



การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)

สาขายาเสพติด

เขตบริการสุขภาพที่ 6

# สถานการณ์ : ยาเสพติดยังคงเป็นภัยคุกคามทางสุขภาพ



➤ ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในเขตบริการสุขภาพที่ 6

@ สถานการณ์ด้านผู้ค้า มีผู้ค้ารายย่อยที่พัฒนามาจากการเป็นผู้เสพ/ผู้ติด

@ สถานการณ์ด้านผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด พบว่ายังมีการใช้ยาเสพติดทั้งรายใหม่ และ การกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัดรักษา

➤ มีการพบการใช้สารทดแทนยาเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา และมีปัญหาการใช้ยา ผิดวัตถุประสงค์เพิ่มขึ้น

➤ ในปี 2561 – 2563 พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษา เป็นประชากรกลุ่มวัยรุ่น อายุระหว่าง 18 – 24 ปี มากที่สุด ร้อยละ 29.75 (มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น) รองลงมาเป็น ประชากรกลุ่มวัยทำงาน อายุระหว่าง 25 – 29 ปี ร้อยละ 18.49

@ อาชีพ เป็นผู้ใช้แรงงาน มากที่สุด ร้อยละ 32.63 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 21.47

@ ชนิดของยาเสพติดที่แพร่ระบาด ได้แก่ ยาบ้า กัญชา ไอซ์ และ ยาเค ตามลำดับ



# ระบบการจัดการด้านการบำบัดรักษา ฟันผุผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓



# สิ่งที่มุ่งเน้นในการดำเนินงานยาเสพติด ปีงบประมาณ 2563

1.1

เน้นการ**ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มประชากรช่วงวัย ระหว่าง 15 – 24 ปี** ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดต่อปัญหายาเสพติด

1.2

**ลดวงจรด้านอุปทาน (Supply)** โดยการสกัดกั้นยาเสพติดจากนอกประเทศ ตามแนวชายแดน การปราบปรามการค้าและการแพร่ระบาดของยาเสพติดในทุกพื้นที่

1.3

**ลดวงจรด้านอุปสงค์ (Demand)** โดยการตัดวงจรรายใหม่ การป้องกันยาเสพติด แบบตรงเป้าหมาย การบำบัดรักษา ลดการกระทำผิดซ้ำ การติดตาม ช่วยเหลือ และสร้างภูมิคุ้มกัน ให้กับบุคคล ชุมชน และสังคม

1.4

**การลดความรุนแรงและผลกระทบ**ของปัญหายาเสพติดที่สร้างความเดือดร้อนให้กับชุมชนและสังคม





โครงการราชดำริและโครงการสำคัญ(พื้นที่พิเศษ) 2563

## TO BE NUMBER ONE (ใครติดยายกมือขึ้น)

- ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้สมัครสมาชิก เข้าร่วมเป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE และบันทึกสถานะสมาชิกในระบบ บสต.

(เมนูขั้นตอนการคัดกรอง ข้อ 1.1ของระบบ บสต.)

- ศูนย์เพื่อนใจ / แกนนำ : ชวนฝึกคิด แก้ปัญหา พัฒนา E.Q.
- การดูแลช่วยเหลือ ชักนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ฟื้นฟู
- การให้โอกาส การชื่นชมในการทำดี/กล้าทำ
- ชักชวนเข้าร่วมกิจกรรมสังคม / ใช้เวลาให้เกิดประโยชน์



## ตัวชี้วัดแผนบูรณาการ (ด้านการบำบัดรักษา) :

- KPI 1 : ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อนความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง
- KPI 2 : ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)

## ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข : (ใช้ในการตรวจราชการ)

- KPI 1 : ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)
- KPI 2 : ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อนความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง 1 ปี

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการรักษาและติดตามดูแล ปี 63 (Retention Rate) กระทรวงสาธารณสุข เขต 6  
ระหว่าง วันที่ 1 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563 ข้อมูล ณ วันที่ 6/24/2020

จังหวัด	จำนวนผู้เสพ ผู้ใช้และผู้ติดยาเสพติด ที่รับการรักษาติดตามดูแล ต่อเนื่อง 1 ปีหลังจำหน่าย(คน)			ผู้ติดยาเสพติดที่จำหน่าย ทุกประเภทในปี2562 (คน)			Retention rate A/B x100 (ร้อยละ)		
	สมัครใจ	บังคับบำบัด	รวม	สมัครใจ	บังคับบำบัด	รวม	สมัครใจ	บังคับบำบัด	รวม
จันทบุรี	42	202	244	75	572	647	56.00	35.31	37.71
ฉะเชิงเทรา	87	150	237	225	647	872	38.67	23.18	27.17
ชลบุรี	405	42	447	1229	1719	2948	32.95	2.44	15.16
ตราด	80	69	149	154	213	367	51.95	32.39	40.59
ปราจีนบุรี	98	108	206	168	540	708	58.33	20.00	29.09
ระยอง	280	240	520	410	1018	1428	68.29	23.58	36.41
สมุทรปราการ	53	88	141	133	363	496	39.85	24.24	28.42
สระแก้ว	388	198	586	466	555	1021	83.26	35.68	57.39
รวม	1433	1097	2530	2860	5627	8487	50.10	19.50	29.81

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมินบำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือ

ตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ปี 63 (SMIV) ทั้งหมด กระทรวงสาธารณสุข เขต 6

ข้อมูล ณ วันที่ 6/24/2020 ระหว่าง วันที่ 1 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563

จังหวัด	ผู้ป่วยSMI-Vที่ได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามช่วยเหลืออย่าง น้อย4ครั้งใน1 ปี( A)			ผู้ป่วยSMI-Vทั้งหมดในปี2562 (B)			ร้อยละของผู้ป่วยSMI-Vที่ได้รับการ ประเมินบำบัด รักษาและติดตามดูแล (A/B x100)		
	สมัครใจ	บังคับบำบัด	รวม	สมัครใจ	บังคับบำบัด	รวม	สมัครใจ	บังคับบำบัด	รวม
จันทบุรี	3	6	9	11	16	27	27.7	37.50	33.33
ฉะเชิงเทรา	0	7	7	0	22	22	0	31.82	31.82
ชลบุรี	7	0	7	28	24	52	25	0	13.46
ตราด	7	1	8	8	4	12	87.5	25.00	66.67
ปราจีนบุรี	0	1	1	3	4	7	0	25.00	14.28
ระยอง	0	6	6	1	30	31	0	20.00	19.35
สมุทรปราการ	3	0	3	10	0	10	30.00	0	30.00
สระแก้ว	31	6	37	52	15	67	59.62	40.00	52.22
รวม	51	27	78	113	115	228	45.13	23.48	34.21



## จังหวัดที่มีแผนในการเร่งรัดพัฒนาให้มีบริการเตียงจิตเวชยาเสพติด

เขตสุขภาพ	เปิดภายใน 1-2 ปี (พื้นที่ห่างไกล,แพทย์พร้อม 4 คน, มีพยาบาล )	ควรเปิดภายใน 3 ปี (แพทย์ไม่พร้อม)	แผนอนาคต ภายใน 3 ปีขึ้นไป
1	แพร่	เสียงราย พะเยา	-
2	ตาก สุโขทัย	เพชรบูรณ์	-
3	พิจิตร	อุทัยธานี กำแพงเพชร	ชัยนาท
4	พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี**	ปทุมธานี สระบุรี สิงห์บุรี	อ่างทอง นครนายก
5	สุพรรณบุรี สมุทรสาคร	กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์	สมุทรสงคราม
6	ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ	ปราจีนบุรี ตราด ระยอง	-
7	-	มหาสารคาม	-
8	-	สกลนคร หนองคาย บึงกาฬ	-
9	-	บุรีรัมย์	-
10	ศรีสะเกษ	อำนาจเจริญ	ยโสธร
11	-	ชุมพร กระบี่ ระนอง พังงา	-
12	-	-	สตูล

\*\* มีการวางแผนในการเปิดบริการ แต่ขาดความพร้อมด้านสถานที่

## ข้อมูลศักยภาพระบบบริการ

จังหวัด	จำนวน รพ.	ผ่านHA ยาเสพติด	บริการ MMT	แพทย์เวชศาสตร์ ยาเสพติด	พยาบาล เฉพาะทางฯยาเสพติด / จิตเวช	รพศ. รพท. รับผู้ป่วยวิกฤติ ยาเสพติด แบบผู้ป่วยใน
จันทบุรี	12	12 (100)	ไม่มี	1	4/14	-
ฉะเชิงเทรา	11	11 (100)	1 แห่ง	1	3/10	กำลังดำเนินการ
ชลบุรี	12	12 (100)	ไม่มี	3	3/17	-
ตราด	7	7 (100)	ไม่มี	1	3	-
ปราจีนบุรี	7	7 (100)	1 แห่ง	0	0/11	-
ระยอง	9	9 (100)	ไม่มี	1	2/1	-
สมุทรปราการ	6	5 (83.33)	1 แห่ง	1	5/12	กำลังดำเนินการ
สระแก้ว	7	7 (100)	1 แห่ง	0	2	-

## Situation Analysis

- การแพร่ระบาดของปัญหายาเสพติดเพิ่มมากขึ้น
- งานสร้างเสริมสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดในทุกกลุ่มวัยยังไม่มีกระบวนการเท่าที่ควร ประชาชนขาดความตระหนักในปัญหาเสพติด
- ผู้เสพส่วนใหญ่ไม่สมัครใจเข้ารับการรักษา
- ผลการบำบัดฟื้นฟู(เทียบกับเป้าหมายต่ำ): ในระบบสมัครใจ
- มาตรฐานการบำบัดยังไม่เป็นเป็นแนวทางเดียวกัน (HAยาเสพติด)
- การบันทึก บสต. ยังไม่ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน ระบบสารสนเทศเพื่อการใช้งานยังไม่มีคุณภาพ
- โครงสร้างการปฏิบัติงานยังไม่ชัดเจน
- การบริหารจัดการงบประมาณยังขาดประสิทธิภาพ
- ขาดแคลนกำลังคนในการปฏิบัติงาน
- ขีดความสามารถด้านการให้บริการ ดูแล ช่วยเหลือ บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการรองรับกลับคืนสู่สังคม ยังไม่ตอบสนองเป้าหมาย
- ระบบบริหารจัดการ Harm reduction
- กลไกแบบบูรณาการการดำเนินงานยังไม่ถูกขับเคลื่อน (CBTx / พขอ.ยาเสพติด)

## GAP Analysis

- Service delivery :
  - คุณภาพของการบริการด้านยาเสพติด
  - คุณภาพการให้บริการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด
  - ปัจจัยเอื้อต่อการดำเนินงานที่ทำให้เกิดคุณภาพบริการ
- Health workforce :
  - ขาดแคลนสหวิชาชีพหลายสาขาด้านการบำบัดฟื้นฟู
- IT : งานระบบข้อมูล/ระบบสารสนเทศเพื่อการใช้งานยังไม่มีคุณภาพ/เชื่อมโยงและเป็นมิตรกับผู้ใช้ที่เหมาะสม
- Leadership and Governance :
  - โครงสร้างผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดทุกระดับ
  - กลไก/ การบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม)ในการดำเนินงานด้านพัฒนาระบบบริการด้านยาเสพติด(CBTx/พขอ.ยาเสพติด)
  - การสื่อสารเพื่อสร้าง/ ปรับเจตคติ
- Financing
  - การบริหารจัดการงบประมาณ

ประเด็น	ปัญหาอุปสรรค	การวางแผนการดำเนินงาน
<p>Service deliveries</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA ยาเสพติด) ยังไม่ถึงเป้าหมาย</li> <li>❖ คุณภาพของการบริการบำบัดรักษา /คุณภาพ</li> <li>❖ การให้บริการ/ การเข้าถึงและให้การบริการบำบัดรักษา และบริการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดยังไม่ครอบคลุมในทุกมิติ</li> <li>❖ ไม่มีสถานที่รองรับบำบัดฯ หรือรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดยาแรง วิกฤตฉุกฉิน ภาวะจิตเวชทางยาเสพติด หรือผู้ป่วยที่เกินศักยภาพของระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ /สถานพยาบาลที่ให้การบำบัดฟื้นฟูระยะยาวในเขต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ มีระบบที่เลี้ยงในการสนับสนุนการดำเนินการ/ ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้</li> <li>❖ สนับสนุนให้มีการจัดบริการ หรือมีระบบการจัดบริการให้เพียงพอในเขตสุขภาพ ระบบบำบัดรักษา ระบบ Harm reduction</li> <li>❖ สนับสนุนให้เขตจัดบริการเตียงผู้ป่วยยาเสพติดภาวะเร่งด่วน (Acute care) ในรพ.ระดับ A,S, M1 (กำลังดำเนินการ)</li> <li>❖ สนับสนุนการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย/ระบบให้คำปรึกษา</li> <li>❖ ยกระดับคุณภาพและความร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ รวมทั้งการประสานส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับสถานฟื้นฟูทุกระบบ และ สบยช.</li> </ul>

ประเด็น	ปัญหาอุปสรรค	การวางแผนการดำเนินงาน
Health workforce	❖ บุคลากรไม่เพียงพอขาดแคลนสหวิชาชีพหลายสาขา	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ควรกำหนดโครงสร้างงานยาเสพติดเฉพาะ /สนับสนุนการมีสหสาขาวิชาชีพโครงสร้างงานยาเสพติด</li> <li>❖ พัฒนาองค์ความรู้เพื่อปฏิบัติงานในหน้าที่แทน/ ( PP&amp;P, Harm Reduction และ Community based treatment /พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานระบบบริการบำบัดรักษา) ระบบบริการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ระบบข้อมูล ระบบสารสนเทศ ทั้งในลักษณะเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริหารจัดการรายกรณี มีการบริหารจัดการเชิงระบบ แบบสมดุล รอบด้านอย่างมีคุณภาพ/ Case Manager</li> <li>❖ สนับสนุนการเพิ่มพูนความรู้เฉพาะทางด้านยาเสพติดระดับวิชาชีพ ต่อยอดให้กับบุคลากร แพทย์/พยาบาลยาเสพติด/พยาบาลที่จบ ป.โท/PG สุขภาพจิต/นักวิชาการด้านการดำเนินงานยาเสพติด และจัดการอบรมในพื้นที่</li> </ul>



ประเด็น	ปัญหาอุปสรรค	การวางแผนการดำเนินงาน
<p>Leadership &amp; Governance &amp; Participation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ โครงสร้างไม่ชัดเจน และอัตรากำลังยังไม่เพียงพอในการดำเนินงาน</li> <li>❖ การสื่อสารเพื่อสร้าง/ปรับเจตคติ (การสื่อสารในมิติผู้เสพคือผู้ป่วยไม่ใช่อาชญากร และการสร้างความเข้าใจเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction))</li> <li>❖ การบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง(ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม) ในการดำเนินงานด้านพัฒนาระบบบริการด้านยาเสพติด/การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดแบบบูรณาการ/ ต่อเนื่อง</li> <li>❖ กลไกการดำเนินงานยังไม่ถูกขับเคลื่อน (CBTx/ พชอ.ยาเสพติด /ชุมชนเป็นฐานในการดำเนินงาน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ กำหนดโครงสร้างงานยาเสพติดเฉพาะ และมีผู้รับผิดชอบงานให้ชัดเจน กำหนดกรอบอัตรากำลังและความก้าวหน้าเพื่อเป็นขวัญกำลังใจ กำหนดโครงสร้างการปฏิบัติงานยาเสพติด กำหนด Carrier path สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติด (ไม่เป็นงานฝาก สามารถก้าวหน้าในวิชาชีพ) (ขับเคลื่อนผ่านสำนักงานปลัดกระทรวงฯ คอ.ปส.สร.)</li> <li>❖ พัฒนาการแนวทางการสื่อสารเพื่อการดำเนินงาน (หลักสูตรนักการสื่อสารฯ)</li> <li>❖ พัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานในทุกบริบทร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และทุกหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม ในทุกมิติการดำเนินงาน</li> </ul>

ประเด็น	ปัญหาอุปสรรค	การวางแผนการดำเนินงาน
IT	❖ งานระบบข้อมูล/ระบบสารสนเทศเพื่อการใช้งานยังไม่มีคุณภาพ/เชื่อมโยงและเป็นมิตรกับผู้ใช้เหมาะสม	❖ พัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน/การบริหารจัดการระบบข้อมูล ระบบสารสนเทศในลักษณะเครือข่ายแลกเปลี่ยน
Financing	❖ การบริหารจัดการงบประมาณยังไม่มีประสิทธิภาพ	❖ พัฒนาระบบการใช้จ่ายงบประมาณและมีระบบติดตามการดำเนินงานใช้จ่ายงบประมาณตามห้วงเวลาที่กำหนด



แผนพัฒนากำลังคนระยะเร่งด่วนเพื่อปิด GAP ในปี พ.ศ.2564-2568 และเร่งพัฒนาเพื่อรองรับ การเพิ่มศักยภาพในระยะ 5 ปี

หลักสูตร	สาขา/วิชาชีพ	ระยะเวลา (...เดือน...ปี)	แผนพัฒนาระยะ 5 ปี				
			2564	2565	2566	2567	2568
ผู้เชี่ยวชาญสาขาจิตเวช(ทั่วไป)	แพทย์	3 ปี					
ผู้เชี่ยวชาญสาขาจิตเวช (เด็กและวัยรุ่น)	แพทย์	3 ปี					
เวชศาสตร์สารเสพติดสำหรับแพทย์	แพทย์	10 วัน					
พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต(สุขภาพจิตและยาเสพติด)	พยาบาล	2 ปี					
เฉพาะทางการพยาบาลผู้ช้ยาและสารเสพติด	พยาบาล	4 เดือน					
การพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุภาพจิตและจิตเวช(เด็กและวัยรุ่น)	พยาบาล	4 เดือน					
การฝึกปฏิบัติงานด้านจิตวิทยาคลินิก	นักจิตวิทยา	6 เดือน					
การดูแลด้านการให้ยาและสารเสพติด	เภสัชกร	10 วัน					
การรักษาผู้ป่วยยาเสพติดชั้นถอนพิษยา	พยาบาล	5 วัน					
CM ยาเสพติด	จนท.สาธารณสุข /สหวิชาชีพ	3 – 5 วัน					

**แผนพัฒนางบลงทุนระยะเร่งด่วนเพื่อปิด GAP ในปี พ.ศ.2564-2565  
และเร่งพัฒนาเพื่อรองรับการเพิ่มศักยภาพในระยะ 5 ปี**

ชื่อรายการครุภัณฑ์/ สิ่งก่อสร้าง	ราคาต่อ หน่วย	จำนวน (หน่วย)	ชื่อหน่วยงาน	จังหวัด	เหตุผลความจำเป็น
➤ หอผู้ป่วยจิตเวชและยา เสพติด	5,000,000	1	รพศ.ทุกแห่ง	ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง ตราด ปราจีนบุรี สระแก้ว จันทบุรี	คุณภาพมาตรฐานใน การดำเนินงาน
➤ ปรับปรุงหน่วยบริการ ห้องจัดกิจกรรมกลุ่ม บำบัดและคัดกรอง/ให้ การปรึกษา	100,000	1	สถานที่ให้การ บำบัดฟื้นฟู ทุกแห่ง	ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่6	คุณภาพมาตรฐานใน การดำเนินงาน



# BEST PRACTICE

- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด อย่างต่อเนื่องในชุมชนด้วยครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ จังหวัดสมุทรปราการ
- โปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างจูงใจร่วมกับการใช้หญ้าดอกขาวรูปแบบสเปรย์ ในการเลิกสูบบุหรี่ ต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
- รูปแบบการจัดบริการ ดูแล ช่วยเหลือ บำบัดฯ พี่นฟู ผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment Model) CBTx จังหวัดระยอง



## การขับเคลื่อน/ขยายผลการดำเนินงาน CBTx

ปี 2560-2561

ศึกษาหลักฐานทางวิชาการ  
นำร่อง CBTx 7 พื้นที่ / 4 ภาค

ปี 2562

- ถอดบทเรียน
- จัดทำคู่มือแนวทาง
- ผลักดัน/สร้างพื้นที่ CBTx ทุกจังหวัด
- Good practice 19 พื้นที่

ปี 2563-2564

- ผลักดันสร้าง CBTx ทุกอำเภอ
- Good practice ทุกจังหวัด
- ขยายพื้นที่ทุกตำบลตามแผน  
ตำบลปลอดภัยยาเสพติด



# รูปแบบการจัดบริการ ดูแล ช่วยเหลือ บำบัดฯ ฟื้นฟู ผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Treatment Model)

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- ❖ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้ผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน (Community Based Treatment Model)
- ❖ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะ แนวทางการดำเนินงานรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้ผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน (Community Based Treatment Model) ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

# การติดตามและประเมินผล กระบวนการ รูปแบบและผลการดำเนินงาน ภายใต้แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด

## Monitoring and evaluation on Harm Reduction implementation

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- ❖ เพื่อประเมิน ความรู้ ความเข้าใจ ความเหมาะสมตามหลักการทฤษฎี (Program theory) ภายใต้แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด
- ❖ การติดตามและประเมินผล กระบวนการ รูปแบบและผลการดำเนินงานภายใต้แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด
- ❖ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาคุณภาพและขยายบริการภายใต้แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ให้มีมาตรฐาน เพิ่มความครอบคลุม

# จบการนำเสนอ

