

พลวัตและข้อจำกัดของนโยบายผู้เสพติดคือผู้ป่วย: การวิเคราะห์วงจรการกระทำผิดซ้ำ ในมุมมองเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหน้างาน

Dynamics and Constraints of the 'Addict as Patient' Policy: An Analysis of Recidivism through the Lens of Frontline Practitioners

สิทธิพงษ์ ศรีกุลบุตร*

Sittipong Srikulbuthr*

สถานีตำรวจภูธรวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ*

Wang Hin Police Station, Sisaket Provincial Police*

Email: 6512342007@rumail.ru.ac.th

Received 17 May 2026

Revised 23 July 2026

Accepted 27 July 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์พลวัตการเสพติดซ้ำ สำหรับข้อจำกัดและช่องว่างนโยบาย “ผู้เสพติดคือผู้ป่วย” (ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564) ในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระดับพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มกฎหมาย สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และครอบครัวผู้กระทำผิดซ้ำ) ในอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ วิเคราะห์เนื้อหาตามกรอบทฤษฎี พฤติกรรมศาสตร์และสังคมวิทยา 13 ทฤษฎี ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมเสพติดซ้ำปัจจุบันเปลี่ยนผ่านสู่สถานะ “ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด” ที่เสี่ยงก่อเหตุรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อวิเคราะห์ข้อจำกัดหน้างานพบว่า 1) กลุ่มกฎหมาย ลักลั่นระหว่างเจตนาบรรณ นโยบาย กับตัวชี้วัดจับกุม และขาดอำนาจควบคุมตัวกลุ่มเสี่ยงสูง 2) กลุ่มสาธารณสุขมีภาระงานล้นและเตียงไม่พอ รักษาได้เพียงระดับประคับประคองระยะสั้น 3) กลุ่มชุมชนขาดงบประมาณ เครื่องมือความปลอดภัย และมีทัศนคติตีตรา และ 4) กลุ่มครอบครัว แบกรับความเสี่ยงจนเกิดความเสื่อมถอยอย่างวิกฤตของสถาบันครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดภาวะ “ประตูหมุน” (Revolving Door) ที่ผู้เสพติดเข้าออกระบบบำบัดโดยไม่ได้เยียวยา นอกจากนี้ยังพบช่องว่างวิกฤตคือ “สายโซ่การสื่อสารที่ขาดสะบั้น” ระหว่างศาล โรงพยาบาล และชุมชน โดยขาดเจ้าภาพหลักบริหารข้อมูลความเสี่ยงร่วมกัน ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอให้ปฏิรูปเชิงโครงสร้างโดย 1) พัฒนาระบบจัดการรายกรณีรวมศูนย์ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัลกลาง 2) จัดตั้งศูนย์บำบัดกึ่งบังคับควบคุมความปลอดภัยสูง ระดับอำเภอเพื่อแยกผู้ป่วยออกจากชุมชน และ 3) ใช้มาตรการบังคับบำบัดร่วมกับมาตรการทางอาญา สำหรับกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อคืนความปลอดภัยให้สังคมตามหลักอรรถประโยชน์นิยม

คำสำคัญ: ผู้เสพติดคือผู้ป่วย, การกระทำผิดซ้ำ, จิตเวชยาเสพติด, ประตูหมุน, สายโซ่การสื่อสารที่ขาดสะบั้น

Abstract

This research aims to analyze the dynamics of repeated drug use and explore the limitations and policy gaps of the "addicts are patients" policy (Narcotics Code, B.E. 2564) in managing psychiatric drug patients at the local level. Data were collected through in-depth interviews with four key informant groups: legal professionals, public health officials, community leaders, and families of repeat offenders in Wang Hin District, Si Sa Ket Province. Content analysis was guided by 13 behavioral science and sociological theories. The findings reveal that current recidivism behavior has transitioned into a state of "psychiatric drug patients" with a significant risk of causing violence. An analysis of frontline limitations uncovered that: 1) the legal sector faces inconsistencies between the policy's intent and arrest indicators, alongside a lack of authority to detain high-risk individuals; 2) the public health sector suffers from overwhelming workloads and insufficient beds, providing only short-term palliative care; 3) the community lacks budget, safety tools, and harbors stigmatizing attitudes; and 4) families bear risks to the point of structural collapse. These factors create a "revolving door" phenomenon where users cycle in and out of the treatment system without being healed. Furthermore, a critical gap identified is a "broken chain of communication" among courts, hospitals, and communities, driven by the absence of a core host to jointly manage risk data. Policy recommendations suggest structural reforms by: 1) developing a centralized case management system via a unified digital platform; 2) establishing district-level, high-security, semi-compulsory treatment centers to isolate patients from communities; and 3) implementing compulsory treatment combined with criminal measures for individuals with violent behaviors to restore public safety based on utilitarian principles.

Keywords: Addict as Patient, Recidivism, Substance-Induced Psychosis, Revolving Door, Broken Communication Chain

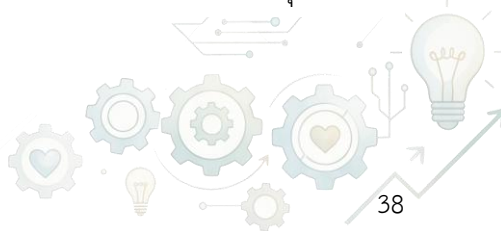
1. บทนำ

ปัญหายาเสพติดในประเทศไทยได้ทวีความรุนแรงและซับซ้อนจนกลายเป็นภัยคุกคามต่อความสงบสุขของสังคมอย่างกว้างขวาง ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เพียงตัวผู้เสพ แต่ลุกลามไปสู่การทำลายสถาบันครอบครัว ไปจนถึงระดับสังคมและประเทศชาติ เกิดความเสียหายในด้านต่าง ๆ ซึ่งภาพสะท้อนที่น่ากังวลที่สุดจากเหตุการณ์เหล่านี้ คือ พฤติกรรมการกระทำผิดซ้ำ (Recidivism) โดยผู้ก่อเหตุมักมีประวัติการถูกจับกุมในคดีเสพยาเสพติด แต่ยังคงวนเวียนอยู่ในวงจรเดิมที่ไม่สามารถเยียวยาได้จริง ดังจะเห็นได้จากกรณีศึกษาเชิงประจักษ์

หลายเหตุการณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2568 - 2569 ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้เสพยาเสพติดที่มีประวัติการเข้าออกกระบวนการยุติธรรมหลายครั้ง กลับมาก่อเหตุที่รุนแรงและซับซ้อนยิ่งขึ้น ซึ่งผู้เขียนเป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงขอยกตัวอย่างเหตุการณ์ในพื้นที่ใกล้เคียง อาทิเช่น เหตุการณ์สะเทือนขวัญในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2568 ที่อำเภอเบญจลักษ์ จำเลยก่อเหตุทำร้ายร่างกายบุพการีจนถึงแก่ความตายจากการคลุ้มคลั่งหลังเสพเมทแอมเฟตามีน เช่นเดียวกับกรณีในอำเภอยะหา จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2569 ที่ผู้เสพก่อเหตุฆาตกรรมบุพการีตนเอง (แนวนหน้า, 2569) นอกจากนี้ภัยคุกคามในสถาบันครอบครัวแล้ว ภัยในสถานศึกษายังเป็นอีกหนึ่งดัชนีชี้วัดความล้มเหลวของการตัดวงจรเสพติด ดังกรณีเหตุสะเทือนขวัญที่จังหวัดอุดรธานี เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2569 ที่ชายหลอนยาบุกเข้าไปพยายามอนาจารนักเรียนชั้นประถมศึกษาและทำร้ายร่างกายครูในวันเดียวกันถึง 2 โรงพยาบาลขอนแก่น (ข่าวสดออนไลน์, 2569) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้กระทำผิดเหล่านี้มักมีสภาวะ “จิตเวชยาเสพติด” และวนเวียนอยู่กับการ “จับ-ปล่อย-ปล่อย” โดยที่กลไกการรักษาเดิมไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถาวร

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันสอดคล้องกับข้อสังเกตเชิงลึกของ วันทนา อินทปัติย์ (2565) ซึ่งเป็นมุมมองจากผู้ปฏิบัติหน้าที่ตุลาการที่พบว่า แม้ประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่จะสร้างวิวัฒนาการทางกฎหมายด้วยการทำลายกรอบ “บทสันนิษฐานเด็ดขาด” ที่ยึดโยงกับปริมาณยาเสพติด แล้วเปลี่ยนมาให้ความสำคัญกับ “พฤติการณ์รายบุคคล” เพื่อเปิดช่องทางให้ผู้เสพเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาตามมาตรา 168 แต่ในความเป็นจริง เจตนารมณ์อันดีของกฎหมายที่ต้องการให้โอกาส (Chance) กลับกลายเป็นความเสี่ยง (Risk) หากระบบสนับสนุนส่วนอื่นยังไม่พร้อม เมื่อศาลใช้ดุลพินิจในการส่งตัวผู้เสพไปบำบัดแทนการลงโทษจำคุก แต่ระบบการบำบัดฟื้นฟูในปัจจุบันยังคงมีลักษณะเป็น “มาตรการชั่วคราว” ที่เน้นเพียงการสงบอาการในระยะสั้น ดังที่ สากิยะห์ เจ๊ะสมอเจ๊ะ (2563) ได้ระบุว่า ปัจจัยวิกฤตที่ทำให้ผู้บำบัดไม่สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืนคือ การขาดการติดตามผลหลังการปล่อยตัว (Aftercare) ที่มีความต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม เมื่อผู้เสพที่ผ่านการบำบัดถูกส่งกลับคืนสู่สิ่งแวดล้อมเดิมโดยปราศจากกลไกการเฝ้าระวังหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง โอกาสที่ศาลหยิบยื่นให้จึงกลายเป็นเพียง “ช่องว่าง” หรือประตูหมุน (Revolving Door) ที่อนุญาตให้ผู้เสพที่มีความเสี่ยงสูง (High-risk addicts) กลับเข้าไปสู่สังคมเพื่อสะสมความเครียดและแรงกดดัน จนส่งผลให้เกิดเหตุการณ์คลุ้มคลั่งซ้ำในภายหลัง นอกจากนี้ งานวิจัยของ นิยดา รักชะใบ๊ะ (2562) ยังสนับสนุนประเด็นความคุ้มค่าทางสังคมว่า การบำบัดที่ไร้ประสิทธิภาพไม่เพียงแต่ล้มเหลวในการรักษาคน แต่ยังส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของชุมชนต่อกระบวนการยุติธรรมทั้งหมด เมื่อประชาชนเห็นว่าผู้ก่อเหตุถูกจับแล้วปล่อย ภายใต้เงื่อนไขของการเป็นผู้ป่วย แต่กลับมาสสร้าง的危害ในระดับที่รุนแรงกว่าเดิม เช่น การทำร้ายบุพการีหรือบุกรุกสถานศึกษา ภาระจึงตกหนักที่เจ้าหน้าที่ตำรวจผู้ปฏิบัติงานที่ต้องระงับเหตุซ้ำ ๆ (Endless Loop) โดยไม่เห็นทางออกที่ยั่งยืน

ด้วยเหตุผลความจำเป็นข้างต้น จึงนำมาสู่การศึกษาค้นคว้า เพื่อวิเคราะห์เจาะลึกถึง “ช่องว่าง” ในทางปฏิบัติระหว่างกระบวนการทางศาลและระบบสาธารณสุข รวมถึงข้อจำกัดของกระบวนการติดตามผลหลังการบำบัด เพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายที่สามารถทำลายวงจรไม่สิ้นสุดดังกล่าว

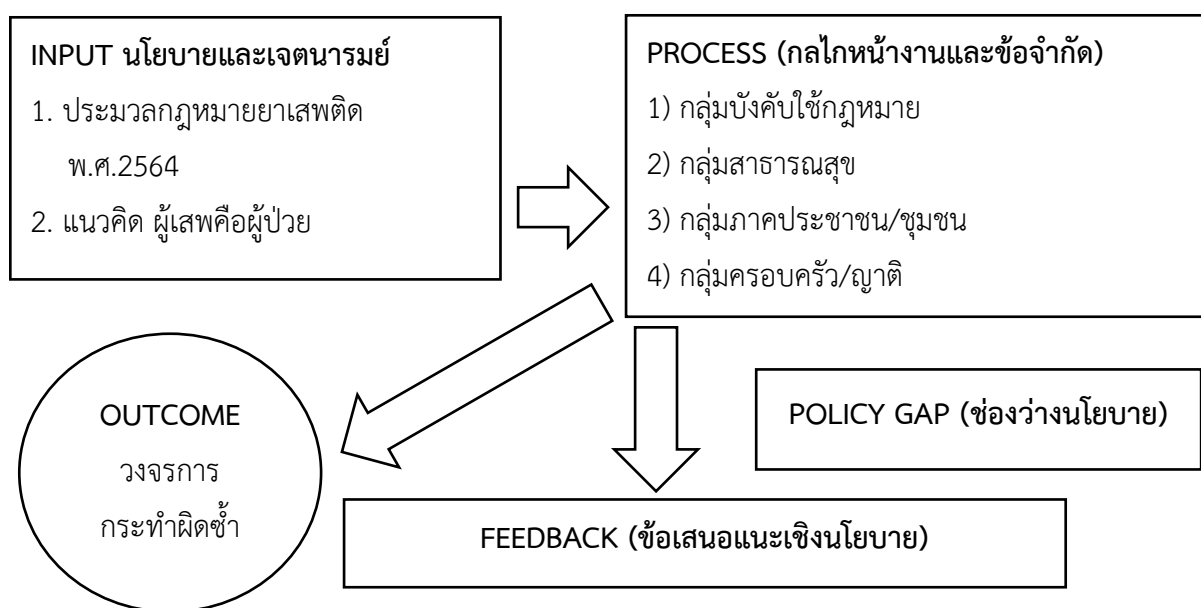


ได้จริง โดยมุ่งหวังให้เกิดความสมดุลระหว่าง “การให้โอกาสผู้เสพ” และ “การคุ้มครองความปลอดภัยของสังคม” อย่างเป็นรูปธรรม

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติดซ้ำ (Recidivism)
- 2.2 เพื่อวิเคราะห์ความลักลั่นในการใช้ดุลพินิจทางกฎหมายตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564
- 2.3 เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในปัจจุบัน
- 2.4 เพื่อเสนอแนะแนวทางเชิงนโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการตัดวงจรการเสพยาซ้ำอย่างยั่งยืน

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ทบทวนวรรณกรรม

- 4.1 แนวคิดและมาตรการการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization)
- จุฑามาศ พฤตวิญญู (2553) ได้ให้คำนิยามของการลดทอนความเป็นอาชญากรรมว่า หมายถึง กระบวนการทางกฎหมายที่ยกเลิกโทษทางอาญาสำหรับพฤติกรรมบางประการที่เคยกำหนดให้เป็นความผิด

อาญา โดยเปลี่ยนไปใช้มาตรการอื่นที่ไม่ใช่มาตรการทางอาญา (Non-criminal Measures) เช่น มาตรการทางปกครอง การปรับเป็นพินัย หรือการบังคับบำบัดรักษา มี 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การลดทอนโดยตัวกฎหมาย (De jure Decriminalization) คือ การยกเลิกความผิดในตัวกฎหมายโดยตรง หรือระบุชัดเจนว่าพฤติกรรมนั้นไม่เป็นความผิดอาญาอีกต่อไป และ 2) การลดทอนโดยการบังคับใช้กฎหมาย (De facto Decriminalization) คือ พฤติกรรมนั้นยังคงเป็นความผิดตามกฎหมาย แต่อัยการหรือตำรวจใช้ดุลพินิจที่จะไม่ดำเนินคดี หรือส่งตัวไปบำบัดแทนการฟ้องศาล โดยทั้ง 2 ลักษณะข้างต้นนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดผลกระทบจากการตีตราอาชญากรรมและการใช้นโยบายทางอาญาที่เกินความจำเป็น (Overcriminalization) ซึ่งนโยบายการใช้มาตรการทางอาญาที่รุนแรง (Strict Enforcement) ในอดีตไม่สามารถแก้ปัญหาอาชญากรรมได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้ การลดทอนความเป็นอาชญากรรม มีเหตุผลสำคัญในการนำมาใช้ได้แก่ 1) การมองผู้เสพในฐานะผู้ป่วย โดยเปลี่ยนจุดเน้นจาก “การลงโทษ” (Punishment) เป็น “การบำบัดรักษา” (Rehabilitation) เนื่องจากปัญหาการเสพติดส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและสภาพจิตใจ 2) การลดความแออัดในเรือนจำ การส่งผู้เสพเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมกระแสหลักทำให้จำนวนนักโทษล้นคุก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้เสพรายย่อย ไม่ใช่ผู้ค้าตัวจริง และ 3) การลดตราบาททางสังคม (Social Stigma) การมีประวัติอาชญากรรมทำให้ผู้ที่เลิกยาเสพติดแล้วกลับเข้าสู่สังคมและตลาดแรงงานได้ยาก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการกระทำผิดซ้ำ ทั้งนี้ ข้อจำกัดสำคัญของแนวคิดนี้ คือ กระบวนการฟื้นฟู ซึ่งหากสถานบำบัดไม่มีประสิทธิภาพ การลดทอนความเป็นอาชญากรรมก็ไม่อาจบรรลุผลในการแก้ไขพฤติกรรมได้อย่างแท้จริง

4.2 ทฤษฎีการตีตรา (Labeling Theory)

ทฤษฎีการตีตรามุ่งเน้นไปที่การตอบโต้ของสังคมที่มีต่อบุคคล โดยมองว่า ความเปี่ยงเบนไม่ใช่คุณลักษณะที่เกิดจากพฤติกรรม แต่เป็นผลมาจากการนิยามของสังคม โดย Becker (1963) อธิบายว่า ความเปี่ยงเบนไม่ใช่คุณลักษณะเฉพาะของพฤติกรรม แต่เกิดจากการที่สังคมกำหนดกฎเกณฑ์ ตีตรา (Labeling) และขนานนามบุคคลผู้ฝ่าฝืนว่าเป็น “คนนอก” (Outsiders) หรืออาชญากร ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการยอมรับอัตลักษณ์เปี่ยงเบนตามที่สังคมตราหน้า

4.3 ทฤษฎีอรรถประโยชน์นิยม (Utilitarianism)

ทฤษฎีนี้ยึดหลักความคุ้มค่าและผลประโยชน์ของส่วนรวมเป็นตัวตั้งในการตัดสินใจตัดสินใจหรือการลงโทษ โดย Bentham (1789) ชี้เห็นว่า การลงโทษคือความทุกข์ (Evil) ซึ่งจะกระทำได้ก็ต่อเมื่อสามารถยับยั้งหรือป้องกันความเสียหายที่ใหญ่กว่าเพื่อประโยชน์สุขส่วนรวมเท่านั้น

4.4 ทฤษฎีความเชื่ออำนาจในตน (Self-Efficacy Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายถึงความเชื่อมั่นของบุคคลต่อความสามารถของตนในการจัดการกับสถานการณ์ที่ท้าทาย ซึ่งเป็นปัจจัยภายใน (Individual Factor) ที่สำคัญ โดย Bandura (1977) นิยามว่า ความเชื่อมั่นของบุคคลต่อความสามารถของตนในการจัดการสถานการณ์ท้าทาย ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่กำหนดแรงจูงใจ ความรู้สึก นึกคิด และการแสดงพฤติกรรมเพื่อใช้อิทธิพลเหนือเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อชีวิต

4.5 ทฤษฎีการควบคุมทางสังคม (Social Control Theory)

ทฤษฎีนี้เน้นไปที่พันธะทางสังคม (Social Bond) ที่เหนียวรั้งไม่ให้บุคคลกระทำผิดหรือกลับไปสู่พฤติกรรมเบี่ยงเบน โดย Hirschi (1969) เสนอว่า ทฤษฎีการควบคุมทางสังคมเชื่อว่าบุคคลจะฝ่าฝืนกฎหมายเนื่องจาก “พันธะที่ยึดโยงพวกเขาไว้กับสังคม” นั้นอ่อนแอหรือขาดสะบั้นลง ซึ่งพันธะนี้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความผูกพัน (Attachment) ต่อผู้อื่น 2) ความยึดมั่น (Commitment) ในเป้าหมายตามแบบแผนของสังคม 3) การมีส่วนร่วม (Involvement) ในกิจกรรมต่าง ๆ และ 4) ความเชื่อ (Belief) ในความถูกต้องของกฎระเบียบสังคม

4.6 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายพฤติกรรมผ่านกระบวนการเลียนแบบและการได้รับแรงเสริมจากสภาพแวดล้อมรอบข้าง โดย Akers (1998) อธิบายว่า พฤติกรรมอาชญากรรมเกิดจากการเรียนรู้ผ่านการคบหาสมาคมที่แตกต่าง (Differential Association) กับผู้กระทำความผิด ร่วมกับการได้รับแรงเสริม (Reinforcement) เชิงบวกต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนมากกว่าพฤติกรรมตามบรรทัดฐาน

4.7 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM)

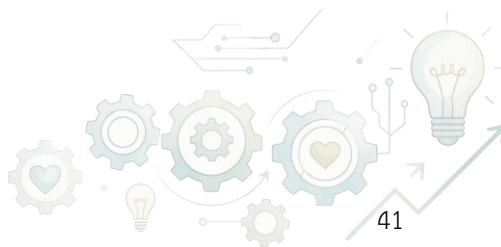
ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว แต่เป็นกระบวนการที่ดำเนินไปตามลำดับขั้น โดย Prochaska & DiClemente (1983) อธิบายกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่าน 5 ลำดับขั้น ได้แก่ 1) ขั้นก่อนชั่งใจ (Pre-contemplation) 2) ขั้นชั่งใจ (Contemplation) 3) ขั้นเตรียมตัว (Preparation) 4) ขั้นลงมือทำ (Action) และ 5) ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ (Maintenance) เพื่อป้องกันการย้อนกลับไปทำพฤติกรรมเดิม

4.8 แนวคิดเรื่องพลังอำนาจแห่งตนและการเปลี่ยนอัตลักษณ์ (Self-Empowerment and Identity Transformation)

แนวคิดนี้มุ่งเน้นไปที่การสร้างเสริมความเข้มแข็งจากภายในและการปรับเปลี่ยนมุมมองที่บุคคลมีต่อตนเอง โดย Rappaport (1987) และ Biernacki (1986) ระบุว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจคือการสถาปนาการควบคุมเหนือชีวิตตนเอง โดยกระบวนการฟื้นฟูจำเป็นต้องเปลี่ยนจาก “อัตลักษณ์ที่มีวามอง” (Spoiled identity) ในฐานะผู้ติดยา ไปสู่ “อัตลักษณ์ใหม่เชิงบวก” (Non-addict identity) เพื่อสร้างคุณค่าและการควบคุมตนเอง

4.9 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change: ToC)

ทฤษฎีนี้เป็นกรอบแนวคิดสำคัญที่ใช้ในการอธิบายว่ากิจกรรมหนึ่ง ๆ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังได้อย่างไร ซึ่งเป็นรากฐานของการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) โดย Weiss (1995) และ Anderson (2005) นิยามว่า “ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง” (Theory of Change) เป็นกรอบอธิบายตรรกะความเชื่อมโยงเชิงเหตุและผล (Causal linkages) ของชุดกิจกรรม ตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (Inputs) กิจกรรม (Activities) ผลผลิต (Outputs) ไปสู่ผลลัพธ์ (Outcomes) และผลกระทบ (Impact) ในระยะยาว



4.10 ทฤษฎีต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost Theory)

ในมิติของเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ทฤษฎีนี้ถูกนำมาใช้เพื่อวัดมูลค่าที่สูญเสียไปจากการที่บุคคลไม่สามารถใช้ศักยภาพของตนเองได้เนื่องจากปัญหาสุขภาพหรือการเสพติด โดย Drummond et al. (2015) อธิบายในมิติเศรษฐศาสตร์สุขภาพว่า คือมูลค่าหรือผลประโยชน์ที่ต้องสูญเสียไป (Benefits foregone) เช่น ผลผลิตภาพแรงงานหรือรายได้ จากการที่ทรัพยากรหรือตัวบุคคลติดอยู่ในกระบวนการรักษาที่ไร้ประสิทธิภาพ แทนที่จะได้ใช้ศักยภาพทำกิจกรรมสร้างสรรค์

4.11 ทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม (Diffusion of Innovations)

ทฤษฎีนี้อธิบายถึงกระบวนการที่แนวคิดหรือพฤติกรรมใหม่ ๆ ถูกส่งผ่านช่องทางต่าง ๆ ไปยังสมาชิกในระบบสังคมเมื่อเวลาผ่านไป Rogers (2003) อธิบายกระบวนการส่งผ่านแนวคิดหรือพฤติกรรมใหม่ไปยังสมาชิกในระบบสังคม โดยชี้ว่า การยอมรับนวัตกรรมขึ้นอยู่กับอิทธิพลของ “ผู้นำทางความคิด” (Opinion Leaders) ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของคนในชุมชน

4.12 การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication)

แนวคิดนี้มุ่งเน้นที่การจัดการข้อมูลในสถานะที่มีความไม่แน่นอนหรือมีอันตราย เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหา โดย Lundgren & McMakin (2018) ระบุว่า เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และความกังวลเกี่ยวกับลักษณะความเสี่ยงระหว่างบุคคล กลุ่มคน และสถาบัน เพื่อสร้างความร่วมมือในการจัดการภาวะอันตรายหรือความไม่แน่นอน

4.13 ทฤษฎีการสื่อสารเพื่อการพัฒนา (Communication for Development: C4D)

แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับกระบวนการสื่อสารที่เน้นความเท่าเทียมและการมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมที่ยั่งยืน โดย องค์การยูนิเซฟ (UNICEF, 2022) และองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) อธิบายว่า “การสื่อสารเพื่อการพัฒนา” (C4D) เป็นกระบวนการทางสังคมที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการสนทนา (Dialogue) โดยใช้เครื่องมือและวิธีการที่หลากหลาย หัวใจสำคัญ คือ การแสวงหาการเปลี่ยนแปลงในระดับต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการรับฟัง การสร้างความไว้วางใจ การแบ่งปันความรู้และทักษะ การกำหนดนโยบาย และการถกเถียงเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีความหมายและยั่งยืน

5. ระเบียบวิธีวิจัย

5.1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

5.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ปฏิบัติงานหน้างานโดยไม่ระบุเจาะจงพื้นที่ รวมทั้งสิ้น 12 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) กลุ่มบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ ตำรวจ อัยการ ศาล 3 คน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ตรงในการเข้าระงับเหตุ ตรวจคัดกรอง บำบัดรักษา หรือส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 2 ปี 2) กลุ่มสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน 3) กลุ่มภาค



ประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3 คน และ 4) กลุ่มครอบครัวญาติผู้กระทำผิดซ้ำที่มีสภาวะจิตเวช ยาเสพติด 3 คน

5.3 เครื่องมือในการวิจัย มีแนวทางคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ คัดเลือกคำถามที่มีความเฉพาะเจาะจง เช่น “ท่านคิดว่าเกณฑ์การคัดกรองในปัจจุบันสะท้อนความเสี่ยงต่อการก่อเหตุรุนแรงของผู้ป่วยในพื้นที่อย่างไร” และ “อะไรคืออุปสรรคสำคัญที่สุดในการส่งต่อและติดตามผลผู้ป่วยบำบัดในระบบชุมชน”

5.4 ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากเจ้าหน้าที่ทั้ง 3 กลุ่ม ร่วมกับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ให้ข้อมูลหลังการถอดเทปเสียง (Member Checking)

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) โดยนำข้อมูลจากการบันทึกเสียงและจดบันทึกมาทำการถอดเทปคำต่อคำ (Transcribe) ดำเนินการให้รหัสข้อมูล (Coding) สังเคราะห์ และจัดกลุ่มเป็นธีมหลักและธีมย่อยตามวัตถุประสงค์

5.6 จริยธรรมการวิจัย (Research Ethics) ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิและปกป้องอัตลักษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกคน โดยใช้รหัสแทนชื่อ เช่น R1-R12 และทำลายไฟล์บันทึกเสียงหลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย

6. ผลการวิจัย

6.1 ฝ่ายบังคับใช้กฎหมาย ทำการสัมภาษณ์ รองผู้กำกับการสืบสวน กองบังคับการแห่งหนึ่ง สรุปผลการสัมภาษณ์มีประเด็นสำคัญดังนี้

6.1.1 สภาพปัญหาและพลวัตของการเสพยาเสพติด กระทำผิดซ้ำในปัจจุบัน ปัญหาหลักในพื้นที่ไม่ได้เกิดจากผู้เสพยาใหม่ แต่เป็นกลุ่มผู้เสพยาเดิมที่วนเวียนอยู่ในกระบวนการยุติธรรม พลวัตที่เปลี่ยนไปอย่างน่ากังวล คือ ฤทธิ์ของยาเสพติดในปัจจุบัน (ยาบ้าสูตรเคมีสังเคราะห์) ส่งผลทำลายสมองของผู้เสพยาอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดภาวะ “จิตเวชยาเสพติด” ที่มีความก้าวร้าวรุนแรง คลุ้มคลั่ง และหวาดระแวง ซึ่งเป็นภัยคุกคามต่อความปลอดภัยสาธารณะที่เจ้าหน้าที่สายตรวจต้องเผชิญเหตุแทบทุกวัน ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “ปัญหาหน้างานจริง ๆ คือ จับเท่าไรก็ไม่หมด ผู้เสพยาเป็นคนหน้าเดิม ๆ ที่วนเวียนอยู่ในระบบจับแล้วปล่อย บำบัดแล้วปล่อย จนเจ้าหน้าที่สายตรวจจำหน้าและประวัติได้หมดแล้ว แต่สิ่งที่น่ากลัวขึ้น คือ อาการคลุ้มคลั่งก้าวร้าวรุนแรงที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ”

6.1.2 ข้อจำกัดและอุปสรรคภายใต้นโยบาย “ผู้เสพยา คือ ผู้ป่วย” โครงสร้างการทำงานขององค์กรตำรวจขัดแย้งกับนโยบายระดับชาติอย่างรุนแรง เนื่องจากรัฐบาลสั่งการให้เน้นการบำบัดฟื้นฟู แต่เกณฑ์การประเมินผลงาน (KPIs) ของตำรวจยังคงผูกติดอยู่กับสถิติตัวเลขจับกุมคดีปราบปรามและการขยายผล ยิ่งไปกว่านั้น กฎหมายใหม่ที่คุ้มครองผู้เสพยาในฐานะผู้ป่วย ทำให้ตำรวจหน้างานขาดอำนาจชอบธรรมในการควบคุมตัวผู้เสพยาที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงไว้ในสถานี่ตำรวจเพื่อป้องกันเหตุล่อหน้า ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “เจ้านายยังคงเร่งรัดยอดจับกุม มีแรงกดดันด้านตัวชี้วัดเชิงปริมาณ แต่พอเราจับมา

กฎหมายก็บอกว่า เขาเป็นผู้ป่วยให้ส่งบำบัดพอโรงพยาบาลปล่อยตัวกลับมาเขาก็เสพอีก มันกลายเป็นวงจรแบบประตูหมุน (Revolving Door) ที่ตำรวจทำอะไรไม่ได้มากไปกว่าการรอให้เกิดเรื่องรุนแรงขึ้นก่อน”

6.1.3 กลไกการติดตามผล (Aftercare) และความเข้มแข็งของพันธะสังคม ผลการวิเคราะห์พบว่า ระบบการติดตามผลหลังบำบัดล้มเหลวเนื่องจากเกิด “ช่องว่างด้านข้อมูล (Information Gap)” ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ สายตรวจในพื้นที่ไม่เคยได้รับแจ้งข้อมูลการปล่อยตัวผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดล่วงหน้า ประกอบกับฝ่ายปกครอง ท้องถิ่น และชุมชนขาดความร่วมมือ ทศนคติของชาวบ้านเต็มไปด้วยความหวาดระแวงและรังเกียจ ผลักไสให้ผู้เสพต้องกลับไปสู่พื้นที่ทางสังคมและกลุ่มเพื่อนเสพยาเดิม ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “เราแทบไม่เคยรู้เลยว่าหมอบปล่อยตัวเคสไหนกลับมาบ้านบ้าง ข้อมูลมันตัดขาดกันสิ้นเชิง ชุมชนเองก็หวาดกลัว ผู้ใหญ่บ้านหรือชาวบ้านก็ไม่มีเครื่องมือหรืออำนาจหน้าที่ในการช่วยเฝ้าระวัง สุดท้ายผู้เสพยาก็ซัดกลับไปหาเพื่อนกลุ่มเดิม ชวนกันเสพยาซ้ำวนไปเหมือนเดิม”

6.1.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางแก้ไขที่ยั่งยืน ผลการวิเคราะห์ พบว่า เสนอให้ปฏิรูประบบการประเมินผลงาน (KPIs) ของสถานีตำรวจ โดยเปลี่ยนจากการนับยอดคดีจับกุมไปเป็นการวัดอัตราการลดลงของการกระทำผิดซ้ำ (Recidivism Rate) ในพื้นที่ และเรียกร้องให้มีการตราข้อกฎหมายที่ยืดหยุ่นให้อำนาจฝ่ายความมั่นคงในการควบคุมตัวหรือกักสัทธิผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง (High-risk) ไว้ในสถานบำบัดที่มีระบบความปลอดภัยเข้มงวด

6.2 ฝ่ายสาธารณสุขคนที่ 1 ทำการสัมภาษณ์ พยาบาลโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน สรุปผลการสัมภาษณ์มีประเด็นสำคัญดังนี้

6.2.1 สภาพปัญหาและพลวัตของการเสพยา กระทำผิดซ้ำในปัจจุบัน ผลการวิเคราะห์ พบว่าการกลับเข้าสู่วงจรการเสพยาของผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากความล้มเหลวทางการแพทย์ในการล้างพิษยา แต่เกิดจาก “นิเวศวิทยาทางสังคมและสิ่งแวดล้อมโดยรอบของผู้ป่วย” เมื่อผู้เสพยาผ่านกระบวนการถอนพิษยาทางกายภาพ (Detoxification) จนร่างกายปกติแล้ว แต่เมื่อถูกส่งกลับสู่ชุมชนกลับพบว่า ตัวบุคคลและภูมิประเทศรอบตัวไม่มีการเปลี่ยนแปลง ยังคงเผชิญหน้ากับกลุ่มเพื่อนเสพยาเดิมและสิ่งกระตุ้นเดิม ๆ ชักนำให้สมองส่วนอยากกลับมาทำงาน ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “ผู้เสพยากลับเข้าสู่วงจรเดิม เนื่องจากขาดแคลนสภาพแวดล้อมที่ดี รอบข้างยังคงเห็นกลุ่มเสพยาเพื่อนเดิม ซ้ำร้ายไม่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข ทั้งตัวบุคคลและภูมิประเทศรอบข้าง”

6.2.2 ข้อจำกัดและอุปสรรคภายใต้นโยบาย “ผู้เสพยาคือผู้ป่วย” ผลการวิเคราะห์ พบว่า ฝ่ายสาธารณสุขต้องเผชิญกับสภาวะ “ภาระงานล้นเกินระบบ (System Overload)” อย่างวิกฤต นโยบายผลักดันผู้เสพยาเข้าสู่โรงพยาบาล แต่รัฐไม่ได้จัดสรรทรัพยากร ทั้งในด้านอัตรากำลังบุคลากรเฉพาะทาง งบประมาณ และสถานที่ จำนวนเตียงให้สอดคล้องกับปริมาณผู้ป่วย ยิ่งไปกว่านั้น ตัวบทกฎหมายสาธารณสุขขาดความชัดเจนเชิงอำนาจหน้าที่ ทำให้เกิดช่องว่างและความระแวงในการปฏิบัติงานของบุคลากรหน้างาน ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “มีข้อจำกัดของกฎหมาย ทรัพยากร ทั้งทางด้านบุคลากร และงบประมาณ ไม่เพียงพอ ขาดการประสานงานส่งต่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน”

6.2.3 กลไกการติดตามผล (Aftercare) และความเข้มแข็งของพันธมิตรสังคม ผลการวิเคราะห์พบว่า กลไกการติดตามและฟื้นฟูหลังพ้นโรงพยาบาล (Aftercare) ไม่สามารถขับเคลื่อนได้อย่างเป็นรูปธรรม สาเหตุสำคัญเกิดจาก “ความไม่พร้อมเชิงโครงสร้างและนโยบายจากส่วนกลาง” ที่ขาดความยืดหยุ่น ผู้บริหารระดับสูง และผู้พิจารณางบประมาณไม่ได้จัดสรรเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือสถานที่รองรับการติดตามเคสในระดับพื้นที่อย่างเพียงพอ ทำให้สายโซ่การดูแลผู้ป่วยขาดตอนในขั้นตอนนี้ ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “ความพร้อมของงบประมาณ สถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ รวมถึงตัวผู้ส่งการ และระดับผู้พิจารณา ยังต้องแก้ไขเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในการดำเนินงานเป็นที่สุด”

6.2.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางแก้ไขที่ยั่งยืน ผลการวิเคราะห์ พบว่า ควรเสนอให้เร่งแก้ไขข้อกฎหมายที่คลุมเครือเพื่ออุดช่องว่างในการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงาน และเรียกร้องให้รัฐบาลจัดตั้ง “ระบบแรงจูงใจ (Incentive System)” และสวัสดิการความปลอดภัยที่เหมาะสมให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงาน ชุมชน และผู้ได้รับผลกระทบ เพื่อสร้างแรงขับเคลื่อนเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกัน ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “ข้อกฎหมายไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมในการปฏิบัติทำให้เกิดช่องว่างระหว่างดำเนินงาน ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การสร้างแรงจูงใจที่จะส่งเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญ ทั้งต่อเจ้าหน้าที่ ชุมชน และผู้ได้รับผลกระทบ ยังไม่มีเท่าที่ควร”

6.3 ฝ่ายสาธารณสุขคนที่ 2 ทำการสัมภาษณ์ พยาบาลโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง สรุปผลการสัมภาษณ์มีประเด็นสำคัญดังนี้

6.3.1 สภาพปัญหาและพลวัตของการเสพยา กระทำผิดซ้ำในปัจจุบัน ผลการวิเคราะห์ พบว่า อัตราการกลับมาเสพยาในมุมมองเชิงจิตวิทยาพฤติกรรมศาสตร์เกิดจาก “การขาดโอกาสและสภาวะจิตใจที่เปราะบาง” ของผู้เสพยา เมื่อกลับสู่สังคมแล้วครอบครัวและชุมชนไม่ให้การยอมรับ เกิดทัศนคติเชิงตีตรา ประกอบกับการไม่มีอาชีพและรายได้ในการเลี้ยงชีพ ปัจจัยกดดันด้านเศรษฐกิจและสังคมเหล่านี้จึงผลักดันให้ผู้เสพยาที่มีสภาวะจิตใจอ่อนแอหันกลับไปหาพฤติกรรมเบี่ยงเบนและพึ่งพายาเสพติดซ้ำอีก ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “โอกาสที่ผู้เสพยาจะกลับมาเสพยาซ้ำค่อนข้างสูง เนื่องจากขาดโอกาสและการยอมรับจากครอบครัว สังคม รวมถึงสภาพจิตใจของผู้เสพยาเอง และไม่มีอาชีพที่จะทำมาหากินเลี้ยงชีพต่อไปได้”

6.3.2 ข้อจำกัดและอุปสรรคภายใต้นโยบาย “ผู้เสพยาคือผู้ป่วย” ผลการวิเคราะห์ พบว่า อุปสรรคเชิงระบบที่สำคัญคือ “ข้อจำกัดด้านงบประมาณและระบบบริการเฉพาะทาง” โรงพยาบาลทั่วไปไม่มีหอผู้ป่วยหรือโครงสร้างทางสถาปัตยกรรมที่เอื้อต่อการจัดตั้งสถานบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดที่มีความปลอดภัย ประกอบกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดยังขาดแคลนองค์ความรู้เฉพาะทางที่ครอบคลุม และกฎหมายบางประการยังมีช่องว่างที่สร้างความลักลั่นในการปฏิบัติงานร่วมกับฝ่ายความมั่นคง ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “ข้อจำกัดทางด้านงบประมาณ ระบบบริการที่จะเอื้อต่อการจัดตั้งสถานบริการ และความรู้ของผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดยังไม่ครอบคลุม รวมถึงข้อกฎหมายบางประการที่ยังมีช่องว่างของการปฏิบัติงาน”

6.3.3 กลไกการติดตามผล (Aftercare) และความเข้มแข็งของพันธมิตรสังคม ผลการวิเคราะห์พบว่า ชุมชนและสถาบันครอบครัวขาดความพร้อมขั้นวิกฤตในการทำหน้าที่เป็นเครือข่ายรองรับผู้ผ่าน

การบำบัด เนื่องจากสังคมรอบข้างยังมี “ทัศนคติเชิงลบ (Social Stigma)” และมองผู้เสพเป็นบุคคลอันตรายมากกว่าผู้ป่วย ยิ่งไปกว่านั้น ระบบกลไกการรายงานตัวเพื่อติดตามผลหลังจำหน่ายผู้ป่วยในปัจจุบันมีระเบียบที่เข้มงวด ไม่เอื้ออำนวยต่อวิถีชีวิตและการเดินทางของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อและหลุดรอดจากระบบติดตามไปในที่สุด ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “ชุมชน ครอบครัว สังคมรอบข้างยังขาดความพร้อมที่จะรับดูแลต่อ รวมถึงตัวผู้ป่วยเองที่มีทัศนคติต่อสังคมว่า สังคมรอบข้างยังมองภาพลักษณ์ในเชิงลบ และระบบการรายงานตัวยังไม่เอื้ออำนวย”

6.3.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางแก้ไขที่ยั่งยืน ผลการวิเคราะห์ พบว่า ควรเสนอให้รัฐบาลปฏิรูปข้อกฎหมายให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกัน จัดสรรงบประมาณสนับสนุนระบบบริการบำบัดรักษาโดยตรง ปรับทัศนคติของครอบครัวและสังคมให้เปลี่ยนจากการตีตราเป็นการให้โอกาส ควบคู่กับการสร้างระบบแรงจูงใจ สวัสดิการความก้าวหน้า และความปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่หน่วยงานเพื่อลดอัตราการย้ายหนีและภาวะหมดไฟ ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “ควรแก้ไขข้อกฎหมายให้ชัดเจน จัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนระบบบริการ ปรับทัศนคติของครอบครัวและสังคมให้ยอมรับและให้โอกาส และสร้างแรงจูงใจ และสวัสดิการแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานหน่วยงาน”

6.4 ภาคประชาชนกลุ่มภาคประชาชน (ผู้นำชุมชน และ อสม.) สรุปผลการสัมภาษณ์มีประเด็นสำคัญดังนี้

6.4.1 มิติเชิงโครงสร้าง ภาคประชาชนเผชิญกับสถานะ “การมอบหมายภารกิจโดยปราศจากอำนาจชอบธรรมและทรัพยากร” (Responsibility Without Authority and Resources) แม้นโยบายสาธารณะจะพยายามดึงภาคประชาชนเข้ามาเป็นกลไกสำคัญในการเฝ้าระวังและติดตามผลในชุมชน (Community-Based Aftercare) แต่ในความเป็นจริงกลับพบข้อจำกัดทางโครงสร้างที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) การขาดแคลนกลไกเชิงกฎหมายและอำนาจหน้าที่ (Lack of Legal Authority) ผู้นำชุมชนและ อสม. ไม่มีสถานะเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาหรือประมวลกฎหมายยาเสพติด ส่งผลให้ขาดอำนาจชอบธรรมทางกฎหมาย (Legal Authority) ในการบังคับตรวจปัสสาวะ หรือการเข้าควบคุมตัวผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (High-risk) ในระยะเริ่มแรก ทำได้เพียงการตักเตือนหรือเฝ้าดูอยู่ห่าง ๆ ซึ่งไม่สามารถระงับยับยั้งการกลับไปเสพซ้ำได้ และ 2) การขาดแคลนงบประมาณและเครื่องมือเชิงกายภาพ กลไกภาคประชาชนขาดแคลนงบประมาณสนับสนุน อุปกรณ์ และเครื่องมือในการช่วยเฝ้าระวังอย่างสิ้นเชิง ไม่มีแม้กระทั่งอุปกรณ์ความปลอดภัยขั้นพื้นฐาน หรือชุดตรวจสารเสพติดที่ได้รับการจัดสรรอย่างเพียงพอ โครงสร้างเช่นนี้ทำให้กลไกภาคประชาชนกลายเป็นเพียง “เสือกระดาษ” ที่มีหน้าที่ตามนโยบาย แต่ไร้ซึ่งเครื่องมือในการขับเคลื่อนจริง ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “พวกเราเป็นแค่ อสม. เดินถือกระดาษแผ่นเดียวไปตรวจเยี่ยมบ้าน จะให้ไปสู้กับคนบ้าคลั่งยาที่ถือมีดดาขว้างอยู่ได้อย่างไร ทักษะก็ไม่มี อาวุธป้องกันตัวก็ไม่มี กฎหมายก็ไม่ได้คุ้มครองเรา ถ้าเกิดเขาทำร้ายเราขึ้นมา ใครจะรับผิดชอบชีวิต ตอนนี้บอกตรง ๆ ว่ากลัวจนต้องเลือกที่จะเดินเลี่ยง ไม่กล้าเข้าไปยุ่งแล้ว”

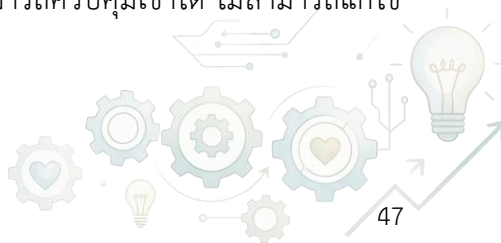
6.4.2 ข้อจำกัดทางปฏิบัติ (Operational Constraints) เมื่อนโยบายถูกนำมาปฏิบัติในพื้นที่ (Policy Implementation) ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างข้างต้นได้แปรสภาพเป็นความเสี่ยงในชีวิตประจำวันของ

ภาคประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สิ่งที่พบ ได้แก่ 1) วิกฤตความปลอดภัยและทักษะหน้างาน ผู้นำชุมชนและอส. สะท้อนความจริงตรงกันว่า พวกเขาเกิดสภาวะ “ความหวาดกลัวต่อความปลอดภัยในชีวิตขั้นรุนแรง” เนื่องจากตนเองเป็นเพียงชาวบ้านธรรมดาในท้องถิ่น ขาดทักษะเฉพาะทางในการเจรจาต่อรองทางการแพทย์ ขาดทักษะการระงับเหตุคลุ้มคลั่ง (De-escalation Skills) และที่สำคัญคือ “ไม่มีอาวุธหรืออุปกรณ์ในการป้องกันตัว” การต้องเข้าไปตรวจเยี่ยมหรือตักเตือนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีรอยโรคในสมองและมีความก้าวร้าว จึงเท่ากับการเอาชีวิตไปเสี่ยงบนความตายรายวัน และ 2) ปรากฏการณ์ตราบาปและความเสื่อมถอยอย่างวิกฤตของการควบคุมทางสังคม (Social Stigma & Failure of Social Control) เป็นผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในพื้นที่ ได้หล่อหลอมให้ทัศนคติของคนในชุมชนเปลี่ยนผ่านจาก “ความสงสาร” ไปสู่ “ความหวาดระแวง ตีตรา และปฏิเสธอย่างสิ้นเชิง” (Social Stigma & Exclusion) สังคมในหมู่บ้านเลือกที่จะโดดเดี่ยวผู้เสพและครอบครัวเนื่องจากมองว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสะสมขั้นวิกฤตของชุมชน ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) “นโยบายบอกให้ชุมชนช่วยดูแล แต่ในความเป็นจริงผู้ใหญ่บ้านไม่มีอำนาจจะไปจับเขาตรวจเยี่ยมหรือกักตัวเขาได้เลยถ้าเขาไม่สมัครใจ พอแจ้งตำรวจ ตำรวจก็บอกว่ายังไม่เกิดเหตุทำร้ายร่างกาย จับไม่ได้ สุดท้ายชุมชนก็ต้องอยู่อย่างหวาดระแวง ชาวบ้านเขาไม่ได้มองคนพวกนี้เป็นผู้ป่วยแล้ว แต่มองเป็นภัยความมั่นคงที่ต้องขับไล่ออกไปจากหมู่บ้าน”

6.5 ภาคประชาชนและครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบ เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นผู้เสพ สรุปผลการสัมภาษณ์มีประเด็นสำคัญดังนี้

6.5.1 สภาพปัญหาและพลวัตของการเสพติด กระทำผิดซ้ำในปัจจุบัน ผลการวิเคราะห์ พบว่า ในมิติของครอบครัว ปัญหาเสพติดไม่ใช่เรื่องของสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่แปรสภาพเป็น “ความรุนแรงในครอบครัว (Domestic Violence)” พลวัตของผู้เสพเมื่อกลับมาเสพติดจะมีอารมณ์แปรปรวนขั้นรุนแรง ทำลายข้าวของ คุกคามชีวิตคนในบ้านจนสถาบันครอบครัวบอบช้ำทางจิตใจ และพฤติกรรมที่อันตรายที่สุด คือ ภาวะหลอนยาและหูแว่วขั้นรุนแรงจนเกิดอาการ “ตาขวาง จำแม่แท้ ๆ ของตัวเองไม่ได้” และขู่ฆ่าคนในบ้านตลอดเวลา ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “อารมณ์แปรปรวนหนักมาก ไม่ทำงานทำการวัน ๆ เอาแต่ไว้วาย ทุบทำลายข้าวของในบ้านจนคนในครอบครัวแทบไม่ได้หลับไม่ได้นอน เวลาหลอนยาขึ้นมา แวตนากลัวมาก ตาขวางตลอดเวลา จำใครไม่ได้ แม้กระทั่งแม่แท้ ๆ ก็ยังด่าและขู่ฆ่า ขู่จะทำร้ายร่างกายอยู่ตลอด”

6.5.2 ข้อจำกัดและอุปสรรคภายใต้นโยบาย “ผู้เสพคือผู้ป่วย” ผลการวิเคราะห์ พบว่า ครอบครัวปฏิเสธวาทกรรม “ผู้เสพคือผู้ป่วย” ของรัฐบาลในทางปฏิบัติ เนื่องจากนโยบายนี้กลายเป็นการผลักภาระและความเสี่ยงชีวิตมาให้ญาติแบกรับแทน ระบบการแพทย์ทำเพียงการระงับอาการเฉียบพลัน (ฉีดยาให้สงบ) แล้วรีบปล่อยตัวกลับบ้านเพราะข้อจำกัดเรื่องเตียงเต็ม โดยไม่มีมาตรการควบคุมพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้เสพไม่เกรงกลัวต่อกฎหมายเพราะรู้ว่าตำรวจจับไปก็ต้องปล่อยกลับมาในฐานะผู้ป่วย ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “นโยบายผู้เสพคือผู้ป่วยมันใช้ไม่ได้กับคนติดหนักขนาดนี้ พอไปโรงพยาบาลหมอก็ฉีดยาให้สงบแล้วบอกว่าเตียงเต็ม ให้เอากลับมาดูแลต่อที่บ้าน ญาติก็ไม่สามารถควบคุมเขาได้ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็เลย ทำให้คนเสพไม่เกรงกลัวกฎหมายด้วยซ้ำ”



6.5.3 กลไกการติดตามผล (Aftercare) และความเข้มแข็งของพันธมิตรสังคม ผลการวิเคราะห์พบว่า เกิดภาวะ “ความโดดเดี่ยวและสังคมตัดขาด (Social Isolation)” กลไกการเฝ้าระวังในชุมชนล้มเหลวโดยสิ้นเชิง เนื่องจาก อสม. และผู้ใหญ่บ้านต่างหวาดกลัวความไม่ปลอดภัยในชีวิต จึงไม่มีใครกล้าเข้ามาติดตามหรือระงับเหตุ ครอบครัวต้องแบกรับต้นทุนความเสี่ยงอย่างโดดเดี่ยว ต้องอยู่อย่างหวาดระแวงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเอาชีวิตรอด ท่ามกลางสภาพแวดล้อมนอกบ้านที่เครือข่ายผู้ค้าและเพื่อนเสพเดิมยังคงเข้าถึงตัวผู้เสพได้ง่าย ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “หลังจากกลับมาจากโรงพยาบาล ก็ไม่มีหน่วยงานไหนมาดูแล อสม. หรือผู้ใหญ่บ้านเขาก็กลัวโดนทำร้ายเหมือนกัน ทุกคนเลือกที่จะเดินหนี ภาระตกอยู่ที่คนในบ้านที่ต้องคอยซ่อนมิด ซ่อนขวาน นอนผวาทุกคืน บางคนในบ้านต้องหนีไปอาศัยอยู่กับญาติคนอื่นเพราะทนไม่ไหว แถมเพื่อนที่เสพด้วยกันก็ชี้รุมมาหาชวนไปเสพซ้ำอีกรอบ พ่อแม่ห้ามก็โดนขู่ฆ่า”

6.5.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางแก้ไขที่ยั่งยืน ผลการวิเคราะห์ พบว่า ครอบครัวผู้เดือดร้อนเรียกร้องอย่างรุนแรงให้รัฐบาลเปลี่ยนผ่านนโยบาย จากการบำบัดรักษาในบ้านหรือชุมชนไปเป็นการบังคับใช้กฎหมายอาญานำหน้าการแพทย์ (จับกุม - ดำเนินคดีทุกราย) และเรียกร้องให้จัดตั้งสถานบำบัดระบบปิดที่มีการควบคุมตัวอย่างแน่นหนา (Secured Facility) กึ่งคุกกึ่งโรงพยาบาล เพื่อแยกตัวผู้เสพที่มีอาการจิตเวชรุนแรงออกจากครอบครัวอย่างเด็ดขาดจนกว่าจะหายจริง ข้อความอ้างอิงเชิงประจักษ์ (Direct Quote) คือ “อยากให้ถูกดำเนินคดีทุกรายหลังจากศาลตัดสินแล้วค่อยส่งเข้ารับการบำบัด อยากให้รัฐบาลเลิกคิดถะกะที่บอกว่าให้เอากลับมาบำบัดที่บ้านหรือในชุมชน สำหรับพวกที่มีความบกพร่องทางพุทธิปัญญาและระบบประสาทไปแล้ว ควรมีสถานที่ปิด กึ่งคุกกึ่งโรงพยาบาล ชังและบำบัดเขาไว้เลยจนกว่าจะหายขาด ไม่ใช่ปล่อยกลับมาเป็นปัจจัยเสี่ยงสะสมซ้ำในวิกฤตในบ้านแบบนี้”

6.6 พลวัตของพฤติกรรมเสพซ้ำ จากการศึกษาพบว่า พลวัตพฤติกรรมการเสพซ้ำในปัจจุบันมีลักษณะการเปลี่ยนผ่าน (Transition) ที่ทวีความรุนแรงและซับซ้อนอย่างมีนัยสำคัญ โดยเปลี่ยนรูปแบบจากผู้เสพปกติในอดีต (ที่เสพเพื่อสันทนาการหรือทำงาน) ไปสู่สภาวะ “ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด (Substance-Induced Psychosis)” ที่มีความก้าวร้าวและแนวโน้มก่อเหตุรุนแรงสะท้อนขวัญ เมื่อวิเคราะห์ผ่าน ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ร่วมกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) พบปัจจัยขับเคลื่อนพลวัตนี้ 3 ประการ ได้แก่

6.6.1 การทำลายระบบประสาทส่วนกลางแบบกู่คืนไม่ได้ ยาบ้าสูตรเคมีสังเคราะห์ในปัจจุบันเข้าไปทำลายสมองส่วนคิด (Prefrontal Cortex) ส่งผลให้เกิดอาการหลอน หูแว่ว และตาขวาง หวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย แม้จะผ่านกระบวนการล้างพิษ (Detoxification) ทางทางการแพทย์จนสารเคมีหมดจากร่างกายแล้ว แต่รอยโรคในสมองยังคงอยู่

6.6.2 การขาดแรงจูงใจภายในและการตรึง TTM ผู้เสพที่ถูกส่งเข้าสู่ระบบตามกฎหมายส่วนใหญ่อยู่ใน “ขั้นก่อนตั้งใจ” (Pre-contemplation) คือ ไม่ได้มีความอยากเลิกยาจากภายในตนเอง การเข้าสู่สถานบำบัดจึงเป็นเพียงมาตรการชั่วคราวเพื่อหลบเลี่ยงการติดคุก เมื่อปล่อยตัวออกมาจึงไม่มีภูมิคุ้มกันทางจิตใจ

6.6.3 การเสริมแรงเชิงบวกในสภาพแวดล้อมเดิม เมื่อกลับสู่ชุมชน สมองส่วนอยาก (Limbic System) จะถูกกระตุ้นทันทีเมื่อเจอภูมิประเทศเดิม คบหาสมาคมกับกลุ่มผู้เสพติด (Differential Association) ก่อให้เกิดการให้แรงเสริม (Reinforcement) พฤติกรรมเบี่ยงเบน นำไปสู่การเสพติดซ้ำซ้อน และเนื่องจากสมองถูกทำลายอยู่ก่อนแล้ว การเสพติดเพียงเล็กน้อยจึงกระตุ้นให้เกิดอาการคั่งค้างก้าวร้าวรุนแรงกว่าเดิม จนไม่สามารถจำแนกกระทั่งบุพการีของตนเองได้

6.7 ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและทางปฏิบัติ (Constraints)

6.7.1 กลุ่มบังคับใช้กฎหมาย พบข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง (Structural Constraints) เกิดความลักลั่นระหว่างนโยบายระดับชาติที่กำหนดให้ “ผู้เสพติดคือผู้ป่วย” กับ “ระบบประเมินผลงาน (KPIs) ขององค์กรตำรวจ” ที่ยังคงผูกติดอยู่กับสถิติตัวเลขการจับกุมและการปราบปรามในเชิงปริมาณ ส่วนข้อจำกัดทางปฏิบัติ (Operational Constraints) ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้ตัด “บทสันนิษฐานเด็ดขาด” ออกไป ทำให้เจ้าหน้าที่ตำรวจหน้างานขาดอำนาจชอบธรรมในการควบคุมตัวผู้เสพติดที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (High-Risk) ไว้ในสถานี่ตำรวจเพื่อเฝ้าระวังเหตุ ตำรวจทำได้เพียงทำบันทึกและส่งตัวไปโรงพยาบาล ซึ่งกลายเป็นความเสี่ยงต่อความปลอดภัยสาธารณะ และสร้างภาวะเหนื่อยล้าสิ้นหวัง (Burnout) ให้เจ้าหน้าที่สายตรวจที่ต้องคอยเข้าระงับเหตุคลั่งยาในลักษณะวงจรประตูดหมุน (Revolving Door)

6.7.2 กลุ่มสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง (Structural Constraints) บุคลากรทางการแพทย์เผชิญภาวะ “ภาระงานล้นเกินระบบ (System Overload)” โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปขาดแคลนงบประมาณ โครงสร้างทางสถาปัตยกรรม และสถานที่ เตี้ยงบ่าบัดที่ปลอดภัยสำหรับการจัดตั้งสถานบริการบำบัดฟื้นฟูจิตเวชยาเสพติดเป็นการเฉพาะ ส่วนข้อจำกัดทางปฏิบัติ (Operational Constraints) เจ้าหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดขาดแคลนองค์ความรู้เชิงลึกที่ครอบคลุม และต้องเผชิญความเสี่ยงภัยจากผู้ป่วยก้าวร้าว ระบบการรักษาทำได้เพียงการให้ยาเพื่อระงับอาการเฉียบพลันในระยะสั้น เมื่ออาการสงบก็จำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเนื่องจากเตียงเต็ม ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ส่งผลให้กระบวนการฟื้นฟูไร้ประสิทธิภาพ

6.7.3 กลุ่มภาคประชาชน พบข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง (Structural Constraints) ขาดแคลนกลไกเชิงกฎหมายและอำนาจหน้าที่ (Legal Authority) รวมถึงอุปกรณ์และเครื่องมือในการช่วยเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในระดับพื้นที่ ส่วนข้อจำกัดทางปฏิบัติ (Operational Constraints) ผู้นำชุมชนและ อสม. มีความหวาดกลัวความไม่ปลอดภัยในชีวิตเนื่องจากตนเองเป็นเพียงชาวบ้าน ไม่มีทักษะการระงับเหตุและไม่มีอาวุธในการป้องกันตัว ทศนคติของคนในชุมชนจึงเปลี่ยนเป็นความหวาดระแวง การตีตรา และการปฏิเสธ (Social Stigma) ซึ่งส่งผลให้กลไกพันธะทางสังคมและการควบคุมทางสังคม (Social Control) ในพื้นที่ล้มเหลวโดยสิ้นเชิง

6.7.4 กลุ่มครอบครัวญาติผู้กระทำผิดซ้ำที่มีสภาวะจิตเวช ยาเสพติด พบข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง (Structural Constraints) นโยบายบำบัดในชุมชนกลายเป็นการผลักภาระและความเสี่ยงชีวิตมาให้สถาบันครอบครัวแบกรับต้นทุนความเสียหายทั้งหมดเพียงลำพัง และข้อจำกัดทางปฏิบัติ (Operational Constraints) คือ ญาติไม่มีทักษะทางการแพทย์หรือการควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชได้ สมาชิกในบ้าน

ต้องใช้ชีวิตอยู่ด้วยความโดดเดี่ยวและหวาดผวอย่างรุนแรง (Social Isolation) ต้องคอยซ่อนของมีค่านอนผวาทุกคืน จนบอบซ้ำทางจิตใจและเสียโอกาสในการออกไปประกอบอาชีพทำมาหากิน

6.8 ช่องว่างของนโยบาย (The Policy Gap) จากการวิเคราะห์แบบแผนความล้มเหลวเชิงระบบพบว่าเกิด “สายโซ่การสื่อสารที่ขาดสะบั้น (Broken Communication Chain)” ในมิติการจัดการข้อมูลและทิศทางการส่งต่อ โดยพบ “รอยต่อวิกฤต” ที่ไม่มีเจ้าภาพหลักชัดเจน 2 จุดใหญ่ ดังนี้

6.8.1 รอยต่อระหว่าง “การส่งตัวจากศาลไปโรงพยาบาล” เมื่อศาลใช้ดุลพินิจตามมาตรา 168 ในการส่งตัวผู้เสพไปบำบัดรักษาแทนการลงโทษ ข้อมูลพฤติการณ์ความรุนแรงในชั้นจับกุมของตำรวจ หรือประวัติการคลุ้มคลั่งบุกรุกสถานศึกษา มักไม่ถูกเชื่อมโยงส่งต่ออย่างเป็นระบบไปยังระบบทะเบียนของโรงพยาบาล ทำให้แพทย์ประเมินความเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง (Underestimation of Risk) รักษาแบบผู้ป่วยทั่วไป โดยไม่มีระบบการรักษาความปลอดภัยที่เข้มงวด

6.8.2 รอยต่อระหว่าง “การจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน” ซึ่งถือว่าเป็นจุดที่ล้มเหลวมากที่สุด เมื่อโรงพยาบาลรักษาจนอาการสงบและปล่อยตัวผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โรงพยาบาลจะใช้วิธีนัดหมายตัวผู้ป่วยให้มาส่งตัวหรือรายงานตัวด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยมักไม่ปฏิบัติตาม ในขณะเดียวกัน ข้อมูลการปล่อยตัวนี้ไม่เคยถูกแจ้งเตือนล่วงหน้าไปยังเจ้าหน้าที่ตำรวจสายตรวจในพื้นที่ ผู้นำชุมชน หรือ อสม. ในทางกฎหมายพยายามกำหนดให้คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือกลไกสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ แต่ในทางปฏิบัติจริง “ไม่มีใครเป็นเจ้าภาพหลัก” ต่างฝ่ายต่างทำงานตามกรอบอำนาจของตนเอง โรงพยาบาลมองว่าหมดหน้าที่เมื่อคนไข้พ้นประตู ตำรวจมองว่าไม่มีอำนาจถ้ายังไม่ก่อเหตุ ชุมชนมองว่าเป็นหน้าที่ของหมอ ช่องว่างและศูนย์บรรเทาข้อมูลที่เป็นศูนย์กลางคั่นเอง ที่ทำให้โอกาสที่กฎหมายหยิบยื่นให้กลายเป็นช่องว่างให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดหลุดการควบคุม และหวนกลับไปก่อเหตุซ้ำในที่สุด

7. อภิปรายผล

7.1 วิเคราะห์สถานะ “ประตูหมุน” (Revolving Door)

ปรากฏการณ์ที่ผู้เสพนเวียนเข้าออกระหว่างการจับกุม การบำบัดระยะสั้น และการปล่อยตัวกลับมาเสพซ้ำจนเกิดสถานะประตูหมุน สามารถอธิบายได้อย่างลึกซึ้งผ่าน ทฤษฎีการติดตรา (Labeling Theory) ของ Becker (1963) และทฤษฎีการควบคุมทางสังคม (Social Control Theory) ของ Hirschi (1969)

แม้ในเชิงนิติบัญญัติ รัฐบาลจะพยายามถอดรหัสคำว่า “อาชญากร” ออกไปแล้วแทนที่ด้วยคำว่า “ผู้ป่วย” เพื่อลดผลกระทบจากการติดตรา แต่ในมิติทางสังคมเชิงประจักษ์ พบว่า กระบวนการติดตราอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Labeling) ในระดับพื้นที่ยังคงทำงานอย่างรุนแรง ชุมชนและครอบครัวร่วมกันติดตราผู้เสพว่าเป็น “บุคคลอันตราย” หรือ “คนบ้าบอหน้าเดิมที่รักษาไม่หาย” ตราบาปนี้ส่งผลให้ผ่านการบำบัดเกิดสถานะแปลกแยก (Alienation) ถูกกีดกันออกจากตลาดแรงงานและการยอมรับ ทำให้ต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost) ในการกลับตัวมีมูลค่าต่ำมาก

เมื่อประกอบเข้ากับ ทฤษฎีการควบคุมทางสังคม พบว่า พันธะทางสังคม (Social Bond) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันต่อครอบครัว (Attachment) ความยึดมั่นในอนาคต (Commitment) การมีส่วนร่วม

ในกิจกรรมชุมชน (Involvement) และความเชื่อมั่นในกฎระเบียบ (Belief) ได้ขาดสะบั้นลงอย่างสิ้นเชิง เมื่อผู้เสพไม่เหลือพันธะใด ๆ เหนี่ยวรั้งพฤติกรรม และต้องกลับไปเผชิญสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เต็มไปด้วยสิ่งกระตุ้นเดิมตาม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) แรงเสริมเชิงบวกจากกลุ่มเพื่อนเสพ (Differential Association) จึงมีอำนาจเหนือกว่าความตั้งใจใจเล็ก วงจรประทุหมุ่นจึงทำงานต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด (Endless Loop)

7.2 อภิปรายเรื่อง “ความล้มเหลวของการสื่อสารความเสี่ยง”

โศกนาฏกรรมความรุนแรงในครอบครัวและการบุกรุกสถานศึกษาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างฉับพลันโดยไม่มีสัญญาณเตือน แต่พบว่า ญาติและคนในบ้านได้มีความพยายามส่งสัญญาณเตือน (Early Warning Signs) ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การแจ้ง อสม. การร้องเรียนผู้นำชุมชน หรือการส่งข้อความผ่านแชตไลน์เพื่อขอความช่วยเหลือล่วงหน้า แต่สัญญาณเหล่านี้ล้มเหลวในการนำไปสู่การระงับเหตุเนื่องจากความบกพร่องตามแนวคิดการสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) และการสื่อสารเพื่อการพัฒนา (C4D)

ความล้มเหลวเกิดจาก 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่

7.2.1 การขาดปฏิสัมพันธ์แบบทวิทิศ (Lack of Dialogue) ระบบการรับแจ้งเหตุของรัฐมีลักษณะตั้งรับและสื่อสารทางเดียว (One-way Communication) ขาดการรับฟังและร่วมประเมินระดับความเสี่ยงกับครอบครัวอย่างเท่าเทียม

7.2.2 ความกลัวที่บดบังการตอบสนอง เจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่ที่เป็น อสม. หรือผู้ใหญ่บ้าน เลือกที่จะ “เดินหนี” หรือเพิกเฉยต่อสัญญาณเตือน เนื่องจากประเมินว่าระบบสนับสนุนด้านความปลอดภัยจากตำรวจส่วนกลางไม่สามารถคุ้มครองพวกเขาได้ทันทั่วทั้งที่หากเกิดการปะทะ

7.2.3 ขาดช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงที่เป็นเอกภาพ ข้อมูลความเสี่ยงตกค้างอยู่ตามช่องทางส่วนบุคคล เช่น ไลน์ส่วนตัวของเจ้าหน้าที่หน่วยงาน ไม่ถูกยกระดับขึ้นสู่ระบบฐานข้อมูลกลางเพื่อการตัดสินใจสั่งการ ส่งผลให้มาตรการทางกฎหมายและการแพทย์เคลื่อนตัวล่าช้า ต้องรอให้เกิดเหตุการณ์สูญเสียและคดีอาญารุนแรงเกิดขึ้นก่อน ระบบราชการจึงจะเริ่มทำงาน

8. สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

8.1 สรุปผลการวิจัย

นโยบายที่กำหนดให้ผู้เสพคือผู้ป่วย ตามเจตนารมณ์ของประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 แม้จะเป็นวิวัฒนาการทางกฎหมายที่ดีและคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน แต่ในทางปฏิบัติจริงกลับประสบความล้มเหลวเชิงโครงสร้างอย่างวิกฤต เนื่องจากรัฐบาลประกาศใช้นโยบายโดยปราศจากการเตรียมความพร้อมของระบบสนับสนุน (Support System) ที่เข้มแข็งและเป็นเอกภาพ

ความลักลั่นในดุลพินิจทางกฎหมาย ช่องว่างของงบประมาณและทรัพยากรทางการแพทย์ในระดับพื้นที่ ภาระงานที่ล้นเกินระบบของบุคลากรหน่วยงาน ตลอดจนการขาดกลไกติดตามผล (Aftercare) ที่มีประสิทธิภาพ ได้เปลี่ยนโอกาส ที่กฎหมายต้องการมอบให้ผู้เสพ ให้กลายเป็นช่องว่างทางสังคม และเกิดสภาพประทุหมุ่น (Revolving Door) ที่อนุญาตให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงกลับคืนสู่สังคมเพื่อ

เป็นปัจจัยเสี่ยงสะสมขั้นวิกฤตก่อให้เกิดพลวัตการกระทำผิดซ้ำที่มีความรุนแรงขึ้นทำลายชีวิตบุพการีและ
คุณค่านามศึกษา ซึ่งสร้างต้นทุนความเสียหายทางสังคม และทำลายความเชื่อมั่นต่อระบบยุติธรรมกระแส
หลักทั้งหมด

8.2 ข้อเสนอแนะ

8.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ภาครัฐควรพัฒนาระบบการจัดการรายกรณีแบบรวมศูนย์
(Integrated Case Management) โดยเสนอให้รัฐบาลปฏิรูปโครงสร้างการจัดการข้อมูลยาเสพติดระดับชาติ
จัดทำระบบฐานข้อมูลกลางร่วมกัน (Shared Digital Platform) ระหว่าง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวง
สาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย เพื่อเชื่อมโยงและส่งผ่านข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่ม High-Risk ตั้งแต่
ขั้นจับกุม ขั้นบำบัดรักษา จนถึงขั้นตอนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน โดยกำหนดให้มีการแจ้งเตือนข้อมูลโดยอัตโนมัติ
ไปยังสถานีตำรวจพื้นที่ และผู้นำชุมชนล่วงหน้าอย่างน้อย 15 วันก่อนการปล่อยตัว เพื่อเตรียมแผนรับช่วงดูแล
ต่ออย่างไร้รอยต่อ

8.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ภาครัฐควรจัดตั้งศูนย์บำบัดกึ่งบังคับควบคุมความปลอดภัยสูง
(Secured Specialized Facility) โดยเร่งรัดให้มีการจัดตั้งสถานบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มี
พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในระดับอำเภอ โดยบูรณาการเชิงโครงสร้างร่วมกันระหว่างฝ่ายสาธารณสุข ได้แก่
แพทย์จิตเวชพยาบาล และฝ่ายความมั่นคง ได้แก่ ตำรวจ ฝ่ายปกครอง เพื่อแยกตัวผู้เสพความที่มีความ
บกพร่องทางพุทธิปัญญาและระบบประสาท ซึ่งมีความเสี่ยงสูงออกจากครอบครัวและชุมชนอย่างเด็ดขาด
มีระบบสถาปัตยกรรมที่ปลอดภัยและระบบควบคุมตัวระบบปิดจนกว่าผู้ป่วยจะผ่านเกณฑ์การประเมินดัชนี
ชี้วัดพฤติกรรมอย่างแท้จริง แทนการปล่อยให้กลับไปรักษาตัวที่บ้าน

8.2.3 ข้อเสนอแนะทางกฎหมาย ภาครัฐควรทบทวนและแก้ไขมาตรการบังคับบำบัดร่วมกับการ
ใช้มาตรการทางอาญาควบคู่ เสนอให้มีการตราข้อกฎหมายหรือระเบียบอนุบัญญัติที่ยืดหยุ่น เพิ่มอำนาจให้
พนักงานสอบสวนและศาลสามารถกำหนด “มาตรการควบคุมตัวเพื่อความปลอดภัยสาธารณะ” ในกรณีผู้เสพ
ที่มีประวัติการเสพซ้ำร่วมกับพฤติกรรมความรุนแรง คลุ้มคลั่ง หรือทำร้ายร่างกาย โดยให้ใช้มาตรการทาง
อาญานำหน้ามาตรการทางการแพทย์ (Criminal-Led Rehabilitation) มีโทษจำคุกกักขังเพื่อตัดพฤติกรรม
ควบคู่กับการบำบัด และยกเลิกสิทธิการเป็น “ผู้ป่วยบำบัดทางเลือกสมัครใจ” สำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด
ที่มีระดับความเสี่ยงเป็นอันตรายต่อสังคมเด็ดขาด เพื่อคืนความสงบสุขและความปลอดภัยให้แก่สถาบัน
ครอบครัวและภาคประชาชนอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

ข่าวสดออนไลน์. (2569, 18 กุมภาพันธ์). *หวิดอ่วมประชาทัณฑ์ คลั่ง-หลอนยาบุกโรงเรียนวันเดียว 2 รายซ้อน*
อนาจารป.2 -ไล่ตีครู ตร.อุดรไล่จับประทีก. [https://www.khaosod.co.th/around-](https://www.khaosod.co.th/around-thailand/news_10142998)
[thailand/news_10142998](https://www.khaosod.co.th/around-thailand/news_10142998)

จุฬามาศ พงษ์วิญญู. (2553). *มาตรการทางกฎหมายในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติด*
ของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].



- นิยดา รักชะโปะ. (2562). การประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและการพัฒนาตัวชี้วัดของผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนสำหรับค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดต้นแบบ (มาตรฐานใหม่): กรณีศึกษา จังหวัดสตูล [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].
- แนวหน้า. (2569, 10 เมษายน). หนุ่มป่วยจิตหลอน! 'คว้ามืดฝันแม่ดับสยอง' พี่สาววอนให้ซังคุกตลอดชีวิต. <https://www.naewna.com/local/958153>
- วันทนา อินทปดัย. (2565). การใช้ดุลพินิจกำหนดโทษคดียาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 145: ศึกษากรณีศาลจังหวัดพิษณุโลก [เอกสารวิจัยส่วนบุคคล, ศาลยุติธรรม]. ห้องสมุดศาลยุติธรรม. https://library.coj.go.th/pdf-view.html?fid=48546&table=files_biblio
- สาเกียะห์ เจ๊ะสมอเจ๊ะ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่เสพยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการบำบัดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช].
- Akers, R. L. (1998). *Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory*. University of Chicago Press. (Original work published 1973).
- Anderson, A. A. (2005). *The community builder's approach to theory of change: A practical guide to planning and evaluation*. The Aspen Institute.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Free Press.
- Bentham, J. (1789). *An introduction to the principles of morals and legislation*. T. Payne and Son.
- Biernacki, P. (1986). *Pathways from heroin addiction: Recovery without treatment*. Temple University Press.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4th ed.). Oxford University Press.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. University of California Press.
- Lundgren, R. E., & McMakin, A. H. (2018). *Risk communication: A handbook for communicating environmental, safety, and health risks* (6th ed.). Wiley-IEEE Press.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>

- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121–148. <https://doi.org/10.1007/BF00919275>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). Free Press.
- UNICEF. (2022). *What is Communication for Development (C4D)?* <https://www.unicef.org/c4d/>
- Weiss, C. H. (1995). Nothing as practical as a good theory: Exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. In J. P. Connell, A. C. Kubisch, L. B. Schorr, & C. H. Weiss (Eds.), *New approaches to evaluating community initiatives: Concepts, methods, and contexts* (pp. 65–92). The Aspen Institute.