน้น 1. วิชาการ เพื่อให้มีความรู้ นำพาให้
ชีวิตมีความสุขที่ดี 2. วินัย เพื่อให้ชีวิตมาตรวจตามนัด อยู่
ร่วมกับผู้อื่นได้ ยอมรับกติกาสังคม 3. วิชาชีพ เพื่อให้ชีวิต
มั่นคง มีรายได้ ตลอดจน การดูแลช่วยเหลือ ด้วยใช้ระบบ
หมู่ (community based treatment and rehabilitation:
CBTx) ในการค้นหาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบำบัด และรับช่วงต่อ
หลัง/ระหว่างบำบัด และติดตาม สนับสนุนการมีรายได้ เกิด
อาชีพที่มั่นคง” (โรงพยาบาลชุมชน)

การเตรียมพร้อมรับมือกับความท้าทายในอนาคต

นอกเหนือจากการปรับตัวในระยะที่ผ่านมาทั้งแบบ
เฉพาะกิจและการปรับเชิงโครงสร้างและกระบวนการหลายด้าน
(ตารางที่ 5) โรงพยาบาลที่มีบริการ MMT ได้เตรียมความ
พร้อมสำหรับการรับมือความท้าทายในอนาคตหลายด้านทั้ง
การจัดทำแผนด้านอัตรากำลัง แนวปฏิบัติการทำงาน
งบประมาณ และการสำรองยาและอุปกรณ์ (ตารางที่ 6)

ปัจจัยสนับสนุนการยอมรับและขยายบริการ

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของ
แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุนจำนวน 14 ข้อ เท่ากับ 0.93
ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 0.7 แสดงว่า
แบบสอบถามในส่วนนี้มีความเชื่อมั่นสูง โรงพยาบาลที่มี
บริการ MMT ทั้งในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 เห็นพ้องกันว่า

ตารางที่ 4. จำนวน (ร้อยละ) ของโรงพยาบาลที่มีการปรับตัวของบริการ MMT ด้านต่าง ๆ แบ่งตามเขตสุขภาพ และระดับของ
โรงพยาบาล

การปรับตัว ของบริการ MMT	เขตสุขภาพ		ระดับโรงพยาบาล			รวม (n=37)
	เขต 1 (n=31)	เขต 2 (n=6)	รพ.ศูนย์ (n=5)	รพ.ทั่วไป (n=8)	รพ.ชุมชน (n=24)	
กำลังคน	23 (25.84)	5 (33.34)	2 (25.00)	5 (27.78)	21 (26.92)	28 (26.92)
แนวทางปฏิบัติ	22 (24.72)	4 (26.67)	3 (37.50)	5 (27.78)	18 (23.08)	26 (25.00)
สถานที่/อุปกรณ์	22 (24.72)	2 (13.33)	2 (25.00)	4 (22.22)	18 (23.08)	24 (23.08)
งบประมาณ	15 (16.85)	2 (13.33)	1 (12.50)	3 (16.67)	13 (16.67)	17 (16.35)
อื่น ๆ	7 (7.87)	2 (13.33)	0 (0.00)	1 (5.55)	8 (10.25)	9 (8.65)

หมายเหตุ: สีแดง = ร้อยละการปรับตัวต่ำ สีเขียว = ร้อยละการปรับตัวสูง

ตารางที่ 5. ตัวอย่างการปรับตัวของโรงพยาบาลในระยะที่ผ่านมา ตามลักษณะของความท้าทาย เพื่อดึงการให้บริการ MMT

ลักษณะของ ความท้าทาย	ตัวอย่าง สถานการณ์	การปรับตัวในระยะที่ผ่านมา เพื่อดึงการให้บริการ MMT
แบบรวดเร็ว รุนแรง	ความก้าวร้าว ของผู้ป่วยที่มี อาการจิตเวช รุนแรง จากการ ใช้สารเสพติด หลายชนิด ร่วมกัน	ด้านกำลังคน - พัฒนาศักยภาพกำลังคน: สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมเฉพาะทางจิตเวช และยาเสพติด อบรมการเตรียมยาเมทาโดน สนับสนุนให้ผู้ที่ไปอบรมได้นำความรู้มาขยายผลในงาน พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการร่วมวางแผน ดูแล บำบัดรักษาผู้ติดฝิ่น และอนุพันธ์ของฝิ่น - ปรับกระบวนการของกำลังคน: ปรับทัศนคติในการยอมรับความเป็นตัวตนของผู้ใช้สารเสพติด ด้านแนวทางปฏิบัติ/ระเบียบ และรูปแบบการให้บริการ - ปรับแนวทางการให้บริการ: เพิ่มมาตรการการคัดกรองและกฎระเบียบการให้บริการ รวมถึงเกณฑ์การส่งต่อแบบไร้รอยต่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวชรุนแรงไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ การทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วย (เช่น การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีอาการเสียนยา หรือลงแดง) ประชุมปรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่ก้าวร้าวข่มขู่เจ้าหน้าที่ ด้านสถานที่และอุปกรณ์ - ปรับปรุงสถานที่ให้เป็นไปตามมาตรฐานและเอื้อต่อการบริการ: จัดห้องให้บริการเป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัย มีกริ่งสัญญาณขอความช่วยเหลือ มีประตู 2 บาน
	การระบาดของ COVID-19	ด้านกำลังคน - ปรับแผนและโครงสร้างกำลังคน: ทำแผนพัฒนาบุคลากรให้ตอบสนองเป้าหมายของโรงพยาบาล มาตรฐานวิชาชีพ และปัญหาที่พบ, กระจายหน้าที่รับผิดชอบให้ชัดเจนของแต่ละวิชาชีพ ด้านแนวทางปฏิบัติ/ระเบียบ และรูปแบบการให้บริการ - ปรับแนวทางการให้บริการ: ปรับระบบขยายวันนัดผู้ป่วยให้นานขึ้นในช่วงการระบาดของ COVID-19 เพิ่มบริการ drop in center เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วย ปรับการให้บริการเป็นการออกหน่วยบริการ MMT เขิงรุกในพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วงการระบาดของ COVID-19 และเพิ่มการให้ความรู้สำหรับการป้องกันและลดการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 แก่เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย - ปรับแนวทางการกระจายยาเมทาโดน: มีแนวทางการเบิกจ่ายเมทาโดน, ปรับระยะเวลาการรับยาของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น เพิ่มระยะห่างการรับยาเมทาโดนในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล และเพิ่มระยะห่างการรับยาหากผู้ป่วยสามารถควบคุมการใช้เมทาโดนตามแผนการรักษา อนุญาตให้เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย COVID-19 หรือ ญาติสายตรงรับยาเมทาโดนแทนผู้ป่วยในช่วงการระบาดของ COVID-19 - ปรับระบบติดตามเฝ้าระวัง: เพิ่มระบบติดตามที่เป็นรูปแบบกิจกรรมกลุ่มและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย การติดตามเฝ้าระวังการใช้เมทาโดนในทางที่ผิด ขอความร่วมมือและประสานงานกับเครือข่ายในพื้นที่เพื่อช่วยติดตามข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในช่วงการระบาด COVID-19

ลักษณะของ ความท้าทาย	ตัวอย่าง สถานการณ์	การปรับตัวในระยะที่ผ่านมา เพื่อคงการให้บริการ MMT
		- ด้านสถานที่และอุปกรณ์ ปรับปรุงสถานที่ให้เป็นไปตามมาตรฐานและเอื้อต่อการบริการ: ปรับสถานที่ตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 (เว้นให้มีระยะห่างทางสังคม มีจุดบริการเจลแอลกอฮอล์ ฉากกั้นระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ระบบคัดกรองเชื้อ COVID-19)
	ข้อจำกัดของการคมนาคม ที่ถูกตัดขาดในฤดูฝนที่มีน้ำหลาก ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมารับยาเมทาโดน และยากต่อการติดตามผู้ป่วย	ด้านกำลังคน - อาศัยกำลังคนจากส่วนอื่น: บุคลากรที่มสวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม, เพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากรภายนอก เช่น ภาคประชาสังคม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เพื่อช่วยในการติดตามผู้บำบัดที่ขาดนัดบ่อย หรือมีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการ - ปรับกระบวนการของกำลังคน: ทำความเข้าใจผู้ป่วยด้านการเสพยา โดยยึดหลักของ Harm reduction ปรับทัศนคติในการยอมรับความเป็นตัวตนของผู้ใช้สารเสพติด และยอมรับรูปแบบ MMT ด้านแนวทางปฏิบัติ/ระเบียบ และรูปแบบการให้บริการ
แบบแรงกดดันเพิ่มความตึงเครียดให้ระบบ	ความซับซ้อนของโรคสมองติดยา ผู้ป่วยอาศัยในพื้นที่ห่างไกล มีข้อจำกัดของการคมนาคมจากการเป็นพื้นที่ระบาดของยาเสพติด	- ปรับแนวทางการให้บริการ: เพิ่มบริการ drop in center เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วย ปรับการให้บริการเป็นการออกหน่วยบริการ MMT เชิงรุกในพื้นที่ - ปรับแนวทางการกระจายยาเมทาโดน: การส่งต่อยาให้เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการในพื้นที่ตนเอง การประสานเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อการรับดูแลผู้ใช้ยาเมทาโดนต่อเนื่อง เพิ่มจุดจ่ายยาเมทาโดนให้ผู้ป่วยในพื้นที่ที่เข้าถึงได้ยาก โดยเฉพาะฤดูฝน อนุญาตให้ญาติสายตรงรับยาเมทาโดนแทนผู้ป่วย - ปรับเพิ่มความยืดหยุ่นของการปฏิบัติงานตามบริบทและสถานการณ์: บุคลากร MMT กับคลินิกบริการอื่น ๆ ปรับการดำเนินงานให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ - ปรับลดความเสี่ยง: เพิ่มแผนงาน/โครงการ ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้านยาเสพติด - พัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อการสื่อสารที่เข้าใจตรงกัน: เมื่อเกิดสถานการณ์ที่กระทบต่อการบริการ จะมีการประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการปรับระบบและแก้ไขปัญหา ร่วมกัน จัดทำคู่มือและแนวทางปฏิบัติงานยาเสพติด แนวปฏิบัติป้องกันภาวะผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง คู่มือบำบัดตามโปรแกรมกาย จิต สังคมบำบัด และการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) จัดให้มีสมุดประจำตัวผู้ป่วยรับยาเมทาโดน เพื่อยืนยันขนาดยาและระยะเวลาการรับยา - ปรับระบบติดตามเฝ้าระวัง: เพิ่มระบบติดตามที่เป็นรูปแบบกิจกรรมกลุ่มและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย การติดตามเฝ้าระวังการใช้เมทาโดนในทางที่ผิด โดยมีข้อความเตือนการเฝ้าระวังพฤติกรรมผู้ป่วยในระบบ HOS เช่น ผู้ป่วยเฝ้าระวังควรรับเมทาโดนเพียง 7 วัน ขอความร่วมมือและประสานงานกับเครือข่ายในพื้นที่เพื่อช่วยติดตามข้อมูลผู้ป่วย และการติดตามผู้บำบัดที่มีบุคลากรเข้าถึงได้ยาก (เช่น มีลักษณะปกปิดข้อมูลอยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือย้ายที่อยู่บ่อยครั้ง)

ลักษณะของ ความท้าทาย	ตัวอย่าง สถานการณ์	การปรับตัวในระยะที่ผ่านมา เพื่อคงการให้บริการ MMT
		ด้านสถานที่และอุปกรณ์ - ปรับปรุงสถานที่ให้เป็นไปตามมาตรฐานและเอื้อต่อการบริการ: จัดห้องให้บริการเป็นสัดส่วนและมีความปลอดภัย มีกริ่งสัญญาณขอความช่วยเหลือ มีประตู 2 บาน จัดสถานที่ให้สามารถดูแลรักษาความลับของผู้ป่วย ขยายพื้นที่บริการ: เพิ่มหน่วยให้ยา MMT และ drop in center ให้ผู้ป่วยเข้าถึงง่ายขึ้น เตรียมสถานที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมายเพื่อเป็นคลินิกบำบัด
	การดำเนินงาน MMT ยังไม่สอดคล้องกับการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น ๆ การติดตามของสังคมต่อผู้เสพติดยา	ด้านแนวทางปฏิบัติ/ระเบียบ และรูปแบบการให้บริการ พัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อการสื่อสารที่เข้าใจตรงกัน ด้วยการประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการปรับระบบและแก้ไขปัญหาร่วมกัน จัดทำคู่มือบำบัดตามโปรแกรมกาย จิต สังคมบำบัด และการบำบัดรักษาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx)
	ข้อจำกัดด้านความพร้อมของโรงพยาบาล ได้แก่ กำลังคน การขาดยาและเวชภัณฑ์ ขาดระบบข้อมูลสารสนเทศ	ด้านกำลังคน - ไม่ปรับเพิ่มกำลังคน แต่ปรับงานหรือปรับเปลี่ยนวันให้บริการเพื่อเหมาะสมกับอัตรากำลังที่มี - ปรับเพิ่มกำลังคน: พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ นักจิตวิทยา เภสัชกร แพทย์ - ปรับแผนและโครงสร้างกำลังคน: ทำแผนพัฒนาบุคลากรให้ตอบสนองเป้าหมายของโรงพยาบาล มาตรฐานวิชาชีพ และปัญหาที่พบ แยกกลุ่มงาน หรือยกระดับกลุ่มงานทำให้ได้รับอัตรากำลังเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตเพิ่ม กระจายหน้าที่รับผิดชอบให้ชัดเจนของแต่ละวิชาชีพ ด้านงบประมาณ - ปรับและจัดสรรงบประมาณของโรงพยาบาล: จัดงบประมาณในการจัดซื้อและทำโครงการทุกปีงบประมาณ ปรับงบประมาณให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น ให้เพียงพอกับการเพิ่มบริการเชิงรุก - ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ: จากงบประมาณยาเสพติด จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - ปรับวิธีการเคลมเบิกจ่ายยาผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้ถูกต้องครบถ้วนตามเกณฑ์ ด้านสถานที่และอุปกรณ์ - เพิ่มการจัดสรรอุปกรณ์การให้บริการ: ขวดบรรจุยา ชุดตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ, สมุดประจำตัวผู้ป่วย MMT - เพิ่มการจัดสรรอุปกรณ์สนับสนุน: เพิ่มคอมพิวเตอร์ให้ผู้ปฏิบัติงานลงข้อมูลได้ถูกต้องรวดเร็วมากขึ้น

ตารางที่ 6. ตัวอย่างการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล ต่อความท้าทายบริการ MMT ในอนาคต

ด้าน	การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล ต่อความท้าทายในอนาคต
กำลังคน	- จัดทำแผนอัตรากำลัง จำนวน full-time equivalent (FTE) แผนพัฒนาบุคลากร
แนวทางปฏิบัติ/ระเบียบและรูปแบบการให้บริการ	- กำหนดแนวทางปฏิบัติ (clinical practice guideline: CPG) ได้แก่ เกณฑ์ในการขยายการรับยา เมทาโดนของผู้ป่วย การวางแผนการทำงานในรูปแบบเชิงรับและเชิงรุก รายงานความเสี่ยง รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ความเสี่ยง และแผนป้องกันเหตุในอนาคต การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายภายนอกโรงพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิด
งบประมาณ	- การจัดทำแผนงบประมาณสนับสนุนอัตรากำลังและอุปกรณ์
สถานที่และอุปกรณ์	- การสำรองยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอพร้อมใช้

ปัจจัยที่สนับสนุนการยอมรับและขยายบริการ MMT อย่างยั่งยืนในชุมชน คือ การออกแบบแนวทางการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และความพร้อมของเจ้าหน้าที่ แต่การมีส่วนร่วมขององค์กรอิสระในทีม MMT ยัง

ไม่ชัดเจนว่าช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน (ตารางที่ 7) ทั้งนี้ พบแบบแผนความคิดเห็นที่อาจแตกต่างกันระหว่างเขตบริการสุขภาพ คือ เขตสุขภาพที่ 1 ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านบุคคล เช่น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในองค์กร ศักยภาพ

ตารางที่ 7. ปัจจัยที่สนับสนุนการยอมรับ และขยายบริการ MMT อย่างยั่งยืนในชุมชน ของโรงพยาบาลที่มี MMT แบ่งตามเขตสุขภาพ

ปัจจัยสนับสนุนการยอมรับและขยายบริการอย่างยั่งยืน	คะแนนเฉลี่ยระดับความคิดเห็น $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
	มาตรฐาน		
	เขตสุขภาพที่ 1 (n=30)	เขตสุขภาพที่ 2 (n=6)	รวม (n=36)
a. การออกแบบแนวทางการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่	4.16 $\pm$ 0.75	4.20 $\pm$ 0.84	4.17 $\pm$ 0.75
b. ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	4.00 $\pm$ 0.87	4.00 $\pm$ 1.00	4.00 $\pm$ 0.87
c. การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ	3.72 $\pm$ 1.02	4.20 $\pm$ 0.84	3.80 $\pm$ 1.00
d. การวางแผนอัตรากำลังคน และส่งมอบรณรงค์อย่างต่อเนื่อง	3.72 $\pm$ 0.98	4.20 $\pm$ 0.84	3.80 $\pm$ 0.96
e. การมีช่องทางให้ผู้ป่วยค้นหาข้อมูลข่าวสารและเสนอข้อร้องเรียนกับระบบบริการของหน่วยงาน	3.76 $\pm$ 0.78	4.00 $\pm$ 0.71	3.80 $\pm$ 0.76
f. การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในทีมผู้ดำเนินงาน MMT	3.88 $\pm$ 0.97	3.20 $\pm$ 1.30	3.77 $\pm$ 1.04
g. การมีเจ้าหน้าที่ ที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ในหน่วยงาน	3.84 $\pm$ 0.90	3.20 $\pm$ 1.48	3.73 $\pm$ 1.01
h. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทีมผู้ดำเนินงาน MMT	3.88 $\pm$ 0.88	3.00 $\pm$ 1.58	3.73 $\pm$ 1.05
i. การเยี่ยมติดตามจากหน่วยงานภายนอก	3.56 $\pm$ 0.77	3.80 $\pm$ 1.30	3.60 $\pm$ 0.86
j. การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาโรงพยาบาลเฉพาะทางระยะไกล	3.48 $\pm$ 1.05	3.80 $\pm$ 1.10	3.53 $\pm$ 1.04
k. การมีช่องทางให้ผู้ป่วยค้นหาข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ MMT รวมถึงความรู้ในการดูแลตนเอง	3.60 $\pm$ 0.71	3.20 $\pm$ 1.30	3.53 $\pm$ 0.82
l. การมีระบบประเมินผลงาน การยกย่องชมเชย ระบบค่าตอบแทน เพื่อสร้างแรงจูงใจ และความมั่นคงในงาน MMT	3.56 $\pm$ 1.19	3.00 $\pm$ 1.41	3.47 $\pm$ 1.22
m. การมีส่วนร่วมของชุมชนในทีมผู้ดำเนินงาน MMT	3.44 $\pm$ 0.96	3.00 $\pm$ 1.22	3.37 $\pm$ 1.00
n. การมีส่วนร่วมขององค์กรอิสระในทีมผู้ดำเนินงาน MMT	3.16 $\pm$ 1.14	3.00 $\pm$ 1.22	3.13 $\pm$ 1.14

หมายเหตุ: ระดับความคิดเห็น 5 = เห็นด้วยมากที่สุด, 4 = เห็นด้วยมาก, 3 = เห็นด้วยปานกลาง, 2 = เห็นด้วยน้อย, 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด

ของคน การมีส่วนร่วมของกลุ่มคนต่าง ๆ ทั้งผู้ดูแล ผู้ป่วย ชุมชน ช่องทางข้อมูล และแรงจูงใจ ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 2 ให้ความสำคัญกับปัจจัยการบริหารจัดการระดับองค์กร เช่น การสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ การวางแผนอัตรา กำลังคน ช่องทางสื่อสารของหน่วยงาน ระบบให้คำปรึกษา ระยะไกลจากโรงพยาบาลเฉพาะทาง และการเยี่ยมนิเทศ จากหน่วยงานภายนอก (ตารางที่ 7)

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 และ 2 ที่มีบริการ MMT จำนวน 37 โรงพยาบาลเข้าร่วมการวิจัย ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับบริการ MMT มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี และทำงานใน บริการ MMT มากกว่า 5 ปี จึงสามารถให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ได้ ประกอบกับเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 เป็นพื้นที่ภาคเหนือ ซึ่งมีสัดส่วนของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์มากที่สุดของ ประเทศไทย (5) ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษานี้จึงสามารถ สะท้อนข้อมูลสถานการณ์การปรับตัวและการเตรียมความ พร้อมรับมือความท้าทายในการให้บริการเมทาโดนระยะ ยาวของประเทศไทย

การดำเนินงาน MMT ที่ผ่านมาได้เผชิญกับ สถานการณ์ท้าทายหลายรูปแบบ ทั้งแบบที่เกิดขึ้นอย่าง รวดเร็วรุนแรง และแบบแรงกดดันที่ค่อย ๆ เพิ่มความตึง เครียดต่อระบบบริการ ในส่วนของความท้าทายแบบที่ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วรุนแรง พบว่า ผู้ให้บริการได้เผชิญกับผู้ เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีลักษณะโรคร่วมทางจิตเวช บางรายมีอาการคลุ้มคลั่ง หรือข่มขู่เจ้าหน้าที่เพื่อขอเพิ่มยา เมทาโดน โดยมีการศึกษาก่อนหน้าพบว่า การจ่ายยาเมทา โดนให้ผู้ป่วยกลับบ้านมีรายงานการนำไปใช้ในทางที่ผิด เช่น การนำยาเมทาโดนไปจำหน่าย (37) นอกจากนี้การ ดำเนินงาน MMT ยังพบความท้าทายจากเหตุการณ์ทาง ธรรมชาติ เช่น ในฤดูกลน้ำหลาก เป็นอุปสรรคต่อการ ติดตามดูแลผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์โดยเฉพาะผู้ที่อาศัย อยู่บนภูเขาสูง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าซึ่งพบว่า ในพื้นที่ห่างไกลพบอัตราการเสียชีวิตสูงจากการใช้ยาเกิน ขนาด และการรักษาด้วยยาเมทาโดนค่อนข้างเป็นอุปสรรค อย่างมากจากระยะเวลาการเดินทางที่มากขึ้นและอุปสรรค จากการขนส่งไปยังพื้นที่ห่างไกล (38)

ในส่วนของสถานการณ์ท้าทายแบบที่เพิ่มความตึง เครียดอย่างต่อเนื่อง มาจากความซับซ้อนของการรักษาผู้ เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (34) เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยมี ความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านสังคม บริบทของพื้นที่ และ ความเป็นพลวัต (29) การรักษาผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิ ออยด์มีความซับซ้อนจากการที่ผู้ป่วยมักใช้สารเสพติด หลายชนิดร่วมกัน และมีลักษณะของโรคร่วม เช่น โรคพิษ สุราเรื้อรัง หรือการใช้กลุ่มยานอนหลับเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepines) และกลุ่มยาต้านอาการทางจิต ซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดเมทาโดนเกินขนาดจนเสียชีวิต (39, 40) ทั้งนี้ การศึกษาก่อนหน้าของประเทศแคนาดา พบว่า ความสัมพันธ์ของการใช้ยากกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนใน ผู้ป่วยที่ใช้ยาเมทาโดน ยิ่งเพิ่มความซับซ้อนของการรักษา และเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุผลสำเร็จในการรักษาผู้เสพติด สารกลุ่มโอปิออยด์ (41)

ในขณะเดียวกัน พบสถานการณ์ท้าทายแบบที่ เพิ่มความตึงเครียดต่อเนื่องจากบริบทของพื้นที่ สังคมและ กฎหมาย พบข้อจำกัดของกฎหมายในการจ่ายยาเมทาโดน เช่น การจ่ายยาเมทาโดนต่อครั้งได้ไม่เกิน 420 มิลลิกรัม และจากบางนโยบายที่ยังไม่ชัดเจน เช่น กรณีผู้ป่วยเดินทาง มาบำบัดสารเสพติดถูกสุ่มตรวจหาสารเสพติดจากพนักงาน เจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย และ/หรือถูกดำเนินคดี ซึ่งประเด็น ด้านบริบททางสังคมและกฎหมายมีการศึกษาถึงปัญหาราก ของผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ พบว่า ส่วนหนึ่งเกิดจาก ปัจจัยร่วมระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม โดยเฉพาะปัญหาการตีตรา (stigma) (42)

นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดด้านความพร้อมของ โรงพยาบาล ได้แก่ การขาดอัตรากำลัง การขาดบุคลากรที่มี ความรู้และประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติด ความ กังวลของบุคลากรเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติงานที่ไม่ เพียงพอ ความปลอดภัยส่วนบุคคล เช่นเกี่ยวกับการศึกษาก่อนหน้าในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่พบอุปสรรคท้าทายของ การดำเนินงาน MMT จากองค์ประกอบที่มีความซับซ้อน ได้แก่ การเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ บริบททางสังคม นโยบายและกฎหมาย และความยั่งยืนของนวัตกรรม ร่วมกับการมีสถานการณ์ผู้ติดยาที่แตกต่างกันตามบริบท พื้นที่ เช่น ความไม่สอดคล้องในการดำเนินงานกับชุมชน หรือหน่วยงานภายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (12) ดังนั้น บริการ MMT จำเป็นต้องพิจารณาองค์ประกอบของ ความซับซ้อนร่วมด้วย การสร้างแผนงานและการเตรียม

ความพร้อมสำหรับองค์ประกอบที่มีความยาก จึงจะช่วยเพิ่มโอกาสของความสำเร็จและความยั่งยืนในการจัดบริการ MMT (12)

สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 เป็นความท้าทายอย่างมาก ก่อให้เกิดการปรับตัวของบริการในหลายด้าน (43) รวมถึงการบริการ MMT ในต่างประเทศ (44-47) และในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ด้วย ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลได้ปรับแนวทางการจ่ายยาเมทาโดนให้สอดคล้องกับมาตรการลดความแออัดในโรงพยาบาล เช่น การขยายวันนัดหมายผู้ป่วยด้วยการปรับเพิ่มระยะเวลาการรับยาเมทาโดน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับยากลับบ้านในปริมาณมาก มีการศึกษาที่พบการรายงานการเกิดเมทาโดนเกินขนาดเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะช่วง COVID-19 (48) อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะว่าสถานการณ์ COVID-19 บริการ MMT จำเป็นต้องปรับตัวด้วยการมีนโยบายการให้ยาเมทาโดนกลับบ้าน (49) และควรเพิ่มความยืดหยุ่นของแนวทางการจ่ายยาเมทาโดน (45) เช่นเดียวกับองค์การการให้บริการทางสุขภาพและการติดสารเสพติด สหรัฐอเมริกา (Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SAMHSA) 2020 ได้มีแนวทางให้สามารถจ่ายยาเมทาโดนให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้สูงสุด 14 วัน ในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการคงที่ หรือ 28 วันในผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (44) ซึ่งการให้ยาเมทาโดนกลับบ้านในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 (46, 47) จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วย ลดการจำกัดการเข้าถึงในช่วง COVID-19 (49) การดำเนินการในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีข้อเสนอให้จัดทำแผนหรือนโยบายรองรับ และควรพิจารณาระหว่างประโยชน์และความเสี่ยงในการรับยาเมทาโดนกลับบ้านในปริมาณมาก อีกทั้งควรมีการดำเนินนโยบายดังกล่าวต่อไปแม้พ้นช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 แล้ว (50)

โรงพยาบาลที่ให้บริการ MMT ผ่านการปรับตัวหลายด้าน เพื่อให้บริการเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง การปรับตัวมีทั้งแบบเฉพาะกิจ เช่น ปรับแนวทางการกระจายยาเมทาโดนในช่วงโควิด-19 เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล และการปรับแบบเชิงโครงสร้าง เช่น ปรับโครงสร้างและแผนพัฒนากำลังคน การปรับตัวที่ไม่พบในการศึกษานี้ แต่พบในงานวิจัยก่อนหน้า เช่น การใช้โทรเวช (telehealth) ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่าช่วยลด

ความถี่ในการตรวจหาสารเสพติด และเพิ่มการเข้าถึงการรักษาพยาบาล (51) ผลการศึกษานี้พบการปรับตัวใน 3 ด้านหลัก คือ ด้านกำลังคน สถานที่ และแนวทางปฏิบัติหรือระเบียบ จากมุมมองความสามารถของระบบในการรับรู้ปรับตัวและฟื้นกลับคืน (16) ซึ่งสอดคล้องกับการสร้างความสามารถในการ “ล้มแล้ว ลุกไว” ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (52) พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ปรับตัวอยู่ในระดับ “พร้อมรับ (absorb)” การเปลี่ยนแปลง และระดับ “ปรับตัว (adapt)” ในสถานการณ์วิกฤตเพื่อให้บริการ MMT ใกล้เคียงปกติ แต่ยังไม่ชัดเจนว่ามีการปรับตัวเชิงโครงสร้าง ฐานคิดในการดำเนินงาน หรือเปลี่ยนแปลงแบบ “พลิกโฉม (transformation)” การทบทวนวรรณกรรมแบบมีขอบเขตเกี่ยวกับระบบสุขภาพและการรับรู้ปรับตัวและฟื้นกลับคืนโดย Copeland และคณะ ซึ่งครอบคลุมการศึกษาจากภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลกพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับความสามารถในการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม มีจำกัดและเป็นช่องว่างในการวิจัยเช่นกัน สาเหตุอาจมาจากงานวิจัยในหัวข้อนี้เพิ่งเริ่มมีมากขึ้นในปี ค.ศ 2018 และความเข้าใจในแนวคิดนี้ รวมถึงการประยุกต์ใช้ยังจำกัด แยกส่วน และขาดความเชื่อมโยง (53) นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉมต้องอาศัยหลายปัจจัยทั้งการคิดนอกกรอบ การลงทุน ความมุ่งมั่นทางนโยบายของผู้บริหาร นวัตกรรมทางเทคโนโลยี รวมถึงการอภิบาลระบบที่ดีและการทำงานร่วมกับหลายภาคส่วน เมื่อองค์กรส่วนใหญ่มีทรัพยากรที่จำกัด จึงอาจเลือกปรับตัวเฉพาะบางประเด็นมากกว่าเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม (26)

การศึกษานี้พบว่า โรงพยาบาลที่ให้บริการ MMT มีการเตรียมความพร้อมรับมือกับเหตุการณ์ไม่คาดคิดในอนาคต (preparedness) ค่อนข้างจำกัด แนวทางเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและรับมือต่อเหตุการณ์วิกฤตในอนาคต ที่โรงพยาบาลอาจพิจารณาเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับบริบทของตน เช่น ถอดบทเรียนวิธีการรับมือกับเหตุการณ์ที่ผ่านมา สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายในพื้นที่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ส่งต่อ ติดตามผล และแลกเปลี่ยนข้อมูล สนับสนุนอัตรากำลังคน แนวทางการบริการที่หลากหลายและยืดหยุ่น เช่น เพิ่มปริมาณยาเมทาโดนโดยมีระบบติดตามที่ดี (44) ใช้ telehealth (51) และมีบริการ drop-in-center เพื่อกระจายและเข้าถึงยา การเตรียมความพร้อมเหล่านี้ต้องอาศัยการประสานหลายภาคส่วน รวมถึง

การสร้างความเข้าใจของข้อจำกัดทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยด้านการออกแบบแนวทางการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เป็นปัจจัยหลักที่โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างระบุว่าช่วยสนับสนุนให้เกิดการยอมรับและขยายการบริการ MMT อย่างยั่งยืนในชุมชน มีการศึกษาพบว่า การเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้วยการเพิ่มศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน เช่น การฝึกอบรมเฉพาะทางจะช่วยเพิ่มคุณภาพบริการ (10) เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา (54) ลดอคติต่อผู้ป่วยยาเสพติดของผู้ปฏิบัติงาน (55) และผู้ปฏิบัติงาน MMT ที่มีความรู้ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่ดีของบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (56) นอกจากนี้ความรู้และศักยภาพด้านการให้บริการโดยตรง ความเข้าใจของบุคลากรต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบและการปรับตัวก็เป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน (57)

มีข้อสังเกตว่า บริบทพื้นที่ (เขตบริการสุขภาพ) และระดับของโรงพยาบาล อาจมีผลต่อแนวโน้มการปรับตัวของบริการ MMT ที่แตกต่างกัน การศึกษาของกรรณา สุขทอง และคณะ (34) พบว่า การปรับตัวที่แตกต่างกันจากการมีอยู่ของทรัพยากรที่แตกต่างกัน อาทิ ปัจจัยด้านกำลังคน ศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน MMT ข้อมูลสารสนเทศทรัพยากรที่สนับสนุนบริการ MMT การยอมรับและให้คุณค่าต่อการดำเนินการ MMT ส่วนการวิจัยของกนิษฐา นิ่มสกุล และคณะ ที่ศึกษาการขยายผลการจัดบริการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน พบความแตกต่างอันเนื่องมาจากการยอมรับของผู้ดำเนินการและการเตรียมความพร้อมกับสถานการณ์ผู้ดบั้งเกิด ซึ่งการพิจารณาถึงความซับซ้อนขององค์ประกอบจะช่วยให้เกิดการขยายผลการจัดบริการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดไปใช้ในพื้นที่อื่น (12)

ผลการศึกษาในเรื่องการปรับตัวของโรงพยาบาลอาจเป็นตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ในระบบบริการ การปรับตัวของบริการ MMT เป็นผลจากการเผชิญการเปลี่ยนแปลงในส่วนหนึ่งส่วนใดของระบบสุขภาพ และเมื่อบริการ MMT ปรับตัวในส่วนหนึ่งก็อาจกระทบต่อส่วนอื่น ๆ และในบางกรณีอาจก่อผลที่ตามมาโดยมิได้ตั้งใจ (unintended consequences) เช่น การให้ยาเมทาโดนกลับบ้านทำให้ผู้ป่วยคงอยู่ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่เพิ่มความเสี่ยงของการนำยาเมทา

โดนไปใช้ในทางที่ผิดด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่พบผลทางด้านลบโดยมิได้ตั้งใจในลักษณะเดียวกัน (51) และงานวิจัยที่จำกัดแนวทางการให้ยาเมทาโดนอย่างเข้มงวดเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาในโรงพยาบาล แต่ส่งผลต่อความล่าช้าในการให้ยาขาดข้อมูลส่งต่อ เป็นอุปสรรคในการรักษาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง (58) การติดตามประเมินผลภายหลังปรับระบบบริการ MMT จึงมีความสำคัญเพื่อให้บทเรียนจากการเผชิญความท้าทายกลายเป็นโอกาสในการพัฒนาและเติบโตขององค์กรอย่างยั่งยืนต่อไป (51)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่สำรวจความท้าทายในการให้บริการและการปรับตัวของบริการ MMT ของโรงพยาบาลรัฐ ด้วยแนวคิดความสามารถของระบบในการรู้รับปรับตัวและฟื้นกลับคืน อย่างไรก็ตาม การศึกษามีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้

1) การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางในช่วงปีงบประมาณ 2564 เพื่อสำรวจเบื้องต้นถึงความท้าทายและการปรับตัวของบริการ MMT โดยเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจสถานการณ์การให้บริการ MMT แต่เนื่องจากปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การศึกษาครั้งถัดไปอาจต้องแยกติดตามความสามารถในการรู้รับปรับตัวและฟื้นกลับคืนโดยเฉพาะและแบ่งการติดตามเป็นระยะ โดยใช้การศึกษาเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความลึกและมีรายละเอียดมากขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับแก่ระบบถึงผลของการปรับตัว และ unintended consequences ที่อาจพบด้วย

2) แม้ความท้าทายต่อการให้บริการ MMT บางส่วนจากการศึกษาเป็นวิกฤตร่วมที่จะพบได้ในพื้นที่อื่น (เช่น การแพร่ระบาด COVID-19 ลักษณะผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ข้อจำกัดทางด้านกฎหมาย) แต่บริบทภูมิประเทศ สังคม ระดับความพร้อมของทรัพยากร วัฒนธรรมองค์กร และนโยบายในระดับองค์กร เครือข่าย หรือผลกระทบจากปัจจัยอื่น ๆ อาจมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ และย่อมมีผลต่อรูปแบบการปรับตัวของโรงพยาบาล การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่กว้างขึ้นเพื่อให้ได้ภาพสถานการณ์ของประเทศ และมีโอกาสเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโรงพยาบาลและระดับพื้นที่

3) การประยุกต์ใช้แนวคิดความสามารถของระบบในการรู้รับปรับตัวและฟื้นกลับคืนยังมีจำกัด ข้อคำถามในการศึกษานี้จึงใช้คำถามปลายเปิดเป็นหลัก ร่วมกับคำถาม

ปลายปิดบางส่วน ซึ่งพบว่าช่วยให้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูล และขยายความในรายละเอียดภายใต้แต่ละประเด็นได้ อย่างไรก็ดีตาม คำถามปลายเปิดในรูปแบบสอบถามออนไลน์ มีข้อจำกัดของการได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการนำเชื่อถือ ผู้ตอบ อาจตีความคำถามได้หลายแง่มุม โดยผู้วิจัยไม่สามารถ อธิบายขยายความได้ และคำตอบที่ขาดรายละเอียดอาจทำให้ผู้วิจัยวิเคราะห์ตีความได้คลาดเคลื่อน ทั้งนี้ แม้ในระดับสากลจะมีความพยายามพัฒนาชุดตัวชี้วัด (59) และ แนวทางการทดสอบความสามารถของระบบ (20) แต่ยังเป็นระยะเริ่มต้นและยังมีข้อโต้แย้งในเชิงฐานคิด (36) การศึกษาครั้งถัดไปอาจใช้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนารอบแนวคิดในการติดตามประเมิน ความสามารถของระบบในการรับรู้ปรับตัวและฟื้นกลับคืน ที่เหมาะกับบริบทและความท้าทายของการบริการ MMT ของไทยต่อไป

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขต บริการสุขภาพที่ 1 และ 2 ที่ให้บริการ MMT มาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เผชิญความท้าทายหลายรูปแบบทั้ง จากภายในและภายนอกกระบวนการบริการสุขภาพ โรงพยาบาล จัดการกับความท้าทายเหล่านี้ผ่านการปรับองค์ประกอบ ต่าง ๆ ภายในระบบบริการเป็นหลัก ตามศักยภาพและ ทรัพยากรที่มี เช่น ปรับแผนและพัฒนากำลังคน ปรับแนว ปฏิบัติงานให้ลดความเสี่ยง เพิ่มความยืดหยุ่น และปรับ รูปแบบการให้บริการ บางส่วนสามารถใช้ความร่วมมือกับ เครือข่ายในพื้นที่ อย่างไรก็ตามการจัดการส่วนใหญ่ยังอยู่ ในระดับซึมซับและปรับตัว ซึ่งเพียงพอสำหรับการรับมือกับ ความท้าทายแบบรวดเร็วรุนแรงจากปัจจัยภายนอกกระบวนการ บริการสุขภาพ แต่ยังขาดการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม ที่ จำเป็นสำหรับรับมือกับความท้าทายแบบกดดันเร่งรัดจาก ภายในระบบสุขภาพเอง

การเสริมสร้างความสามารถในการรับรู้ปรับตัว และฟื้นกลับคืน ควรเป็นวาระสำคัญของทุกระดับ ทั้ง โรงพยาบาล เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข เพราะ ระบบบริการสุขภาพไม่ได้หยุดนิ่งแต่เป็นส่วนหนึ่งของ ระบบสังคมและระบบนิเวศที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การเตรียมพร้อมรับมือความท้าทายจึงไม่ใช่แค่เพิ่ม ทรัพยากรให้คงบริการปกติได้ในภาวะวิกฤต แต่ต้องลงทุน ระยะยาวเพิ่มศักยภาพของระบบให้บริหารจัดการทรัพยากร

อย่างมีประสิทธิภาพในภาวะวิกฤต ซึ่งการสร้างควมไว้วางใจ และความสัมพันธ์กับชุมชนและเครือข่ายต่าง ๆ เป็นจุดคานา จัดสำคัญ (36) กระทรวงสาธารณสุข นอกจากสนับสนุน ทรัพยากร ควบลงทุนยกระดับความพร้อมของเขตบริการ สุขภาพและโรงพยาบาล เช่น กำหนดบทบาทหน้าที่การ ตัดสินใจในภาวะวิกฤต ลงทุนในระบบข้อมูล การวางแผน รับมือและซักซ้อม พัฒนาศักยภาพกำลังคน สนับสนุนการ ถอดบทเรียน และประสานงานหน่วยงานภายนอกเพื่อ ทบทวนนโยบายและกฎหมาย ให้เอื้อต่อการบริการ MMT เขต บริการสุขภาพควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามและ ประเมินผล แก่โรงพยาบาล โรงพยาบาลควรวิเคราะห์บริบท และใช้ข้อมูลเพื่อติดตามและประเมินความสามารถในระบบ ของตนเองเป็นระยะ รวมถึงขยายการมองเห็นกลไก ภายนอกโรงพยาบาล เช่น เครือข่ายชุมชนและองค์กรระดับ ท้องถิ่น เพื่อขยายศักยภาพการบริการ MMT ให้ยืดหยุ่น เข้าถึงง่าย ครอบคลุม เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ข้อมูล จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการ MMT ทุกท่านในเขต บริการสุขภาพที่ 1 และ 2 และขอขอบคุณทุนสนับสนุนการ ทำวิทยานิพนธ์จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. Patarakorn A, Nakayothinsakul Y, Kunatham S, Chawanich S, Makulchorn J, Kitchom P. Harm reduction. Samut Sakhon: Health Administration Division; 2017.
2. Kulayasiri R, Rungniraldorn T. Recommendations for the clinical management and treatment of substance-related disorders. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2015.
3. Lertpiriyasawat C, Charernsuk S, Thanprasertkul S, Oonnorn J. Methadone maintenance therapy and detoxification. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2009.
4. Department of Health Service Support. Service plan for addiction and substance abuse in Thailand. Nonthaburi: Health Administration Division; 2018.

5. Drug Treatment Network, Narcotics control management center [online]. 2021 [cited Aug 10, 2021]. Available from: antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmPublicReport/.
6. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Guidelines for methadone maintenance therapy in Thailand. Pathumthani: CU Print; 2015.
7. Tan MZY, Prager G, McClelland A, McClelland A. Healthcare resilience: a meta-narrative systematic review and synthesis of reviews. *BMJ Open* 2023; 13: e072136. doi: 10.1136/bmjopen-2023-072136.
8. Hayashi K, Ti L, Ayutthaya PPN, Suwannawong P, Kaplan K, Small W, et al. Barriers to retention in methadone maintenance therapy among people who inject drugs in Bangkok, Thailand: a mixed methods study. *Harm Reduct J* 2017; 14: 63. doi.org/10.1186/s12954-017-0189-3
9. Khazaee-Pool M, Moeeni M, Ponnet K, Fallahi A, Jahangiri L, Pashaei T. Perceived barriers to methadone maintenance treatment among Iranian opioid users. *Int J Equity Health* 2018; 17: 75. doi: 10.1186/s12939-018-0787-z.
10. Lin C, Lan C-W, Li L, Rou K. Service providers' adherence to methadone maintenance treatment protocol in China. *Int J Drug Policy* 2018; 56: 1-5. doi: 10.1016/j.drugpo.2018.02.018.
11. Lin C, Wu Z, Rou K, Pang L, Cao X, Shoptaw S, et al. Challenges in providing services in methadone maintenance therapy clinics in China: service providers' perceptions. *Int J Drug Policy* 2010; 21: 173-8. doi: 10.1016/j.drugpo.2009.09.002.
12. Nimsakul K, Suwannaprom P, Suttajit S. Complexity of implementing Harm Reduction Services in community hospitals: a two-phase qualitative study. *Thai J Pharm Sci* 2022; 46: 324- 34. doi: 10.56808/3027-7922.2577.
13. Wu F, Peng C-Y, Jiang H, Zhang R, Zhao M, Li J, et al. Methadone maintenance treatment in China: perceived challenges from the perspectives of service providers and patients. *J Public Health* 2013; 35: 206-12. doi: 10.1093/pubmed/fds079.
14. Yin W, Hao Y, Sun X, Gong X, Li F, Li J, et al. Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges. *Int J Epidemiol* 2010; 39: ii29-37. doi: 10.1093/ije/dyq210.
15. National Health Commission Office. Constitution on the National Health System No. 3 [online]. 2022 [cited Feb 29, 2024] . Available from: www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ChaterT3_final.pdf
16. Ministry of Public Health. Public health medical library 2018, 100-year edition. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2018.
17. European Observatory on Health Systems and Policies, Thomas S, Sagan A, Larkin J, Cylus J, Figueras J, et al. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. European Observatory Policy Briefs. Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization; 2020.
18. Turenne CP, Gautier L, Degroote S, Guillard E, Chabrol F, Ridde V. Conceptual analysis of health systems resilience: a scoping review. *Soc Sci Med* 2019; 232: 168- 80. Doi: 10.1016/j.socscimed.2019.04.020.
19. World Health Organization. An integrated approach to building health systems resilience [online]. 2023 [cited Jun 12, 2023]. Available from: openwho.org/courses/health-service-resilience.
20. Zimmermann J, McKee C, Karanikolos M, Cylus J. Strengthening health systems: a practical handbook for resilience testing. Paris: OECD Publishing; 2024.
21. World Health Organization. Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and

- beyond: WHO position paper. Geneva: World Health Organization; 2021.
22. Healthcare Accreditation Institute. HA national forum: impact forum convention center Muang Thong Thani. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute; 2022.
23. International Health Policy Program, Thailand. Guide for comprehensive understanding of health systems and policy. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2022.
24. Leerapan B, Suphanchaimat R, Thammawijaya P, Sornsrivichai V, Teekasap P, Jaichuen W, et al. Synthesize the susceptible-exposed-infectious-recovered (SEIR) model for epidemiological forecasting of the COVID-19 pandemic in Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022.
25. Leerapan B, Suphanchaimat R, Thammawijaya P, Sornsrivichai V, Teekasap P, Jaichuen W, et al. Systems dynamics modeling of the epidemic situations with vaccinating the anti-COVID-19 in Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2023.
26. Thomas S, Sagan A, Larkin J, Cylus J, Figueras J, Karanikolos M. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2020.
27. Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsis C, Lynch J, Hughes G, A'Court C, et al. Beyond adoption: a new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health and care technologies. *J Med Internet Res* 2017; 19: e367. doi: 10.2196/jmir.8775.
28. Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsis C, Lynch J, Hughes G, A'Court C, et al. Analysing the role of complexity in explaining the fortunes of technology programmes: empirical application of the NASSS framework. *BMC Medicine* 2018; 16: 66. doi: 10.1186/s12916-018-1050-6.
29. Horton TJ, Illingworth JH, Warburton WHP. Overcoming challenges in codifying and replicating complex health care interventions. *Health Aff (Millwood)* 2018; 37: 191- 7. doi: 10.1377/hlthaff.2017.1161.
30. Kermode M, Choudhurimayum RS, Rajkumar LS, Haregu T, Armstrong G. Retention and outcomes for clients attending a methadone clinic in a resource-constrained setting: a mixed methods prospective cohort study in Imphal, Northeast India. *Harm Reduct J* 2020; 17: 68. doi: 10.1186/s12954-020-00413-z.
31. Sapkota B, Tulachan P, Jajha S, Chapagai M. Factors influencing client retention in methadone maintenance treatment clinics in the Kathmandu Valley. *J Psychiatr Assoc Nepal* 2019; 8: 9-14. doi: 10.3126/jpan.v8i2.28018.
32. Yang F, Lin P, Li Y, Qun He QL, Fu X, Luo Y. Predictors of retention in community-based methadone maintenance treatment program in Pearl River Delta, China. *Harm Reduct J* 2013; 10: 3. doi: 10.1186/1477-7517-10-3.
33. Chaiwuti P, Intawong K, Boonchieng W. Self-efficacy of opioids dependent patients on retention in methadone maintenance treatment. *Academic Psychiatry and Psychology Journal* 2021; 37: 31-46.
34. Sooktong K, Suttajit S, Suwannaprom P. Situation of methadone maintenance therapy in hospitals in health regions 1 and 2. [submitted for publication]
35. Lincharearn A. Qualitative data analysis techniques. *Journal of Educational Measurement Mahasarakham University* 2012; 17: 17-29.
36. Witter S, Thomas S, Topp SM, Barasa E, Chopra M, Cobos D, et al. Health system resilience: a critical review and reconceptualisation. *Lancet Glob Health* 2023; 11: e1454-58. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00279-6

37. Figgatt MC, Salazar Z, Day E, Vincent L, Dasgupta N. Take-home dosing experiences among persons receiving methadone maintenance treatment during COVID-19. *J Subst Abuse Treat* 2021; 123: 108276. doi: 10.1016/j.jsat.2021.108276.
38. Johnson Q, Mund B, Joudrey PJ. Improving rural access to opioid treatment programs. *J Law Med Ethics* 2018; 46: 437- 9. doi: 10.1177/1073110518782951.
39. Leece P, Cavacuiti C, Macdonald EM, Gomes T, Kahan M, Srivastava A, et al. Predictors of opioid-related death during methadone therapy. *J Subst Abuse Treat* 2015; 57: 30- 5. doi: 10.1016/j.jsat.2015.04.008.
40. Modesto-Lowe V, Brooks D, Petry N. Methadone deaths: risk factors in pain and addicted populations. *J Gen Intern Med* 2009; 25: 305-9. doi: 10.1007/s11606-009-1225-0.
41. Brands B, Blake J, Marsh DC, Sproule B. The Impact of benzodiazepine use on methadone maintenance treatment outcomes. *J Addic Dis* 2015; 27: 37-48. doi: 10.1080/10550880802122620
42. Smye V, Browne AJ, Varcoe C, Josewski V. Harm reduction, methadone maintenance treatment and the root causes of health and social inequities: an intersectional lens in the Canadian context. *Harm Reduct J* 2011; 8: 17. doi: 10.1186/1477-7517-8-17
43. Glette MK, Ludlow K, Wiig S, Bates DW, Austin EE. Resilience perspective on healthcare professionals' adaptations to changes and challenges resulting from the COVID-19 pandemic: a meta-synthesis. *BMJ Open* 2023; 13: e071828. doi: 10.1136/bmjopen-2023-071828.
44. Suen L, Nguyen O, Knight K. Learning from COVID-19: How pandemic-era policies for methadone prescribing could improve opioid treatment. California: California Health Care Foundation; 2022
45. Hunter SB, Dopp AR, Ober AJ, Uscher-Pines L. Clinician perspectives on methadone service delivery and the use of telemedicine during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *J Subst Abuse Treat* 2021; 124: 108288. doi: 10.1016/j.jsat.2021.108288.
46. Krawczyk N, Rivera BD, Levin E, Dooling BCE. Synthesising evidence of the effects of COVID-19 regulatory changes on methadone treatment for opioid use disorder: implications for policy. *Lancet Public Health* 2023; 8: e238-46. doi: 10.1016/S2468-2667(23)00023-3.
47. Suen LW, Castellanos S, Joshi N, Satterwhite S, Knight KR. "The idea is to help people achieve greater success and liberty": a qualitative study of expanded methadone take-home access in opioid use disorder treatment. *Subst Abus* 2022; 43: 1143–50. doi: 10.1080/08897077.2022.2060438.
48. Kleinman RA, Sanches M. Methadone-involved overdose deaths in the United States before and during the COVID-19 pandemic. *Drug Alcohol Depend* 2023; 242: 109703. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2022.109703.
49. Hatch-Maillette MA, Peavy KM, Tsui JI, Banta-Green CJ, Woolworth S, Grekin P. Re-thinking patient stability for methadone in opioid treatment programs during a global pandemic: provider perspectives. *J Subst Abuse Treat* 2021; 124: 108223. doi: 10.1016/j.jsat.2020.108223.
50. Levander XA, Hoffman KA, McIlveen JW, McCarty D, Terashima JP, Korthuis PT. Rural opioid treatment program patient perspectives on take-home methadone policy changes during COVID-19: a qualitative thematic analysis. *Addict Sci Clin Pract* 2021; 16: 72. doi: 10.1186/s13722-021-00281-3.
51. Treitler PC, Bowden CF, Lloyd J, Enich M, Nyaku AN, Crystal S. Perspectives of opioid use disorder treatment providers during COVID-19: adapting to flexibilities and sustaining reforms. *J Subst Abuse Treat* 2021; 132: 108514. doi: 10.1016/j.jsat.2021.108514.
52. Office of the National Economic and Social Development Board and Office of the Prime

- Minister. The thirteenth National Economic and Social Development Plan (2023- 2027) [online]. 2023 [cited Feb 29, 2024] Available from: [www.nesdc.go. th/main.php?filename=plan13](http://www.nesdc.go.th/main.php?filename=plan13).
53. Copeland S, Hinrichs-Krapels S, Fecondo F, Santizo ER, Bal R, Comes T. A resilience view on health system resilience: a scoping review of empirical studies and reviews. *BMC Health Serv Res* 2023; 23: 1297. doi: 10.1186/s12913-023-10022-8.
54. Dooley J, Asbridge M, Fraser J, Kirkland S. Physicians' attitudes towards office-based delivery of methadone maintenance therapy: results from a cross-sectional survey of Nova Scotia primary-care physicians. *Harm Reduct J* 2012; 13: 20. doi: 10.1186/1477-7517-9-20.
55. Luo S, Lin C, Feng N, Wu Z, Li L. Stigma towards people who use drugs: A case vignette study in methadone maintenance treatment clinics in China. *Int J Drug Policy* 2019; 71: 73- 7. doi: 10.1016/j.drugpo.2019.06.005.
56. Deren S, Kang S-Y, Mino M, Seewald RM. Attitudes of methadone program staff toward provision of harm-reduction and other services. *J Addict Med* 2012; 5: 289- 92. doi: 10.1097/ADM.0b013e31821dc61a.
57. World Health Organization. An integrated approach to building health systems resilience [online]. 2024 [cited Apr 1, 2024]. Available from: [openwho.org/ courses/health-service-resilience](https://openwho.org/courses/health-service-resilience).
58. Calcaterra SL, Dafoe A, Tietbohl C, Thurman L, Bredenberg E. Unintended consequences of methadone regulation for opioid use disorder treatment among hospitalized patients. *J Hosp Med* 2024; 19: 460-7. doi: 10.1002/jhm.13329.
59. World Health Organization. Health system resilience indicators: an integrated package for measuring and monitoring health system resilience in countries. Geneva: World Health Organization; 2024.