เวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด: กลไกพัฒนากำลังคนและระบบบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้มีปัญหาการเสพติดในประเทศไทย

โภคิน ศักรินทร์กุล[1]

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงกรอบนโยบายยาเสพติดของประเทศไทยภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ทำให้ระบบสุขภาพมีบทบาทเพิ่มขึ้นตั้งแต่การคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ ไปจนถึงการฟื้นฟูสภาพทางสังคม ขณะที่ความต้องการบริการมีความซับซ้อนและกระจายตัวในทุกระดับบริการ บทความวิชาการนี้สังเคราะห์ประเด็นจากการหารือเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลการดำเนินงานของหลักสูตร และหลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด พ.ศ. 2569 ร่วมกับหลักฐานวิชาการที่สืบค้นได้จริง เพื่อเสนอกรอบการใช้เวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติดเป็นกลไกเชื่อมการพัฒนากำลังคนกับการพัฒนาระบบบริการ สาระสำคัญประกอบด้วย 1) การผลิตแพทย์ที่มีสมรรถนะด้านการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประชากร 2) การฝึกแบบใช้การปฏิบัติงานจริงเป็นฐาน ควบคู่ระบบพี่เลี้ยงและการประเมินกิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อถือไว้ใจได้ 3) การเชื่อมเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน มินิธัญญารักษ์ หน่วยบริการเฉพาะทาง และภาคีภายนอกระบบสุขภาพ 4) การใช้ระบบข้อมูลดิจิทัลและการคืนข้อมูลเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการ และ 5) การพัฒนากลไกการเงินและสิทธิประโยชน์ที่สนับสนุนการเข้าถึงการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักฐานจากต่างประเทศสนับสนุนว่าการฝึกอบรมด้านการเสพติดที่มีโครงสร้างและเชื่อมกับงานปฐมภูมิสามารถเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ และความพร้อมของบุคลากรในการดูแลผู้มีความผิดปกติจากการใช้สารได้ อย่างไรก็ตาม การขยายผลในประเทศไทยควรดำเนินควบคู่กับมาตรฐานสถาบันฝึกอบรม ระบบกำกับคุณภาพ การจัดสรรกำลังคน และการประเมินผลลัพธ์ระดับผู้ป่วยและระบบบริการอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การบำบัดรักษา, การพัฒนากำลังคน, ระบบบริการสุขภาพ, เวชศาสตร์ครอบครัว, เวชศาสตร์การเสพติด

[1] แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน
Corresponding author; E-mail: sakarinkhul@gmail.com

Addiction Family Medicine: A Workforce and Health-System Development Mechanism for Treatment and Rehabilitation of Substance Use Disorders in Thailand

Pokin Sakarinkhul[1]

Abstract

Thailand's Narcotics Code B.E. 2564 (2021) has strengthened the role of the health sector across screening, treatment, rehabilitation, and social recovery for people affected by substance use. This academic article synthesizes policy discussions within the Ministry of Public Health, implementation data from the Addiction Family Medicine training program, and the 2026 Training Curriculum for the Certificate of Medical Proficiency in Addiction Family Medicine, together with verifiable academic evidence. We propose Addiction Family Medicine as a mechanism linking workforce development with service-system transformation. Key elements include: competency-based training for comprehensive and continuous care across individuals, families, communities, and populations; practice-based learning supported by supervision and entrustable professional activities; linkage among primary care, community hospitals, Mini-Thanyarak services, specialized addiction services, and external partners; use of digital information systems and managerial feedback loops; and health-financing mechanisms that support equitable access to evidence-based care. International evidence indicates that structured addiction training embedded in primary care can improve clinicians' knowledge, confidence, attitudes, and readiness to deliver substance use disorder care. For Thailand, scaling up this approach should be accompanied by accredited training networks, faculty development, workforce deployment plans, quality assurance, interoperable information systems, and outcome evaluation at patient, service, and population levels. Addiction Family Medicine therefore has potential to serve not merely as a postgraduate training program, but as a strategic platform for building an integrated, community-oriented, and sustainable national addiction care system.

Keywords: Addiction medicine, Family medicine, Health services, Substance use disorders, Workforce development

[1] Addiction Family Medicine Physician, Lamphun Provincial Health Office
Corresponding author; E-mail: sakarinkhul@gmail.com

บทนำ

ปัญหาการเสพติดเป็นปัญหาสุขภาพและสังคมที่มีความเชื่อมโยงกับโรคทางกาย โรคทางจิตเวช ความรุนแรง การสูญเสียผลิตภาพ และผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย พ.ศ. 2567 ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเผยแพร่ สะท้อนว่าปัญหาการใช้สารยังคงมีขนาดใหญ่และมีผู้ใช้จำนวนหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย[1] ในระดับสากล องค์การอนามัยโลกและสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติเน้นให้การรักษาความผิดปกติจากการใช้สารเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและสวัสดิการสังคมตามปกติ โดยยึดหลักการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มีจริยธรรม เคารพสิทธิ และเชื่อมต่อบริการอย่างต่อเนื่อง[2]

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างสำคัญภายหลังการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งวางกรอบให้การดูแลผู้ใช้ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดมุ่งสู่การคัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และฟื้นฟูสภาพทางสังคมมากขึ้น[3] ผลของการเปลี่ยนผ่านดังกล่าวทำให้ระบบบริการสุขภาพต้องรองรับผู้ป่วยในพื้นที่มากขึ้น ขณะเดียวกันบริการเฉพาะทางด้านการเสพติดยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนสถานบริการและบุคลากร จึงเกิดแนวทางขยายบริการผ่านโรงพยาบาลชุมชนและรูปแบบ “มินิธัญญารักษ์” ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้ใกล้บ้าน

หลักสูตรเพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด จึงเกิดขึ้นบนฐานคิดว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์ที่ปฏิบัติงานในระบบบริการระดับพื้นที่มีจุดแข็งด้านการดูแลแบบองค์รวม ความต่อเนื่องการทำงานกับครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการประสานบริการระหว่างระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์บทบาทของเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติดในฐานะกลไกพัฒนากำลังคนและระบบบริการของประเทศ โดยเชื่อมโยงข้อมูลจากการดำเนินงานหลักสูตร การปรับหลักสูตร พ.ศ. 2569 และประเด็นหารือเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกับหลักฐานวิชาการร่วมสมัย

1. ช่องว่างของระบบบริการและเหตุผลของการพัฒนากำลังคนด้านเวชศาสตร์การเสพติด

ระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้มีปัญหาการเสพติดต้องเผชิญทั้งปริมาณผู้รับบริการ ความซับซ้อนของโรคร่วม และความจำเป็นในการติดตามต่อเนื่องระยะยาว หากระบบพึ่งพาหน่วยบริการเฉพาะทางเพียงระดับตติยภูมิจะเกิดข้อจำกัดด้านการเข้าถึง การเดินทาง ความต่อเนื่อง และการส่งต่อกลับสู่ชุมชน แนวคิดการกระจายบริการสู่ระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชนจึงสอดคล้องกับมาตรฐานสากลที่เสนอให้มีระบบรักษาหลายระดับ เชื่อมโยงกัน และตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย[2]

หลักฐานจากต่างประเทศชี้ว่าบุคลากรปฐมภูมิมักมีโอกาสพบผู้มีความผิดปกติจากการใช้สารตั้งแต่ระยะเริ่มต้น แต่ความรู้และความมั่นใจในการดูแลอาจไม่เพียงพอ การฝึกอบรมแบบมีโครงสร้างจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการขยายกำลังคน Welsh และคณะรายงานโปรแกรมฝึกอบรมหนึ่งปีสำหรับบุคลากรปฐมภูมิ ซึ่งทำให้ความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[4] ขณะที่ Canver และคณะพบว่าการจัดหลักสูตรการเสพติดแบบต่อเนื่องในแพทย์ประจำบ้านช่วยเพิ่มความมั่นใจ

ในการดูแลและส่งเสริมบทบาทของแพทย์ในการลดการตีตราผู้ป่วย[5]

2. โครงสร้างของหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด พ.ศ. 2569

หลักสูตร พ.ศ. 2569 กำหนดระยะเวลาฝึกอบรม 1 ปี และรับแพทย์ที่มีวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวหรือสาขาอื่นที่มีภารกิจเกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเสพติด โดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยและกรมการแพทย์ร่วมรับผิดชอบ โครงสร้างหลักสูตรยึดการฝึกแบบใช้การปฏิบัติงานจริงเป็นฐาน (practice-based training) ผู้เรียนได้ฝึกทั้งในสถาบันเครือข่ายและพื้นที่ปฏิบัติงานของตน เพื่อให้การเรียนรู้เชื่อมกับปัญหาจริงของระบบบริการ

สมรรถนะหลักครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การบริบาลผู้ป่วย ความรู้และทักษะหัตถการเวชกรรม ทักษะระหว่างบุคคลและการสื่อสาร การเรียนรู้และพัฒนาจากฐานการปฏิบัติ ความเป็นมืออาชีพ และการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ หลักสูตรยังใช้กิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อถือไว้ใจได้ (Entrustable Professional Activities: EPA) 8 ด้าน ตั้งแต่การส่งเสริมป้องกัน การประเมินและบำบัดความผิดปกติจากการใช้สารและพฤติกรรมการเสพติด การดูแลภาวะวิกฤต การสื่อสารเพื่อลดการตีตรา การฟื้นฟูทางจิตสังคม การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม ไปจนถึงการบูรณาการระบบบริการและการบริหารคุณภาพ

สาระการฝึกอบรมบูรณาการองค์ความรู้เวชศาสตร์ครอบครัวกับกรอบ Universal Treatment Curriculum, Universal Prevention Curriculum และ Universal Recovery Curriculum รวมทั้งการดูแลโรคร่วมทางกายและจิตเวช การบริหารโรงพยาบาล กฎหมาย จริยธรรม คุณภาพและความปลอดภัย และการใช้ข้อมูล รูปแบบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวทางสากลที่ให้ความสำคัญกับการดูแลครบวงจร ตั้งแต่การป้องกัน การรักษา ไปจนถึงการฟื้นตัวและคืนสู่สังคม[2,6]

3. เครือข่ายฝึกอบรมและผลผลิตระยะแรก

ข้อมูลการดำเนินงานของหลักสูตร ณ วันที่ 27 กรกฎาคม 2569 ระบุว่า หลักสูตรได้รับการรับรองจากแพทยสภาตั้งแต่ พ.ศ. 2565 และเริ่มรับผู้เข้าฝึกอบรมตั้งแต่ปีการศึกษา 2566 กรมการแพทย์สนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรและอาจารย์อย่างต่อเนื่อง โดยมีเครือข่ายฝึกอบรม 4 ภูมิภาค ประกอบด้วย ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เชื่อมหน่วยบริการเฉพาะทางด้านการเสพติดกับคณะแพทยศาสตร์และโรงพยาบาลในพื้นที่ มีผู้ผ่านการฝึกอบรมแล้ว 14 คน และระบุเครือข่ายผู้เข้าร่วม 4 รุ่นรวม 17 คน โดยปีการศึกษา 2569 มีผู้เข้ารับการฝึกอบรม 7 คน บุคลากรมีพื้นฐานทั้งเวชศาสตร์ครอบครัว อายุรศาสตร์ จิตเวชศาสตร์ และงานจิตเวชชุมชน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอำเภอ มินิธัญญารักษ์ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนทิศทางการสร้างกำลังคนแบบกระจายตัวในพื้นที่มากกว่าการรวมศูนย์อยู่ในสถาบันเฉพาะทาง

อย่างไรก็ดี ผลผลิตเชิงจำนวนเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับประเมินความสำเร็จของนโยบาย หลักสูตรควรติดตามผลลัพธ์หลังสำเร็จการฝึกอบรม เช่น สถานที่ปฏิบัติงานจริง การคงอยู่ในพื้นที่ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการ ความต่อเนื่องของการรักษา คุณภาพการส่งต่อ ความสามารถในการลดการตีตรา และบทบาทในการพัฒนาระบบบริการ การศึกษาต่างประเทศสนับสนุนว่าการฝึกอบรมการเสพติดในบริบทปฐมภูมิสามารถเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ และความตั้งใจนำแนวทางการรักษาไปใช้จริง[4,7]

4. การเชื่อมหลักสูตรกับมินิธัญญารักษ์และระบบบริการระดับพื้นที่

หลักสูตรฯ ฉบับ พ.ศ. 2569 ระบุความเชื่อมโยงกับการขยาย “มินิธัญญารักษ์” อย่างชัดเจน โดยมองว่าผู้เข้าฝึกอบรมควรสามารถทำงานในระบบปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน และเครือข่ายบริการที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังพ้นระยะวิกฤต การฝึกในพื้นที่ภายใต้ระบบพี่เลี้ยงทางไกลช่วยลดข้อจำกัดที่ผู้เรียนต้องออกจากหน่วยงานต้นสังกัดเป็นเวลานาน และทำให้การเรียนรู้เกิดขึ้นพร้อมกับการพัฒนาระบบจริงของพื้นที่

แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยการพัฒนากำลังคนแบบผสมผสานที่ใช้การเรียนรู้ออนไลน์ การนิเทศ และการเรียนรู้จากผู้ป่วยจริง ซึ่งสามารถเพิ่มความรู้และความมั่นใจของบุคลากรได้[7] และสอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้แบบทีมในปฐมภูมิที่ใช้การประชุมทางไกลเพื่อเชื่อมผู้เชี่ยวชาญกับทีมพื้นที่[8] สำหรับประเทศไทย จุดแข็งของรูปแบบนี้คือการใช้หน่วยบริการจริงเป็นทั้งพื้นที่ฝึกและพื้นที่เปลี่ยนแปลงระบบบริการในเวลาเดียวกัน

5. เวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติดกับการพัฒนาระบบข้อมูลและการบริหารจัดการ

การพัฒนาระบบบริการยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุขมิได้จำกัดอยู่เฉพาะการเพิ่มเตียงหรือขยายสถานบริการ แต่ต้องพัฒนาระบบข้อมูลให้สนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารและการประสานบริการด้วย ข้อเสนอสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาแดชบอร์ดสถานะเตียง การเชื่อมข้อมูลการบำบัดกับระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ การเชื่อมบริการดิจิทัลกับแพลตฟอร์มสุขภาพของกระทรวง และการจัดระบบคืนข้อมูลแก่เขตสุขภาพและจังหวัดอย่างสม่ำเสมอ

ในมุมของการพัฒนากำลังคน ประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับสมรรถนะด้าน system-based practice ของหลักสูตร ซึ่งกำหนดให้แพทย์สามารถทำงานกับระบบบริการ กฎหมาย เครือข่าย คุณภาพ ความปลอดภัย และข้อมูลสุขภาพได้ ดังนั้นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติดควรทำหน้าที่มากกว่าผู้รักษารายบุคคล แต่เป็น clinical system leader ที่สามารถใช้ข้อมูลเพื่อค้นหาช่องว่างบริการ วางแผนทรัพยากร เชื่อมต่อการส่งต่อ และร่วมพัฒนาคุณภาพในระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ

การมีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกันยังเป็นเงื่อนไขของการประเมินผลลัพธ์ระดับระบบ เช่น ระยะเวลารอรับบริการ อัตราการส่งต่อสำเร็จ การคงอยู่ในระบบบำบัด การกลับเข้าสู่บริการหลังขาดนัด และการเชื่อมต่อสู่การฟื้นฟูทางสังคม ข้อมูลเหล่านี้ควรนำกลับมาใช้ทั้งเพื่อบริหารบริการและเพื่อปรับปรุงหลักสูตรตามวงจรคุณภาพ

6. การบูรณาการกับภาคีภายนอกระบบสุขภาพ

การดูแลผู้มีปัญหาการเสพติดเกี่ยวข้องกับหลายระบบ ทั้งสาธารณสุข กระบวนการยุติธรรม การปกครองท้องถิ่น การคุ้มครองทางสังคม ครอบครัว และชุมชน ประเด็นหารือปี 2568 เสนอให้มีการวางกระบวนงานและข้อตกลงร่วมระหว่างระบบสุขภาพกับศาล คุมประพฤติ ตำรวจ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การส่งต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นไปอย่างมีธรรมาภิบาล

หลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติดมีองค์ประกอบด้านการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ การประสานเครือข่าย การฟื้นฟู และการปฏิบัติงานตามระบบสุขภาพ จึงเอื้อต่อการสร้างแพทย์ที่เข้าใจทั้งภาษาทางคลินิกและภาษาของระบบงาน บทบาทดังกล่าวมีความสำคัญต่อการลดรอยต่อระหว่าง “การรักษา” กับ “การคืนสู่สังคม” และทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องมากกว่าการจบลงเมื่อพ้นจากหอผู้ป่วยหรือสถานบำบัด

7. กลไกการเงินและสิทธิประโยชน์เพื่อความยั่งยืนของบริการ

ข้อมูลการดำเนินงานของหลักสูตรในเดือนกรกฎาคม 2569 เสนอให้ระบบหลักประกันสุขภาพพิจารณาขยายสิทธิประโยชน์สำหรับการบำบัดรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ภายใต้ระบบกำกับทางคลินิก กฎหมาย และมาตรฐานคุณภาพที่เหมาะสม สาระสำคัญเชิงระบบคือการทำให้บริการที่มีประสิทธิผลสามารถเข้าถึงได้ในบริการประจำ ลดภาระการเดินทาง และเชื่อมต่อกับการดูแลทางจิตสังคมและการติดตามระยะยาว

องค์การอนามัยโลกและสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติสนับสนุนให้การรักษาความผิดปกติจากการใช้สารเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพตามปกติ โดยเชื่อมการดูแลทางการแพทย์ การดูแลทางจิตสังคม และการฟื้นตัวอย่างต่อเนื่อง[2] ประเด็นสำหรับประเทศไทยจึงควรเน้นการออกแบบสิทธิประโยชน์ มาตรฐานบริการ ระบบติดตามคุณภาพ และการกระจายผู้ให้บริการที่มีสมรรถนะ มากกว่าการพึ่งโครงการเฉพาะกิจระยะสั้น

8. กรอบยุทธศาสตร์การใช้ Addiction Family Medicine เพื่อยกระดับระบบประเทศ

จากการสังเคราะห์เอกสารและหลักฐาน สามารถเสนอกรอบยุทธศาสตร์ 5 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ หนึ่ง การกำหนดแผนกำลังคนโดยอิงภาระโรคและช่องว่างบริการของแต่ละเขตสุขภาพ สอง การพัฒนาเครือข่ายสถาบันฝึกอบรมและอาจารย์ให้ครอบคลุมภูมิภาค สาม การผูกการฝึกอบรมกับพื้นที่บริการจริงและมินิธัญญารักษ์ เพื่อให้เกิด service transformation สี่ การเชื่อมข้อมูล การเงิน คุณภาพ และการประเมินผลเข้ากับบทบาทของผู้สำเร็จการฝึกอบรม และห้า การสร้างเส้นทางความก้าวหน้าทางวิชาชีพและระบบสนับสนุนให้แพทย์คงอยู่ในงานด้านการเสพติด

การดำเนินการทั้ง 5 องค์ประกอบควรใช้ตัวชี้วัดหลายระดับ ได้แก่ ระดับผู้เรียน ระดับผู้ป่วย ระดับหน่วยบริการ และระดับระบบ ระดับผู้เรียนควรประเมินสมรรถนะจริงและการคงอยู่ในงาน ระดับผู้ป่วยควรประเมินการเข้าถึง ความต่อเนื่อง ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิต ระดับหน่วยบริการควรประเมินความพร้อม คุณภาพการส่งต่อ และการใช้ข้อมูล ส่วนระดับระบบควรประเมินความครอบคลุมของกำลังคน ความเสมอภาคระหว่างพื้นที่ และความยั่งยืนด้านการเงิน

บทสรุป

เวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติดมีศักยภาพเป็นมากกว่าหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์เฉพาะด้าน แต่สามารถทำหน้าที่เป็นกลไกเชิงยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพ เพื่อกระจายความเชี่ยวชาญด้านการเสพติดไปสู่ระดับพื้นที่ เชื่อมบริการปฐมภูมิกับมินิธัญญารักษ์และหน่วยบริการเฉพาะทาง รวมทั้งสร้างบุคลากรที่สามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทำงานกับครอบครัวและชุมชน ใช้ข้อมูลเพื่อบริหารระบบ และประสานเครือข่ายข้ามหน่วยงานได้

หลักสูตร พ.ศ. 2569 ได้วางฐานด้านสมรรถนะการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ระบบพี่เลี้ยง EPA และการประกันคุณภาพไว้ค่อนข้างครบถ้วน ความท้าทายระยะต่อไปจึงอยู่ที่การขยายจำนวนและการกระจายผู้สำเร็จการฝึกอบรม การทำให้เครือข่ายฝึกอบรมมีมาตรฐานสม่ำเสมอ การเชื่อมผลผลิตของหลักสูตรกับตำแหน่งงานและภารกิจในระบบบริการ และการพิสูจน์ผลลัพธ์ว่าการลงทุนด้านกำลังคนดังกล่าวช่วยเพิ่มการเข้าถึง คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความเสมอภาคของบริการยาเสพติดได้จริง

ข้อเสนอแนะ

กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติดเป็นหนึ่งในกลไกกำลังคนของ Service Plan ด้านยาเสพติด โดยจัดทำแผนความต้องการแพทย์รายเขตสุขภาพและเชื่อมจำนวนผู้เข้าฝึกอบรมกับภาระงานจริงของพื้นที่ พร้อมพัฒนาสถาบันฝึกอบรมร่วมที่เชื่อมมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลธัญญารักษ์ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

ควรจัดให้มีระบบติดตามผู้สำเร็จการฝึกอบรมอย่างน้อย 3-5 ปี เพื่อประเมินการคงอยู่ในงาน ผลลัพธ์บริการ และบทบาทในการพัฒนาระบบ พร้อมใช้ข้อมูลดังกล่าวทบทวนหลักสูตรอย่างเป็นระบบ รวมถึงเชื่อมฐานข้อมูลบริการกับแดชบอร์ดเพื่อประเมินผลลัพธ์ที่สำคัญของผู้ป่วยและหน่วยบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพและกองทุนสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรร่วมกับหน่วยงานวิชาการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์และกลไกจ่ายชดเชยที่สนับสนุนการรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ การติดตามต่อเนื่อง การดูแลทางจิตสังคม และการฟื้นฟูในชุมชน โดยมีมาตรฐานคุณภาพและการกำกับด้านความปลอดภัยที่ชัดเจน

ในระดับวิชาการ ควรพัฒนางานวิจัยแบบหลายสถาบันเพื่อประเมินทั้งผลลัพธ์การฝึกอบรม ผลลัพธ์ผู้ป่วย และความคุ้มค่าของรูปแบบบริการ เพื่อให้การขยายหลักสูตรและบริการในอนาคตอาศัยข้อมูลประเทศไทยเป็นฐาน ไม่พึ่งพาหลักฐานจากต่างประเทศเพียงอย่างเดียว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวการเสพติด ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานและเครือข่ายบริการที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้มีปัญหาการเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการสำรวจครัวเรือน เพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติด ปี พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.oncb.go.th/report-research/
2. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.oncb.go.th/media/knowledge/narcotics-prevention-education/351

4. Welsh JW, Masoumirad M, Delisi S, Garcia C, Rivera J, McCord E, et al. Primary Care Training and Education in Addiction Medicine Fellowship: expanding the addiction medicine workforce. BMC Med Educ. 2025;25(1):992. doi:10.1186/s12909-025-07494-z.
5. Canver B, Liptak A, Clark K, Tetrault JM, Holt SR. Preparing physicians to treat addiction: inclusion of dedicated addiction training during internal medicine residency. Subst Use Addctn J. 2024;45(3):408-414. doi:10.1177/29767342231224978.
6. United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization. International standards on drug use prevention. 2nd updated ed. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2018.
7. Zoorob R, Kim-Vences SI, Hirth JM, Schaper K, Grigoryan L, Gonzalez S, et al. Asynchronous online training increased knowledge, confidence, and intent to screen and treat substance use disorders among primary care clinicians practicing in Texas. Prev Med. 2024;185:108038. doi:10.1016/j.ypmed.2024.108038.
8. Lutgen C, Callen EF, Robertson E, Clay TL, Gaona G, Cates-Wessel K, et al. Assessment of primary care team-based learning sessions for opioid use disorder. Am J Addict. 2025. doi:10.1111/ajad.70050.