JARAS
Journal of Addiction Research and Academic Science
วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

Vol. 2 No.1 May - August 2024



ISSN : 2985-170X E-ISSN : 2985-2226

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

Office of Secretary of National Addiction Treatment and Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567 Vol. 2 No. 1 May – August 2024

บทความวิจัย

- อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย
- สถานการณ์ผู้เสพรายใหม่ที่เข้าสู่ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2565
- สถานการณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566
- สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย (ตุลาคม พ.ศ. 2566 - กรกฎาคม พ.ศ. 2567)
- แนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติดในประเทศไทย ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

บทความพิเศษ

- สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

ชื่อวารสาร : วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด
เจ้าของ : สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
ISSN : 2985-170X (Print) 2985-2226 (Online)
พิมพ์ที่ : บริษัท ดีดี ปริ้นติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด
ปีที่พิมพ์ : พ.ศ. 2567

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

Office of Secretary of National Addiction Treatment and Rehabilitation Committee,
Ministry of Public Health

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567 Vol. 2 No. 1 May – August 2024

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิจัย ข้อมูลวิชาการด้านยาเสพติด
2. เพื่อเผยแพร่ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด
3. เพื่อเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวระหว่างเครือข่ายนักวิชาการด้านยาเสพติด
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติด ผลงานวิจัย บทความวิชาการ หรือกึ่งวิชาการด้านยาเสพติด และเป็นสื่อกลางในการแปลกเปลี่ยนเรียนรู้
5. เพื่อสนับสนุนการประเมินผลงานด้านวิชาการ

กำหนดออกวารสาร

ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม
ฉบับที่ 3 มกราคม – เมษายน

ผู้จัดทำและออกแบบปก

กลุ่มส่งเสริมป้องกันและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด

สถานที่ติดต่อ

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
88/20 อาคาร 6 ชั้น 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร. : 02-590-2422 โทรสาร : 02-590-1863
E-mail : journal.addiction2023@gmail.com
Website : https://ncmc.moph.go.th

พิมพ์ที่

บริษัท ดีดี ปริ้นติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

ที่ปรึกษา

นพ. โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นพ. กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

นพ. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล ที่ปรึกษาระดับกระทรวง
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข) ระดับ 11

ดร. ณัฐกฤตา ทุมวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการ

ผศ. อภินันท์ อร่ามรัตน์ หัวหน้าศูนย์วิจัยด้านยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ. มานพ คณะโต ผู้อำนวยการเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ. รัศมน กัลยาศิริ ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ. (พิเศษ) เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์)
โรงพยาบาลสุรินทร์

ผศ. (พิเศษ) สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว)
โรงพยาบาลสุรินทร์

ศ. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รศ. ปัตพงษ์ เกษมสมบูรณ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ. ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ. ดวงใจ วัฒนสินธุ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ. วไลลักษณ พุ่มพวง อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ (ต่อ)

ดร. ณฐวัฒน์ ล่องทอง	อาจารย์ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นางสาวอรุโณทัย สิงห์ตาแก้ว	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต วิทยาเขตปทุมธานี
นางสายสุดา โภชนากรณ์	ข้าราชการบำนาญ
นางกษมา ประไชโย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเวียง
นายณัฐบดินทร์ แก้วกำ	เภสัชกรปฏิบัติการ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
นายชลภัชร ลันสุชีพ	นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
นายประวิทย์ เกตุทอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มพัฒนาวิจัยและนวัตกรรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายปรีชวิชญ์ พรมจักร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
นางลัดดาวัลย์ ธีรภาพชัยศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางเลน
ดร. สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี	กลุ่มงานวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร. สุภัทรญาณ ทองจิตร	อาจารย์ประจำสาขาวิชาสุขภาพช่องปากครอบครัวและชุมชน สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ศ.ดร. รัตนา สำโรงทอง	ผู้เชี่ยวชาญสาขาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขสิ่งแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ. พน. สมชาติ โตรักษา	ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567 Vol. 2 No. 1 May – August 2024

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ประกอบด้วย บทความวิจัย 5 เรื่อง ได้แก่ 1) อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย 2) สถานการณ์ผู้เสพรายใหม่ที่เข้าสู่ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2565 3) สถานการณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 – 2566 4) สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย (ตุลาคม พ.ศ. 2566 - กรกฎาคม พ.ศ. 2567) 5) แนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติดในประเทศไทย ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 และบทความพิเศษ 1 เรื่อง ได้แก่ 1) สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด ซึ่งได้จัดทำขึ้นเพื่อการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุขด้านยาเสพติด กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิชาการและวิจัยยาเสพติดของสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เป็นประโยชน์แก่นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ และประชาชนทั่วไปที่สนใจศึกษาด้านยาเสพติด

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าและให้เกียรติร่วมพิจารณากลั่นกรอง และตรวจสอบบทความในครั้งนี้

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Journal of Addiction Research and Academic Sciences

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567 Vol. 2 No. 1 May – August 2024

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยใช้สารเสพติด กลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย 1

ดิษยพงศ์ รีรักษ์

สถานการณ์ผู้เสพรายใหม่ที่เข้าสู่ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2565 8

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 – 2566 17

พีระพงษ์ พิมพารัตน์ และสุกฤษ ชัยพงษ์

สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย (ตุลาคม พ.ศ. 2566 - กรกฎาคม พ.ศ. 2567) 24

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติดในประเทศไทย ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 36

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

บทความพิเศษ

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 47

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล

ภาคผนวก 58

อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยใช้สารเสพติด กลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

Long-term Retention Rate of Drug Abuse Patients in Ethnic Groups at Mae Fah Luang Hospital, Chiang Rai Province.

ดิษยพงศ์ รีรักษ์[1]

Disayapong Reeruck[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีรูปแบบงานวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา คือ ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ในระบบการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ระหว่าง พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2566 รวมเป็นระยะเวลา 4 ปี มีทั้งหมด 2,232 ราย โดยมีรายละเอียดของข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุ และความถี่ในการเข้ารับบริการ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

จากการศึกษา พบว่า อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ในช่วง ปี พ.ศ. 2563 – 2566 มีทั้งหมดจำนวน 2,232 ราย เมื่อจำแนกเป็นมีผู้ป่วยคงอยู่ในระบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องที่มากกว่า 5 ปี มีมากถึงร้อยละ 72 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ช่วงระหว่าง 46 - 60 ปี และมีความถี่ในการเข้ารับบริการ 1 - 3 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการเพิ่มขึ้น พบว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2566 ในขณะเดียวกันก็ไม่การคงอยู่ในระบบเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 1.53 ต่อปี

คำสำคัญ: กลุ่มชาติพันธุ์, ผู้ป่วยใช้สารเสพติด, ระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่อง, อัตราการคงอยู่

[1] นักสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง.

ABSTRACT

This study is Long-term Retention Rate of Drug Abuse Patients in Ethnic Groups at Mae Fah Luang Hospital, Chiang Rai Province. The research format is a retrospective study. (Retrospective cohort study) The data used in the study were medical records of ethnic drug-using patients in the treatment system of Mae Fah Luang Hospital, Chiang Rai Province, between 2020 and 2023, included. For a period of 4 years, there were a total of 2,232 cases. the details of the information include gender, age, and frequency of receiving services. The statistics used to analyze the data are Frequency distribution and percentage values

From the study, it was found that the rate of continued retention in the long-term treatment system among ethnic drug users was Mae Fah Luang Hospital, Chiang Rai Province, during the years 2020 - 2023, has a total of 2,232 cases. When classified as having patients continuously in the long-term system for more than 5 years, there are as many as 72 percent. the majority of patients are male. They are between 46 -60 years old and have the highest frequency of receiving services 1-3 days per week. And when comparing the proportion of increase, it was found that the number of patients tends to increase. accounting for 50 percent in 2023. At the same time, retention in the system increases by an average of 1.53 percent per year.

Keywords: Ethnic Groups, Drug Abuse Patients, Retention Rate, Long-term

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดยังคงมีความรุนแรงต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีจำนวนมาก จากสถิติผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทุกระบบทั้งระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัดและระบบต้องโทษทั่วประเทศ พบว่า ข้อมูลการบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดในสถานบริการภาครัฐระดับประเทศ ในปีงบประมาณ 2565 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในระดับประเทศ จำนวน 205,763 ราย เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 16,550 ราย และจังหวัดเชียงราย จำนวน 4,100 ราย[1]

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดมี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนรักษา (pre-admission) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นบำบัดด้วยยา (detoxification) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) และขั้นตอนที่ 4 ขั้นติดตามหลังการรักษา (aftercare) ซึ่งขั้นตอนติดตามการรักษามีความสำคัญคือเป็นขั้นตอนติดตามดูแลผู้ที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามกำหนด ให้สามารถประคับประคองตนเองให้อยู่บนเส้นทางการหยุดใช้ยาเสพติดโดยให้การดูแล ช่วยเหลือแนะนำป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ ซึ่งเป็นการเสริมสร้างและเป็นกำลังใจให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาและครอบครัว โดยกระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดมาตรฐานการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 1 ปี โดยมีการติดตาม นัดหมายเป็นระยะๆ จำนวน 7 ครั้งใน สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 เดือนที่ 2, 3, 6, 9 และเดือนที่ 12 อย่างไรก็ตามกลับพบว่า ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาครบตามกำหนดทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เมื่ออยู่ในขั้นตอนติดตามการรักษา จะไม่มาติดตามการรักษาครบตามนัดหมาย จะมาเพียง 1 - 2 ครั้งเท่านั้น คือในช่วง 1 เดือนแรก ซึ่งจากสถิติการรับบริการติดตามการรักษาในเดือนเมษายนถึงกันยายน 2566 สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีพบว่า ในช่วง 3 เดือนของการติดตามการรักษา ผู้ป่วยมีการ drop out จำนวนมากและออกจากระบบการบำบัดรักษาประมาณร้อยละ 70.0 ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมา กระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญในการติดตามการรักษาการเลิกยาเสพติดระยะต้น โดยกำหนดตัวชี้วัดของผู้ป่วยที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ สามารถหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา 3 เดือน (remission rate)[2]

จากข้อมูลผู้เข้าบำบัดรักษาที่เข้าสู่ระบบจะพบสัดส่วนผู้เสพรายใหม่ ถึงร้อยละ 70.34 ไม่นับรวมผู้เสพจำนวนมาก ที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา หลบซ่อนไม่แสดงตัว จนเกิดภาวะการเสพติดซ้ำ ซึ่งจะส่งผลต่ออาการทางจิตเวช จากยาเสพติด ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 155,500 ราย และขยายเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ[3] จังหวัดเชียงรายมีพื้นที่ชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านได้แก่ประเทศเมียนมา และสาธารณประชาธิปไตยประชาชนลาว เป็นเส้นทางลำเลียง เป็นแหล่งพื้นที่พักยา และเป็นพื้นที่แพร่ระบาดของยาเสพติด โดยในพื้นที่อำเภอแม่ฟ้าหลวงยังพบปัญหายาเสพติดในทุกกลุ่มวัย ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด รักษาในอำเภอจะเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหมด ในปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัด รักษา จำนวนมากเป็นผู้ป่วยที่ใช้ เฮโรอีน ฝิ่น และยาบ้า ซึ่งการบำบัดรักษาในอำเภอแม่ฟ้าหลวง ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการบำบัด รักษาได้ที่โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง โดยโรงพยาบาลมีระบบให้บริการในการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาและสารเสพติดในทุกระยะ ตั้งแต่ระยะฉุกเฉินเร่งด่วน ระยะต่อเนื่อง และระยะยาว สามารถบำบัดฟื้นฟูได้ โดยมีการปรับลดสัดส่วนและศักยภาพให้เหมาะสมกับบริบทสภาพปัญหา มีกรมการแพทย์สนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการ ให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง รวมทั้งรับส่งต่อในกรณีที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน มายังโรงพยาบาลเฉพาะทางส่งผลให้สามารถช่วยบรรเทาปัญหาความรุนแรงจากยาเสพติดของประเทศให้ลดลง[2]

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การเข้ารับการบำบัดรักษาเป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษาอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการศึกษาขั้นต่อไป เพื่อหาแนวทางแก้ไขที่สามารถไปใช้กำหนดเป็นแนวทางการบริหารจัดการกระบวนการบำบัดรักษาให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องประสบความสำเร็จในการเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวรได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective cohort study) มีการค้นคว้าและเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลสถิติผู้ป่วยในฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ข้อมูลของผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ในระบบการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2566 รวมเป็นระยะเวลา 4 ปี มีทั้งหมด 2,232 ราย[4]

เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

1. ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยใช้สารเสพติดในระบบการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับบริการบำบัดรักษา โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงรายมากกว่า 5 ครั้งต่อปี

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย

1. ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยใช้สารเสพติดในระบบการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงรายทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย ต่ำกว่า 5 ครั้งต่อปี

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ใช้ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ในระบบการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย ระหว่าง พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2566 รวมเป็นระยะเวลา 4 ปี มีทั้งหมด 2,232 ราย โดยมีรายละเอียดของข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุ และความถี่ในการเข้ารับบริการ เป็นเครื่องมือในการศึกษา

2. ดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยใช้ตัวเลขจำนวนสถิติผู้ป่วยในข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยใช้สารเสพติดในระบบการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง รวบรวมข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2566

3. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และตีความความหมายของข้อมูล

ผลการศึกษา

ข้อมูลผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2563–2566

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2563 – 2566

ปี พ.ศ.	ผู้ป่วยทั้งหมด		ผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่อง (เข้ารับรักษามากกว่า 5 ครั้ง/ปี)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พ.ศ. 2563	548	24.6	352	64.2
พ.ศ. 2564	507	22.7	359	70.8
พ.ศ. 2565	449	20.1	367	81.7
พ.ศ. 2566	728	32.6	529	72.6
รวม	**2,232**	**100.0**	**1,607**	**72.0**

จากตารางที่ 1 พบว่า จำนวนผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ที่เข้ารับการบำบัดรักษาโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย ในช่วง พ.ศ. 2563 – 2566 มีทั้งหมดจำนวน 2,232 ราย เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การรักษาต่อเนื่อง พบว่า มีผู้ป่วยคงอยู่ในระบบ จำนวน 1,607 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.0 และผู้ป่วยที่ออกจากระบบ จำนวน 625 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.0

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องจำแนกตามเพศ

เพศ	พ.ศ. 2563		พ.ศ. 2564		พ.ศ. 2565		พ.ศ. 2566		สะสมรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	307	87.2	319	88.9	329	89.6	456	86.2	1,411	87.8
หญิง	45	12.8	40	11.1	38	10.4	73	13.8	196	12.2
รวม	**352**	**100.0**	**359**	**100.0**	**367**	**100.0**	**529**	**100.0**	**1,607**	**100.0**

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องตามช่วงอายุ

อายุ	พ.ศ. 2563		พ.ศ. 2564		พ.ศ. 2565		พ.ศ. 2566		สะสมรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 30 ปี	56	15.9	58	16.2	50	13.6	52	9.8	216	13.4
31 - 45 ปี	115	32.7	123	34.3	117	31.9	158	29.9	513	31.9
46 - 60 ปี	128	36.4	124	34.5	138	37.6	220	41.6	610	37.9
สูงกว่า 60 ปี	53	15.1	54	15.0	62	16.9	99	18.7	268	16.8
รวม	**352**	**100.0**	**359**	**100.0**	**367**	**100.0**	**529**	**100.0**	**1,607**	**100.0**

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องจำแนกตามความถี่ในการเข้ารับบริการ

ความถี่ในการเข้ารับบริการ	พ.ศ. 2563		พ.ศ. 2564		พ.ศ. 2565		พ.ศ. 2566		สะสมรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 - 2 เดือน/ครั้ง	36	10.2	39	10.9	13	3.5	217	41.0	305	19.0
1 - 2 สัปดาห์/ครั้ง	127	36.1	40	11.1	89	24.3	312	59.0	568	35.3
1 - 3 วัน/ครั้ง	189	53.7	280	78.0	265	72.2	-	-	734	45.7
รวม	**352**	**100.0**	**359**	**100.0**	**367**	**100.0**	**529**	**100.0**	**1,607**	**100.0**

จากตารางที่ 2 – 4 พบว่า ผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 – 2566 มีจำนวนสะสมทั้งสิ้น 1,607 ราย แบ่งเป็นปี พ.ศ. 2563 จำนวน 352 ราย ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 359 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 367 ราย และปี พ.ศ. 2566 จำนวน 529 ราย โดยจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในขณะเดียวกันก็ไม่การคงอยู่ในระบบเพิ่มขึ้นเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด เมื่อทำการพิจารณาตามรายละเอียดส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.8 มีอายุอยู่ในช่วง 46 - 60 ปี ร้อยละ 37.9 และมีการเข้ารับบริการแบบรายวัน คิดเป็นร้อยละ 45.7

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย ในช่วงปี พ.ศ. 2563 – 2566 มีทั้งหมดจำนวน 2,232 ราย เมื่อจำแนกเป็นมีผู้ป่วยคงอยู่ในระบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องที่มากกว่า 5 ปี มีมากถึงร้อยละ 72 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ช่วงระหว่าง 46 - 60 ปี และมีความถี่ในการเข้ารับบริการ 1 - 3 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการเพิ่มขึ้น พบว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2566 ในขณะเดียวกันก็ไม่การคงอยู่ในระบบเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 1.53 ต่อปี

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่อยู่ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยที่ออกจากระบบ ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการเลิกเสพยา เนื่องจากผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ในระบบการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวงจังหวัดเชียงรายทั้งหมดเป็นกลุ่มชาติพันธ์ ซึ่งส่วนใหญ่ขาดการประกอบอาชีพและมีรายได้ที่แน่นอน ผสานกับบริบทของพื้นที่ที่อยู่อาศัยมีระยะทางที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลพอสมควรทำให้การเดินทางเพื่อเข้ารับบริการกับโรงพยาบาลในแต่ละครั้งไม่สะดวก มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก และขาดการสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากสมาชิกครอบครัวต่างต้องทำงานประกอบอาชีพโดยส่วนใหญ่เป็นอาชีพรับจ้าง ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากแต่ตัวผู้ป่วยเองมีความตระหนักและตั้งใจเพื่อเข้ารักษาอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแม้ในระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดนั้น ต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน หากแม้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ ผู้ป่วยย่อมมีสุขภาพร่างกายและจิตที่ดีแข็งแรง ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคมตลอดจนมีความพร้อมต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ในขณะเดียวกันหากผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาไม่ครบตามเกณฑ์การรักษาที่กำหนดไว้ ย่อมส่งผลต่อปัญหาสุขภาพกายและจิตของผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยอาจกลับมาเสพยาเสพติดได้อีกครั้ง เช่นเดียวกับการศึกษาของกฤศ กุลบุตรดี และคณะ[5] (2566) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดที่ไม่มีโรคจิตร่วม ในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มทดลองหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกใช้ยาและสารเสพติดที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความตั้งใจในการมารับบริการบำบัดรักษามากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ และการศึกษาของกัมปนาท รูปขาว[6] (2565) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.40 และงานวิจัยของชลอวัฒน์ อินปา[7] (2564) ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดตาก พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติด ได้แก่ ความสมัครใจและวิธีการรักษาด้วยเมทาโดน ในขณะที่การศึกษาของกาญจนา ภูยาธร[8] (2564) ทำการศึกษาผลการบำบัดโดยให้สิ่งจูงใจในการ

ติดตามการรักษาผู้ป่วยยาเสพติด พบว่า จำนวนผู้มารับบริการการติดตามในช่วงเดือนที่ 1 ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที 0.05 ในการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดควรนำแนวคิดของการเสริมแรงโดยให้สิ่งจูงใจร่วมกับการติดตามการรักษาตามปกติของโรงพยาบาล เพื่อเป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยยาเสพติดอยู่ในระบบการบำบัดรักษามากขึ้น และประคับประคองตนเองให้หยุดยาเสพติดยาวนานขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของกนกทิพย์ พัฒผล[9] (2565) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามโปรแกรมของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามโปรแกรมของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับผู้ป่วย ประเภทยาเสพติดหลักที่ใช้ในปัจจุบัน ผลการคัดกรองการติดยาเสพติด สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก ผลการคัดกรองอาการทางสุขภาพจิต รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการให้ยาเพื่อบำบัดรักษา มีความสัมพันธ์กับการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามโปรแกรมของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับงานวิจัยของเรืองสิทธ์ เนตรนวลใย[10] (2557) ทำการศึกษากระบวนการเข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อเลิกใช้ยาบ้าด้วยความสมัครใจของเยาวชนไทย พบว่า วิธีการเข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อเลิกใช้ยาบ้าด้วยความสมัครใจของเยาวชนไทย คือ การตัดสินใจเข้าหาพ่อแม่ ยึดถือพ่อแม่เป็นหลัก การนำตัวเองเข้าสู่ศาสนาโดยการบวช และการรับรู้ถึงตัวตนถึงการไม่มีสาระในชีวิต การกลัวที่จะขาดโอกาสที่ดีในชีวิต ความก้าวหน้าและสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี การยอมรับฟังปัญหาการอยู่พร้อมหน้าพร้อมตาของครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ความต้องการกำลังใจ ด้วยเหตุผลที่เยาวชนไทยมีความสงสารพ่อแม่การมีจิตสำนึก การปลูกฝังจิตสำนึกในครอบครัว และเงื่อนไขที่มีผลต่อการเลิกใช้ยาบ้าและเข้ารับการบำบัดรักษา คือ การที่เยาวชนไทยได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง ได้รับการยอมรับจากบุคคลที่อยู่ในสังคม มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมถึงบุคคลใกล้ชิด เงื่อนไขเหล่านี้ทำให้เยาวชนไทยคิดและตัดสินใจ สมัครใจเลิกใช้ยาบ้าและเข้าสู่การบำบัดรักษาจนครบกระบวนการ และไม่หวนกลับไปใช้ยาบ้าซ้ำอีก ส่วนแนวทางของสถานบำบัดที่ส่งเสริมให้เยาวชนเข้าสู่การบำบัดการเลิกใช้ยาบ้าด้วยความสมัครใจก็คือ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การบำบัดรักษาและผู้รับการบำบัดรักษา และการที่ผู้ป่วยเข้าใจตัวเอง การเยี่ยมผู้ป่วยความเอาใจใส่ ติดตามอย่างใกล้ชิด จริงจัง และต่อเนื่อง กระบวนการสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิดทัศนคติ จิตสำนึกที่ครอบคลุมทั้งภายนอกและภายใน การบำบัดทั้งร่างกายและจิตใจ การแก้ไขที่อาศัยการประสานงานกันเป็นเอกภาพของทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง และเงื่อนไขจากการปราบปรามอย่างจริงจังของรัฐบาล เหล่านี้คือแนวทางในการปฏิบัติที่ทำให้เพิ่มจำนวนเยาวชนไทยเข้าสู่ระบบสมัครใจบำบัดรักษาเพื่อเลิกใช้ยาบ้า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1. จากการศึกษาพบว่า อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย อยู่ที่ร้อยละ 72 และออกจากระบบร้อยละ 28 ดังนั้นเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหมดคงอยู่ในระบบเพื่อทำการรักษาและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขมากขึ้น หน่วยงานควรให้ความสำคัญการศึกษาข้อมูลย้อนหลังเพื่อทำการเปรียบเทียบและหาช่องว่างของปัญหา เพื่อใช้ในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเข้ารับการรักษาในระบบของสถานพยาบาลได้ครบตามเกณฑ์ตลอดจนพิจารณาให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษา อันจะช่วยให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาได้ครบตามเกณฑ์ตลอดจนช่วยลดปัญหาผู้ป่วยยาเสพติดรายใหม่และการกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำอีกด้วย

2. ผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์และครอบครัวส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้ไม่แน่นอน ซึ่งการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดเป็นภารกิจและการดำเนินงานที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานและต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยทั้งหมด

สามารถคงอยู่ในระบบอย่างต่อเนื่องได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้มีการบำบัดได้ในชุมชนโดนชุมชนมีส่วนร่วม ทั้งครอบครับ ผู้นำ หน่วยงานราชการ ภาคเอกชน ทั้งเรื่องการบำบัดรักษา รวมถึงส่งเสริมอาชีพ คุณภาพชีวิตดีขึ้น และอาจทำให้อยู่ในระบบ ไม่ Drop out หรือ Drop out น้อยลง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้มีขำจำกัดด้วยข้อมูลทางเวชระเบียนของโรงพยาบาลเท่านั้น จึงทำให้ได้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปผู้ที่สนใจควรทำการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์ในการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

2. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาแบบระยะยาวอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยใช้สารเสพติดกลุ่มชาติพันธุ์

3. ควรศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจถึงสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดในเชิงลึก

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด. คู่มือการดำเนินงานตามข้อกำหนดและเกณฑ์ มาตรฐาน (ฉบับปี 2560) สำหรับสถานบำบัดรักษายาเสพติดที่ให้บริการผู้ใช้ยาและสารเสพติด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.

2. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง) [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2567]; เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/wpnrvtv5buow00088.pdf

3. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลจังหวัดเชียงรายข้อมูลด้านสาธารณสุขชายแดน [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2567]; เข้าถึงได้จาก: https://epidcro.moph.go.th/cri-borderhealth/border.php

4. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาล. ข้อมูลสถิติผู้ป่วยในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อการวิจัย. บันทึกข้อความ. 2567.

5. กฤศ กุลบุตรดี และคณะ. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติดที่ไม่มีโรคจิตร่วม ในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี 2566; 11(2): 17-29.

6. กัมปนาท รูปขาว. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติดจังหวัดเพชรบูรณ์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.

7. ชลอวัฒน์ อินปา และพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดตาก. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2564; 17(2): 91–100.

8. กาญจนา ภูยาธร และสุกุมา แสงเดือนฉาย. ผลการบำบัดโดยให้สิ่งจูงใจในการติดตามการรักษาผู้ป่วยยาเสพติด. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(2): S292–S302.

9. กนกทิพย์ พัฒผล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามโปรแกรมของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2565.

10. เรืองสิทธ์ เนตรนวลใย, ชิรวัฒน์ นิจเนตร, สธญ ภู่คง, สุธาสินี บุญญาพิทักษ และดรุณี ภู่ขาว. กระบวนการเข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อเลิกใช้ยาบ้าด้วยความสมัครใจของเยาวชนไทย.วารสารสมาคมนักวิจัย 2557; 19(2): 36-44.

สถานการณ์ผู้เสพรายใหม่ที่เข้าสู่ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2565

The Situation of New Addictors Entering The National Drug Treatment and Rehabilitation of Addicts Information System in Thailand during 2018 – 2022

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข[1]
Office of Secretary of National Addiction Treatment and Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective cohort study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและศึกษาสถานการณ์ผู้เสพรายใหม่ที่เข้าสู่ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศย้อนหลังในช่วงปีงบประมาณ 2561 – 2565 ใน 3 ประเด็น ดังนี้ 1) ข้อมูลผู้เสพรายใหม่ทั้งหมดในประเทศ ปี พ.ศ. 2561 – 2565 2) ข้อมูลผู้เสพรายใหม่ระหว่างการบำบัดครบโปรแกรมและไม่ครบโปรแกรม จำแนกตามอายุและเขตสุขภาพ 3) การติดตามผู้เสพภายหลังการบำบัดต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้งใน 1 ปี (retention rate) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2565 มีจำนวนผู้เสพรายใหม่ ทั้งหมด 222,679 ราย โดยผู้เสพรายใหม่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาครบโปรแกรม 140,445 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.07 ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัดรักษาจนครบโปรแกรมส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 20 – 24 ปี ส่วนกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดรักษาไม่ครบโปรแกรมส่วนใหญ่อายุ 35 ปีขึ้นไป ผลการศึกษายังพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาจำนวนมากที่สุดอยู่ เขตสุขภาพที่ 7 – 10 ซึ่งอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการทบทวนอัตราการติดตามผู้เสพภายหลังการบำบัดครบโปรแกรมอย่างน้อย 4 ครั้งใน 1 ปี (Retention rate) พบว่า อัตราการติดตามผู้เสพภายหลังการบำบัดมีแนวโน้มลดลง โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีอัตราการติดตามผู้เสพสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.57 รองลงมาปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 68.91 ส่วนปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 คิดเป็นร้อยละ 67.56 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 67.55 และปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 คิดเป็นร้อยละ 38.77 เมื่อวิเคราะห์อัตราการติดตามผู้เสพภายหลังการบำบัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เพิ่มเติม พบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 4 และเขตบริการสุขภาพที่ 13 เป็นของเขตที่ไม่สามารถติดตามผู้เสพได้เป็นไปตามเป้าหมาย คือร้อยละ 60 ได้

ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้เสพรายใหม่ที่เข้าร่วมการบำบัดไม่ครบโปรแกรมมีค่อนข้างสูง และอัตราการติดตามผู้เสพหลังการบำบัดกลับมาลดลงในแต่ละปีงบประมาณ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพที่มีบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ที่เสพยาเสพติดตระหนักและให้ความสำคัญต่อการกระตุ้นและติดตามให้ผู้เสพยาเข้ารับการบำบัดครบโปรแกรมและได้รับการติดตามภายหลังการบำบัดที่ดีขึ้นอันจะนำไปสู่การลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำได้

คำสำคัญ: การบำบัด, ข้อมูลการบำบัด, ผู้เสพรายใหม่

---

[1] สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

[1] Office of Secretary of National Addiction Treatment and Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health

Abstract

This study is a retrospective cohort study with the purpose of reviewing and studying the situation of new addicts who entered the national drug addiction treatment and rehabilitation data system during the fiscal year 2018 – 2022 in three areas: 1) data on all new drug users in the country from 2018 to 2022; 3) Retention rate was used to analyze the data using descriptive statistics.

The results of the study showed that between 2018 and 2022, there were a total of 222,679 new addicts, of which 140,445 new addicts were fully treated, accounting for 63.07 percent. The results of the study also found that the largest number of people receiving treatment were still there. Health Zones 7 – 10 which are in the Northeast region. According to the review of the retention rate, the retention rate of addicts after treatment tends to decrease, with the highest follow-up rate of addicts in fiscal year 2018 accounting for 96.57 percent, followed by fiscal year 2021 accounting for 68.91 percent, fiscal year 2022 accounting for 67.56 percent, fiscal year 2020 accounting for 67.55 percent, and fiscal year 2019 accounting for 38.77 percent.

Results of this study Therefore, the health team personnel who are responsible for caring for drug abusers are aware of and focus on encouraging and monitoring drug abusers to complete the program and receive better follow-up after treatment, which will lead to a reduction in the rate of relapse.

Keywords: Treatment, Therapy Information, New Addicts.

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญในระดับชาติ ถือเป็นภัยคุกคามประชากรในประเทศ และยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศชาติ จากการรายงานของสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม[1,2] และยังส่งผลโดยตรงต่อตัวผู้เสพ ครอบครัว และสังคมรอบข้าง[2,3]

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบหลักด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายใต้วิสัยทัศน์ชาติ “ป้องกัน ปราบปราม บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดด้วยพลังสังคม เพื่อสังคมที่ปลอดภัยจากยาเสพติดและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย” ที่สอดคล้องกับทิศทางและเจตนารมณ์ของประมวลกฎหมายยาเสพติด[4] การดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มุ่งเน้นการดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญาแก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของการเสพติด โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรม และสังคม ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลด ละ เลิกยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการสงเคราะห์และติดตามดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ผ่านการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข ประกอบอาชีพ การศึกษา ได้รับสวัสดิการ และการสงเคราะห์อื่นๆ ตามความจำเป็นและเหมาะสม อีกทั้งได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลักในการบริหารจัดการระบบข้อมูลการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของประเทศ ซึ่งประกอบไปด้วยระบบข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยแบบสมัครใจ ระบบการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบบังคับบำบัด และระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในเรือนจำหรือทัณฑสถาน (ต้องโทษบำบัด) ตามแผนงานบูรณาการป้องกันปราบปรามและบำบัดรักษา

ผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ทดแทนระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดของเดิม อันเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและสำคัญอย่างมากต่อการวิเคราะห์ การแพร่ระบาดและแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศไทยในทุกๆ ด้าน ตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล ตลอดจนใช้ในการประเมินคุณภาพด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ที่กระทรวงสาธารณสุขรับเป็นหน่วยงานเจ้าภาพหลักในการจัดวางระบบการบริการบำบัด รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด โดยระบบข้อมูล บสต. ได้เริ่มดำเนินมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2560 จนถึงปัจจุบัน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้บริหารจัดการระบบ ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564[5,6] นอกจากนี้ การสมัครใจเข้ารับการบำบัดโดยผู้ติดยาเสพติดเองมักประสบผลสำเร็จมากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยมีความตั้งใจ เห็นความสำคัญของการบำบัดและตระหนักถึงโทษของยาเสพติด นอกจากการเข้าใจขั้นตอนการบำบัดยาเสพติดในสถานบำบัดยิ่งทำให้ครอบครัวเข้าใจกระบวนการรักษาที่บุคคลอันเป็นที่รักต้องก้าวข้ามผ่านไปให้ได้[7] ส่วนการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย มีขั้นตอนง่ายๆ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นถอนพิษยา ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และขั้นการติดตามดูแล[8]

สถานการณ์ผู้เสพรายใหม่ที่ยังไม่เคยเข้ารับการบำบัดรักษาในกระบวนการบำบัด ที่มีการบันทึกในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ในห้อง 5 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2565) ในกระบวนการบำบัดรักษาทั้งในแบบผู้ป่วยนอก โดยใช้แมทริกซ์โปรแกรม จิตสังคมบำบัด ศาสนบำบัด การบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ผู้ป่วยในรูปแบบชุมชนบำบัดและอื่นๆ[9] สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข มีความต้องการศึกษาสถานการณ์ผู้เสพรายใหม่ในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) เพื่อเป็นองค์ความรู้ ฐานข้อมูลสำหรับหน่วยงานเจ้าหน้าที่ หรือบุคคลอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด หรือสนใจงานด้านยาเสพติด และค้นหามาตรการการป้องกันที่เหมาะสมเพื่อลดจำนวนผู้เสพรายใหม่ให้มีประสิทธิผลที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืนต่อไป

นิยามศัพท์

ผู้เสพรายใหม่ คือ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดครั้งแรกของปีในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ในปี พ.ศ. 2561 - 2565

การดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หรือ Retention rate คือ ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด คือ การติดตามผู้ป่วยภายหลังการบำบัด โดยการประเมินว่าติดตามได้ครบตามเกณฑ์ จะแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ ในกลุ่ม “ผู้ใช้” ต้องได้รับการติดตามช่วยเหลืออย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 1 ปี ส่วน “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ต้องได้รับการติดตามช่วยเหลือ อย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี โดยจะเริ่มนับผลการดำเนินงานเมื่อระยะเวลาครบ 1 ปี หลังจากวันที่บันทึกการประเมินผลและสิ้นสุดการบำบัดฟื้นฟูในระบบ บสต.

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อทบทวนและศึกษาสถานการณ์ผู้เสพรายใหม่ที่เข้าสู่ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศย้อนหลังในช่วงปีงบประมาณ 2561 – 2565

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective cohort study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ผู้เสพรายใหม่ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – 2565 จากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ผู้เสพรายใหม่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ในห้วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2565 จากผู้ดูแลระบบฐานข้อมูลการบบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนนโยบายด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดต่อไป โดยรายละเอียดข้อมูลที่ขอความอนุเคราะห์ คือ

ผู้เสพรายใหม่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ จำนวน อายุ เขตสุขภาพ (ผู้ป่วยบำบัดที่บำบัดครบโปรแกรมตามเกณฑ์ ผู้ป่วยบำบัดที่บำบัดไม่ครบโปรแกรมตามเกณฑ์ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้งใน 1 ปี (Retention rate)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

ผลการศึกษา

ผู้เสพรายใหม่ที่เข้าสู่ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2565 ทั้งสิ้น 222,679 ราย ได้รับการบำบัดรักษาครบโปรแกรม 140,445 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.07 และได้รับการบำบัดรักษาไม่ครบโปรแกรม 82,234 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.93 เมื่อแบ่งตามอายุที่เริ่มเสพ พบว่า ส่วนใหญ่ที่เสพยาเสพติด อยู่ในช่วงอายุ 35 ปีขึ้นไป และเมื่อแยกตามเขตสุขภาพ พบว่า จำนวนที่เข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 21,911 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.84 รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 21,773 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.78 และเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 21,368 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.60 รายละเอียดตามตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผู้เสพรายใหม่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2565

ผู้เสพรายใหม่ : ปี	ครบโปรแกรม		ไม่ครบโปรแกรม		Retention	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2561	42,172	30.03	13,869	16.87	28,658	96.57
2652	20,155	14.35	19,045	23.16	5,904	38.77
2563	21,313	15.18	22,208	27.01	5,820	67.55
2564	24,898	17.73	18,434	22.42	7,762	68.91
2565	31,907	22.72	8,678	10.55	17,902	67.56

ผู้เสพรายใหม่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาครบโปรแกรมตามเกณฑ์ พบว่า ส่วนใหญ่ที่เสพยาเสพติดอยู่ในช่วงอายุ 35 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.09 รองลงมา คือ 20 – 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.83 กลุ่มผู้เสพรายใหม่ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาครบโปรแกรมระหว่างปีงบประมาณ 2561 – 2565 ในปี พ.ศ. 2561 กลุ่มอายุที่มากที่สุดคือ กลุ่มอายุ ระหว่าง 20 - 24 ปี จำนวน 12,163 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.84 โดยในปีงบประมาณ 2562 - 2565 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 5,419 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.88 ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 6,825 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.02 ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 9,310 ราย คิดเป็นร้อยละ37.39 และปีงบประมาณ จำนวน 12,533 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.27 รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผู้เสพรายใหม่ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาครบโปรแกรม จำแนกตามอายุ

ช่วงอายุ	ครบโปรแกรม									
	2561		2562		2563		2564		2565	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
น้อยกว่า 15 ปี	520	1.23	250	1.24	222	1.04	310	1.25	483	1.51
15 - 19	8,155	19.34	3,919	19.44	3,869	18.15	3,971	15.95	4,751	14.89
20 – 24 ปี	12,163	28.84	4,634	22.99	3,861	18.12	4,250	17.07	4,751	14.89
25 – 29 ปี	6,516	15.45	3,228	16.02	3,509	16.46	3,737	15.01	4,812	15.08
30 – 34 ปี	4,948	11.73	2,702	13.41	3,026	14.20	3,320	13.33	4,574	14.34
35 ปีขึ้นไป	9,863	23.39	5,419	26.89	6,825	32.02	9,310	37.39	12,533	39.28
ไม่ได้ระบุ	7	0.02	3	0.01	1	0.00	-	-	3	0.01

หมายเหตุ: ร้อยละคิดจากจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาครบโปรแกรมทั้งหมดในปี พ.ศ. นั้นๆ

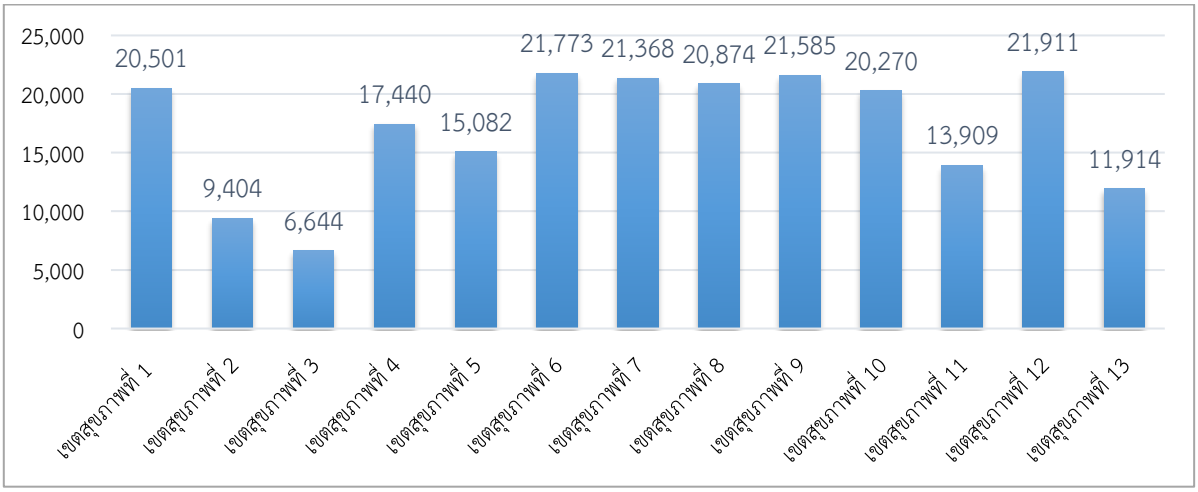
ส่วนกลุ่มผู้เสพรายใหม่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาไม่ครบโปรแกรมแยกตามอายุ ในระหว่างปีงบประมาณ 2561 - 2565 พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปในทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 3,341 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.08 ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 5,018 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.34 ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 6,226 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.03 ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 5,655 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.67 และปีงบประมาณ 2565 จำนวน 2,810 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.38 รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผู้เสพรายใหม่ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาไม่ครบโปรแกรม จำแนกตามอายุ

ช่วงอายุ	ไม่ครบโปรแกรม									
	2561		2562		2563		2564		2565	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
น้อยกว่า 15 ปี	91	0.66	216	1.13	316	1.42	192	1.04	123	1.42
15 - 19	2,675	19.29	3,563	18.71	4,555	20.51	3,491	18.94	1,675	19.30
20 – 24 ปี	3,332	24.02	4,144	21.76	4,325	19.47	3,439	18.66	1,480	17.05
25 – 29 ปี	2,517	18.15	3,375	17.72	3,755	16.91	3,142	17.04	1,402	16.16
30 – 34 ปี	1,905	13.74	2,726	14.31	3,028	13.63	2,513	13.63	1,184	13.64
35 ปีขึ้นไป	3,341	24.09	5,018	26.35	6,226	28.03	5,655	30.68	2,810	32.38
ไม่ได้ระบุ	8	0.06	3	0.02	3	0.01	2	0.01	4	0.05

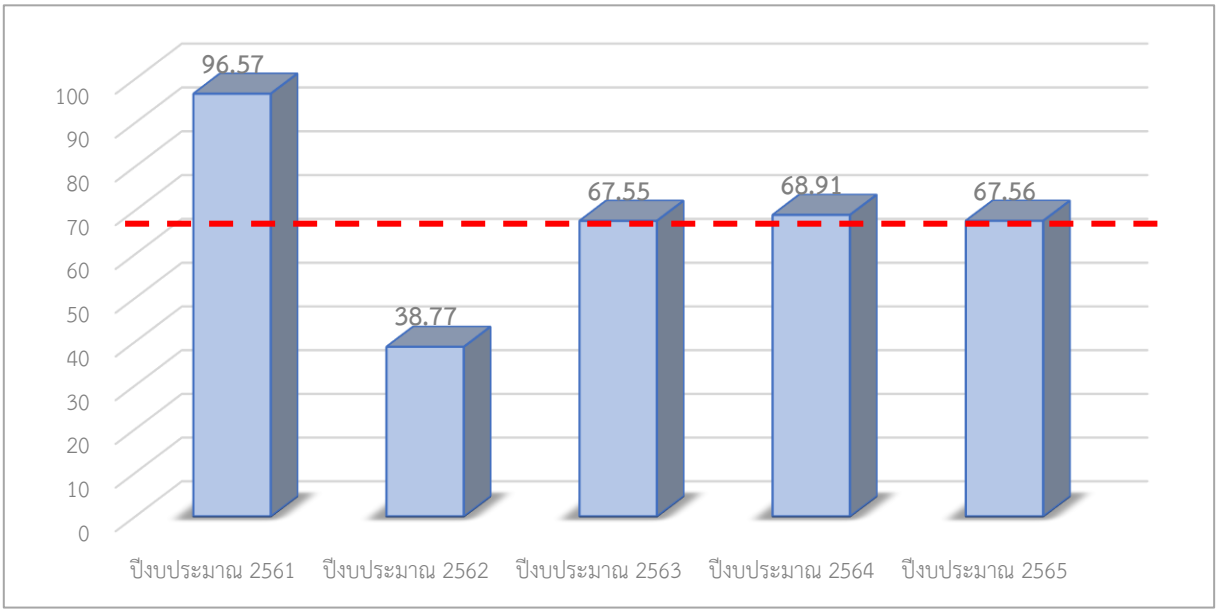
หมายเหตุ: ร้อยละคิดจากจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาไม่ครบโปรแกรมทั้งหมดในปี พ.ศ. นั้นๆ

ผู้เสพรายใหม่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เมื่อจำแนกตามการเข้าถึงบริการสุขภาพตามเขตสุขภาพแล้ว พบว่า มีจำนวนมากที่สุด ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 21,911 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.84 รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 21,773 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.78 และเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 21,368 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.60 รายละเอียดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 จำนวนรวมผู้เสพรายใหม่ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา จำแนกตามเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2561 – 2565

ในส่วนของการติดตามภายหลังการบำบัดอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้งใน 1 ปี (Retention rate) ในระบบสมัครใจบำบัด ระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2565 พบว่าสัดส่วนที่สูงที่สุด คือ ปีงบประมาณ 2561 คิดเป็นร้อยละ 96.57 รองลงมาคือ ปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 68.91 ปีงบประมาณ 2565 คิดเป็นร้อยละ 67.56 และปีงบประมาณ 2563 คิดเป็นร้อยละ 67.55 รายละเอียดแสดงตามภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ร้อยละการติดตามผู้ป่วยยาเสพติด ในระบบสมัครใจบำบัด

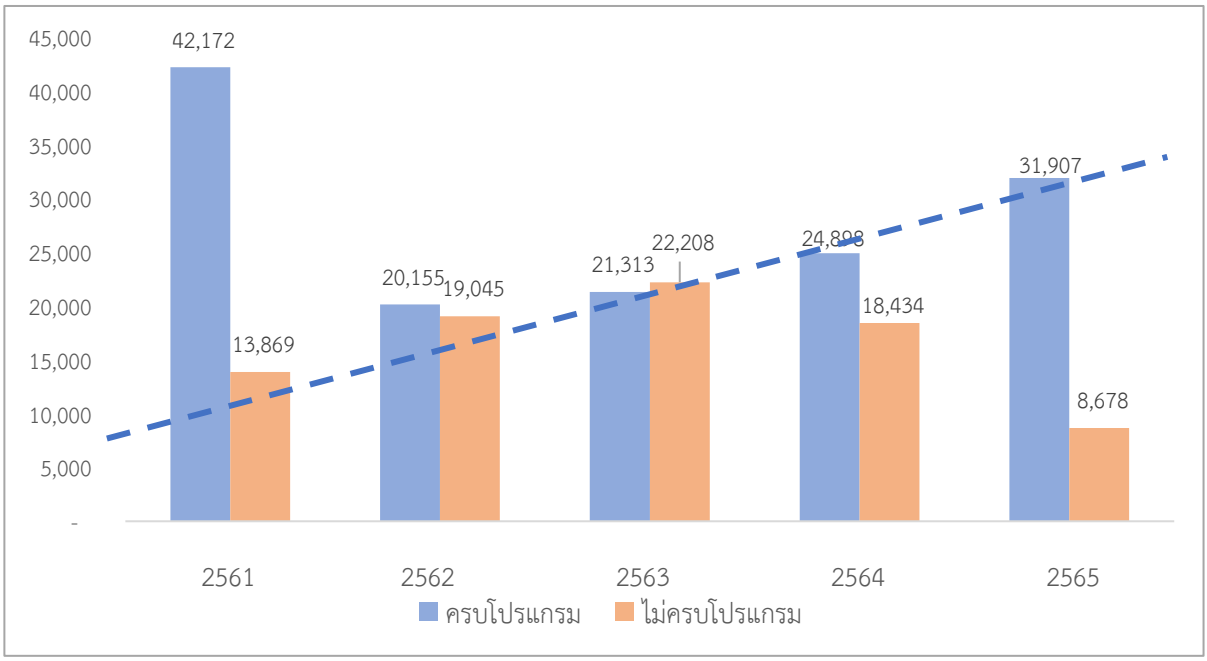
อภิปรายผลการศึกษา

การบำบัดครบโปรแกรมตามเกณฑ์ กรณีผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาไม่ว่าจะเป็นการบำบัดในรูปแบบผู้ป่วยนอก โดยใช้ Matrix program จิตสังคมบำบัด ศาสนบำบัด การบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วม หรือบำบัดรูปแบบผู้ป่วยในระยะบำบัด และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การที่บำบัดรักษาที่สถานบำบัดสามารถเห็นผลได้เร็วกว่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ ช่วยให้การถอนพิษและฟื้นฟูร่างกายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล และโปรแกรมการบำบัดที่ออกแบบมาเฉพาะบุคคล ช่วยแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ รวมถึงเทคนิคทางจิตวิทยาที่ช่วยในเรื่องของการเยียวยาจิตใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดเป็นไปอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ[10] และอีกเหตุหนึ่งอาจเพราะการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพราะเชื่อว่าความรัก ความเอาใจใส่ กำลังใจจากครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดเริ่มที่จะเข้ารับการบำบัด สามารถนำผู้ใช้สารเสพติดเข้าสู่ระบบบำบัดได้ เพราะการเข้าสู่กระบวนการบำบัดก็คือ การได้ลงมือปฏิบัติเพื่อเลิกสารเสพติด[11]

สรุปได้ว่าจากการศึกษาสถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) พบว่า ส่วนใหญ่ที่เสพยาเสพติด อยู่ในช่วงอายุ 35 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.09 รองลงมา คือ 20 – 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.83 กลุ่มผู้เสพรายใหม่ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาครบโปรแกรม ปีพ.ศ. 2561 – 2565 ในปี พ.ศ. 2561 กลุ่มอายุที่มากที่สุดคือกลุ่มอายุระหว่าง 20 - 24 ปี จำนวน 12,163 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.84 ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของอารี สุภาวงศ์ ได้ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ โรงพยาบาลทุ่งสง พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหม่เป็นเพศชาย อายุ 20 – 29 ปี (ร้อยละ 95.3) และเริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรก อายุ 20 – 29 ปี (ร้อยละ 43.3)[8] โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2565 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของกนกทิพย์ พัฒผล ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามโปรแกรมของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 24,828 ราย คิดเป็นร้อยละ 89 มีอายุเฉลี่ย 31 ปี (อยู่ระหว่าง 10 - 92 ปี) ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศชาย ที่นับถือศาสนาโดยเฉพาะศาสนาอิสลาม รองลงมา คือ ศาสนาพุทธมีสถานภาพโสดหรือสมรส ระดับการศึกษาสูง มีอาชีพที่มั่นคง มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น มีความสัมพันธ์กับการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามโปรแกรมของผู้ป่วยยาเสพติด

สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูง มีอาชีพที่มั่นคง สามารถเข้าถึงสื่อประชาสัมพันธ์ ช่องทางการให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่ประชาสัมพันธ์ผ่านหลายช่องทางออนไลน์ หรือข่าวสารการก่อความรุนแรงรูปแบบต่างๆ ในสังคมจากการใช้ยาเสพติด เกิดความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงโทษพิษภัยจากการใช้ยาเสพติด และการที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น ครอบครัวย่อมคอยให้ความช่วยเหลือและกำลังใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา[12] และยังมีช่วงอายุที่เริ่มเสพน้อยที่สุด คือ อายุต่ำกว่า 15 ปี ถึงแม้ว่าจะมีจำนวนที่น้อยที่เริ่มเสพในช่วงอายุนี้ แต่เมื่อศึกษาเชิงปัจจัยแล้วชนกลุ่มนี้เป็นชนกลุ่มที่เป็นเยาวชน โดยมีปัจจัยหลักที่ทำให้ช่วงอายุนี้เริ่มเข้าหาสารเสพติดมักจะมาจากครอบครัว ไม่เป็นสุขมีความขัดแย้ง หรือปล่อยปละละเลยจนถูกชักจูงไปเสพได้ง่าย หรือใช้ยาเสพติดเป็นทางออกของชีวิต การสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ในครอบครัว การให้ความรักความเข้าใจ แก่เด็กและเยาวชนบุตรหลานของท่าน อย่างมีเหตุผลที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะเป็นการป้องกันปัญหาการติดยาเสพติดได้[13]

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้เสพรายใหม่ที่เข้าสู่ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ ระหว่างจำนวนที่บำบัดครบโปรแกรมและจำนวนไม่ครบโปรแกรมปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2565 พบว่า จำนวนผู้เสพยาเสพติดรายใหม่ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาครบโปรแกรม 140,445 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.07 และผู้เสพรายใหม่บำบัดรักษาไม่ครบโปรแกรม 82,234 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.93 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีผู้เสพรายใหม่ครบโปรแกรม 42,172 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.25 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ครบโปรแกรม 20,155 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.41, ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ครบโปรแกรม 21,313 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.97, ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ครบโปรแกรม 24,898 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.45 และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ครบโปรแกรม 31,907 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.61 โดยแนวโน้มผู้เสพรายใหม่ได้รับการบำบัดครบโปรแกรมมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ รายละเอียดดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 จำนวนผู้เสพรายใหม่ที่บำบัดครบโปรแกรมและจำนวนไม่ครบโปรแกรม

โดยปัจจัยสาเหตุที่ทำให้การบำบัดไม่ครบโปรแกรมตามเกณฑ์นั้น จากการศึกษาของวนิตตา พิทยาเรืองนนท์ และอารณีย์ วิวัฒนาภรณ์ พบปัญหาจากตัวผู้ป่วยที่มีการเสพซ้ำ หรือเข้ารับการบำบัดไม่ครบถ้วนตามขั้นตอน หรือกรณีครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ จากผลการศึกษาพบว่าปัญหาการกลับไปเสพซ้ำและครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือเกิดขึ้นทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยา

เสพติดซ้ำหลายสาเหตุ ทั้งปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ใช้ยาเสพติดเอง กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจจะเลิกยาเสพติดจริง ยังต้องการเสพเพื่อบรรเทาความทุกข์ แต่ถูกครอบครัวส่งมาเข้ารับการบำบัด การไม่ได้นำทักษะที่ได้รับจากสถานบำบัดไปใช้ และปัจจัยภายนอก เช่น การอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ๆ และครอบครัวไม่ได้ให้ความสนใจ[14] สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภฤกษ์ นาคดิลก ที่พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์ในชุมชนที่ไม่พึ่งพาช่วยเหลือกัน ความรู้สึกที่มีต่อชุมชนลักษณะไม่ยอมรับไม่เข้าใจ การสามารถหาเมทแอมเฟตามีนได้ภายในชุมชนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้กลับมาใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำภายใน 90 วัน[15]

ในส่วนของการติดตามภายหลังการบำบัดอย่างต่อเนื่อง 4 ครั้งใน 1 ปี (Retention rate) ในระบบสมัครใจบำบัด พบว่าสัดส่วนที่สูงที่สุดในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็นร้อยละ 96.57 รองลงมาคือในปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 68.91 ส่วนในปี พ.ศ. 2565 คิดเป็นร้อยละ 67.56 และในปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 67.55 โดยในปี พ.ศ. 2562 การติดตามผู้ป่วยภายหลังการบำบัดครบโปรแกรมตามเกณฑ์ ไม่ถึงเป้าหมายตัวชี้วัดแผนงานบูรณาการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกิจกรรมที่ 2 : ให้บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยยาเสพติดในพื้นที่ร้อยละ 62 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและได้รับการติดตามตามมาตรฐาน (Retention Rate)

แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้เสพรายใหม่ที่เข้าร่วมการบำบัดไม่ครบโปรแกรมมีค่อนข้างสูง และอัตราการติดตามผู้เสพหลังการบำบัดกลับมาลดลงในแต่ละปีงบประมาณ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพที่มีบทบาทหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ที่เสพยาเสพติดตระหนักและให้ความสำคัญต่อการกระตุ้นและติดตามให้ผู้เสพยาเข้ารับการบำบัดครบโปรแกรมและได้รับการติดตามภายหลังการบำบัดที่ดีขึ้นอันจะนำไปสู่การลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การค้นหามาตรการการป้องกันที่เหมาะสมเพื่อลดจำนวนผู้เสพรายใหม่ ให้มีประสิทธิผลที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืน

2. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผู้เสพที่เข้ารับการบำบัดครบโปรแกรมมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจากเดิม

3. การเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น เพศ อาชีพ การศึกษา รายได้ เป็นต้น เพื่อเป็นวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เสพยาเสพติด

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. World drug report 2015. Geneva: UNODC; 2015.

2. อรรจน์กร สมเกียรติกุล. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด 2566; 1(1): 28-40.

3. ราศี อาษาจิตร และสุจิตตา ฤทธิ์มนตรี. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2566; 16(2): 244-257.

4. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. หน้า 1-89 เล่ม 138 ตอน 73 ก; 8 พฤศจิกายน 2564.

5. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข . คู่มือการใช้งาน ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.). 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 กรกฎาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.asia/yON4s

6. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้งานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) (ฉบับปรับปรุงตามประมวลกฎหมายยาเสพติด). 2565 [เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: file:///C:/Users/NCMC MOPH/Downloads/คู่มือ บสต. ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด.pdf

7. Pattrakorn A.& Chaipichitpan N. The Effect of FAST Model for addiction patient in Thanyarak Institute. Journal of the psychiatric association of Thailand 2015; 60(1): 71-81.

8. กรมการแพทย์ โรงพยาบาลธัญรักษ์ขอนแก่น. รูปแบบการบำบัด: การบำบัดรักษาเป็น 4 ขั้นตอน. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 6 กรกฎาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: https://tyrkk.go.th/new/รูปแบบการบำบัด/

9. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 มีนาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmReports/

10. ภูฟ้า เอ็นเตอร์ไพรส์. เลิกยาด้วยตัวเอง vs บำบัดที่สถานบำบัด ต่างกันอย่างไร แบบไหนเห็นผลเร็วกว่า?. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: https://www.phufaresthome.com/blog/drug-treatment-by-self-or-rehab/

11. อรรถพงษ์ ฉัตรดอน. แรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่เข้ารับการบำบัดสารเสพติดโรงพยาบาลปทุมธานีวารสารแพทย์เขต 2564; 40(2): 181-192

12. กนกทิพย์ พัฒผล. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาครบตามโปรแกรมของผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

13. อัญชลี จุมพฎจามีกร. เด็กติดยาเสพติด. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 มีนาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/06212014-1613

14. นิตตา พิทยาเรืองนนท์ และอารณีย์. ปัญหาในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด:กรณีศึกษาในสถานพยาบาลของรัฐ. วารสารวิจัยธรรมศึกษา 2565; 5(2): 94-102.

15. ศุภฤกษ์ นาคดิลก. อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.). วารสารวิชาการเสพติด 2563; 6(1): 47-58.

สถานการณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566

The Situation of Patients Receiving Drug Treatment in Prachinburi Province from 2019 to 2023.

พีระพงษ์ พิมพารัตน์[1], สุกฤษ ชัยพงษ์[2]
Peerapong Pimparat[1], Sugrid Chaiphong[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional study) นี้ มีวัตถุประสงคเพื่อบรรยายสถานการณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566 จากฐานข้อมูลของระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) เป็นข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ระหว่างปี พ.ศ. 2562 – 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด อายุ และชนิดของยาเสพติด ที่มีการนำเข้ามาระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ผลการศึกษา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำแนกรายอำเภอในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566 อำเภอเมืองปราจีนบุรี มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดสะสมสูงสุด รองลงมาได้แก่ อำเภอกบินทร์บุรี ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด คิดเป็นอัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 10:1 กลุ่มอายุที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดสูงที่สุด คือ กลุ่มอายุ มากกว่า 39 ปี 1,436 ราย (ร้อยละ 23.59) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 18 – 24 ปี 1,278 ราย (ร้อยละ 21) ปี 2562 - 2566 พบว่าสารเสพติดที่ใช้สูงที่สุด คือ ยาบ้า 5,106 ราย (ร้อยละ 83.87) รองลงมา คือ ยาไอซ์ 684 ราย (ร้อยละ 11.24) ในจังหวัดปราจีนบุรี แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดมีทิศทางลดลง ซึ่งอาจมีสาเหตุหลายประการ หนึ่งในนั้นคือการแก้ไขกฎหมายยาเสพติดในปี พ.ศ. 2564 ที่ส่งผลต่อการจัดการยาเสพติดในประเทศไทย โดยเฉพาะการปลดล็อคให้กัญชาเป็นกฎหมายในบางกรณี นโยบายการบังคับใช้จึงเปลี่ยนไปเน้นการรักษาและฟื้นฟูมากกว่าการลงโทษ สำหรับปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหายาเสพติดที่มากขึ้น ผลกระทบจากสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งอาจทำให้ผู้คนมีความเครียดสูงขึ้นและหันไปใช้ยาเสพติดเป็นวิธีจัดการกับความเครียดแทน

คำสำคัญ: การบำบัดยาเสพติด, จังหวัดปราจีนบุรี, แนวโน้มปี 2562 – 2566, การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ

[1] นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี
[1] Public Health Technical Officer Practitioner. Prachinburi Provincial Public Health Office.
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี
[2] Public Health Technical Officer Professional. Prachinburi Provincial Public Health Office.

Abstract

This descriptive cross-sectional study aims to describe the situation of patients receiving drug treatment in Prachinburi Province from 2019 to 2023, based on data from the National Substance Abuse Treatment and Rehabilitation Information System (NSTDA). This is secondary data collected between 2019 and 2023. The analysis focuses on the number of patients receiving drug treatment, their ages, and the types of drugs reported in the NSTDA from January 1, 2019, to December 31, 2023. The results indicate that the number of patients receiving drug treatment, categorized by district in Prachinburi Province from 2019 to 2023, showed that Mueang Prachinburi District had the highest cumulative number of patients, followed by Kabin Buri District. The ratio of male to female patients receiving drug treatment was 10:1. The age group with the highest number of patients receiving drug treatment was those aged over 39 years (1,436 cases, 23.59%), followed by the age group 18-24 years (1,278 cases, 21%). From 2019 to 2023, the most commonly used drug was methamphetamine (yaba), with 5,106 cases (83.87%), followed by ice (methamphetamine) with 684 cases (11.24%) in Prachinburi Province. The trend in the number of patients receiving drug treatment showed a decrease, which may be attributed to several factors, one of which is the amendment of drug laws in 2021 that impacted drug management in Thailand, particularly the legalization of cannabis in certain cases. Consequently, the enforcement policy shifted to focus more on treatment and rehabilitation rather than punishment. In 2023, the number of patients increased, which may be due to various factors, such as heightened awareness of drug-related issues, the impact of social and economic conditions, and the effects of the COVID-19 pandemic, which may have led to increased stress levels among individuals, prompting them to turn to drugs as a coping mechanism.

Keywords: Drug Treatment, Prachinburi Province, Trends from 2019 to 2023, Analysis of Secondary Data

บทนำ

สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในปัจจุบันการแพร่ระบาดของยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้ยาที่เป็นอันตราย เช่น เฮโรอีน โคเคน และยาเสพติดสังเคราะห์ ประเทศต่าง ๆ มีนโยบายที่แตกต่างกันในการจัดการกับปัญหายาเสพติด บางประเทศมุ่งเน้นการบังคับใช้กฎหมาย ในขณะที่บางประเทศมุ่งเน้นการบำบัดและฟื้นฟู สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในประเทศไทย โดยเฉพาะในจังหวัดปราจีนบุรี เป็นเรื่องที่มีความสำคัญและเร่งด่วนในการดำเนินการแก้ไข ปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างหนัก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่เป็นอันตราย เช่น เฮโรอีน โคเคน และยาเสพติดสังเคราะห์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและความปลอดภัยในสังคม ความรุนแรงของปัญหาในจังหวัดปราจีนบุรีมีลักษณะเฉพาะที่ทำให้ต้องศึกษาเกี่ยวกับปัญหายาเสพติด เช่น การเป็นพื้นที่เชื่อมต่อระหว่างกรุงเทพมหานคร และภาคตะวันออก ซึ่งอาจทำให้เป็นเส้นทางการค้ายาเสพติด นอกจากนี้ยังมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เช่น ความยากจนและการว่างงาน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการใช้ยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนและผู้ใหญ่ ข้อมูลเชิงสถิติที่แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหานี้ ได้แก่ จำนวนผู้เข้ารับการบำบัด ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นว่าในปี 2562 - 2566 มีจำนวนผู้เข้ารับ

การบำบัดยาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการเกิดอาชญากรรม ปัญหายาเสพติดมีความเกี่ยวข้องกับการก่ออาชญากรรม ซึ่งมีการบันทึกการเพิ่มขึ้นของอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในพื้นที่ ผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ผู้ใช้ยาเสพติดมักมีปัญหาสุขภาพที่ตามมา เช่น โรคจิตเภท และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำงาน ความสำคัญของการศึกษาในช่วงเวลา 2562 - 2566 การศึกษานี้มีความสำคัญเนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลที่ทันสมัยและมีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการพัฒนานโยบายที่เหมาะสม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอาจนำไปสู่การพัฒนานโยบายและกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ การสร้างความตระหนักรู้ การศึกษาอาจช่วยสร้างความตระหนักรู้ในชุมชนและเยาวชนเกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติด การสร้างความร่วมมือ ข้อมูลจะเป็นฐานในการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐและองค์กรชุมชน เพื่อให้การแก้ไขปัญหามีความยั่งยืน การศึกษานี้จึงเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ที่สำคัญ ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหายาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรีอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในอนาคต

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อบรรยายสถานการณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566

วิธีการศึกษา

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross sectional study) เพื่อบรรยายสถานการณ์ยาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566 โดยศึกษาข้อมูลจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เป็นข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

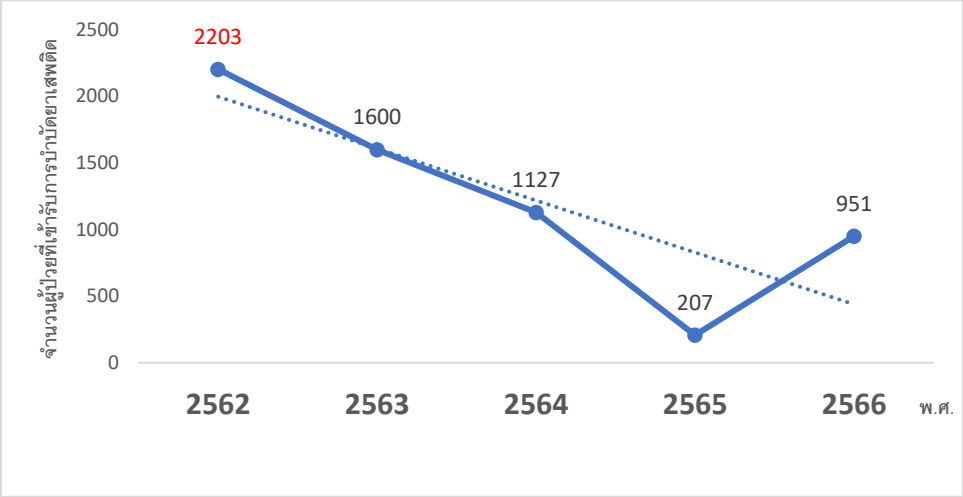
การศึกษาในครั้งนี้มีวิธีการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลของระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เป็นข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด อายุ และชนิดของยาเสพติด ที่มีการนำเข้ามาระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

สถานการณ์ยาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรี

1.1 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 – 2566

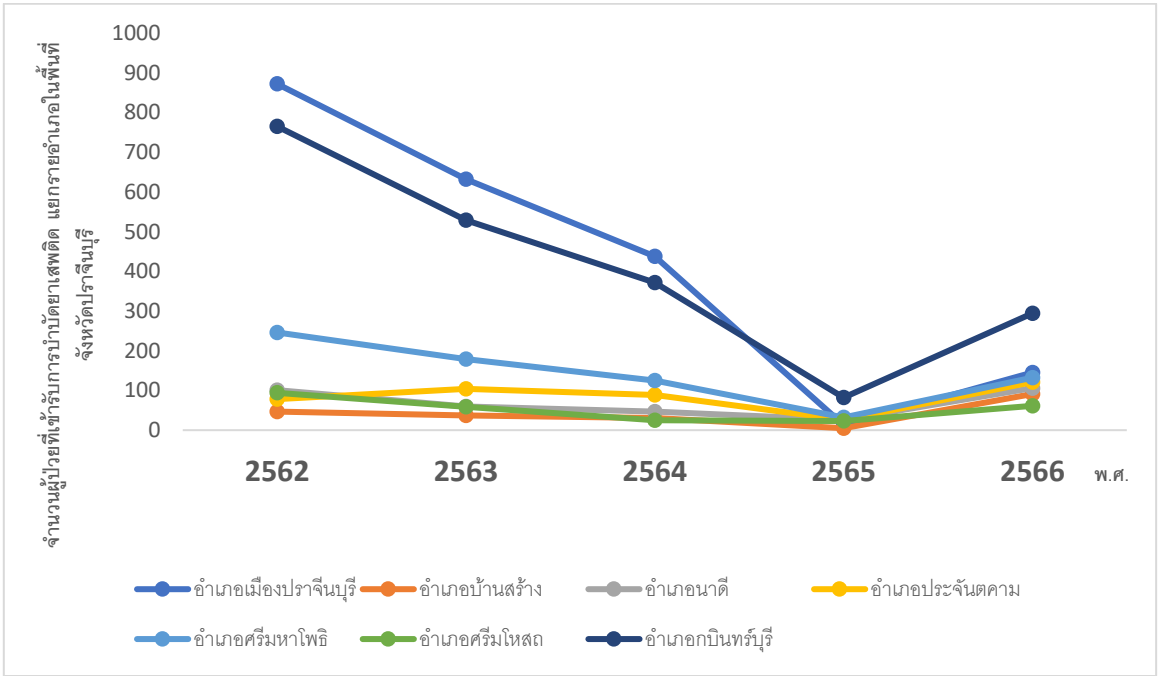
ข้อมูลจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2562 - 2566) พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 -2566 มีแนวโน้มในทิศทางที่ลดลง อาจมีสาเหตุหลายประการ ซึ่งหนึ่งในนั้นคือการแก้ไขกฎหมายยาเสพติดในปี พ.ศ. 2564 ที่มีผลต่อการจัดการกับยาเสพติดในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปลดล็อคให้กัญชาเป็นกฎหมายในบางกรณี และมีการเปลี่ยนแปลงในนโยบายการบังคับใช้ที่เน้นการรักษาและฟื้นฟูมากกว่าการลงโทษสำหรับปี 2566 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดเนื่องจากการเพิ่มขึ้นอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหายาเสพติด การเข้าถึงบริการการเปลี่ยนแปลงในแนวทางการบริโภคยาเสพติด ผลกระทบจากสังคมและเศรษฐกิจ และผลกระทบจากโควิด-19: สถานการณ์โควิด-19 อาจทำให้ผู้คนมีความเครียดที่สูงขึ้น และหันไปใช้ยาเสพติดเป็นวิธีการจัดการกับความเครียดแทน



ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566

1.2 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำแนกรายอำเภอในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำแนกรายอำเภอในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566 พบว่า อำเภอเมืองปราจีนบุรี มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดสะสมสูงสุด ในปี 2562 – 2566 พบจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด เท่ากับ 872 632 438 13 และ 145 ตามลำดับ รองลงมา ได้แก่ อำเภอกบินทร์บุรี พบจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด เท่ากับ 765 529 372 82 และ 294 ตามลำดับ และอำเภอบ้านสร้าง พบจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดต่ำที่สุด เท่ากับ 47 37 31 5 และ 91 ตามลำดับ โดยเกือบทุกอำเภอ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยสะสมที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำแนกรายอำเภอในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า อำเภอเมืองปราจีนบุรี มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดมากที่สุด 2,100 คน รองลงมาคือ อำเภอกบินทร์บุรี 2,042 คน อำเภอศรีมหาโพธิ 715 คน อำเภอประจันตคาม 418 คน อำเภอนาดี 340 คน อำเภอศรีมโหสถ 262 คน และอำเภอบ้านสร้าง 211 คนตามลำดับ



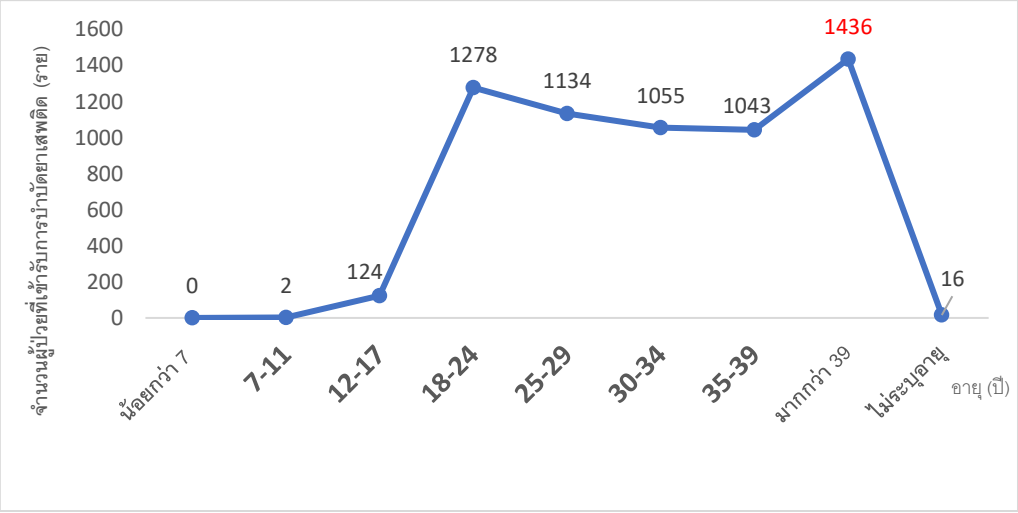
ภาพที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด แยกรายอำเภอในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด แยกรายอำเภอในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566

อำเภอ	ปี 2562 จำนวน (%)	ปี 2563 จำนวน (%)	ปี 2564 จำนวน (%)	ปี 2565 จำนวน (%)	ปี 2566 จำนวน (%)
อำเภอเมืองปราจีนบุรี	872 (39.6)	632 (39.5)	438 (38.9)	13 (6.3)	145 (15.2)
อำเภอบ้านสร้าง	47 (2.3)	37 (2.3)	31 (2.8)	5 (2.4)	91 (9.6)
อำเภอนาดี	101 (4.5)	60 (3.8)	47 (4.2)	26 (12.6)	106 (11.1)
อำเภอประจันตคาม	78 (3.5)	104 (6.5)	89 (7.9)	26 (12.6)	121 (12.7)
อำเภอศรีมหาโพธิ	246 (11.1)	179 (11.2)	125 (11.0)	32 (15.4)	133 (14.0)
อำเภอศรีมโหสถ	94 (4.3)	59 (3.7)	25 (2.2)	23 (11.1)	61 (6.4)
อำเภอกบินทร์บุรี	765 (34.7)	529 (33.0)	372 (33.0)	82 (39.6)	294 (31.0)
รวม	2,203	1,600	1,127	207	951

1.3 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำแนกตามอายุ ในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566

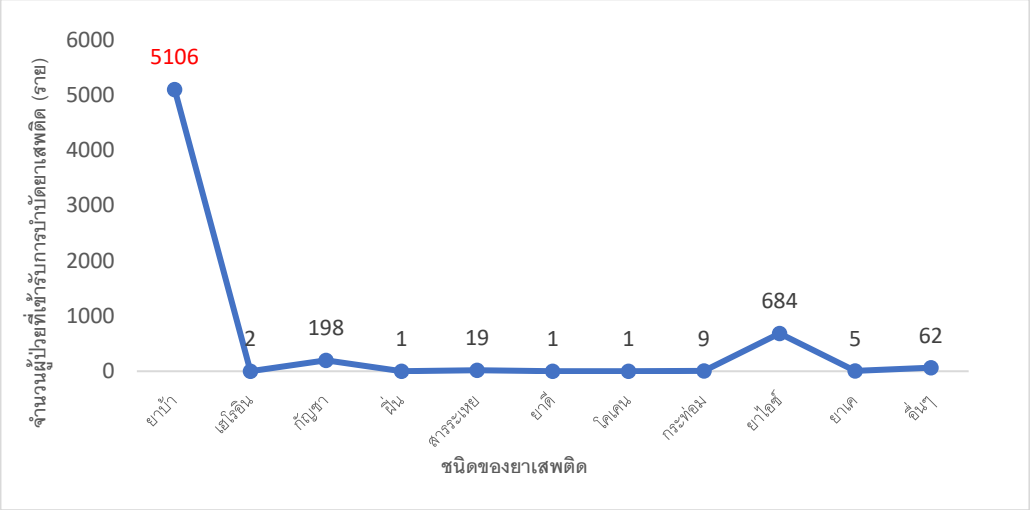
จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำแนกตามอายุ ในจังหวัดปราจีนบุรี ปี 2562 – 2566 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด คิดเป็นอัตราส่วนระหว่างชายต่อหญิง เท่ากับ 10:1 กลุ่มอายุที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดสูงที่สุด คือ กลุ่มอายุมากกว่า 39 ปี 1,436 ราย (ร้อยละ 23.59) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 18 – 24 ปี 1278 ราย (ร้อยละ 21) กลุ่มอายุ 25 – 29 ปี 1,134 ราย (ร้อยละ 18.62) กลุ่มอายุ 30 – 34 ปี 1,055 ราย (ร้อยละ 17.33) กลุ่มอายุ 35 – 39 ปี 1,043 ราย (ร้อยละ 17.13) กลุ่มอายุ 12 – 17 ปี 124 ราย (ร้อยละ 2.04) ไม่ระบุกลุ่มอายุ 16 ราย (ร้อยละ 0.26) กลุ่มอายุ 7 – 11 ปี 2 ราย (ร้อยละ 0.03) และกลุ่มอายุน้อยกว่า 7 ปี 0 ราย (ร้อยละ 0) ตามลำดับ



ภาพที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำแนกตามอายุ ในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566

1.4 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำแนกตามชนิดของยาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566

ปี 2562 - 2566 พบว่าสารเสพติดที่ใช้สูงที่สุด คือ ยาบ้า 5,106 ราย (ร้อยละ 83.87) รองลงมา คือ ยาไอซ์ 684 ราย (ร้อยละ 11.24) กัญชา 198 ราย (ร้อยละ 3.25) อื่นๆ 62 ราย (ร้อยละ 1.01) สารระเหย 19 ราย (ร้อยละ 0.31) กระท่อม 9 ราย (ร้อยละ 0.15) ยาเค 5 คน (ร้อยละ 0.08) เฮโรอีน 2 ราย (ร้อยละ 0.03) ฝิ่น 1 ราย (ร้อยละ 0.02) ยาอี 1 ราย (ร้อยละ 0.02) และโคเคน 1 ราย (ร้อยละ 0.02)) ตามลำดับ



ภาพที่ 4 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด จำแนกตามชนิดของยาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566

อภิปรายผลการศึกษา

สถานการณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2562 - 2566 มีจำนวนลดลงตั้งแต่ปี 2562 ถึง 2565 อาจมีสาเหตุหลายประการ ซึ่งหนึ่งในนั้นคือการแก้ไขกฎหมายยาเสพติดในปี พ.ศ. 2564 ที่มีผลต่อการจัดการกับยาเสพติดในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปลดล็อคให้กัญชาเป็นกฎหมายในบางกรณี และมีการเปลี่ยนแปลงในนโยบายการบังคับใช้ที่เน้นการรักษาและฟื้นฟูมากกว่าการลงโทษสำหรับปี 2566 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดเนื่องจากการเพิ่มขึ้น อาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหายาเสพติด ผลกระทบจากสังคมและเศรษฐกิจ และผลกระทบจากโควิด-19: สถานการณ์โควิด-19 อาจทำให้ผู้คนมีความเครียดที่สูงขึ้น และหันไปใช้ยาเสพติดเป็นวิธีการจัดการกับความเครียดแทน อำเภอที่พบผู้ป่วยสะสมมากที่สุด คือ อำเภอเมืองปราจีนบุรี มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดมากที่สุด 2,100 คน รองลงมาคือ อำเภอกบินทร์บุรี 2,042 คน เนื่องจากปัญหาว่างงาน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ ราเมศ และคณะ พบว่า อาชีพที่มีการใช้สารเสพติดมากที่สุดคือ อาชีพรับจ้าง ช่วงอายุที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดสูงที่สุด คือ กลุ่มอายุ มากกว่า 39 ปี 1,436 ราย (ร้อยละ 23.59) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 18 – 24 ปี 1278 ราย (ร้อยละ 21) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐกฤษ และคณะ พบว่า กลุ่มอายุในกลุ่มผู้เสพรายใหม่ พบว่า มากที่สุด คือ อายุมากว่า 35 ปีขึ้นไป จำนวน 43,950 ราย (ร้อยละ 33.85) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 15 - 19 ปี จำนวน 24,665 ราย (ร้อยละ 19.00) สารเสพติดที่ใช้สูงที่สุด คือ ยาบ้า 5,106 ราย (ร้อยละ 83.87) รองลงมา คือ ยาไอซ์ 684 ราย (ร้อยละ 11.24) สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2565 โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) พบว่า สารเสพติดที่แพร่หลายมากที่สุด คือ ยาบ้า ร้อยละ 79.2 รองลงมาคือ ยาไอซ์ ร้อยละ 8.3 ซึ่งถือว่าปัญหายาเสพติดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืนในพื้นที่โดยการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดยาเสพติด สร้างพื้นที่ปลอดยาเสพติดในชุมชน เช่น สวนสาธารณะที่มีกิจกรรมนันทนาการ ส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม จัดกิจกรรมกีฬา งานเทศกาล หรือกิจกรรมศิลปวัฒนธรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด การศึกษาและสร้างความตระหนักรู้ โครงการเรียนรู้ในโรงเรียน จัดหลักสูตรให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของยาเสพติดในทุกระดับชั้น การใช้สื่อสังคมออนไลน์สร้างแคมเปญให้ความรู้ผ่านแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียเพื่อเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่น การบำบัดและฟื้นฟูจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟู สร้างศูนย์ฟื้นฟูที่มีบริการรักษาแบบครบวงจร ทั้งการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางจิตใจ การสนับสนุนทางอาชีพ จัดโครงการฝึกอบรมอาชีพ

สำหรับผู้ที่ฟื้นฟูจากการติดยาเสพติด เพื่อให้มีโอกาสทำงาน การควบคุมและบังคับใช้กฎหมาย เพิ่มความเข้มงวดในการตรวจสอบร้านขายยาและสถานที่ที่มีความเสี่ยง การสร้างเครือข่ายการสนับสนุน จัดตั้งกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ที่เคยติดยาเสพติดและครอบครัว เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจ สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยการจัดประชุมหรือเวทีเสวนา

การศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญแก่ผู้รับผิดชอบงานด้านยาเสพติด ในจังหวัดปราจีนบุรี ในการเฝ้าระวังสถานการณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในจังหวัดปราจีนบุรี เพื่อหามาตรการการป้องกันในการแพร่ระบาดของยาเสพติดจังหวัดปราจีนบุรี รวมทั้งการวิเคราะห์หาสาเหตุการติดสารเสพติดของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในจังหวัดปราจีนบุรี และชนิดของสารเสพติดที่พบเจอในพื้นที่ เพื่อลดปัญหาการเสพติดของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรมีการบูรณาการข้อมูลด้านยาเสพติดแต่ละหน่วยงานในภาครัฐในจังหวัดปราจีนบุรี

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

2.1 ควรมีการศึกษาหาความสัมพันธ์เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุการติดสารเสพติดของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในจังหวัดปราจีนบุรี

2.2 ควรมีการศึกษาและประเมินมาตรการป้องกันการติดสารเสพติด เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ออกแบบมาตรการหรือแนวทางการป้องกันในจังหวัดปราจีนบุรี

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) พ.ศ. 2562 - 2566 [ไฟล์ข้อมูล]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2567.

2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2565 [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2023-09-01]. สืบค้นจาก: https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ITA/main.

3. ณัฐกฤตา ทุมวงศ์, มุสลีมะห์ กือจิ. สถานการณ์ผู้เสพรายใหม่ที่เข้าสู่ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2565. บทความวิจัย. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

4. ราเมศ, และคณะ. สถานการณ์ของชนิดสารเสพติดที่ใช้ในกลุ่มผู้เสพในเขตบริการสุขภาพที่ 3 พ.ศ. 2552 – 2557. วิทยานิพนธ์. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์; 2559.

5. บุรฉัตร จันทร์แดง. บทวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหายาเสพติด Analysis of Current Drug Situation Problem. บทความวิจัยปริญญาตรี. คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2560.

สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย (ตุลาคม พ.ศ. 2566 - กรกฎาคม พ.ศ. 2567)

The Situation of Treatment and Rehabilitation of Drug Addicts in Thailand (October 2023 to July 2024)

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข[1]
Office of Secretary of National Addiction Treatment and Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) โดยศึกษาสถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย โดยการรวบรวมข้อมูลปริมาณ (Quantitative data) จากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 28 กรกฎาคม 2567 โดยการเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) การคัดกรองตามประเภทหน่วยบำบัด/ฟื้นฟู และต้นสังกัด 2) การบำบัดรักษา ตามประเภทหน่วยบำบัด/ฟื้นฟู และต้นสังกัด 3) การดำเนินงาน CBTx และมินิธัญญารักษ์ 4) การติดตามผู้ป่วยภายหลังการบำบัดต่อเนื่องครบตามเกณฑ์ 5) การคืนที่สู่สังคม และ 6) การให้ความช่วยเหลือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

ผลการศึกษา

1. การคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 146,269 คน จำแนกตามกลุ่มผู้ป่วยสีแดง ร้อยละ 12.18 กลุ่มผู้ป่วยสีส้ม ร้อยละ 4.64 กลุ่มผู้ป่วยสีเหลือง ร้อยละ 2.66 กลุ่มผู้ป่วยสีเขียว ร้อยละ 80.52

2. การบำบัดรักษา จำนวน 140,108 คน จำแนกตามกลุ่ม พบกลุ่มผู้ป่วยสีแดง ร้อยละ 12.91 กลุ่มผู้ป่วยสีส้ม ร้อยละ 4.88 กลุ่มผู้ป่วยสีเหลือง ร้อยละ 2.69 และกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว ร้อยละ 79.52

3. การบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) และมินิธัญญารักษ์ พบผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดใน CBTx ทั้งหมด 27,140 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ ทั้งหมด 4,082 คน

4. การติดตาม สามารถติดตามได้ครบตามเกณฑ์จำนวน 83,950 คน คิดเป็น Retention Rate ร้อยละ 57.00

5. การคืนคนดีสู่สังคม 71,497 คน และผู้ป่วยที่ติดตามครบและไม่เสพซ้ำจำนวน 59,527 คน

6. การฟื้นฟูสภาพทางสังคม โดยการให้ความช่วยเหลือ 483 คน

ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาปัจจัยทางด้านอายุ เพศ อาชีพ การศึกษา และรายได้ เป็นต้น เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุที่เข้ามาพัวพันกับสารเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติด และรูปแบบการบำบัดรักษาแต่ละประเภท เพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดเพื่อวางแผนในการดำเนินการต่อไป

คำสำคัญ : การบำบัดรักษายาเสพติด, การฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาประเทศไทย

---

[1] สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

[1] Office of Secretary of National Addiction Treatment and Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health

Abstract

This study is a cross-sectional descriptive study that studies the situation of treatment and rehabilitation of drug addicts in Thailand. Quantitative data was collected from the National Drug Addiction Treatment and Rehabilitation Information System (NCS) between October 1, 2023 and July 28, 2024 by collecting the following data: 1) Screening by type of treatment/rehabilitation unit and affiliation, 2) Treatment by type of treatment/rehabilitation unit and affiliation, 3) CBTx and Mini-Thanyarak operations, 4) Monitoring of patients after complete continuous treatment according to the criteria. 5) Giving back to society and 6) Providing assistance. The data were analyzed using descriptive statistics, including the number of percentages.

Results:

1. Screening of Drug Patients 146,269 people classified by red patient group 12.18 percent, orange patients, 4.64 percent, yellow patients, 2.66 percent, green patients, 80.52 percent.

2. Therapy 140,108 people classified by group A group of red patients was found. 12.91 percent of the orange patients, 4.88 percent of the yellow patients, 2.69 percent of the yellow patients, and 79.52 percent of the green patients.

3. A total of 27,140 patients were treated in CBTx and 4,082 patients were treated in Mini-Thanyarak.

4. Tracking: 83,950 people can be tracked according to the criteria, accounting for a retention rate of 57.00%.

5. 71,497 good people were returned to society and 59,527 patients were fully followed and non-relapsed patients.

6. Social rehabilitation by providing assistance to 483 people.

Suggestion: Age, gender, occupation, education, income, etc. should be studied to analyze the causative factors involved in drug addiction of drug patients and each type of treatment, to compare the results of treatment to plan for further action.

Keywords: Drug treatment, Drug addiction rehabilitation, Thailand's Treatment Information System.

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพทางกายและจิตของผู้เสพ ผลกระทบต่อสังคมครอบข้าง นอกจากนี้ยังส่งผลไปในด้านการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ โดยสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศแม้ว่าจะมีมาตรการและนโยบายต่างๆ เพื่อป้องกันและปราบปรามยาเสพติด รวมถึงการรณรงค์ เรื่องยาเสพติดจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน[1] การดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มุ่งเน้นการดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา แก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของการเสพติด โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคมควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลด ละ เลิกยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการสงเคราะห์และติดตามดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ผ่านการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ

ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข ประกอบอาชีพ การศึกษา ได้รับสวัสดิการ และการสงเคราะห์อื่นๆ ตามความจำเป็นและเหมาะสม[2]

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้มีการปรับระบบการบำบัดรักษาจากเดิม คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ เป็นการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาตามมาตรา 113 และมาตรา 114 หากกรณีไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ให้ส่งตัวไปยังศาล ซึ่งการพิพากษาคดีของศาลให้คำนึงถึงการสงเคราะห์ให้จำเลยเลิกเสพยาเสพติด ซึ่งการพิพากษาคดีของศาลให้คำนึงถึงการสงเคราะห์ให้จำเลยเลิกเสพยาเสพติดโดยการบำบัดรักษายิ่งกว่าการลงโทษ และถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่น ซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ในกรณีที่ศาลเห็นว่าพฤติการณ์แห่งคดียังไม่สมควรลงโทษจำเลย หากจำเลยสำนึกในการกระทำโดยตกลงเข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อศาลสอบถามพนักงานอัยการแล้ว หากศาลเห็นสมควรให้ส่งตัวจำเลยไปสถานพยาบาลยาเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาต่อไป (มาตรา 168) หรือให้ศาลที่พิจารณาพิพากษาคดีดังกล่าว มีอำนาจเปลี่ยนโทษจำคุกเป็นการใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (มาตรา 166) หรือประมวลกฎหมายอาญา (มาตรา 39) หรือนำเงื่อนไขเพื่อคุมความประพฤติข้อเดียวหรือหลายข้อตามมาตรา 56 แห่งประมวลกฎหมายอาญา มาใช้แทนการลงโทษตามระยะเวลาที่ศาลกำหนดแต่ต้องไม่เกินกว่าสองปี[2]

สถานการณ์การแพร่ระบาดของผู้ป่วยยาเสพติดและจำนวนคดียาเสพในประเทศยังไม่มีแนวโน้มที่ลดลง[1] และยังส่งผลกระทบในหลายๆด้าน การแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทยทำได้จำกัด เนื่องจากไม่สามารถจัดการแหล่งผลิตยาเสพติดภายนอกประเทศได้ อาทิ กลุ่มว้า มูเซอ ไทยใหญ่ โกกัง และมีความพยายามลักลอบนำยาเสพติดเข้ามาในไทยอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งปัญหาการแพร่ระบาดในหมู่บ้านหรือชุมชนก็ไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง ที่สำคัญปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 24 ปี มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า “ปัญหายาเสพติด” กำลังเป็นปัญหาที่คุกคามสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นภัยต่อสุขภาพกายและจิตต่อกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน[3] การให้ความสำคัญกับการบำบัดรักษาจึงมีความสำคัญ เพื่อลดปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อเป้าให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเลิกเสพและคืนคนดีสู่สังคม เป็นพลเมืองของประเทศชาติต่อไป แต่สำหรับผู้ติดยาเสพติดจำนวนไม่น้อย ความหวังที่จะให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวนี้ เป็นไปได้ยากยิ่ง หรือเป็นไปไม่ได้เลย การรักษาจึงจำเป็นต้องลดเป้าหมายลงมา ไม่ต้องให้ถึงกับหยุดยาเสพติดโดยเด็ดขาด แต่ให้สามารถควบคุมได้ และสภาพการติดยาไม่ก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือปัญหาอาชญากรรม อันเป็นอันตรายต่อสังคมต่อไป การรักษาด้วยเป้าหมายเพียงลดปัญหา จึงเป็นเทคนิคที่จำเป็นต้องนำมาใช้ด้วย[4] นำไปสู่การศึกษาสถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศและเป็นฐานข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติด

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การคัดกรอง การบำบัดรักษา การติดตาม และการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 28 กรกฎาคม 2567

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Study) ซึ่งสถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย โดยรวบรวมข้อมูลปริมาณ (Quantitative data) จากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

ของประเทศ (บสต.) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 28 กรกฎาคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 28 กรกฎาคม 2567 โดยรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด คือ การคัดกรองปัญหาและความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด โดยการซักประวัติ ประเมินความเจ็บป่วยและประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติดร่วมกับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยและบำบัดรักษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับการเจ็บป่วย[5] การดำเนินการคัดกรอง โดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดและสารเสพติด เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก. กสธ.) V.2 ซึ่งจำแนกผู้ป่วยออกเป็น “ผู้ใช้” “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” และแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ซึ่งจะจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 4 ระดับ คือ สีแดง สีส้ม สีเหลือง และสีเขียว และภายหลังการจำแนกระดับความรุนแรงแล้ว สามารถดำเนินการส่งต่อเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา ดังนี้

กลุ่มสีแดง หมายถึง เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย และกำลังแสดงอาการอาละวาด คลุ้มคลั่ง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) หรือ ประเมิน OAS เท่ากับ 3 คะแนน สามารถส่งตัวเข้ารับการบำบัดรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อให้การดูแลในภาวะฉุกเฉินจนกว่าอาการสงบ และส่งผู้ป่วยไปบำบัดรักษาในรูปแบบ acute care ที่โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลธัญญารักษ์ โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มสีส้ม หมายถึง เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย อยู่ในระยะอาการกำเริบและมี 5 สัญญาณเตือน ที่จะก่อเหตุรุนแรง ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยวหวาดระแวง หรือ ประเมิน OAS เท่ากับ 2 คะแนน สามารถส่งบำบัดที่สถานพยาบาลยาเสพติดที่เปิดบริการมินิธัญญารักษ์

กลุ่มสีเหลือง หมายถึง เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย อยู่ในระยะอาการกำเริบและมี 5 สัญญาณเตือน ที่จะก่อเหตุรุนแรง ได้แก่ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เที่ยวหวาดระแวง หรือ ประเมิน OAS เท่ากับ 2 คะแนน สามารถส่งบำบัดที่สถานพยาบาลยาเสพติดที่เปิดบริการมินิธัญญารักษ์

กลุ่มสีเขียว หมายถึง เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ไม่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย หรือ ประเมิน OAS เท่ากับ 0 คะแนน สามารถส่งบำบัดในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูทางสังคมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based Treatment and Rehabilitation; CBTx)

2. การบำบักรักษา จำแนกตามกลุ่มสี ประเภทการเข้ารับการบำบัด อยู่ระหว่างการบำบัด และหน่วยบำบัด/ฟื้นฟู และต้นสัง

3. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) และมินิธัญญารักษ์

4. การติดตามผู้ป่วยภายหลังการบำบัดต่อเนื่องตามเกณฑ์ (Retention rate) คือ ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด คือ การติดตามผู้ป่วยภายหลังการบำบัด โดยการประเมินว่าติดตามได้ครบตามเกณฑ์ จะแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ ในกลุ่ม “ผู้ใช้” ต้องได้รับการติดตามช่วยเหลืออย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 1 ปี ส่วน “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ต้องได้รับการติดตามช่วยเหลือ อย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี โดยจะเริ่มนับผลการดำเนินงานเมื่อระยะเวลาครบ 1 ปี หลังจากวันที่บันทึกการประเมินผลและสิ้นสุดการบำบัดฟื้นฟูในระบบ บสต.

5. การคืนคนดีสู่สังคม คือ ผู้ป่วยที่สิ้นสุดการติดตาม

6. ศูนย์ฟื้นฟูทางสังคม คือ สถานที่ทำการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา เป็นหน่วยงานที่คอยติดตาม ดูแล ให้คำปรึกษาแนะนำให้ความช่วยเหลือ และสงเคราะห์แก่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้เข้าการบำบัดรักษาได้รับการฟื้นฟู

สภาพทางสังคม โดยได้รับบริการด้านสวัสดีการสังคม การสังคมสงเคราะห์ที่จำเป็นและเหมาะสม รวมทั้งช่วยเหลือสนับสนุนมีที่อยู่อาศัยเป็นการชั่วคราว เพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่กลับมากระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอีก โดยที่กระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานครมีหน้าที่จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (มาตรา 118) โดยให้ใช้พื้นที่ของหน่วยงานสังกัดกระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานครหรือพื้นที่อื่นที่เหมาะสมเป็นที่ตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตาม และให้ครอบคลุมพื้นที่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล และระดับหมู่บ้าน[6]

ผลการการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจากข้อมูลในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 28 กรกฎาคม 2567 ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด การบำบัดรักษา การดำเนินงานตามประเภทหน่วยบำบัด ฟื้นฟู และต้นสังกัด การดำเนินงาน CBTx และมินิธัญญารักษ์ การติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดต่อเนื่องครบโปรแกรม (Retention rate) การคืนคนดีสู่สังคม และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ดังนี้

1. การคัดกรองผู้ป่วยทั้งหมด 146,269 คน พบผู้ป่วยกลุ่มสีแดง 17,815 คน (ร้อยละ 12.18) กลุ่มสีส้ม 6,788 คน (ร้อยละ 4.64) กลุ่มสีเหลือง 3,892 คน (ร้อยละ 2.66) และกลุ่มสีเขียวจำนวน 117,774 คน (ร้อยละ 80.52) เมื่อจำแนกตามประเภทหน่วยบำบัด/ฟื้นฟู และต้นสังกัด ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข 121,146 คน (ร้อยละ 82.82) กระทรวงมหาดไทย 5,207 คน (ร้อยละ 3.56) กระทรวงกลาโหม 2,350 คน (ร้อยละ 1.61) และกระทรวงยุติธรรม 17,566 คน (ร้อยละ 12.01) รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้เข้ารับการคัดกรอง จำแนกตามประเภทหน่วยบำบัด/ฟื้นฟู และต้นสังกัด

กระทรวง/ประเภทหน่วยงาน		คัดกรอง	ร้อยละ
กระทรวงสาธารณสุข	**สังกัด**		
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	โรงพยาบาลศูนย์	4,586	3.79
	โรงพยาบาลทั่วไป	11,298	9.33
	โรงพยาบาลชุมชน	65,763	54.28
	มินิธัญญารักษ์	37	0.03
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	23,264	19.20
กรมการแพทย์	โรงพยาบาลศูนย์ -	19	0.02
	โรงพยาบาลธัญญารักษ์-	10,722	8.85
กรมสุขภาพจิต	โรงพยาบาลจิตเวช	5,413	4.47
โรงพยาบาลแพ้ว (องค์การมหาชน)		44	0.03
กระทรวงมหาดไทย	**สังกัด**		
กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	189	3.63
กรมการปกครอง	สถานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	0	0
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิเศษ	สถานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	206	3.95
	กรุงเทพมหานคร	4,722	90.69
	โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพฯ	90	1.73
กระทรวงกลาโหม	**สังกัด**		
กองทัพบก	โรงพยาบาลสังกัดทหารบก	59	2.51
	สถานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	-	-
กองทัพอากาศ	โรงพยาบาลสังกัดทหารอากาศ	1,329	56.55

กระทรวง/ประเภทหน่วยงาน		คัดกรอง	ร้อยละ
	สถานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	0	-
กองทัพเรือ	โรงพยาบาลสังกัดทหารเรือ	962	40.94
	สถานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	0	
กระทรวงยุติธรรม	**สังกัด**		
กรมราชทัณฑ์	เรือนจำ	15,464	88.00
กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	สถานพินิจฯ	1,749	10.00
	ศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน	353	2.00

2. การบำบัดรักษา ผู้ป่วยทั้งหมด 140,108 คน พบผู้ป่วยกลุ่มสีแดง 18,085 คน (ร้อยละ 12.91) กลุ่มสีส้ม 6,842 คน (ร้อยละ 4.88) กลุ่มสีเหลือง 3,770 คน (ร้อยละ 2.69) และกลุ่มสีเขียว 111,411 คน (ร้อยละ 79.52) เมื่อจำแนกตามประเภทหน่วยบำบัด/ฟื้นฟู และต้นสังกัด กระทรวงสาธารณสุข 117,488 คน (ร้อยละ 83.86) กระทรวงมหาดไทย 3,588 คน (ร้อยละ 2.56) กระทรวงกลาโหม 2,919 คน (ร้อยละ 2.08) และกระทรวงยุติธรรม 16,113 คน (ร้อยละ 11.50) รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้เข้ารับการบำบัด จำแนกตามประเภทหน่วยบำบัด/ฟื้นฟู และต้นสังกัด

กระทรวง/ประเภทหน่วยงาน		บำบัด	รวม
กระทรวงสาธารณสุข	**สังกัด**		
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	โรงพยาบาลศูนย์	4,659	3.97
	โรงพยาบาลทั่วไป	11,418	9.72
	โรงพยาบาลชุมชน	61,521	52.36
	มินิธัญญารักษ์	4,082	3.47
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	18,935	16.12
กรมการแพทย์	โรงพยาบาลศูนย์ -	20	0.02
	โรงพยาบาลธัญญารักษ์-	11,288	9.61
กรมสุขภาพจิต	โรงพยาบาลจิตเวช	5,517	4.70
โรงพยาบาลแพ้ว (องค์การมหาชน)		48	0.04
กระทรวงมหาดไทย	**สังกัด**		
กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	177	4.93
กรมการปกครอง	สถานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	90	2.51
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิเศษ	สถานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	194	5.41
	กรุงเทพมหานคร	3,075	85.70
	โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพฯ	52	1.45
กระทรวงกลาโหม	**สังกัด**		
กองทัพบก	โรงพยาบาลสังกัดทหารบก	62	2.12
	สถานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	533	18.26
กองทัพอากาศ	โรงพยาบาลสังกัดทหารอากาศ	1,170	40.08
	สถานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	200	6.85
กองทัพเรือ	โรงพยาบาลสังกัดทหารเรือ	940	32.20
	สถานฟื้นฟูสมรรถภาพฯ	14	0.48

กระทรวง/ประเภทหน่วยงาน		บำบัด	รวม
กระทรวงยุติธรรม	**สังกัด**		
กรมราชทัณฑ์	เรือนจำ	14,299	88.74
กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	สถานพินิจฯ	1,444	8.96
	ศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน	370	2.30

3. การบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) และมินิธัญญารักษ์ พบผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดใน CBTx ทั้งหมด 27,140 คน (ทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่เป้าหมาย) และผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ ทั้งหมด 4,082 คน

4. การติดตามผู้ป่วยภายหลังการบำบัดต่อเนื่องตามเกณฑ์ (Retention rate) พบว่า ในภาพผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2567 ผู้ป่วยที่พ้นระยะการบำบัด 147,535 คน สามารถติดตามครบตามเกณฑ์ 83,950 คน คิดเป็น Retention rate ร้อยละ 57.00

5. การสิ้นสุดการติดตาม (คืนคนดีสู่สังคม) ทั้งหมด 71,497 คน ผู้ป่วยที่ติดตามครบและไม่กลับมาเสพซ้ำ 59,529 คน (ร้อยละ 83.26) ส่วนการฟื้นฟูทางสังคม โดยการให้ความช่วย พบผู้ป่วยที่ขอความช่วยเหลือทั้งหมด 17,683 คน ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ 483 คน โดยการให้ความช่วยเหลือในการฝึกอาชีพ การศึกษา จัดหางานให้ทำ ให้ทุนประกอบอาชีพ ที่พักอาศัย และอื่นๆ เป็นต้น รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การฟื้นฟูสภาพทางสังคมแยกตามประเภทให้การช่วยเหลือ

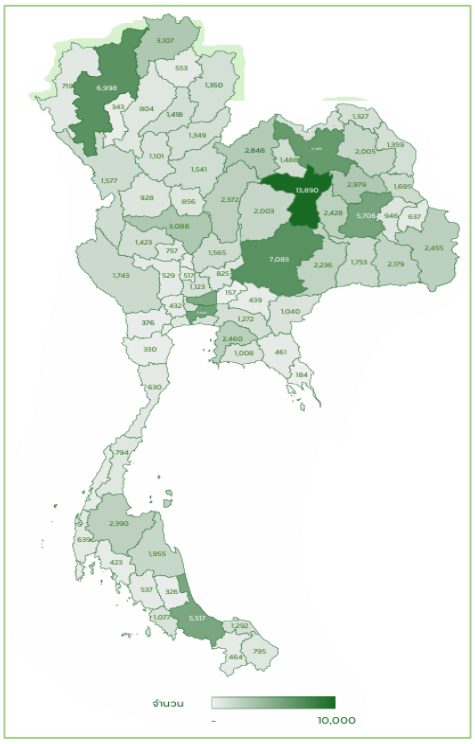
ประเภทให้การช่วยเหลือ	จำนวน	ร้อยละ
ฝึกอาชีพ	7,026	45.82
การศึกษา	1,748	11.40
จัดหางานให้ทำ	1,070	6.98
ให้ทุนประกอบอาชีพ	532	3.47
ที่พักอาศัย	178	1.16
อื่นๆ	4,780	31.17

อีกทั้งการนำเสนอผลการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำภาพผลการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้แก่ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบรายงานสรุปแบบหน้าเดียว (One Page) เป็นประจำทุกสัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของการนำเสนอ ได้แก่ จำนวนรวมการคัดกรอง ผู้เข้ารับการบำบัดตามประเภทการบำบัด หน่วยงาน ผลการดำเนินงาน CBTx มินิธัญญารักษ์ตามนโยบายของรัฐมนตรี Retention rate คืนคนดีสู่สังคม และการให้ความช่วยเหลือ เป็นต้น

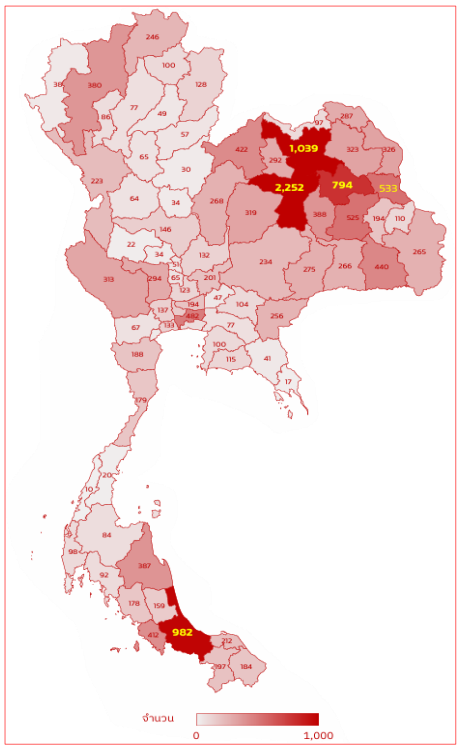
อภิปรายผลการศึกษา

การคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด 146,269 คน พบผู้ป่วยกลุ่มสีแดง 17,815 คน (ร้อยละ 12.18) กลุ่มสีส้ม 6,788 คน (ร้อยละ 4.64) กลุ่มสีเหลือง 3,892 คน (ร้อยละ 2.66) และกลุ่มสีเขียว 117,774 คน (ร้อยละ 80.52) เมื่อจำแนกตามจังหวัดที่ตั้งของศูนย์คักรอง พบแนวโน้มของพื้นที่ที่มีจำนวนการคัดกรองมากที่สุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจังหวัดที่มีจำนวนการคัดกรองมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ ขอนแก่น 14,512 คน, กรุงเทพฯ 7,910 คน นครราชสีมา 6,999 คน เชียงใหม่ 6,970 คน, ร้อยเอ็ด 6,414 คน, อุดรธานี 5,934 คน, สงขลา 5,525 คน, ปทุมธานี 5,466 คน, นครสวรรค์ 3,111 คน และเลย 2,970 คน

การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ทั้งหมด 140,108 คน พบผู้ป่วยกลุ่มสีแดง 18,085 คน (ร้อยละ 12.91) กลุ่มสีส้ม 6,842 คน (ร้อยละ 4.88) กลุ่มสีเหลือง 3,770 คน (ร้อยละ 2.69) และกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว 111,411 คน (ร้อยละ 79.52) เมื่อจำแนกตามประเภทการเข้ารับการบำบัด พบผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดตามมาตรา 113 66,248 คน (ร้อยละ 53.33), มาตรา 114 31,685 คน (ร้อยละ 25.51), มาตรา 166/ป.อ.ม.56 6,595 คน (ร้อยละ 5.31), ต้องโทษ 16,116 คน (ร้อยละ 12.97), มาตรา 168 1,768 คน (ร้อยละ 1.42), พ.ร.บ. สุขภาพจิต 1,529 คน (ร้อยละ 1.23) และระหว่างพิจารณาจากศาล 285 คน (ร้อยละ 0.23) การกระจายตัวของผู้ป่วยยาเสพติด (รวมทุกกลุ่ม) เมื่อจำแนกตามจังหวัดที่ตั้งหน่วยงานที่บำบัดรักษา พบแนวโน้มพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยรวมทุกสีรายจังหวัดตามที่ตั้งหน่วยงาน



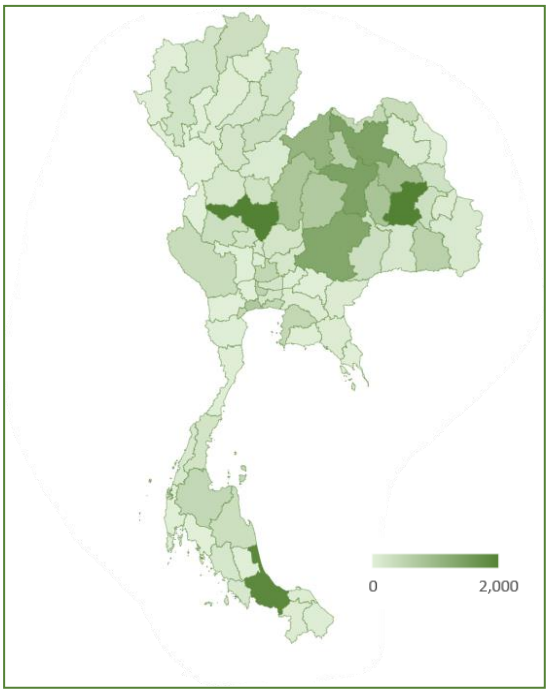
ภาพที่ 2 จำนวนผู้ป่วยกลุ่มสีแดงรายจังหวัดตามตามที่อยู่ปัจจุบัน

ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษา ทั้งหมด 68,387 คน เมื่อจำแนกตามผู้ป่วยนอก (OPD) ในสถานพยาบาล 45,912 คน (ร้อยละ 67.14) ผู้ป่วยในระยะบำบัดในสถานพยาบาล 5,254 คน (ร้อยละ 7.68) ผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูในสถานพยาบาล 421 คน (ร้อยละ 0.62) สถานฟื้นฟูสมรรถภาพในภาคีเครือข่าย 508 คน (ร้อยละ 0.74) และฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (CBTx) 16,292 คน (ร้อยละ 23.82) สรุปผลได้ว่า การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด พบว่า จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด 63,093 คน บำบัดครบโปรแกรม 56,633 คน (ร้อยละ 90) และบำบัดไม่ครบโปรแกรม 6,460 คน (ร้อยละ 10) เหตุผลในการบำบัดไม่ครบโปรแกรม ได้แก่ ติดตามไม่ได้ ไม่สมัครใจรักษาต่อ ถูกจับหลบหนี้ เสียชีวิต ปล่อยตัวจากสถานพินิจฯ ย้ายเรือนจำ ย้ายสถานควบคุม พ้นการลงโทษ พ้นโทษ/พ้นการฝึกอบรม พ้นคุมประพฤติ ไม่ยอมรับโปรแกรม และอื่นๆ[7]

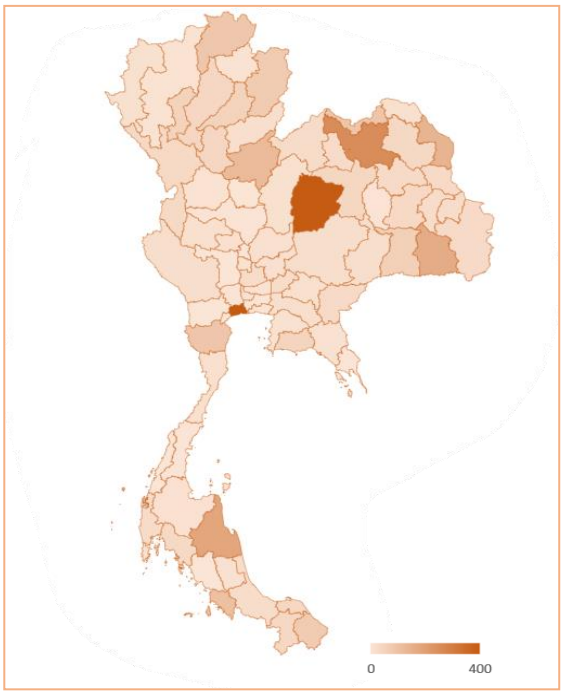
ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดใน CBTx ทั้งหมด 27,140 คน (ทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่เป้าหมาย) โดยจังหวัดที่มีการกระจายตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดใน CBTx มากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ ร้อยเอ็ด 2,784 คน, นครสวรรค์ 2,212 คน, สงขลา 1,874 คน, ขอนแก่น 1,417 คน, อุดรธานี 1,392 คน นครราชสีมา 1,327 คน, เลย 1,083 คน, กาฬสินธุ์ 886 คน, มหาสารคาม 807 คน และเพชรบูรณ์ 751 คน “ชุมชนล้อมรักษ์” หรือ CBTx จึงเป็นกระบวนการบำบัดฟื้นฟูที่สามารถทำได้ในชุมชน เป็นการแก้ไขปัญหา

จากสาเหตุ กลไก และผลกระทบของปัญหายาเสพติด โดยคนในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มศักยภาพ เชื่อมโยงกับหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชน ภาคประชาสังคมและหน่วยงานสนับสนุนต่างๆ ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมดูแล ในปัจจุบันมีชุมชนที่ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม เกิดผลสัมฤทธิ์ และสามารถเป็นต้นแบบแนวปฏิบัติในทุกภาค CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมาจากหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ระดับอำเภอ เป็นแกนหลักในการประสานและสนับสนุนการบูรณาการการทำงานร่วมกันของ 5 ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง ที่เรียกว่า 5 เสือ ได้แก่ ทหาร ตำรวจ นายอำเภอ นายก อบต. และสาธารณสุขอำเภอ[8] ซึ่งในปีงบประมาณ 2567 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (สำนักงาน ป.ป.ส.) ได้กำหนดพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน CBTx ทั้งสิ้น 200 อำเภอ ใน 31 จังหวัด ได้แก่ อ่างทอง สระบุรี ปราจีนบุรี ศรีสะเกษ ชัยภูมิ บึงกาฬ หนองบัวลำภู ขอนแก่น อุดรธานี เลย หนองคาย ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ สกลนคร นครพนม มุกดาหาร ลำพูน ลำปาง น่าน พะเยา อุทัยธานี สุโขทัย กาญจนบุรี นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา สงขลา สตูล ยะลา นราธิวาส ปัตตานี อำเภอที่ดำเนินการ CBTx อย่างเป็นรูปธรรม 186 อำเภอ จาก 200 อำเภอ (784 ชุมชน) อำเภอเป้าหมาย และอำเภอที่ดำเนินการ CBTx ทั้งหมด 705 อำเภอ จาก 880 อำเภอ (2,336 ชุมชน)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ทั้งหมด 4,082 คน โดยจังหวัดที่มีการจายตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในมินิธัญญารักษ์ มากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ อุดรธานี 441 คน ศรีสะเกษ 281 คน นครพนม 241 คน พิษณุโลก 211 คน สตูล 187 คน หนองบัวลำภู 158 คน เพชรบุรี 154 คน เชียงราย 150 คน น่าน 128 คน และนราธิวาส 127 คน การดำเนินงานมินิธัญญารักษ์ เป็นทางเลือกการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเพสติด เป็นแนวคิดขยายพื้นที่บริการและเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยยาและสารเสพติดในเขตสุขภาพ ลดความแออัดสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวในโรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอสำหรับจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ประกอบกับพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้มีการปรับระบบการบำบัดรักษาจากเดิม คือ สมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ เป็นสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา[9]



ภาพที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่เข้าบำบัดใน CBTx รายจังหวัด



ภาพที่ 4 จำนวนผู้ป่วยที่เข้าบำบัดในมินิธัญญารักษ์ รายจังหวัด

ผลการดำเนินงานใน ปีงบประมาณ 2567 พบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยที่พ้นระยะบำบัด 147,535 คน และสามารถติดตามได้ครบตามเกณฑ์ 83,950 คน คิดเป็น Retention Rate ได้เท่ากับร้อยละ 57 หากเมื่อเทียบกับตัวชี้วัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 แผนงานบูรณาการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 62 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและได้รับการติดตามมาตรฐาน (Retention rate) ถือว่ายังต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่ง Retention rate เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด คือ การติดตามผู้ป่วยภายหลังการบำบัด โดยการประเมินว่าติดตามได้ครบตามเกณฑ์ จะแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ ในกลุ่ม “ผู้ใช้” ต้องได้รับการติดตามช่วยเหลืออย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 1 ปี ส่วน “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ต้องได้รับการติดตามช่วยเหลือ อย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี โดยจะเริ่มนับผลการดำเนินงานเมื่อระยะเวลาครบ 1 ปี หลังจากวันที่บันทึกการประเมินผลและสิ้นสุดการบำบัดฟื้นฟูในระบบบสต. และการกระจายตัวของผู้ป่วยกลุ่มสีแดง (SMI-V) ทั้งหมด 5,640 คน เมื่อจำแนกตามที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย พบแนวโน้มของพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจังหวัดที่พบผู้ป่วยกลุ่มสีแดงที่อยู่ระหว่างการติดตามมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ ขอนแก่น 380 คน, สงขลา 310 คน, เชียงใหม่ 281 คน, อุบลราชธานี 201 คน, อุดรธานี 195 คน, กรุงเทพฯ 191 คน, เลย 188 คน, ศรีสะเกษ 186 คน, เชียงราย 148 คน และยโสธร 145 คน

ในช่วงปีงบประมาณ 2567 นี้ มีจำนวนผู้ป่วยที่สิ้นสุดการติดตาม (การคืนคนดีสู่สังคม) ทั้งหมด 71,497 คน และผู้ป่วยที่ติดตามครบโปรแกรมและไม่เสพซ้ำจำนวน 59,527 คน และในช่วงเวลาเดียวกันพบจำนวนผู้ป่วยที่ติดตามครบและไม่เสพซ้ำตามจังหวัดที่ตั้งของหน่วยติดตาม พบแนวโน้มของพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ นครราชสีมา 3,026 คน, เชียงใหม่ 2,984 คน, อุบลราชธานี 2,780 คน, อุดรธานี 2,629 คน, ศรีสะเกษ 2,547 คน, ขอนแก่น 2,192 คน, สุรินทร์ 10,856 คน, พิษณุโลก 1,731 คน, กรุงเทพมหานคร 1,659 คน และชัยภูมิ 1,488 คน ตามยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580 มุ่งเน้นการยกระดับพัฒนาศักยภาพในหลากหลายมิติ เพื่อพัฒนาเศรษฐกิจ คนไทยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมทั้งนี้เพื่อสนับสนุนการให้โอกาสผู้เสพผู้ติดยาเสพติดคืนคนดีสู่สังคมในสถานประกอบการมีประสิทธิภาพเหมาะกับบริบทสังคมไทยมากยิ่งขึ้น[10] แนวทางการให้โอกาสผู้เสพผู้ติดยาเสพติดคืนคนดีสู่สังคม บทเรียนการดำเนินงานป้องกัน แก้ไข เฝ้าระวังปัญหายาเสพติดและข้อค้นพบจากการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มแรงงาน หาข้อสรุป ข้อเสนอแนะและให้เหตุผลเชิงอุปนัย (Induction Reasoning) เป็นองค์ความรู้ใหม่ “หลักการให้โอกาสผู้เสพผู้ติดยาเสพติดคืนคนดีสู่สังคมในสถานประกอบการด้วยหลักพรหมวิหาร – สังคหวัตถุ 4” เริ่มจากสถานประกอบการ[11] ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกล่าวไว้ว่าการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุขสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่กลับมากระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอีก ถือได้ว่าเป็นมิติใหม่ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่กำหนดในกฎหมาย จึงต้องทำความเข้าใจว่าแนวทางการฟื้นฟูสภาพทางสังคมนั้นจะต้องให้การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงแรกของการคัดกรองไม่เฉพาะผู้ป่วยบางรายที่ต้องการฟื้นฟูสภาพทางสังคม แต่ผู้ป่วยที่ผ่านศูนย์คัดกรองที่อาจจะไม่สมัครใจรักษาหรือสมัครใจรักษา แต่ผลการบำบัดรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจ หรือผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจรักษาและเข้าสู่กระบวนการของอัยการฟ้องศาลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาหรืออาจไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษา ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมนี้เป็นหน่วยงานของรัฐที่ต้องการที่จะมุ่งเน้นให้การดูแลช่วยเหลือทั้งทางด้านสังคม อาชีพ การงาน การศึกษา ที่อยู่อาศัย ตลอดจนการสนับสนุนการฟื้นตัวจากการเสพติดเป็นบริการที่ไม่ใช่ทางคลินิกแต่มุ่งหมายช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้มีปัญหาสารเสพติดและครอบครัวที่จะก้าวข้าม

ปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ทั้งในมิติทางสุขภาพ สุขภาพจิต การเป็นอยู่ที่ดีในสังคมด้วยการใช้ทรัพยากรที่มีในตนเองและในชุมชนเพื่อลดอุปสรรคของการเข้าถึงบริการดูแลช่วยเหลือ เพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มการมองเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตนเองมานำชีวิตต่อไปอย่างดีที่สุด การฟื้นสภาพจึงเป็นบริการสนับสนุนที่ส่งมอบทั้งโดยบุคคลวิชาชีพ/มืออาชีพ และโดยจิตอาสา/อาสาสมัครหรือเพื่อนผู้ใช้/เคยใช้ยาเสพติดเช่นเดียวกันในบริบทแวดล้อมอันหลากหลายของชุมชน[12]

จากการศึกษาผลการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พบว่า การกระจายตัวของผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่ที่เข้ารับการบำบัดรักษาไม่ว่าจะเป็นการบำบัดรักษาตามกลุ่มสี หรือการกระจายตัวตามที่อยู่อาศัยปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่บริเวณภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อันเนื่องจากปัญหายาเสพติดคือการลักลอบนำเข้ายาเสพติดจากบริเวณแนวชายแดนเนื่องจากแหล่งผลิตและแหล่งพักยาเสพติดที่สำคัญในประเทศเพื่อนบ้าน พื้นที่อิทธิพลของชนกลุ่มน้อยซึ่งมีแนวชายแดนติดกับประเทศไทย โดยเฉพาะชายแดนภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[13,14] ตามรายงานสถานการณ์การใช้สารเสพติดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2562 การเข้าถึงสารเสพติดความง่ายของการเข้าถึงสารเสพติดเป็นดัชนีที่สามารถบ่งบอกได้ว่าสารเสพติดมีการแพร่ระบาดมากน้อยเพียงใด โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบพืชกระท่อม ยาบ้า และกัญชามีการระบาดมากที่สุดและสามารถหาซื้อได้ง่ายที่สุด[15] ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบำบัดยาเสพติด คือ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการบริหารจัดการการบำบัดยาเสพติดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ความสามารถของผู้บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ระบบส่งต่อที่เข้มแข็ง และการติดตามผลอย่างเข้มข้น การพัฒนาแนวทางในการป้องกันการเสพซ้ำจะเป็นแนวทางที่มีประโยชน์สำหรับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต่อไป[16]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรมีการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ อาชีพ การศึกษา และรายได้ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาแต่ละประเภท เพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดเพื่อวางแผนในการดำเนินการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อรรจน์กร สมเกียรติกุล. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด 2566; 1(1): 28-40.

2. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ. การดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กรกฎาคม 30]. เข้าถึงได้จาก: https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmReports/

3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. เปิด 4 ปัญหาใหญ่ “ยาเสพติดในชุมชน”. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กันยายน 13]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=182

4. มูลนิธิโครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 2567 กันยายน 13]. เข้าถึงได้จาก: https://saranukromthai.or.th/sub/book/book.php?book=9&chap=13&page=t9-13-infodetail05.html

5. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดสุรา/ยา/สานเสพติด ที่มีอาการทางจิต

เวชและโรคร่วมทางจิตเวช กรมสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1กรุงเทพฯ: บริษัท ดีน่าดู พลัส จำกัด; 2564.

6. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and x.. (CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มีนาคม 25]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/1u3m0cybpj9c4skgk4.pdf

7. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. คู่มือการใช้งานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.). พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อุดมศึกษา; 2560

8. เจาะลึกสุขภาพ. รู้จัก CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” คืออะไร. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กันยายน 13]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2024/01/29597

9. เจาะลึกระบบสุขภาพ. มินิธัญญารักษ์ทางเลือกการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเพสติด. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2567 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2023/07/28002

10. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561 –2580 (ฉบับย่อ).

11. พิศมัย ทองเที่ยง. หลักการให้โอกาสผู้เสพผู้ติดยาเสพติดคืนคนดีสู่สังคมในสถานประกอบการด้วยพรหมวิหาร -สังคหวัตถุ 4. วารสาร Mahidol R2R e-Journal 2563; 7(2): 16-29.

12. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 2567 กันยายน 13]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ppb.moi.go.th/midev03/upload/12142%20handbook.pdf

13. รัฐพล ศิริทับ. การแก้ไขปัญหายาเสพติดบริเวณแนวชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. วิจัยส่วนบุคคล วิทยาลัยการทัพบก 2563 :

14. ปส.สรุปผลการจับกุมยาเสพติดปี 62. [อินเทอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กันยายน 13]. เข้าถึงได้จาก : https://thestandard.co/annual-drug-arrest-2019

15. มานพ คณะโต, พูนรัตน์ ลียติกุล, รังสิยา วงศ์อุปปา และคณะ. รายงานสถานการณ์การใช้สารเสพติดในภาคตะวันอออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2562. [ออนไลน์]. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์; 2562.

16. กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร, เนาวรัตน์ เกษมพร, ภาสินี โทอินทร์ และนวลละออง ทองโคตร. ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษายาเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติด. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564; 15(2): 1-12.

แนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติดในประเทศไทย ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

The Implementation Guidelines for Harm reduction In Thailand Narcotics Code Act 2564 B.E.

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษา
และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข[1]
Office of Secretary of National Addiction Treatment
and Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health[1]

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติดในประเทศไทย ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน โดยส่วนที่ 1 ศึกษารวบรวมข้อมูลเอกสารทางวิชาการ (Documentary Research) จากหนังสือ ตำรา เอกสาร ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ รายงานการประชุม กฎหมาย ประกาศ พระราชบัญญัติที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยที่ผ่านมา จนถึงตราพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ส่วนที่ 2 การลงพื้นที่ศึกษาภาคสนามโดยดำเนินการเข้าศึกษาดูงานและสัมภาษณ์ตำแหน่งแพทย์ พยาบาล หรือผู้ปฏิบัติการเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และส่วนที่ 3 สัมภาษณ์เชิงลึกนักวิชาการ เจ้าหน้าที่วิชาการอาวุโส เจ้าหน้าที่ไม่แสวงหาผลกำไร จากการศึกษาพบว่า แนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติดในประเทศไทยตั้งแต่มีผลบังคับใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีความแตกต่างกัน ทั้งนิยาม นโยบาย และแนวทางปฏิบัติ ทำให้มีความหลากหลายและสร้างความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากทัศนคติ การสื่อสาร ทำให้เกิดการตีตราสำหรับผู้ใช้ยาหรือสารเสพติด เพื่อให้สังคมยอมรับ และมองว่าผู้ใช้ยาหรือสารเสพติด คือ ผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังนั้นหน่วยงานทุกภาคส่วนต้องบูรณาการร่วมกันเพื่อการดำเนินงานที่เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้นพร้อมผลักดันให้ผู้ใช้ยากลับเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมตามนโยบาย “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย”ให้เข้ารับการบำบัดรักษา ป้องกันในกลุ่มต่าง ๆ ทุกระดับ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เรียกว่า ชุมชนล้อมรักษ์ หรือ CBTx (Community Based Treatment and Rehabilitation)[1]

คำสำคัญ: การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด, กฎหมายยาเสพติดประเทศไทย

[1] สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

[1] Office of Secretary of National Addiction Treatment and Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health

Abstract

The research article aims to study the implementation guidelines for Harm reduction In Thailand Narcotics Code Act 2021 B.E. This research uses qualitative research methods, which are divided into 3 parts. Part 1. is to study and collect information on Documentary review from books, textbooks, documents, research results, academic articles, meeting minutes, laws, announcements. and Acts that relate to drug addiction rehabilitation in Thailand from the past to rehabilitation under the Narcotics Code Act 2564 B.E. Part 2. interviews doctors, nurses, or practitioners related to the treatment and rehabilitation of drug addicts. Part 3. In-depth interview with experts and rehabilitation psychologists, as non-profit organizations. The study found that the Implementation guidelines for reducing the harm of drugs are different. Among various organizations in Definitions policies and guidelines resulting in diversity and misunderstandings. Most of the problems are caused by attitudes and communication, which cause stigma against drug or drug users so that society accepts and sees drug or drug users as real patients. Therefore, all sectors must integrate together to achieve clearer results while pushing drug users to return to being part of society according to the policy. "The addict is the patient" to undergo treatment. Prevention in various groups at all levels using the community as a base is called Community Lam Rak or CBTx (Community Based Treatment and Rehabilitation)[1]

Keyword: Reducing harm from addiction, Thailand's Narcotics Law.

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อประชาคมโลกอย่างต่อเนื่อง ทุกประเทศต่างตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและได้พยายามร่วมมือกันหยุดยั้งปัญหาที่เกิดขึ้นจากยาเสพติด โดยมีองค์การสหประชาชาติในฐานะที่เป็นศูนย์รวมของประเทศภาคีสมาชิกทั่วโลกและในการสร้างเสริมสันติภาพ ความมั่นคง และพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหายาเสพติด จึงได้เข้ามาเสริมสร้างความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมาธิการยาเสพติด คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศและสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม และแม้ว่ามีมาตรการหลักในการควบคุมและแก้ไขปัญหายาเสพติด แต่ปัญหายาเสพติดยังคงอยู่และมีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้สมัชชาใหญ่สหประชาชาติตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นเร่งด่วนของปัญหายาเสพติด จึงได้มีมติให้มีการประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติสมัยพิเศษ เพื่อพิจารณาปัญหายาเสพติดโลก ทบทวนสภาพปัญหาและมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากกว่าการดำเนินการในช่วงที่ผ่านมา[2]

ประเทศไทยเริ่มมีการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติดครั้งแรกในปี 2533 หรือทศวรรษที่ 1990 ซึ่งทำเป็นงานวิจัย โดยสำนักงานป้องกันและบำบัดยาเสพติด สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ต่อมาหลังจากการประชุมเอดส์ครั้งที่ 15 ที่กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2547 ประเทศไทยได้ดำเนินงานอย่างจริงจังขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก (Global Fund) ถึง 9 รอบ แต่การผลักดันนโยบายเกี่ยวกับเรื่องการลดอันตรายจากผู้ใช้หรือผู้ติดยาเสพติดเป็นไปได้อย่างช้า เนื่องจากเป็นแนวคิดจากสังคมตะวันตก ยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับสังคมไทย และให้ข้อมูลข่าวสารเชิงนโยบายยังมีน้อย[3] แต่มีการผลักดันนโยบายอยู่เรื่อย ๆ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - 2556[4] จากนั้นได้มีคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 1/2557

ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 เรื่อง แนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ดำเนินการนำร่อง 19 จังหวัด โดยกำหนดให้นำมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มาทดลองดำเนินการในกลุ่มผู้เสพติดรุนแรงที่ยังเลิกยาเสพติดไม่ได้ และมีพฤติกรรมการเสพติดที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง เป็นการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม โดยให้บริการด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน ภายใต้ 10 ชุดบริการ ซึ่งระยะเวลาดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาตม 2556 ถึงเดือนกันยายน 2558 ต่อมาศูนย์อำนวยการการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ได้มีคำสั่งที่ 2/2560 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เรื่อง แนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด มีการกำหนดพื้นที่ดำเนินการในกรุงเทพมหานคร และ 39 จังหวัด และชุดบริการลดอันตรายจากยาเสพติดแบบรอบด้านสำหรับกลุ่มเป้าหมาย 3 ด้าน ได้แก่ การให้บริการด้านยาเสพติด การให้บริการด้านสุขภาพกายและจิต และการให้บริการด้านสังคม เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายและแนวทางปฏิบัติให้เป็นไปทางเดียวกัน โดยมีระยะเวลาดำเนินงานมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2560 ถึงเดือนกันยายน 2562[5]

ปัจจุบันนโยบายแก้ปัญหายาเสพติดของประเทศไทยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมและบูรณาการโดยมอง “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” จึงได้นำมาซึ่งการปรับระบบการบำบัดรักษาให้อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยหลักการที่ว่า ผู้เสพยาเสพติดทุกคนจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์พร้อมกับการพัฒนาฟื้นฟูสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้เหมาะสมและเป็นรูปธรรม ตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 โดยมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งตามพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดนิยามการบำบัดรักษา หมายถึง การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งรวมตลอดถึงการคัดกรอง ประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษาด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพการลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามหลังจากการบำบัดรักษา[6] ซึ่งแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดได้ให้คำจำกัดความว่า การลดอันตรายจากยาเสพติด คือ การลดปัญหาหรือภาวะเสี่ยงอันตราย การแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด การสูญเสียจากยาเสพติดที่อาจเกิดกับตัวบุคคล ชุมชน และสังคม เป็นการป้องกันอันตราย โดยการทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายลดลง ในขณะที่ยังไม่สามารถหยุดยาเสพติดได้ เป็นการยืดหยุ่นวิธีการรักษาที่ยึดความพร้อมของผู้ป่วยเป็นฐาน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษยธรรม สิทธิมนุษยชน และความเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติด มุ่งป้องกัน คุ้มครองผู้ใช้ยาเสพติด[7] จากสถานการณ์ปัญหายาเสพติดของประเทศไทย มีจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นทุกปี และประเภทยาเสพติดที่ใช้ก็มีความหลากหลาย โดยรายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดีพระราชบัญญัติยาเสพติดทั่วประเทศ สำรวจ ณ วันที่ 1 มกราคม 2566 พบว่า มีผู้ต้องราชทัณฑ์ทั้งหมด 206,361 คน หรือเทียบเท่าร้อยละ 78.67 ของผู้ต้องขังทั่วประเทศ ซึ่งคดียาเสพติดพบผู้ต้องหามากที่สุดเมื่อเทียบกับคดีอื่น ๆ ในประเทศไทย[8] และมีรายงานผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดระหว่าง พ.ศ. 2564 - 2566 แบ่งเป็น เฮโรอีน ร้อยละ 29.68, 37.39 และ 36.04 ตามลำดับ ยาบ้า ร้อยละ 21.91, 23.30 และ 22.29 ตามลำดับ และฝิ่น ร้อยละ 0.07, 0.04 และ 0.14[9] ทั้งนี้ วิธีที่ใช้เสพยาเสพติด คือ สูบ กิน ฉีด ซึ่งปัญหาการใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่พบว่ามีการเปลี่ยนการเสพยาและรูปแบบการใช้ยาอย่างรวดเร็ว รวมถึงการเปลี่ยนประเภทของยาอื่นที่ไม่เหมาะสม เช่น ยาไซด์ ยานอนหลับ เป็นต้น ทำให้เกิดผลกระทบจากการใช้ยา นอกจากนี้การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันก็เป็นภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ดังนั้นการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดต้องมองปัญหาให้เป็นรูปธรรมและองค์รวมอย่างแท้จริง เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้ยังไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้และมีโอกาสกลับไปเสพซ้ำสูง และไม่เปิดเผยตัวตน ทำให้การเข้าถึงเป็นได้ยาก รวมถึงปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนเชื่อมโยงกับปัญหาทางด้านอื่น ๆ เช่น ด้านครอบครัว ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ

เหตุผลและความจำเป็นในการใช้แนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติด เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานกับผู้ใช้ยาที่ไม่สามารถเลิกใช้ยาได้ทันที เป็นการดูแล รักษา เปลี่ยนแนวคิดมาเป็นการลดความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยา ทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม รวมถึงช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีโอกาสเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดเพิ่มขึ้น ทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม โดยเป้าหมายอันสูงสุดก็คือการที่ผู้ใช้ยาสามารถลดปริมาณการใช้ยาลง การคงสภาพการปลอดยาได้ระยะเวลาที่นานยิ่งขึ้น การหาแนวทางร่วมกันในการดำเนินชีวิต จนนำไปสู่การเลิกใช้ยาได้ในที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ขณะเดียวกันต้องปรับเปลี่ยนเจตคติของผู้ปฏิบัติงานทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ในการยอมรับความเป็นตัวตนของผู้ใช้ยาเสพติด รวมถึงกระบวนการการลดอันตรายจากยาเสพติดควรเริ่มนำมาใช้ในประเทศไทยอย่างเป็นระบบและมีแนวทางดำเนินงานที่ชัดเจน ต่อเนื่อง ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมในการแก้ไขปัญหากับผู้ใช้ยาเสพติดเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมถึงผลักดันให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมให้ได้ ตามนโยบายเปลี่ยนผู้เสพเป็นผู้ป่วยให้เข้ารับการบำบัดรักษา ป้องกันในกลุ่มต่าง ๆ ทุกระดับโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เรียกว่า ชุมชนล้อมรักษ์ หรือ CBTx (Community Based Treatment and Rehabilitation)[1]

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติดในประเทศไทย ตั้งแต่มีผลบังคับใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

วิธีดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการแบ่งการวิจัยเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยศึกษารวบรวมข้อมูลเอกสารทางวิชาการ (Documentary Research) จากหนังสือ ตำรา เอกสาร ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ รายงานการประชุม กฎหมาย ประกาศ พระราชบัญญัติที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยที่ผ่านมาจนกระทั่งตราพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

ส่วนที่ 2 การลงพื้นที่ศึกษาภาคสนามโดยดำเนินการเข้าศึกษาดูงานและสัมภาษณ์ตำแหน่งแพทย์พยาบาล หรือผู้ปฏิบัติการเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อศึกษาการให้บริการด้านยาเสพติดและการลดอันตรายจากยาเสพติด ประกอบด้วย 5 จังหวัด ดังนี้[10,11]

1. ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย ศูนย์บริการสุขภาพสชุมชนบ้านสันติคีรี (Drop in Center) หน่วยบริการของภาคประชาสังคม (กลุ่ม ๓ ฅน เพื่อการเปลี่ยนแปลง) เหตุผลในการเลือก เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศพื้นบ้านที่เรียกว่าสามเหลี่ยมทองคำ เป็นเส้นทางลำเลียง พักยา และพื้นที่ที่ระบาดของยาเสพติดมากที่สุดในประเทศ

2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น หน่วยบริการยาเสพติดภาคประชาชน (AIDS Counseling Testing TEAM – ACTTEAM) เหตุผลในการเลือก เนื่องจากมีการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ได้ผลสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90 ภายใน 2 ปี และได้มีการดำเนินงานเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดรวมกับองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน

3. ภาคตะวันตก ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาลสังขละบุรี ศูนย์การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน Community Based Treatment and Rehabilitation (CBTx) เหตุผลในการเลือก เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดเฮโรอีนค่อนข้างเยอะ แล้วมีผู้ใช้ยาเสพติดที่อายุน้อยที่สุด คือ 9 ขวบ แต่ยังขาดการจัดบริการที่แน่นอน ทำให้การให้ความช่วยเหลือโดยการส่งต่อไปสถานบริการจังหวัดปทุมธานีเพื่อรับยาเมทาโดนแทน

4. ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดสงขลา คือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ศูนย์บริการเมทาโดน

ในชุมชน และชุมชนบ้านทุ่งแม่บัว เหตุผลในการเลือกเนื่องจากมีการดำเนินงานโครงการชุมชนอย่างยั่งยืนบ้านทุ่งแม่บัวของสถานีตำรวจภูธรคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ประจำปีงบประมาณ 2566 ภายใต้นโยบายแก้ปัญหายาเสพติดของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้ผลสำเร็จด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนร่วมกันค้นหาผู้ติดยาเสพติดจากชุมชนนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดทำให้ผู้เข้าร่วม สามารถเลิกยาในที่สุด

5. กรุงเทพมหานคร คือ หน่วยงานคลินิกก้าวใหม่ พลัส ศูนย์บริการสาธารณสุข 51 จตุจักร และหน่วยงานบริการของภาคประชาสังคม (Association To Promote Access To Health And Social Support – APASS) เหตุผลในการเลือกเนื่องจากมีการจัดการบริการ Harm Reduction & CBTx Center ในกลุ่ม LGBTQ+ ที่ใช้ยาหรือสารเสพติดร่วมกับการมีเพสสัมพันธ์ (Chem sex) ผลสำเร็จแห่งแรกในเอเชียแปซิฟิก

ส่วนที่ 3 สัมภาษณ์เชิงลึกนักวิชาการ (In-depth interview) เจ้าหน้าที่วิชาการอาวุโส เจ้าหน้าที่ไม่แสวงหาผลกำไร โดยวิธีการแบบการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งเป็นนักวิชาการที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการยุติปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ด้วยบริการ RRTTPR พ.ศ. 2564 - 2566 (Reach-Recruit-Teat-Prevention-Retain) (เข้าถึง-เข้าสู่บริการ-คัดกรอง-รักษา-ป้องกัน-คงอยู่ในระบบ โดยใช้แนวทางการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm reduction) ซึ่งดำเนินงานร่วมกับองค์กรภาคีทั้งหมด 10 องค์กร คือ แอ็คทีม ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (AIDS Counseling Testing TEAM – ACTTEAM) กลุ่มส่งเสริมการเข้าถึงการสนับสนุนด้านสุขภาพและสังคม (Association To Promote Access To Health And Social Support – APASS) เครือข่ายผู้ใช้ยาประเทศไทย (Thailand Drug Users' Network – TDN) กลุ่ม ๓ คน เพื่อการเปลี่ยนแปลง (People for change group – PCG) กลุ่มมอบความหวัง (Give Hope Group – GHG) กลุ่มคนทำงานผู้ใช้สารเสพติดจังหวัดสงขลา (Care Team Songkhla – CTS) และมูลนิธิรักษ์ไทย ในผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด

จากนั้นนำข้อมูลทั้ง 3 ส่วนที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างข้อมูลเชิงประจักษ์ที่อยู่ในรูปแบบเอกสารกับข้อมูลภาคสนาม และข้อมูลจากสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อได้ผลสรุปและนำเสนอเป็นข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อไป

นิยามศัพท์

1. การลดอันตราย หมายถึง การป้องกันหรือผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ซึ่งภาษาอังกฤษใช้คำว่า Harm Reduction

2. การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด การปกป้อง คุ้มครองผู้ใช้ ยาเสพติด และบุคคลรอบข้างจากอันตราย และผลกระทบ รวมถึงระดับความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติด ที่อาจเกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติดโดยตรง วิธีการใช้ วิธีการได้มาซึ่งยาเสพติด กฎหมายหรือนโยบาย หรือแม้กระทั่งการตีตราและการเลือกปฏิบัติของบุคคลในสังคม โดยมุ่งความปลอดภัยของผู้ใช้ยาเสพติดและบุคคลรอบข้างแบบองค์รวม ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดทุกชนิดและทุกระดับความรุนแรง

3. ผู้ใช้ยาเสพติด หมายถึง บุคคลที่ใช้หรือเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าโดยวิธีฉีด การสูบ การกิน การดม หรือวิธีอื่น ๆ ติดต่อเป็นเวลานาน หรือช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดความเสื่อมโทรมขึ้นแก่ผู้ใช้และสังคมต่อไปด้วย โดยภาษาอังกฤษใช้คำว่า PWUD (People who use drug)

4. ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด หมายถึง บุคคลที่ใช้หรือเสพเข้าสู่ร่างกาย ด้วยวิธีการฉีดเข้าสู่เส้นเลือด ซึ่งภาษาอังกฤษใช้คำว่า PWID (People who inject drug)

ผลการศึกษา

จากการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติดในประเทศไทยตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 และพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 กำหนดให้แนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นส่วนหนึ่งในหลักการและแนวทางการดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศ แต่ยังขาดแนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติดที่ชัดเจน มีเพียงแค่หลักการการลดอันตรายจากยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 คือ เป็นกระบวนการหนึ่งในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดต่อเนื่องจากการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ ไม่สามารถเลือกรับบริการเฉพาะการลดอันตรายจากยาเสพติดได้ และตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้กำหนดคำว่าการลดอันตรายจากยาเสพติดที่แตกต่างกัน พบว่า เจตนารมณ์การลดอันตรายจากยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีการกำหนดอยู่ใน 2 ภาค 3 มาตรา โดยมีการกำหนดที่แตกต่างกัน คือ ภาค 1 การป้องกันปราบปราม และควบคุมยาเสพติดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในมาตรา 55 เป็นมาตรการควบคุมพิเศษให้อำนาจคณะกรรมการป.ป.ส. เห็นสมควรเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจะกำหนดเขตพื้นที่หนึ่งพื้นที่ใดเพื่อกระทำอย่างหนึ่งอย่างใด ส่วนภาค 2 การบำบัดรัดษาและฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด เจตนารมณ์ตามภาค 2 เป็นกระบวนการหนึ่งในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดตามมาตรา 108 และ 117 โดยมาตรา 108 การบำบัดรักษาหมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งรวมตลอดถึงการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากยาเสพติดและการติดตามหลังจากการบำบัดรักษา ส่วนมาตรา 117 ให้สถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูมีหน้าที่และอำนาจดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเมินผล ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และจัดทำข้อมูลประวัติของการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติดแล้วแต่กรณี[12]

2. ด้านนโยบายและมาตรการการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติดในประเทศไทยหลังจากประมวลกฎหมายยาเสพติดมีผลบังคับใช้ พบว่า ด้วยบทบาทกระทรวงสาธารสุขในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายใต้วิสัยทัศน์ชาติ “ป้องกันปราบปราม บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดด้วยพลังสังคม เพื่อสังคมที่ปลอดภัยจากยาเสพติดและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย” ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางและเจตนารมณ์ ของประมวลกฎหมายยาเสพติด โดยการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด มุ่งเน้นการดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดีทางอาญา กล่าวคือ ได้มีการปรับระบบการบำบัดรักษาจากเดิม คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ เป็นการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา (มาตรา 113 และมาตรา 114) หากกรณีไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ให้ส่งตัวไปศาล ซึ่งการพิพากษาคดีของศาลให้คำนึงถึงการสงเคราะห์ให้จำเลยเลิกเสพยาเสพติด โดยการบำบัดรักษายิ่งกว่าการลงโทษ และถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่น ซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ในกรณีที่ศาลเห็นว่าพฤติการณ์แห่งคดียังไม่สมควรลงโทษจำเลย หากจำเลยสำนึกในการกระทำโดยตกลงเข้ารับการบำบัดรักษา เมื่อศาลสอบถามพนักงานอัยการแล้ว หากศาลเห็นสมควรให้ส่งตัวจำเลยไปสถานพยาบาลยาเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาต่อไป (มาตรา 168) หรือให้ศาลที่พิจารณาพิพากษาคดีดังกล่าว มีอำนาจเปลี่ยนโทษจำคุกเป็นการใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (มาตรา 166) หรือประมวลกฎหมายอาญา (มาตรา 39) หรือนำเงื่อนไขเพื่อคุมความประพฤติข้อเดียวหรือหลายข้อตามมาตรา 56 แห่งประมวลกฎหมายอาญา มาใช้แทนการลงโทษตามระยะเวลาที่ศาลกำหนดแต่ต้องไม่เกินกว่าสองปี[13] และแก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของการเสพติด โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมและสังคม ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา เพื่อลด ละ เลิกยาเสพติด และการลด

อันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการสงเคราะห์และติดตามดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ผ่านการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด แต่ในทางกลับกันสังคมมักจะมองว่าผู้ใช้ยาเสพติดควรถูกรักษาให้หายเพื่อไม่ให้กลับมาเสพซ้ำ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันทันที่กับแนวคิดแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เนื่องจากแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด กล่าวคือ การใช้ยาเสพติดไปลดความอันตรายจากการเสพยา หรือควบคุมการใช้ยาให้ปริมาณที่เหมาะสม ไม่เป็นอันตรายจากต่อสุขภาพและไม่นำไปสู่การเกิดโรคต่าง ๆ ในระยะยาว[14]

3. แนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติด จากการศึกษาพบว่าแนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติด ประกอบด้วย ภาครัฐและภาคประชาสังคม ดังนี้

1. แนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด กรมการแพทย์

“การลดอันตรายจากยาเสพติด” เป็นมาตรการที่ต้องทำควบคู่กับกระบวนการบำบัดรักษาในทุกกระบวนการและวิธีการของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดทุกรูปแบบ เพื่อเป็นการลดปัญหา หรือภาวะเสี่ยงอันตรายการแพร่ระบาด การสูญเสียจากยาเสพติดที่อาจเกิดกับตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นการป้องกันอันตรายโดยการเสริมสร้างให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายลดลงในขณะที่ยังไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ หรือสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้แต่โรคและอันตรายจากยาเสพติดนั้นยังคงอยู่ เป็นการยืดหยุ่นวิธีการรักษาที่ยึดความพร้อมของผู้ติดยาเสพติดเป็นฐาน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และความเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติดเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคม และใช้หลักการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านและมีมาตรการที่สำคัญคือการให้ยาทดแทนระยะยาวในกลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่ใช้ยาประเภทฝิ่น และอนุพันธุ์ของฝิ่น เช่น เมทาโดน บูพรีนอร์ฟีน เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้ให้การบำบัดรักษาต้องยึดหลักการลดอันตรายจากยาเสพติดตั้งแต่การคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามหลังการบำบัดรักษา[15]

ตารางที่ 1 การให้บริการลดอันตราย[15] กรมการแพทย์

การให้บริการด้านยาเสพติด	การให้บริการด้านสุขภาพกายและจิต	การให้บริการด้านสังคม
1. การให้ความรู้และให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก การประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันยาเสพติด	1. การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ตระหนัก การประเมินความเสี่ยงตนเอง รวมถึงฝึกทักษะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี และซี	1. การเยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยอาสาสมัครภาคประชาสังคม และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ
2. การบำบัดรักษาด้วยยาทดแทนระยะยาว เช่น MMT	2. การให้คำปรึกษา และตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) และส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาด้วยต้านไวรัส	2. กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ทั้งในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ กิจกรรมบริการสังคม
3. จัดให้บริการป้องกัน ดูแลรักษาอาการจากการใช้ยาเกินขนาด เช่น การให้บริการ Naloxone	3. การให้คำปรึกษา ตรวจหา และส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี	3. จัดให้มีสถานที่ปลอดภัย (Drop in Center) ในการดำเนินกิจกรรมลดอันตราย โดนเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. การส่งเสริม สนับสนุนให้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ	4. การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด	4. จัดบริการให้คำปรึกษาด้านกฎหมายแก่กลุ่มเป้าหมาย และ

การให้บริการด้านยาเสพติด	การให้บริการด้านสุขภาพกายและจิต	การให้บริการด้านสังคม
	5. การแจกถุงยางอนามัย 6. การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7. การป้องกัน วินิจฉัย และรักษาวัณโรค 8. การให้บริการรักษาด้านจิตเวช	ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

2. แนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มูลนิธิรักษ์ไทย แนวทางการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด คือ นโยบาย แผนงาน และวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ ที่เป็นการลดความเสี่ยงและผลกระทบต่อตัวผู้ใช้สารเสพติด ครอบครัว ชุมชน สังคม ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ โดยมุ่งเน้นผู้ใช้สารเสพติดเป็นศูนย์กลาง เคารพการตัดสินใจของผู้ใช้สารเสพติดรายบุคคลในการลด ละ หรือเลิก สารเสพติด โดยไม่มีการสนับสนุนการใช้ยาอย่างเสรี ซึ่งนิยามคำว่าการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด คือ การลดความเสี่ยงและอันตรายที่เกิดกับผู้ใช้สารเสพติด ครอบครัว ชุมชน สังคม โดยเคารพการตัดสินใจของผู้ใช้สารเสพติดแต่ละบุคคลโดยมีคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ยอมรับในความเป็นตัวตนและเคารพการตัดสินใจของผู้ใช้สารเสพติดแต่ละบุคคล การดำเนินงานภายใต้โครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอดส์ด้วยชุดบริการ RRTTPR (Reach – Recruit -Test – Treat -Retain :RRTTR) ดำเนินการตั้งแต่ปี 2558 จนถึงปัจจุบัน โดยมีการดำเนินงานในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และได้มีการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างผู้เสพ ผู้ติดสารเสพติด ชุมชน ภาคประชาสังคม และหน่วยงานภาครัฐ

ตารางที่ 2 การให้บริการลดอันตราย[15] มูลนิธิรักษ์ไทย

ด้านยาเสพติด	ด้านสุขภาพและจิต	ด้านสังคม
1. ให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด 2. บำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว 3. จัดบริการป้องกันและดูแลการใช้ยาเกินขนาด 4. ส่งเสริมให้สมัครใจบำบัด	1. ให้ความรู้การติดโรคต่าง ๆ เช่น เอชไอวี 2. ให้คำปรึกษาและตรวจเชื้อเอชไอโดยสมัครใจ และส่งต่อการรักษา 3. ให้คำปรึกษา ตรวจหา ส่งต่อรักษาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี 4. การสนับสนุนเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด 5. การแจกถุงยางอนามัย 6. การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7. การตรวจ วินิจฉัย และรักษาวัณโรค 8. การให้คำปรึกษาด้านจิตเวช	1. การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครภาคประชาสังคมและเจ้าหน้าที่รัฐ 2. กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน 3. พื้นที่ปลอดภัย (Drop in center) ดำเนินกิจกรรมลดอันตรายฯ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน 4. จัดบริการให้คำปรึกษาด้านกฎหมายแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ปฏิบัติงาน

จากการลงพื้นที่สามารถอธิบาย คือ แนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมามีปัญหาอุปสรรค และช่องว่างในการดำเนินงาน เช่น การประสานเชื่อมโยงหรือส่งต่อข้อมูลในการดำเนินงานระหว่างสาธารณสุข ผู้บังคับใช้กฎหมาย ฝ่ายปกครอง ครอบครัว และชุมชน ยังไม่ราบรื่น ทำให้การรับรู้ข้อมูลที่ต่างกัน ชุดบริการยังไม่ครอบคลุม ผู้ใช้ยาเสพติดบางกลุ่มยังไม่เข้าถึงบริการในกลุ่มชายรักชาย (Men who have Sex with Men: MSM) มีพฤติกรรมใช้สารกระตุ้นโดยการฉีด (Chem sex) เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวไม่เปิดเผยตัวตน ทำให้ยากต่อการเข้าถึง รวมทั้งการจัดบริการของหน่วยบริการยังไม่ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ เช่น เวลาเปิดให้บริการ ที่ตั้งของหน่วยบริการห่างไกล การเข้าถึง

รับบริการที่ไม่ทั่วถึงและไม่ครอบคลุม การตีตรา ทำให้ไม่รับบริการของหน่วยงานภารครัฐ ขั้นตอนการรับบริการที่ซับซ้อน ควรมีการทำทะเบียนจ่ายเข็ม ที่เน้นในเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติด ห้ามโฆษณาประชาสัมพันธ์ เพื่อควบคุมและไม่สนับสนุนผู้เสพรายใหม่เกิดขึ้น รวมถึงนโยบายและแนวปฏิบัติเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ไม่ชัดเจน การเสพยาและรูปแบบการใช้ยามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ผ่านมาถูกออกแบบมาเพื่อใช้สำหรับผู้ใช้อนุพันธ์ฝิ่นเป็นหลัก จึงอาจไม่ครอบคลุมและไม่ทั่วถึงกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และบางจังหวัดในพื้นที่ไม่มุ่งเน้นเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดทำให้ไม่เห็นถึงกระบวนการทำงานในพื้นที่ที่ชัดเจน มีเพียงภาคประชาสังคมเท่านั้น

โดยความสอดคล้องในหลักการลดอันตรายจากยาเสพติดทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ดังนี้

1. เป้าหมายครอบคลุมผู้ติดยาเสพติด ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และความเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อให้ผู้เสพสามารถหยุดเสพยาได้ และไม่สนับสนุนการใช้ยาโดยเสรี

2. เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคม โดยนโยบาย แผนงานสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งการจัดบริการโดยรัฐ ชุมชน และภาคประชาสังคมเพื่อสนับสนุนการลดอันตรายจากยาเสพติด

3. การลดอันตรายจากยาเสพติดมิได้มุ่งเป้าหมายเฉพาะผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเท่านั้น แต่รวมถึงความปลอดภัยของผู้ใช้ยาเสพติดทุกประเภท ไม่ว่าจะใช้ยาเสพติดชนิดใดแบบองค์รวมและสนับสนุนศักยภาพและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ใช้สารเสพติด รวมถึงการลดการตีตราตัวเอง

4. ต้องมีแผนการสื่อสารกับผู้บังคับใช้กฎหมาย เสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกให้กับผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้ป่วย ญาติ และประชาชน[15]

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาทั้งหมดข้างต้น สามารถอภิปรายแนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติด พบว่า การลดอันตรายจากยาเสพติดนั้นไม่ได้เป็นปัญหาสาธารณสุขเท่านั้นแต่รวมถึงปัญหาทั้งด้านสังคม ครอบครัว และชุมชน ทำให้การแก้ปัญหาต้องบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วน โดยแนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด นับเป็นแนวปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดที่ชุมชนสามารถดำเนินการคู่ขนานกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาหรือสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วม เพียงแต่รูปแบบทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มีความเหมาะสมกับพื้นที่ในบางบริบทเท่านั่น เช่น พื้นที่ภาคเหนือบนภูเขาสูง หรือพื้นที่ภาคใต้ที่ใช้สารเสพติดประเภทโอปิออยด์ (Opioids) ผู้ใช้สารเสพติดในกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ เนื่องจากอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจึงจำเป็นต้องสนับสนุนให้เกิดบริการเมทาโดน (Methadone) โดยมีเป้าหมายสุดท้าย คือ ผู้ป่วยกลุ่มโอปิออยด์ สามารถเข้าถึงบริการได้[16] ซึ่งปัญหาสังคมยังมองว่าการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดรักษา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เลิกใช้ยาเสพติด ผู้ใช้ยาไม่สามารถเลือกหน่วยบริการด้วยตนเองได้ หรือไม่ดูแลผู้ติดยาเสพติดเท่าที่ควร ยังมีการตีตราผู้ใช้ยาเสพติดและไม่ได้มองเป็นผู้เสพเป็นผู้ป่วยอย่างแท้จริง ถึงแม้ว่าภาครัฐจะมีการประกาศและออกนโยบายมา แต่ในทางปฏิบัตินั้นยังมีข้อจำกัดในการทำงานดังกล่าวอยู่อย่างมากและขัดแย้งกับหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานตลอดจนผู้เกี่ยวข้องขาดความมั่นใจหรือเกรงกลัวต่อการถูกกล่าวหา รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการกระทำความผิดด้วย ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าหน่วยงานที่บังคับใช้กฎหมายควรมีสื่อสารให้กับผู้ใช้ยาเสพติดและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อสร้างความเข้าใจในหลักการของแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดหรือสารที่ไม่ใช่การส่งเสริมให้ใช้ยาหรือสารเสพติด ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

อีกทั้งหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องหารือหรือแปลกเปลี่ยนการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อจัดทำและพัฒนาข้อเสนอแนวการลดอันตรายจากยาเสพติด เพื่อลดช่องว่างในการดำเนินงาน แก้ไขปัญหา อุปสรรคที่พบเจอ โดยได้มีการแต่งตั้งคำสั่งคณะทำงานจัดทำและพัฒนาข้อเสนอแนวทางลดอันตรายจากยาเสพติดที่ 601/2567 ประกอบหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และ

ภาคประชาสังคมเพื่อกำหนดแนวทางการจัดทำและพิจารณานิยามแนวทางการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด พิจารณาและจัดทำมาตรฐานในการดำเนินงานการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด พิจารณาและจัดทำหลักสูตรอบรมบุคลากรดำเนินงานให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดจากยาเสพติดและกำกับ ติดตาม ดูแล และสนับสนุน การให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดในระดับจังหวัดต่อไป[17]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของมาตรการการลดอันตรายจากยาเสพติดมีรูปแบบไหนบ้างที่สอดคล้องกับบริบท สถานการณ์ของประเทศ ที่สามารถเป็นทางเลือกสำหรับผู้ใช้ยาหรือสารเสพติดในการใช้รูปแบบการลดอันตรายจากยาเสพติดได้อย่างปลอดภัย

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับระบบการให้คำปรึกษาและการส่งต่อทางช่องออนไลน์มีรูปแบบไหนบ้างที่ช่วยให้ผู้ใช้ยาหรือสารเสพติด มีช่องทางในการรับบริการในการใช้รูปแบบการลดอันตรายจากยาเสพติดได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการดำเนินงานด้านนโยบายการสื่อสารเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดกับผู้บังคับใช้กฎหมายให้มีความเข้าใจในหลักปฏิบัติว่าการลดอันตรายจากยาเสพติดนั้นไม่ใช่แนวคิดที่มุ่งส่งเสริมการใช้ยาหรือสารเสพติด พร้อมผลักดันให้ผู้ใช้ยากลับเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมให้ได้

2. ควรมีนโยบายการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานและการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งตำรวจ ฝ่ายปกครอง ชุมชน ภาคปราชาสังคม และหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด

3. ควรมีนโยบายสนับสนุนสิทธิประโยชน์กับการให้บริการยาเมทาโดนระยะยาว กรณีการรับบริการที่ไม่ครอบคลุม เพื่อเข้าถึงการให้บริการมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. เจาะลึกระบบสุขภาพ. ผลักดันชุมชนล้อมรักษ์ แก้ปัญหายาเสพติด 4 มิติ ดึงชุมชนให้โอกาสผู้เสพคืนสู่สังคม. [อินเทอร์เน็ต] 2567. [เข้าถึงเมื่อ 6 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content /2024/06/30890

2. กอบกูล จันทวโร. มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด. วารสารกฎหมายและสังคมรังสิต 2563; 2(1): 53-68.

3. จิตรลดา อารีย์สันติชัย, อุษณีย์ พึ่งปาน. ประเมินผลการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด [อินเตอร์เน็ต]. ศูนย์วิจัยยาเสพติด วิทยาลัยวิทยาศาตรสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://cads.in.th/cads/content?id=30

4. ศศิธร คุณธรรม. วิวัฒนาการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดประเทศไทย. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด 2567; 1(3): 19-12.

5. จุฑามาศ มากกุญชร. ผลการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ภายใต้นโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด. วารสารโรคเอดส์ 2564; 33(2): 73-90.

6. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. หน้า. 54. เล่มที่ 138 ตอน 73 ก; 7 พฤศจิกายน 2564.

7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดสำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/file/d/1FWy1egp3Vo-k364Yj_uYR3x61Ncr5gCs/view?usp=sharing

8. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กรมราชทัณฑ์. รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดี พ.ร.บ. ยาเสพติดทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.correct.go.th/rt103pdf/report_result.php?date=2023-01-01&report=drug

9. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. ข้อมูลสถิติ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category&sectioned=2&id=9&ltemid=53

10. แผนการดำเนินงานกำกับ ติดตาม สนับสนุน และพัฒนาการให้บริการ ลดอันตรายจากยาเสพติด. ประชุมคณะทำงานจัดทำและพัฒนาข้อเสนอแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ครั้งที่ 2/2566; 12 กรกฎาคม 2566; ห้องประชุม 2 อาคาร 1 ชั้น 2 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี:สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

11. แนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด 5 จังหวัดนำร่อง. ประชุมคณะทำงานจัดทำและพัฒนาข้อเสนอแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ครั้งที่ 3/2566; 27 กรกฎาคม 2566; ห้องประชุม ลาเวนเดอร์ อาคารทีเค ชั้น 3 โรงแรม ที่เค พาเลซ แอนด์ คอนเวนชั่น เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

12. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. แนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด:ความท้าทายของประเทศไทย. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด 2567; 1(3):1-8.

13. ภาคี ทรัพย์พิพัฒน์ และกษมา ประไชโย, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/wpnrvtv5buow00088.pdf

14. The coverage. ว่าด้วยการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเมื่อสุขภาพของผู้เสพก็เป็นสิ่งที่ต้องดูแล. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thecoverage.info/news/content/6701

15. นิยามแนวทางการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดและมาตรฐานในการดำเนินงานและให้บริการ. ประชุมคณะทำงานจัดทำและพัฒนาข้อเสนอแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ครั้งที่ 1/2566; 12 มิถุนายน 2566; ห้องประชุม 2 อาคาร 1 ชั้น 2 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

16.อิทธิพล นาคคำ. การรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกลับสู่สังคม. วารสารราย 6 เดือน 2566; 65(2): 96-105.

17. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข. แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำและพัฒนาเสนอแนวทางลดอันตรายจากยาเสพติด.ที่ 601/2567. สั่ง ณ วันที่ 29 มีนาคม 2567.

บทความพิเศษ

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล[1]

บทนำ

ประเทศไทยมีนโยบายด้านการบังคับบำบัดผู้ติดยาเสพติด มาตั้งแต่ปี พ.ศ 2534 โดยได้ออกกฎหมายที่สำคัญ คือ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ฉบับ พ.ศ. 2534 ซึ่งกำหนดให้ผู้ต้องหาไม่ต้องถูกคุมขังไว้ในเรือนจำ ทัณฑสถาน แต่ไม่เกิดผลในทางปฏิบัติ ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รัฐบาลจึงได้ตราพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ขึ้นมาบังคับใช้[1] โดยเมื่อมีผู้จับกุมผู้ต้องหาที่เข้าข่ายความผิดพนักงานสอบสวนจะต้องนำส่งศาลภายใน 48 ชั่วโมง และหากผู้ต้องหาอายุต่ำกว่า 18 ปี จะต้องนำส่งภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้ศาลพิจารณาสั่งให้ผู้ต้องหาไปตรวจพิสูจน์สารเสพติดและแจ้งให้คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในเขตพื้นที่ทราบ จากนั้นคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจะต้องให้ เจ้าหน้าที่บันทึกประวัติและตรวจพิสูจน์ให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน ขยายได้ไม่เกิน 45 วัน หากผลการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพยาเสพติด คณะอนุกรรมการฯจะกำหนดแผนการฟื้นฟูหากไม่พบสารต้องรายงานผลการตรวจและส่งผู้ต้องหาคืนพนักงานสอบสวนการดำเนินงานฟื้นฟูให้ดำเนินการได้ครั้งละไม่เกิน 6 เดือนแต่หากคณะอนุกรรมการไม่พอใจผลการฟื้นฟู สามารถขยายเวลาต่อไปได้อีกรวมแล้วไม่เกิน 3 ปี ทั้งนี้หากผลการฟื้นฟูเป็นที่พอใจให้ถือว่าผู้ต้องหาพ้นผิด หากไม่พอใจให้รายงานความเห็นไปยังพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดี

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545[2] ได้นิยามคำว่า “ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด” หมายความว่า การกระทำใดๆ อันเป็นการบำบัดการติดยาเสพติดและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติด รวมตลอดถึงการรักษาสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ซึ่งเสพยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติโดยไม่เสี่ยงต่อการเป็นผู้ติดยาเสพติด และให้มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมมีอำนาจจัดตั้งและยุบเลิกศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา และให้ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นสถานพยาบาลตามประมวลกฎหมายอาญา (มาตรา 14) และเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม ตลอดจนในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแต่ละแห่ง ให้มีผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้บังคับบัญชา รับผิดชอบในการปฏิบัติราชการของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(1) ตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ที่ได้รับตัวมา

(2) ควบคุมตัวผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดไว้ในระหว่างการตรวจพิสูจน์หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และดูแลให้ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือ ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดปฏิบัติตามระเบียบ เงื่อนไข และข้อบังคับต่างๆ

(3) ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามระเบียบที่กำหนด

---

[1] ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุข)

(4) ติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติดซึ่งได้รับอนุญาตให้ปล่อยชั่วคราว

(5) จัดทำรายงานผลการตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติดรวมทั้งผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต่อคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

(6) ออกข้อบังคับของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเพื่อปฏิบัติการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

(7) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมอบหมาย

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

เนื่องจากกฎหมายเกี่ยวกับการป้องกัน ปราบปราม และควบคุมยาเสพติด รวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้กระจายอยู่ในกฎหมายหลายฉบับ (รวมทั้งพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545) และการดำเนินการตามกฎหมายแต่ละฉบับเป็นหน้าที่และอำนาจของหลายองค์กร ทำให้การบังคับใช้กฎหมายไม่มีความสอดคล้องกัน อีกทั้งบทบัญญัติของกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดบางประการไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน ในปี พ.ศ. 2564 รัฐบาลจึงได้ตราพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2564 และได้มีการกำหนดให้มีสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด[3] แทนที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีการขึ้นทะเบียนโดยกระทรวงสาธารณสุขแทนที่กระทรวงยุติธรรม โดยสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ในบทบัญญัติที่สำคัญ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

บทบัญญัติ	ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545	สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564
นิยามสถานที่	เป็นสถานพยาบาลตามประมวลกฎหมายอาญา และเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม รัฐมนตรีมีอำนาจประกาศในราชกิจจานุเบกษากำหนดให้สถานพยาบาล สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สถานที่ของราชการ หรือสถานที่อื่นใดเป็นสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือการควบคุมตัวนอกเหนือจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้	สถานพยาบาล สถานฟื้นฟู หรือ สถานที่อื่นใดตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กำหนดให้เป็นสถานที่ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยแบ่งเป็น 1. สถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาครัฐ 2. สถานฟื้นฟูสมรรถภาภาคเอกชน หรือองค์กรการกุศล
นิยามฟื้นฟูสมรรถภาพ	“ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด”หมายความว่า การกระทำใดๆ อันเป็นการบำบัดการติดยาเสพติดและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติด รวมตลอดถึงการรักษาสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ซึ่งเสพยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติโดยไม่เสี่ยงต่อการเป็นผู้ติดยาเสพติด	“การฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า การกระทำใดๆ อันเป็นการบำบัดพฤติกรรมการเสพยาเสพติดและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 (ต่อ)

บทบัญญัติ	ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545	สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564
บทกำหนดโทษ	ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือผู้ควบคุมสถานที่ที่รับตัวผู้นั้นไว้มีอำนาจลงโทษผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ไม่ปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนด ดังต่อไปนี้ (1) ภาคทัณฑ์ (2) ตัดการอนุญาตให้รับการเยี่ยมหรือการติดต่อไม่เกินสามเดือน (3) จัดให้อยู่เดี่ยวครั้งละไม่เกินสิบวัน	- ผู้หลบหนีหรือไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจัดทำประวัติ ข้อมูล และพฤติการณ์ดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาให้เข้ารับการบำบัดรักษา - คณะอนุกรรมการจัดตั้งและควบคุมคุณภาพมาตรฐานศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่อธิบดีกรมการแพทย์เป็นประธาน อาจมีคำสั่งต่อสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ไม่ปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนด ดังนี้ (1) ตักเตือน (2) ดำเนินการหรือยุติการดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อระงับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากกระบวนการบำบัดรักษาเป็นการชั่วคราว (3) ไม่รับรองคุณภาพหรือถูกเพิกถอนจากการเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

นอกจากนั้นการขึ้นทะเบียน หน่วยงานที่รับผิดชอบ หน้าที่และอำนาจของผู้รับผิดชอบ ตลอดจนคุณภาพมาตรฐาน มีการปรับแก้ที่แตกต่างไปจากเดิมเช่นกัน

การขึ้นทะเบียนสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 [3] หมายถึง สถานพยาบาล สถานฟื้นฟู หรือ สถานที่อื่นใดตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนดให้เป็นสถานที่ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

“การฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า การกระทำใดๆ อันเป็นการบำบัดพฤติกรรมการเสพยาเสพติดและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ

ทั้งนี้ สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จะต้องขึ้นทะเบียนที่สำนักเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.) โดยใบทะเบียนที่ได้รับการประเมินมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดจะไม่มีวันหมดอายุ เว้นแต่ถูกพักใช้ ถูกเพิกถอนการขึ้นทะเบียน หรือมีการแจ้งขอยกเลิกการเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดซึ่งมีกระบวนการบำบัดพฤติกรรมการเสพยาเสพติด และฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ของผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ แต่ไม่รวมถึงขั้นตอนของการบำบัดรักษาด้วยยา แบ่งได้ดังนี้

1. สถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาครัฐ
2. สถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาคเอกชน หรือองค์กรการกุศล

กรณีสถานฟื้นฟูสมรรถภาพหรือศูนย์ฟื้นฟูที่ได้รับการประกาศให้เป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รวมทั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพตามกฎหมายที่จัดตั้งเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ก่อนวันที่ ประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจัดตั้งและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ใช้บังคับให้ถือว่าเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้รับการขึ้นทะเบียนตามประมวลกฎหมาย กรณีที่สถานฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีลักษณะไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานให้ดำเนินการให้ครบถ้วนตามมาตรฐานการขึ้นทะเบียนภายในระยะเวลาหนึ่งปีหลังจากวันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา[4]

มาตรฐานสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ขอจัดตั้งต้องมีรายงานการทำเวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของชุมชนที่จัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และมีมาตรฐาน 4 ด้าน คือ

1. มาตรฐานสถานที่

1.1 อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม เอื้ออำนวยต่อการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยตั้งอยู่ในพื้นที่ซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัยจากเหตุรำคาญที่อาจรบกวนความเป็นอยู่ที่สุขสบาย

1.2 มีการทำความสะอาดและจัดสถานที่ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ต้องมีการแบ่งเขตพื้นที่บริการอย่างชัดเจนในการให้บริการ มีพื้นที่ส่วนกลางแก่ผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานสำหรับประกอบกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือสันทนาการที่หลากหลาย

1.3 มีการจัดห้องสำหรับให้คำปรึกษาและสถานที่รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ

1.4 มีห้องน้ำและห้องส้วมที่เพียงพอต่อผู้รับบริการ 1 ห้องต่อผู้รับบริการ 10 – 15 คน เพื่ออำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้พิการแต่ละประเภท โดยอย่างน้อยต้องจัดสถานที่ให้ทางลาดเอียง ราวเกาะ และห้องส้วมสำหรับผู้พิการด้วย

1.5 มีระบบสัญญาณเตือนไฟไหม้ มีการติดตั้งถังดับเพลิงไว้ในตำแหน่งที่เห็นชัดเจนในทุกอาคาร มีการกำหนดช่องทางหนีไฟ และมีการฝึกอบรมผู้ดำเนินการและผู้ปฏิบัติงานและมีการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. มาตรฐานบุคลากร ประกอบด้วยบุคลากร 4 ประเภท ดังนี้

2.1 ผู้ขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ผู้ขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(1) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์

(2) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย

(3) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ

(4) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(5) ไม่เป็นโรคต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(5.1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ

(5.2) วัณโรคในระยะติดต่อ

(5.3) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง

(5.4) โรคพิษสุราเรื้อรัง

(6) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

ในกรณีผู้ขอจัดตั้งเป็นนิติบุคคล ผู้มีอำนาจทำการแทนนิติบุคคลต้องมีคุณสมบัติดังกล่าวด้วย

2.2 ที่ปรึกษา

โดยที่ที่ปรึกษาต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข หรือนักจิตวิทยาคลินิกหรือนักสังคมสงเคราะห์ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่คณะอนุกรรมการกำหนดและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อยหนึ่งปี มีหน้าที่ให้คำปรึกษา ให้ความเห็น และให้คำแนะนำแก่ผู้ขออนุญาตจัดตั้งหรือผู้ดำเนินการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในเรื่องต่อไปนี้

(ก) แนวทางและรูปแบบการให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

(ข) การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพการบริการในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพ

(ค) การป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงหรือข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการบริการในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

(ง) ส่งเสริมให้สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดผ่านการรับรองคุณภาพสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและรักษาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยที่ปรึกษาต้องเข้าเยี่ยมสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อยสี่ชั่วโมง

2.3 ผู้ดำเนินการ

ผู้ดำเนินการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข หรือนักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่คณะอนุกรรมการจัดตั้งและควบคุมคุณภาพมาตรฐานศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (อธิบดีกรมการแพทย์เป็นประธาน) กำหนดและมีประสบการณ์ในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อย 6 เดือน มีหน้าที่ดำเนินการ ดังนี้

(ก) ควบคุมและดูแลสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การขอจัดตั้งและการรับรองคุณภาพ รวมถึงดูแลมิให้มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเกินจำนวนที่ขอจัดตั้ง

(ข) ควบคุมและดูแลสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้สะอาด เรียบร้อย ปลอดภัย และมีลักษณะอันเหมาะสมแก่การเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

(ค) ควบคุมและดูแลให้ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้ปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพของตนดูแลมิให้ผู้อื่น ซึ่งไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพ ทำการประกอบวิชาชีพในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพรวมถึงดูแลเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้ปฏิบัติตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้ยื่นขอจัดตั้งไว้

(ง) ปฏิบัติหน้าที่ในวันเวลาทำการ อย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน

2.4 เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ

เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต้องเป็นระดับวิชาชีพทางด้านการแพทย์ หรือการพยาบาล หรือการสาธารณสุข หรือนักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์ หรือนักกิจกรรมบำบัด หรือนักอาชีวบำบัด หรือผู้ที่ผ่านการอบรม ซึ่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานต้องผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่คณะอนุกรรมการกำหนด โดยมีจำนวนที่เหมาะสมเพียงพอในการดูแลผู้ติดยาเสพติดหนึ่งคน ต่อผู้รับบริการ 10 – 15 คน และไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับที่ปรึกษาหรือผู้ดำเนินการ

ในกรณีที่สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แบบผู้ป่วยในน้อยกว่าห้าสิบคนต้องจัดให้มีบุคลากรทางสาธารณสุขประเมินภาวะสุขภาพอนามัยผู้ติดยาเสพติดตาม จำนวนของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการฟื้นฟูฯ อย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ กรณีผู้ป่วยในตั้งแต่ห้าสิบคนขึ้นไป ต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวนอย่างน้อยหนึ่งคน และมีจำนวนที่เพียงพอตามความเหมาะสมในการให้การดูแลสุขภาพอนามัยผู้ติดยาเสพติดตามจำนวนของผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการฟื้นฟูฯ โดยปฏิบัติงานอย่างน้อยสัปดาห์ละห้าวัน วันละอย่างน้อยสองชั่วโมง

3. มาตรฐานเวชภัณฑ์และอุปกรณ์

มีเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐานเหมาะสมและเพียงพอในการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

4. มาตรฐานการบริการ

4.1 มีแผนหรือคู่มือในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ

4.2 จัดทำเอกสารเวชระเบียนประจำตัวผู้ติดยาเสพติดที่รับการฟื้นฟูฯ และการบันทึก การประเมินสุขภาพการบำบัดฟื้นฟู การประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูและการติดตามผล

4.3 มีความพร้อมในการส่งต่อผู้ติดยาเสพติดที่รับการฟื้นฟูฯ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งอยู่ในสภาพที่อันตรายและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉินไปรับการรักษายังสถานพยาบาลอื่นที่เหมาะสมได้ เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดดังกล่าวพ้นจากสภาพที่อันตราย

<u>การดำเนินการทางทะเบียน</u>

1. การขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

- กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

- กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในจังหวัดใดให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

การพิจารณาคำขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้คณะอนุกรรมการจัดตั้งและควบคุมคุณภาพมาตรฐานศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่มีอธิบดีกรมการแพทย์เป็นประธาน ตรวจสอบคำขอและสถานที่ตามมาตรฐานที่กำหนดเพื่อพิจารณาอนุมัติให้เป็นสถานที่ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แล้วแจ้งไปยังสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.) เพื่อดำเนินการขึ้นทะเบียนสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต่อไป

2. การย้ายที่ตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จะต้องแจ้งขอยกเลิกการเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเดิมและดำเนินการขอจัดตั้งใหม่

3. กรณีสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงวิธีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ขยายการรับผู้ติดยาเสพติด หรือเปลี่ยนแปลงที่ปรึกษา ผู้ดำเนินการ วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้ส่งเอกสารขอยกเลิกกิจการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และจัดทำรายงานที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพให้ยื่นคำขอพร้อมหลักฐานการเปลี่ยนแปลงรายละเอียด ประกอบการพิจารณาของคณะอนุกรรมการฯ

4. สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่ต้องการยกเลิกการให้บริการ ให้ส่งเอกสารขอยกเลิกกิจการสถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และจัดทำรายงานที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในจังหวัดใดให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพื่อตรวจสอบและส่งให้คณะอนุกรรมการฯ ดำเนินการต่อไป

5. การเพิกถอนสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขเพื่อควบคุมการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพและระเบียบวินัยสำหรับสถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือปรากฏในภายหลังว่ามีลักษณะไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ใน หรือไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ ให้คณะอนุกรรมการฯ พิจารณาการเพิกถอนแล้วแจ้งไปยังสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.) เพื่อดำเนินการเพิกถอนการขึ้นทะเบียนสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และให้สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ถูกเพิกถอนจัดทำรายงานที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรณีสถานที่ตั้งอยู่ในจังหวัดใดให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเพื่อตรวจสอบและส่งให้คณะอนุกรรมการฯ ดำเนินการต่อไป

<u>การขอขึ้นทะเบียน ติดตาม กำกับและรับรองคุณภาพ</u>

1. การขอขึ้นทะเบียน

การยื่นขอขึ้นทะเบียนสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

- กรุงเทพมหานคร ยื่นที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์
- จังหวัด ยื่นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งเอกสารมายังสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ รวบรวมคำขอขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลยาเสพติด นำเข้าคณะอนุกรรมการจัดตั้งฯ พิจารณา หากครบถ้วนสมบูรณ์ จะดำเนินการขึ้นทะเบียนที่สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (สลบ.)

2. การติดตามกำกับ

หลังจากขึ้นทะเบียนสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด คณะอนุกรรมการจัดตั้ง และควบคุมคุณภาพมาตรฐาน ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จะทำหน้าที่ตรวจติดตามกำกับ การดำเนินงานของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

3. การรับรองคุณภาพ

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ดำเนินงานขึ้นทะเบียนครบสามปี ให้ยื่นขอรับรองคุณภาพ ต่อกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และให้ขอรับรองคุณภาพทุกสามปี

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และการประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ในกระบวนการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ก่อนส่งผู้ติดยาเสพติด หรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาไปยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมจะมีขั้นตอนที่สำคัญ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การคัดกรอง หมายถึง การคัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต โดยมีการดำเนินการดังนี้

(1) ตรวจหาสารเสพติดในร่างกาย

(2) คัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต

(3) พิจารณาส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดรักษาไปยังสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

(4) จัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองและข้อมูลอื่นของผู้รับการคัดกรอง

2. การบำบัดรักษา หมายถึง การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งรวมตลอดถึงการคัดกรอง การประเมินความรุนแรงการบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามหลังการบำบัดรักษา

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง การกระทำใดๆ อันเป็นการบำบัดพฤติกรรมการเสพยาเสพติด และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ

ทั้งนี้ให้ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ดำเนินการคัดกรองและประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามแนวทางที่กรมการแพทย์กำหนด

4. การควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัย สำหรับเฉพาะศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

เพื่อให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ในศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มีการควบคุมและมีบทลงโทษกรณีไม่ปฏิบัติตามกฎหมายหรือฝ่าฝืนระเบียบ คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จึงได้กำหนดดังนี้

<u>การปฏิบัติตามกฎหมายและหน้าที่</u>

1. สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ต้องให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและการประเมินผลการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนด

2. หน้าที่ของผู้อำนวยการ

ผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มีหน้าที่ในการควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัยสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ดังต่อไปนี้

(1) ควบคุมการดำเนินงานสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

(2) กำกับดูแลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

(3) ออกแนวทางปฏิบัติสำหรับสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบหรือประกาศที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนด

(4) รายงานการรับผู้เข้ารับการฟื้นฟู การบำบัดรักษาและสถิติข้อมูลต่างๆ ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือรายงานอื่น

(5) พิจารณาการส่งตัวไปยังสถานพยาบาล

(6) ออกหนังสือรับรองผู้ผ่านการบำบัดรักษาตามมาตรา 113 มาตรา 114 หรือมาตรา 169 หรือมีหนังสือรับรองกรณีที่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษา

3. หน้าที่ของเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งหัวหน้าหรือผู้อำนวยการมอบหมายให้ปฏิบัติงานในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยมีหน้าที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข การคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และการประเมินผลการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนด

<u>บทกำหนดโทษ</u>

1. กรณีสถานที่ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย คณะอนุกรรมการจัดตั้งและควบคุมคุณภาพมาตรฐานศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่อธิบดีกรมการแพทย์เป็นประธานอาจมีคำสั่ง ดังนี้

(1) ตักเตือน

(2) ดำเนินการหรือยุติการดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อระงับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากกระบวนการบำบัดรักษาเป็นการชั่วคราว

(3) ไม่รับรองคุณภาพหรือถูกเพิกถอนจากการเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

2. กรณีฝ่าฝืนระเบียบ

ผู้อำนวยการหรือเจ้าหน้าที่ที่ฝ่าฝืนระเบียบนี้อาจได้รับโทษ ดังนี้

(1) ตามมาตรการควบคุมมาตรฐานวิชาชีพของผู้ที่เป็นผู้อำนวยการหรือเจ้าหน้าที่

(2) ตามกฎหมายที่ใช้บังคับกับตำแหน่งของผู้ที่เป็นผู้อำนวยการหรือเจ้าหน้าที่

(3) ความผิดต่อตำแหน่งหน้าที่ราชการ ความผิดเกี่ยวกับเอกสาร ตามประมวลกฎหมายอาญา

(4) การตัดสิทธิการขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด การฝึกอบรมหลักสูตรของเจ้าหน้าที่ที่คณะอนุกรรมการฯกำหนด

ผลการขึ้นทะเบียนสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

จากข้อมูลการขึ้นทะเบียนสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พบว่า มีสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดขึ้นทะเบียนทั้งสิ้นจำนวน 134 แห่ง โดยแบ่งเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาครัฐ จำนวน 83 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 61.94 ภาคเอกชนหรือองค์กรการกุศล จำนวน 51 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 38.06 โดยสถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาครัฐส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานสังกัดกระทรวงกลาโหม ซึ่งเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาก่อน โดยสังกัดกองทัพบกจำนวน 28 แห่ง กองทัพเรือจำนวน 1 แห่ง กองทัพอากาศจำนวน 9 แห่ง และกองทัพไทยจำนวน 7 แห่ง นอกนั้นเป็นหน่วยงานสังกัดกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยจำนวน 2 แห่ง ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ขึ้นทะเบียนข้อมูลจากสำนักงาน

ประเภทสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด	จำนวน
สถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาครัฐ	**83 แห่ง**
กองทัพบก	28 แห่ง
กองทัพเรือ	1 แห่ง
กองทัพอากาศ	9 แห่ง
กองทัพไทย	7 แห่ง
กรมการปกครอง	2 แห่ง
สถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาคเอกชนหรือองค์กรการกุศล	**51 แห่ง**
รวม	134 แห่ง

ข้อมูลจากสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เดือนมิถุนายน 2567

เมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัดพบว่าจังหวัดที่มีสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 56 จังหวัด และจังหวัดที่ไม่มีสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 18 จังหวัด ได้แก่กำแพงเพชร, นนทบุรี, ปัตตานี, พังงา, พิจิตร, แพร่, ยโสธร, ยะลา, ร้อยเอ็ด, ระยอง, ลำปาง, ลำพูน สมุทรปราการ, สมุทรสงคราม, สิงห์บุรี, สุโขทัย, หนองบัวลำภู และ อ่างทอง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ยกเลิกบทสันนิษฐานความผิดตามกฎหมายเดิมที่ให้สันนิษฐานว่ามีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย แต่มีข้อสันนิษฐานในทางที่เป็นตามมาตรา 107 วรรคสอง กล่าวคือ หากมีไว้ในครอบครองในปริมาณเล็กน้อยไม่เกินปริมาณที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกำหนดในกฎกระทรวง ให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่ามีไว้ในครอบครองเพื่อเสพ[5] และไม่มีระบบบังคับบำบัด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจึงเป็นสถานที่ที่มีความสำคัญไม่น้อยกว่าสถานพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้มีความพร้อมก่อนกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชน แต่หลังจากประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจัดตั้งและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลบังคับใช้ มีหน่วยงานของรัฐที่สามารถขึ้นทะเบียนได้เป็นส่วนใหญ่ทั้ง ๆ ที่สถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาคเอกชน หรือองค์กรการกุศลหลายแห่งมีความพร้อมในการให้บริการ แต่ติดที่เงื่อนไขการขึ้นทะเบียนที่เข้มข้นจึงไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้ ประกอบกับไม่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการลงโทษผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่ไม่ปฏิบัติตามระเบียบ ดังนั้นเพื่อให้การขึ้นทะเบียนสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ติดยาเสพติดสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญดังนี้

1. แก้ไข เพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจัดตั้งและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2565 โดยกำหนดมาตรฐานตามประเภทของสถานที่ โดยแบ่งเป็น มาตรฐานสถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาครัฐ มาตรฐานสถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาคเอกชน และมาตรฐานสถานฟื้นฟูสมรรถภาพองค์กรการกุศล เนื่องจากแต่ละสถานที่จะมีรูปแบบ ศักยภาพบุคลากร และวิธีการการบริการที่แตกต่างกัน

2. กระทรวงยุติธรรมควรมีนโยบายให้เรือนจำ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ขึ้นทะเบียนเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้การดูแลผู้ติดยาที่อยู่ในความดูแลมีการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่

ได้มาตรฐาน และเชื่อมโยงข้อมูลกับสถานพยาบาล รวมถึงการคืนคนดีสู่สังคม ผ่านกลไกการติดตามให้ความช่วยเหลือของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม กระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานคร

3. ให้อำนาจสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจัดทำประวัติ ข้อมูล และพฤติการณ์กรณีหลบหนีหรือไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาคดี นอกเหนือจากการพิจารณาให้เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งต่อไป เนื่องจากพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ไม่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการเพิ่มโทษจำเลยฐานไม่เข็ดหลาบดังเช่นกฎหมายเดิม ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 97 ผู้ใดต้องคำพิพากษาถึงที่สุดให้ลงโทษจำคุกสำหรับความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ถ้ากระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้อีกในระหว่างที่ยังต้องรับโทษอยู่ หรือภายในเวลาห้าปีนับแต่วันพ้นโทษ หากศาลจะพิพากษาลงโทษครั้งหลังถึงจำคุกให้เพิ่มโทษที่จะลงแก่ผู้นั้นกึ่งหนึ่งของโทษที่ศาลกำหนดสำหรับความผิดครั้งหลัง ดังนั้น เหตุเพิ่มโทษจึงพิจารณาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 9[6] ผู้ใดต้องคำพิพากษาถึงที่สุดให้ลงโทษจำคุก ถ้าและได้กระทำความผิดใด ๆ อีกในระหว่างที่ยังจะต้องรับโทษอยู่ก็ดี ภายในเวลาห้าปีนับแต่วันพ้นโทษก็ดี หากศาลจะพิพากษาลงโทษครั้งหลังถึงจำคุกก็ให้เพิ่มโทษที่จะลงแก่ผู้นั้นหนึ่งในสามของโทษที่ศาลกำหนดสำหรับความผิดครั้งหลัง

4. ให้สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภาคเอกชน และองค์กรการกุศล ลงข้อมูลผู้เข้ารับการฟื้นฟูในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

เอกสารอ้างอิง

1. มานพ คณะโต, สุณีรัตน์ ยั่งยืน และพูนรัตน์ ลียติกุล. บังคับบำบัดผู้ติดยาเสพติด. หลักฐานทางวิชาการ; ภาคีวิชาการสารเสพติด. [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กรกฎาคม 26]. เข้าถึงได้จาก: https://cads.in.th/cads/media/upload/1568021617-3.factsheet_บังคับบำบัดKK.pdf

2. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545. เล่มที่ 119 ตอน 96 ก. หน้า 26. 30 กันยายน 2545.

3. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. เล่มที่ 138 ตอน 73 ก. หน้า 1. 8 พฤศจิกายน 2564.

4. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล. อนุบัญญัติว่าด้วยประกาศและระเบียบคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด 2566; 1(1): 1-14.

5. บริพัตร์ โรจน์บัวทอง. ข้อสังเกตเกี่ยวกับประมวลกฎหมายยาเสพติด. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กรกฎาคม 26]. เข้าถึงได้จาก: http://www.supremecourt.or.th/อ่านบทความ/ข้อสังเกตเกี่ยวกับประมวลกฎหมายยาเสพติด

6. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499. เล่มที่ 73 ตอน 95 ฉบับพิเศษ. หน้า 1/15. 13 พฤศจิกายน 2499.

ภาคผนวก

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

แบบขอนำส่งบทความ/งานวิจัยเพื่อตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

หนังสือรับรองก่อนตีพิมพ์บทความลงวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

เอกสารที่ต้องนำส่งเพื่อตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

Format บทความวิจัยสำหรับตีพิมพ์ลงวารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด

ภาคผนวก (ต่อ)

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม

วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด
ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 มกราคม - เมษายน

ISSN : 2985-170X E-ISSN : 2985-2226

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
กระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 6 ชั้น 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
Tel : 02 590 24 22 Website : http://ncmc.moph.go.th