



รูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด



คู่มือนี้ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอาชญวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม  
คณะอาชญวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2566



**THE DRUG PROBLEM RESOLVING MODEL USING  
THE PRINCIPLES OF HARM REDUCTION**

**BY**

**POLICE COLONEL NIRAMOL CHUNSANGUAN**



**A DISSERTATION SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT  
OF THE REQUIREMENTS FOR  
THE DEGREE OF DOCTOR OF PHILOSOPHY IN LEADERSHIP  
IN CRIMINOLOGY AND JUSTICE ADMINISTRATION  
FACULTY OF CRIMINOLOGY AND JUSTICE ADMINISTRATION**

**GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY**

**ACADEMIC YEAR 2023**

## คุษฎีนิพนธ์เรื่อง

### รูปแบบการแก้ไขปัญหาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด

โดย

พันตำรวจเอกหญิง นิรมล ชื่นสงวน

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอาชญวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม

มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2566

ศ. ดร.ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์  
ประธานกรรมการสอบ

รศ. ดร.ธรรมวิทย์ เทอดอุดมธรรม  
กรรมการ

รศ. ร.ต.อ. ดร.จอมเดช ตริเมฆ  
กรรมการ

ผศ. ดร.อารณีย์ วิวัฒนาภรณ์  
กรรมการ

ผศ. พ.ต.อ. ดร. สฤกษ์ สืบพงษ์ศิริ  
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ผศ.ร.ต.หญิง ดร.วรรณิ์ สุขสาตร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

28 สิงหาคม 2566

Thesis entitled

**THE DRUG PROBLEM RESOLVING MODEL USING  
THE PRINCIPLES OF HARM REDUCTION**

by

**POLICE COLONEL NIRAMOL CHUNSANGUAN**

was submitted in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of Doctor of Philosophy in Criminology and Justice Administration

Rangsit University  
Academic Year 2023

Prof.Sakchai Lerdpanichpan, Ph.D.  
Examination Committee Chairperson

Assoc. Prof.Thamavit Terdudomtham, Ph.D.  
Member

Assoc. Prof. Pol. Capt. Jomdet Trimek, Ph.D.  
Member

Asst.Prof. Aranee Vivatthanaporn, Ph.D.  
Member

Asst. Prof. Pol. Col. Sarit Seubongsiri, Ph.D.  
Member and Advisor

Approved by Graduate School

(Asst.Prof.Plт.Off. Vanee Sooksatra, D.Eng.)

Dean of Graduate School

August 28, 2023

## กิตติกรรมประกาศ

คุษณินิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดีเนื่องมาจากได้รับความอนุเคราะห์จาก ผศ.พ.ต.อ. คร.ศฤงค์ สืบพงษ์ศิริ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือ และคอยให้คำปรึกษาแนะนำ เป็นอย่างดีมาโดยตลอด รวมถึงเพื่อน พี่ น้อง คณาจารย์โรงเรียนนายร้อยตำรวจ ที่มีจากกล่าวชื่อได้หมด ที่ช่วยเหลือในหลายๆ ส่วน ตั้งแต่การประสานงาน การช่วยตรวจเครื่องมือการวิจัย คำปรึกษา และคำแนะนำมากมาย จนทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงอย่างมีคุณภาพ

พันตำรวจเอกหญิง นิรมล ชื่นสงวน  
ผู้วิจัย



6006364 : พันตำรวจเอกหญิง นิรมล ชื่นสงวน  
 ชื่อคุณิพนธ์ : รูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตราย  
 จากยาเสพติด  
 หลักสูตร : ปรัชญาคุณิพนธ์จิต สาขาวิชาอาชญาวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม  
 อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ. พ.ต.อ. ดร. สฤษดิ์ สืบพงษ์ศิริ

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด กำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด และนำเสนอแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติด จำนวน 33 คน และการจัดสนทนากลุ่มของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 คน ผลการวิจัยประกอบด้วย (1) ผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการนโยบาย แบ่งออกเป็น ด้านการขับเคลื่อนนโยบาย กฎหมายและการบังคับใช้ ด้านการบริหารจัดการและควบคุมมาตรฐาน และด้านการบูรณาการความร่วมมือ (2) ผลการศึกษาเพื่อกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด พบว่า ประเทศไทยมีรูปแบบการลดอันตรายจากยาเสพติดแตกต่างกับต่างประเทศเป็นอย่างมาก และได้แบ่งการกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นด้านกฎหมายและการบังคับใช้ ด้านการบริหารจัดการ และด้านการบูรณาการความร่วมมือ รวมถึง (3) ผลการนำเสนอแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด ควรมีการกำหนดมุมมองในการแก้ไขปัญหายาเสพติดใหม่ ควรทบทวนแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ขัดต่อแนวทางการแก้ไขปัญหายา มีการประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้ และมีการบูรณาการข้อมูล ทั้งนี้มีการนำเสนอโมเดลหลักทริปเปิลอาร์ (Triple R) ประกอบด้วย การทบทวน (Review), การปรับปรุงแก้ไข (Remedy) และ การเปลี่ยนโนม (Rebrand) เพื่อใช้เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศไทย

(คุณิพนธ์มีจำนวนทั้งสิ้น 205 หน้า)

คำสำคัญ: การลดอันตรายจากยาเสพติด, รูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด, ยาเสพติด

ลายมือชื่อนักศึกษา ..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา .....

6006364 : Police Colonel Niramol Chunsanguan  
 Dissertation Title : The Drug Problem Resolving Model Using the Principles of Harm Reduction  
 Program : Doctor of Philosophy in Criminology and Justice Administration  
 Dissertation Advisor : Asst. Prof. Pol. Col. Sarit Seubongsiri, Ph.D.

### **Abstract**

This study is qualitative research aimed at (1) investigating the problems and obstacles of policy implementation and measures to address the problem of drug addiction by reducing harm from drug use, (2) examining the approach of reducing harm from drug use as a means of addressing drug addiction problems, and (3) identifying appropriate strategies for implementing harm reduction measures for drug problem. The research methodology involves document analysis and in-depth interviews with 33 key informants who are relevant personnel in the field of harm reduction, as well as focus group discussions with a group of eight qualified individuals. The research findings consist of three main components: (1) Analysis of the problems and obstacles in policy implementation, categorized into driving policy, legal and enforcement aspects, management and control standards, and coordination and collaboration. (2) Study results for determining the framework for addressing drug addiction through the concept of harm reduction reveal significant differences in the harm reduction approaches between Thailand and other countries. The study identifies different approaches for addressing problems and obstacles, including legal and enforcement aspects, management, and coordination and collaboration; (3) Presentation of appropriate guidelines for operational practices in addressing drug problem by reducing harm caused by drug use. It is recommended to adopt a fresh perspective in addressing drug problems, review relevant laws that hinder problem-solving approaches, engage in public relations and awareness-building efforts, and promote data integration. The study proposes the main model, Triple R (Review, Remedy, and Rebrand), as a suitable framework for operational practices in mitigating the harm caused by drug addiction in Thailand.

(Total 205 pages)

Keywords: Harm Reduction, Model of Drug Addiction Problem Resolution, Drug

Student's Signature ..... Dissertation Advisor's Signature .....

## สารบัญ

|                    | หน้า                                                          |
|--------------------|---------------------------------------------------------------|
| กิตติกรรมประกาศ    | ก                                                             |
| บทคัดย่อภาษาไทย    | ข                                                             |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | ค                                                             |
| สารบัญ             | ง                                                             |
| สารบัญรูป          | ช                                                             |
| สารบัญตาราง        | ซ                                                             |
| <b>บทที่ 1</b>     | <b>บทนำ</b>                                                   |
|                    | <b>1</b>                                                      |
| 1.1                | ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา                                |
|                    | 1                                                             |
| 1.2                | วัตถุประสงค์การวิจัย                                          |
|                    | 7                                                             |
| 1.3                | คำถามการวิจัย                                                 |
|                    | 7                                                             |
| 1.4                | ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ                                     |
|                    | 8                                                             |
| 1.5                | ขอบเขตในการศึกษาวิจัย                                         |
|                    | 8                                                             |
| 1.6                | นิยามศัพท์                                                    |
|                    | 9                                                             |
| <b>บทที่ 2</b>     | <b>ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง / ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง</b>        |
|                    | <b>11</b>                                                     |
| 2.1                | แนวคิดเรื่องนโยบาย                                            |
|                    | 11                                                            |
| 2.2                | นโยบายด้านยาเสพติด                                            |
|                    | 15                                                            |
| 2.3                | แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องยาเสพติด                                 |
|                    | 54                                                            |
| 2.4                | แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) |
|                    | 66                                                            |
| 2.5                | แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด     |
|                    | 93                                                            |
| 2.6                | ทฤษฎีการสร้างรูปแบบ                                           |
|                    | 102                                                           |
| 2.7                | งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง                                         |
|                    | 108                                                           |

## สารบัญ (ต่อ)

|                | หน้า                                                                                                            |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>บทที่ 3</b> | <b>ระเบียบวิธีการวิจัย</b>                                                                                      |
| 3.1            | ขั้นตอนในการดำเนินการ                                                                                           |
| 3.2            | ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง                                                                                         |
| 3.3            | เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย                                                                                      |
| 3.4            | การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ                                                                                      |
| 3.5            | การเก็บรวบรวมข้อมูล                                                                                             |
| 3.6            | การตรวจสอบข้อมูล                                                                                                |
| 3.7            | การวิเคราะห์ข้อมูล                                                                                              |
| 3.8            | จริยธรรมและจรรยาบรรณในการวิจัย                                                                                  |
| <b>บทที่ 4</b> | <b>ผลการวิจัย</b>                                                                                               |
| 4.1            | ผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด           |
| 4.2            | ผลการศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด                                         |
| 4.3            | ผลการศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด                          |
| <b>บทที่ 5</b> | <b>การอภิปรายผลการศึกษา</b>                                                                                     |
| 5.1            | การอภิปรายผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด |
| 5.2            | การอภิปรายผลการศึกษาแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด                                  |
| 5.3            | การอภิปรายผลการศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด                |

## สารบัญ (ต่อ)

|                        | หน้า                                                                                                          |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>บทที่ 6</b>         | <b>สรุปและข้อเสนอแนะ</b>                                                                                      |
| 6.1                    | สรุปผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการนโยบายและ<br>มาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด |
| 6.2                    | สรุปผลการศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยแนวคิดการ<br>ลดอันตรายจากยาเสพติด                               |
| 6.3                    | สรุปผลการศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายา<br>เสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด                |
| <b>บรรณานุกรม</b>      | <b>183</b>                                                                                                    |
| <b>ภาคผนวก</b>         | <b>192</b>                                                                                                    |
| ภาคผนวก ก              | แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างสำหรับงานวิจัย                                                                         |
| ภาคผนวก ข              | หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต                                                           |
| <b>ประวัติผู้วิจัย</b> | <b>205</b>                                                                                                    |

## สารบัญรูป

| รูปที่ |                                                                                                             | หน้า |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 2.1    | พหุระมิตคความต้งการ 5 ข้้นของมาสโลว์                                                                        | 60   |
| 6.1    | แสดงรูปแบบโมเดลแนวทางที่เหมะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) | 180  |



## สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า                                                                                       |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.1      | แนะนำแนวปฏิบัติที่ดีของการลดอันตรายจากยาเสพติด 2 ส่วนจากประเทศแคนาดา                       |
| 3.1      | แสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูลสำคัญและผู้เชี่ยวชาญ                                             |
| 4.1      | สรุปผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติด              |
| 4.2      | สรุปผลการศึกษาเพื่อกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด       |
| 4.3      | สรุปผลการศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด |

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อกล่าวถึงปัญหายาเสพติด ก็คงปฏิเสธไม่ได้ว่า เป็นปัญหาสำคัญของชาติตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการที่จะแก้ไขปัญหานี้ ไม่ว่าจะเป็นในระดับโลก ระดับภูมิภาค รวมถึงในระดับประเทศก็ได้พยายามที่จะพัฒนาหารูปแบบหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพและประสิทธิผล แต่แม้จะพยายามเท่าไรก็ดูเหมือนว่าเรื่องของยาเสพติดนั้น คงยังไม่หายไปจากโลกใบนี้ได้โดยง่ายอย่างแน่นอน จาก World Drug Report ของ United Nations Office on Drugs and Crime ได้รวบรวมสถิติทั่วโลก พบว่าในปี ค.ศ. 2015 มีจำนวนผู้ติดยาเสพติดทั่วโลก ประมาณ 250 ล้านคน แบ่งออกเป็นผู้เสพยาเสพติดกัญชา (Cannabis) 183 ล้านคน ยาบ้า (Amphetamines) 37 ล้านคน สารโอปิออยด์ (Opioids) 35 ล้านคน ยาอี (Ecstasy) 22 ล้านคน สารโอปิเอต (Opiates) 18 ล้านคน และโคเคน (Cocaine) 17 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2017 พบว่ามีจำนวนผู้ติดยาเสพติดทั่วโลก ประมาณ 271 ล้านคน ยาเสพติดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายยังคงเป็นกัญชา โดยมีผู้ใช้ประมาณ 188 ล้านคน สารโอปิออยด์ 53 ล้านคน และในปีที่สำรวจล่าสุด ค.ศ. 2018 พบว่ามีผู้ใช้กัญชาประมาณ 192 ล้านคน สารโอปิออยด์ 58 ล้านคน (ในจำนวนนี้เป็นสารโอปิเอต 30 ล้านคน) ยาบ้าและสารกระตุ้น 27 ล้านคน ซึ่งพบในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นจำนวนมากที่สุด และประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการจับกุมและตรวจยึดเมทแอมเฟตามีนสูงที่สุดในเอเชีย คิดเป็นร้อยละ 66 ของเมทแอมเฟตามีนทั้งหมด ยาอี 21 ล้านคน และโคเคน 19 ล้านคน ผู้ใช้ยาเสพติดราว 35.6 ล้านคน กำลังประสบปัญหาและความทุกข์ทรมานสืบเนื่องมาจากการติดยาเสพติด โดยสารโอปิออยด์ เป็นอันตรายมากที่สุดและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากถึง 167,000 คน จากจำนวนผู้เสียชีวิตจากการใช้ยาทั้งหมด 585,000 คน นอกจากนี้ยังมีจำนวนผู้ติดยาเสพติดเชื้อเอชไอวี 1.4 ล้านคน เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี 5.5 ล้านคน เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีและเอชไอวี 1.2 ล้านคน (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2020) ซึ่งจากข้อมูลและรายงานดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่าแนวโน้มของปัญหายาเสพติดน่าจะยังเพิ่มขึ้นทุกปี ตามจำนวนประชากรโลกที่เพิ่มมากขึ้น วงจรของยาเสพติดตามกลไกตลาด และการเกิดขึ้นของสารเสพติดชนิดใหม่

ประเทศไทยได้รับผลจากการขยายตัวของการผลิตยาเสพติดในพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ ทำให้สถานการณ์การลักลอบนำเข้ายาเสพติดรุนแรง ถูกใช้เป็นทางผ่านและปลายทางสำคัญของ ขบวนการค้ายาเสพติด ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ใช้ สารเสพติดประมาณ 1.4 ล้านคน แบ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง จำนวน 1.1 ล้านคน และ เป็นผู้ติดสารเสพติด จำนวน 3.2 แสนคน ในจำนวนนี้เข้าสู่ระบบการบำบัดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 24,196 คน (กรมสุขภาพจิต, 2563) ยาเสพติดที่แพร่ระบาดหนัก ได้แก่ แอมเฟตามีน (ยาบ้า) ไอซ์ กัญชา เฮโรอีน คีตามีน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด [ปปส.], 2563) และสาเหตุของสารเสพติดที่ก่อให้เกิดโรค 5 อันดับ ได้แก่ แอมเฟตามีน กัญชา ยาไอซ์ เฮโรอีน สารระเหย (โรงพยาบาลรัฐธนบุรี, 2563) ปัญหาเสพติด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความเชื่อมโยงกัน พบว่าในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 20.5 (กรมควบคุมโรค สำนักโรคบาตวิทยา, 2557) และจากข้อมูลแบบบันทึกการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ ใช้ยา/สารเสพติด พ.ศ. 2558 ของหน่วยงาน 20 แห่ง ซึ่งมีความใกล้เคียงกับข้อมูลการสำรวจของสำนักโรคบาตวิทยา พบการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 22 ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 12 ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 71 (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) โรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาสารเสพติด โรคจิตเภท จิตเภทอารมณ์ อารมณ์ 2 ขั้ว ซึมเศร้า ซึมเรื้อรัง วิตกกังวล เครียดรุนแรง ฆ่าตัวตาย อื่นๆ (กรมสุขภาพจิต, 2563) ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ โดยหากพิจารณาจากตัวเลขผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่ถูกดำเนินการตามกระบวนการยุติธรรม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 – 30 กันยายน พ.ศ. 2562) พบว่ามีตัวเลข ประมาณการอยู่ที่ 591,817 คน ถ้าประมาณค่าการใช้เงินกับยาเสพติดเพียงคนละ 300 บาทต่อวัน ดังนั้น เท่ากับสูญเสียเงินไปถึงวันละ 177 ล้านบาทต่อวัน และใน 1 ปีจะเป็นเงินถึง 6 หมื่นล้านบาท นอกจากนี้รัฐยังต้องสูญเสียงบประมาณไปกับการบำบัดฟื้นฟู และช่วยเหลือผู้ผ่าน การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ปีละไม่ต่ำกว่า 2,000 ล้านบาท รวมมูลค่าการสูญเสียทางเศรษฐกิจ กว่า 5 แสนล้านบาทต่อปี อีกทั้งยังต้องเผชิญกับผลกระทบด้านลบอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการเสียชีวิตของพลเมือง สูญเสียแรงงานวัยหนุ่มสาว ภาวะสุขอนามัยของผู้ใช้ยาเสพติด แม้ว่าจะพยายามหารูปแบบ และประสานความร่วมมือในการแก้ปัญหาจากหลากหลายภาคส่วน แต่ปัญหายังคงดำเนินอยู่และทวีความรุนแรง ถือเป็นความท้าทายที่ต้องเผชิญ และคงต้องปรับเปลี่ยนความคิดในอุดมคติเสียใหม่ว่าการกำจัดยาเสพติดให้หมดไป คงจะไม่มีทางเป็นไปได้แน่ แต่การบริหารจัดการและจะดำเนินนโยบายอย่างไรเล่าที่จะเกิดผลดีต่อมวลมนุษยชาติและสันติภาพมากที่สุด

แนวทางหรือวิธีการในการแก้ไขปัญหายาเสพติดมี 2 หลักการใหญ่ๆ คือ การใช้วิธีการลงโทษ (Punitive Approach) และแนวทางด้านสาธารณสุข (Public Health Approach) ในอดีตประเทศไทยมุ่งเน้นไปที่แนวทางการลงโทษ โดยการใช้นโยบายการประกาศสงครามกับยาเสพติด (War on Drug Policy) เพื่อมุ่งขจัดปราบปรามยาเสพติดผิดกฎหมายให้หมดไปแบบ “Zero-tolerance” รัฐบาลได้สร้างภาพตัวแทนของยาเสพติดว่าเป็นเรื่องที่ชั่วร้าย เน้นการมาตรการในการลงโทษแบบแก้แค้นทดแทน (Retribution) มากกว่าการแก้ไขฟื้นฟู (To Reform) มีการปราบปรามผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างเด็ดขาด ขาดการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับสังคม ใช้มาตรการการปราบปรามการผลิตและการเสพยาเสพติด ด้วยวิธีการลงโทษที่รุนแรงกับทุกกรณีที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตั้งแต่การลงโทษด้วยการกักขัง ควบคุมตัว ไปจนถึงการประหารชีวิต (เวอร์จิเนีย แมคโดนัลด์ และ สุภัทรา นาคะผิว, 2556) แนวทางการลงโทษนี้จะกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จไปที่การจับกุม การดำเนินคดี การตัดสินโทษ ปริมาณยาเสพติดที่ถูกยึด พื้นที่ปลูกพืชเสพติดที่ถูกทำลาย บทเรียนจากการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยรูปแบบการประกาศสงครามกับยาเสพติดที่ผ่านมา ได้ปรากฏชัดแจ้งแล้วว่าเป็นวิธีที่ล้มเหลว ไม่สามารถแก้ไขปัญหายาเสพติดได้ ยิ่งปราบปรามยิ่งเพิ่มจำนวน มิได้ส่งผลให้มีการระงับการผลิต การลักลอบค้า หรือการห้ามเสพยาเสพติดอย่างแท้จริง ทั้งยังเป็นการส่งเสริมการเพิ่มขึ้นของอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด (Drug and Drug-Related Crime) เช่น การทุจริตคอร์รัปชัน อาชญากรรมข้ามชาติ การฟอกเงิน ปัญหาด้านสาธารณสุข การละเมิดสิทธิมนุษยชน การทำลายสิ่งแวดล้อม การย้ายชุมชนออกจากถิ่นที่อยู่ ความรุนแรงและอำนาจขององค์กรอาชญากรรม ต้องสูญเสียงบประมาณจากนโยบายที่เน้นการปราบปรามไปเป็นจำนวนมาก เบี่ยงเบนการใช้ทรัพยากรในการบังคับใช้กฎหมายที่ควรมุ่งเน้นไปที่อาชญากรรมที่มีความรุนแรงจริงๆ รวมถึงเป็นสาเหตุของการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำ เป็นภาระต่อกระบวนการยุติธรรม นอกจากนี้ยังทำให้ผู้เสพยาเสพติดถูกรังเกียจและตีตราจากคนในสังคม ความเป็นจริงแล้วปัญหายาเสพติดเป็นเรื่องของสุขภาพ เรื่องของระบบสาธารณสุข เรื่องของอาชญากรรมและงานยุติธรรม เรื่องของสิทธิมนุษยชน เรื่องของความยากจน เรื่องของการพัฒนา และอีกหลากหลายที่ต้องบูรณาการร่วมกัน ดังนั้นควรทำความเข้าใจเสียใหม่และปรับกระบวนการที่หันมาสู่แนวทางด้านสาธารณสุข (Public Health Approach) ใช้นโยบายยาเสพติดที่มีมนุษยธรรม (Humane Drug Policy) คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สุขภาพส่วนบุคคลและความปลอดภัยของชุมชนเป็นสำคัญ เปลี่ยนเป้าหมายจากการปราบปรามซึ่งเน้นเพียงการลดอุปทาน (Supply) ไปสู่เป้าหมายการลดจำนวนอุปสงค์หรือผู้เสพยา (Demand) ลงแทน เลือกใช้ตัวชี้วัดความสำเร็จที่มุ่งเน้นไปที่การลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ได้แก่ การเสพยาเกินขนาด อาการทางจิตเวช การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ไวรัสตับอักเสบ โรคอื่นๆ ตลอดจนอันตรายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เช่น อาชญากรรม

และความรุนแรง การทุจริตคอร์รัปชัน การละเมิดสิทธิมนุษยชน การทำลายสภาพแวดล้อม การบังคับเคลื่อนย้ายชุมชน การนำงบประมาณของชาติไปใช้ในมาตรการปราบปรามที่ไม่สร้างสรรค์ควรยุติลง ในขณะที่มาตรการในการป้องกัน การบำบัดรักษา และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ควรได้รับการสนับสนุน (Global Commission on Drugs Policy, 2014)

แนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) เป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดได้ลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัวและสังคม มีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดสามารถลด ละ และเลิกยาเสพติดให้ได้ในที่สุด ซึ่งไม่ใช่มาตรการที่จะอ่อนข้อให้กับยาเสพติด หรือยอมรับว่าการเสพยาเสพติดเป็นสิ่งที่ถูกต้อง แต่เป็นหนึ่งรูปแบบในการแก้ไขปัญหาเสพติด ใช้หลักการที่คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ เข้าใจธรรมชาติของผู้เสพยาเสพติด การเลิกยาเสพติดเป็นเรื่องที่จะต้องอาศัยระยะเวลานานเป็นเดือนหรือเป็นปี ควรปฏิบัติต่อผู้เสพยาเสพติดที่ยังไม่พร้อมจะเลิกใช้หรือยังไม่สามารถหยุดยาเสพติดให้ได้มีความรู้ในการใช้ยาเสพติดที่ถูกต้อง ลดความเสี่ยงทั้งในส่วนบุคคลและชุมชน ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพตนเอง ไปจนถึงเวลาที่สามารถเลิกยาได้ และกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคม (กระทรวงสาธารณสุข, 2560 ; นกัสนันท์ รังสิเวโรจน์, 2563) วิธีการในการลดอันตรายจากยาเสพติด ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้เสพ ได้แก่ โครงการแลกเปลี่ยนเข็มสะอาด (Needle and Syringe Exchange Programs) การบำบัดรักษาโดยใช้เมทาโดนทดแทนระยะยาว (MMT) การจัดให้มีบริการป้องกันและดูแลรักษาอาการจากการใช้ยาเกินขนาดด้วยยา Naloxone การให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อโดยสมัครใจ : Voluntary Counselling and Testing (VCT) แนวคิดนี้ได้รับการยอมรับมากในต่างประเทศ การลดอันตรายจากยาเสพติดถูกนำมาใช้เป็นมาตรการในการแก้ไขปัญหาเสพติดของหลากหลายประเทศ อาทิเช่น โปรตุเกส แคนาดา เนเธอร์แลนด์ เยอรมนี เป็นต้น ซึ่งประเทศเหล่านี้จะมีโปรแกรมการลดอันตรายจากยาเสพติดที่หลากหลาย ครอบคลุมพื้นที่ในการให้บริการ ได้แก่ จัดให้มีห้องเสพยา พร้อมการช่วยเหลือเมื่อเกิดอันตราย การให้บริการแบบคลินิกนิรนามโดยไม่ต้องเปิดเผยชื่อ อีกทั้งองค์การระหว่างประเทศที่มีหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาเสพติด เช่น UNODC IDPC ร่วมสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ ผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง พยายามผลักดันเรื่องนี้เพิ่มขึ้น เพื่อต้องการที่จะลดผลกระทบในทางลบของยาเสพติดโดยเฉพาะผลร้ายที่เกิดขึ้นกับตัวผู้เสพยา

มาตรการการลดอันตรายจากยาเสพติดในประเทศไทย เริ่มถูกนำมาใช้ในเชิงนโยบายอย่างเป็นทางการเมื่อปี พ.ศ. 2553 สมัยรัฐบาลของนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ โดยมีคำสั่งนายกรัฐมนตรีที่

306/2553 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2553 กำหนดให้มีการดำเนินการมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) เป็นมาตรการที่มุ่งลดผลกระทบและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ร้ายแรง เช่น เอชไอวี เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม ชุมชนได้ ในขณะที่นั้นมีการให้บริการมีการดำเนินการเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดเพียง 10 จังหวัดในประเทศไทย โดยเลือกดำเนินการในจังหวัดที่มีสถิติปัญหาเสพติดหนาแน่น และเป็นพื้นที่ที่มีองค์กรภาคประชาสังคมดำเนินงานมาก่อนแล้ว ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ ตาก กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ สุราษฎร์ธานี สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส อย่างไรก็ตาม คำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 306/2553 ดังกล่าว ก็ยังไม่ถึงขั้นเป็นมาตรการที่ออกเป็นกฎหมาย ให้มีสภาพเป็นการบังคับ และในทางปฏิบัติก็ยังไม่มีความมาตรฐานหรือแนวทางในการดำเนินการที่ชัดเจนตามมาตรฐานสากล อย่างเช่นในกรณีที่กรมควบคุมโรคมีหนังสือถึงสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเกี่ยวกับร่างประกาศคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เรื่อง นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้คณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจสอบความเหมาะสมทางกฎหมาย และได้มีการหารือเกี่ยวกับข้อกฎหมายในนโยบายลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดในยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริการแบบบูรณาการและครบวงจร มาตรการที่ 2 การพัฒนาและบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่เป็นชุดบริการแบบครบวงจร ซึ่งจะประกอบด้วยชุดบริการทางเลือก 10 รายการ มีประเด็นสำคัญในเรื่องการสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดว่าสามารถดำเนินการได้ตามกฎหมายหรือไม่ โดยการดำเนินการนั้นจะใช้วิธีการส่งเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัคร ไปให้ความรู้กับผู้ติดยาเสพติดที่เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดเข้าสู่หลอดเลือด เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อ และแนะนำให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดรวมทั้งใช้วิธีการแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดให้แก่ผู้เสพยาเสพติด ซึ่งต่อมาคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 10) พิจารณาแล้วมีความเห็นว่า มาตรา 57 และมาตรา 58 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษซึ่งในการเสพยาเสพติดบางประเภทตามมาตราดังกล่าวจะกระทำด้วยวิธีการใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดเข้าสู่ร่างกายทางหลอดเลือดดำ จึงตีความว่าในกรณีนี้เข็มและอุปกรณ์ฉีดย่อมจะเป็นอุปกรณ์สำหรับใช้ในการกระทำความผิด หากมีบุคคลใดแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดแก่ผู้ติดยาเสพติดโดยมีเจตนาให้นำเข็มและอุปกรณ์ฉีดนั้นไปใช้ในการเสพยาเสพติด ถือได้ว่าการกระทำความผิดดังกล่าวเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการเสพยาเสพติดจึงเป็นการสนับสนุนการกระทำความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 86 และคำว่า “การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด” หากกระทำการด้วยวิธีการแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดแก่ผู้ติดยาเสพติดย่อมเป็นการขัดต่อบทบัญญัติตามมาตรา 93/1 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่บัญญัติ ห้ามมิให้ผู้ใดยืมหรือส่งเสริมให้ผู้อื่นเสพยาเสพติดให้โทษประเภท 1

หรือยาเสพติดให้โทษประเภท 2 การกระทำดังกล่าวถือเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการเสพยาเสพติด จึงถือว่าเป็นการสนับสนุนการกระทำความผิด (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2554) จากความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกา ต่อข้อหาหรือการประกาศนโยบายลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดดังกล่าวยังขัดต่อการดำเนินการตามมาตรฐานของการลดอันตรายจากยาเสพติดอยู่มาก แม้ว่ารัฐบาลจะมีการประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557 ซึ่งมีเจตนารมณ์เพื่อให้โอกาสแก่ผู้ต้องสงสัยว่าใช้ยาเสพติดสามารถเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูโดยไม่ถือว่ามีความผิด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2560)

นโยบายและมาตรการการลดอันตรายจากยาเสพติด ยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยออกประกาศ 2 ฉบับ ในปี พ.ศ. 2557 ได้มีการประกาศคำสั่งศูนย์อำนวยการ พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 1/2557 เรื่องแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด โดยมีการกำหนดให้มีพื้นที่เป้าหมายดำเนินการนำร่อง 19 พื้นที่ หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2560 ได้มีการประกาศคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 2/2560 เรื่องแนวทาง การดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ซึ่งมีการกำหนดพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงานเพิ่มเติมเป็น 37 พื้นที่ ประกอบด้วย กรุงเทพมหานคร และ อีก 36 จังหวัด คือ เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แม่ฮ่องสอน ลำปาง ตาก สุโขทัย เพชรบูรณ์ ชัยนาท นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา กาญจนบุรี ราชบุรี สมุทรสงคราม ปราจีนบุรี สมุทรปราการ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น เลย นครราชสีมา สุรินทร์ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ ยโสธร นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ตรัง นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล และ พัทลุง (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และบรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดปี 2564 แผนงานที่ 7.4 การลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

กล่าวโดยสรุป การลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาเสพติดของประเทศไทย แม้ว่าจะมีการกำหนดนโยบายและดำเนินงานมาเป็นระยะเวลานานกว่า 10 ปีแล้ว ยังคงเป็นแนวทางใหม่ที่สังคมไม่คุ้นเคย รัฐบาลไม่ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนในนโยบายแห่งชาติ หรือการออกเป็นกฎหมาย การขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติของแต่ละหน่วยงานยังไม่ชัดเจน ทำให้หน่วยปฏิบัติในพื้นที่ไม่เข้าใจถึงบทบาทและแนวทางการดำเนินงานของตน ขาดการประชาสัมพันธ์หรือสร้างการรับรู้แนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดให้กับคนทั่วไปในสังคม และมุ่งเน้นเพียงการลดอันตรายจากยาเสพติดชนิดฉีด ซึ่งแท้จริงแล้วการลดอันตรายจากยาเสพติด

ควรนำมาใช้กับยาเสพติดในหลายหลายชนิดด้วย และการดำเนินการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดยังไม่ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ รวมถึงปัญหาการเข้าถึงตัวผู้ใช้ยาเสพติด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2564) ในขณะเดียวกันสังคมไทยยังยึดติดภาพลักษณ์ของยาเสพติดว่าเป็นสิ่งชั่วร้าย ตีตราผู้ใช้นยาเสมือนเป็นอาชญากร ขาดความรู้ความเข้าใจที่แท้จริงของกลไกตลาดยาเสพติด พยาธิสภาพของโรคติดยาเสพติด ใช้วิธีการลงโทษด้วยการจำคุกจนผู้ต้องขังล้นเรือนจำ ดังนั้นการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) จึงเป็นนโยบายทางเลือกที่จะส่งเสริมการแก้ไขปัญหายาเสพติด สอดคล้องตามแนวทาง “ผู้เสพคือผู้ป่วย” ซึ่งเป็นนโยบายยาเสพติดแนวใหม่ที่ต้องการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด มากกว่าจะยืนยันว่าการใช้ยาเสพติด เป็นความผิดชั่วร้ายที่ต้องกำจัดให้หมดไปด้วยความรุนแรงดังการทำสงคราม สนับสนุนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเป็นไปตามแผนการรักษาที่มีมาตรฐาน รวมถึงส่งเสริมสิทธิมนุษยชนและคุณค่าความเป็นคน หากภาครัฐบาล ภาคประชาสังคม และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับแนวคิดเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จะเป็นแนวทางที่ช่วยสนับสนุนการแก้ปัญหาที่แท้จริง และพัฒนาประสิทธิภาพด้านการบริหารงานยุติธรรมได้

## 1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

1.2.2 เพื่อศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

1.2.3 เพื่อศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

## 1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นอย่างไร

1.3.2 รูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดควรเป็นอย่างไร

1.3.3 แนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติดควรเป็นอย่างไร

## 1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.4.1 ได้แนวทางที่เหมาะสมในการจัดทำนโยบายและมาตรการในการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด

1.4.2 เกิดรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดที่เหมาะสมกับประเทศไทย

1.4.3 ให้ข้อเสนอแนะทางนโยบาย เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบาย การปรับแผนเชิงกลยุทธ์ และพัฒนาการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

## 1.5 ขอบเขตในการศึกษาวิจัย

1.5.1 การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาการลดอันตรายจากยาเสพติดในแง่มุมของนโยบาย

1.5.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

เนื้อหาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย การศึกษาแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) และนโยบายของประเทศไทยเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดขององค์การระหว่างประเทศ (UNODC UNAIDS WHO) และประเทศที่ประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหายาเสพติด อาทิ เช่น แคนาดา สหรัฐอเมริกา สาธารณรัฐเช็ก เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส และสวิตเซอร์แลนด์

### 1.5.3 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ใช้วิธีการคัดเลือก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) แบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1.5.3.1 หน่วยงานของรัฐบาลที่รับผิดชอบ เรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติด ตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวนหน่วยงานละ 2 คน

1.5.3.2 องค์กรระหว่างประเทศ ที่มีมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่ดีในเรื่อง การลดอันตรายจากยาเสพติด ได้แก่ UNODC UNAIDS WHO หรือหน่วยงาน NGO จำนวน 2 คน

1.5.3.3 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการการลดอันตรายจากยาเสพติด ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป ศูนย์สาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี (โรงพยาบาลธัญญารักษ์) วัดถ้ำกระบอก มูลนิธิไอโซน หน่วยงานละ 2 คน

1.5.3.4 ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในรูปแบบการลดอันตรายจากยาเสพติด หมายถึง ผู้เข้ารับบริการในหน่วยงาน หรือสถานที่ต่างๆ ดังนี้ เช่น โรงพยาบาลทั่วไป ศูนย์สาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร ร.พ.ธัญญารักษ์ วัดถ้ำกระบอก มูลนิธิไอโซน จำนวนที่ละ 2 คน

1.5.3.5 ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ระดับผู้บริหาร และผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด รวม 8 คน

## 1.6 นิยามศัพท์

นโยบาย หมายถึง นโยบายทางด้านยาเสพติดของประเทศไทย

รูปแบบ หมายถึง รูปแบบเป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เป็นคำอธิบาย เป็นแผนผัง ไดอะแกรมหรือแผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น รูปแบบเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบ หาคำตอบ ความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ทั้งหลาย

การลดอันตรายจากยาเสพติด หมายถึง การลดปัญหาหรือภาวะเสี่ยงอันตราย และผลกระทบในทางลบต่างๆ จากการใช้ยาเสพติดที่อาจเกิดกับตัวบุคคล ในขณะที่ยังไม่สามารถหยุดยาเสพติดได้ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มนุษยธรรม สิทธิมนุษยชนและความเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติด รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาเสพติด (Effects of War on Drugs)

ยาเสพติด หมายถึง สารที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือสารสังเคราะห์ เมื่อนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยวิธีรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยวิธีการใดๆ แล้วเกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้ต้องการเสพในปริมาณและความถี่ที่เพิ่มขึ้น รวมถึงมีอาการถอนยาเมื่อขาดยา

ผู้ใช้อาสาสมัคร หมายถึง ผู้ติดยาเสพติดที่ เป็นผู้เสพหรือผู้ครอบครองในปริมาณเล็กน้อยเพื่อเสพส่วนตัว

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง / ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเรื่องรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด มีหลายทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่จะนำมาใช้ศึกษาวิจัยให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยดังต่อไปนี้

#### 2.1 แนวคิดเรื่องนโยบาย

##### 2.1.1 ความหมายและความสำคัญของนโยบาย

2.1.1.1 นโยบาย (Policy) หมายถึง แนวทาง ข้อกำหนดหรือวิธีการเพื่อการปฏิบัติที่รัฐบาล หรือสถาบัน หรือกลุ่ม หรือบุคคล เลือกจากทางเลือกหลายๆ ทางเพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติ โดยปกติจะสะท้อนให้เห็นถึงการตัดสินใจในปัจจุบัน เพื่อการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิผลและเพื่ออนาคตที่ดีกว่า (วิโรจน์ สารัตนะ, 2556) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับโลกหรือนานาชาติ ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ หน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชนขนาดใหญ่ไปจนถึงขนาดเล็ก เพื่อเป็นแนวคิด แนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุผลตามที่ตั้งไว้ นโยบายจะเป็นแนวทางนำไปสู่การปฏิบัติงาน การบริหารงาน ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ สำหรับนโยบายในระดับประเทศนั้น การกำหนดนโยบายมักจะเริ่มต้นจากผู้ใช้อำนาจในการปกครอง คือ รัฐบาล ใช้การกำหนดนโยบายนั้น เป็นแนวคิดและทิศทางการแก้ไขปัญหายา พร้อมกับวางกรอบในการพัฒนาประเทศชาติ ในการเดินหน้าเพื่อก้าวทันความทันสมัยทางด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ ที่มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รองรับการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เพื่อนบ้านไปจนถึงระดับภูมิภาค และสภาวะการณ์โลก ที่ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (ไชยา ยิ้มวิไล, 2560)

นโยบายที่รัฐบาลเป็นผู้กำหนดขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทาง กิจกรรม หรือการกระทำที่รัฐบาลใช้ในการดำเนินงานเพื่อส่งมอบบริการสาธารณะในรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา ด้านการสาธารณสุข ด้านการสังคมสงเคราะห์ ด้านกระบวนการยุติธรรม เป็นต้น ไปสู่ประชาชนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้นั้น เรียกได้ว่า นโยบายสาธารณะ (Public

Policy) ซึ่งในแง่ของความหมายตามนิยามของ Dye (2017) อันเป็นมุมมองในเชิงการเมืองที่ว่า นโยบายสาธารณะ (Public Policy) คืออะไรก็ตามที่รัฐบาลตัดสินใจเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำ (Whatever Governments Choose to Do or Not to Do) ซึ่งเป็นการพิจารณาในแง่ที่ว่า ทำไมรัฐบาลจึงต้องดำเนินการนโยบายนั้น และนโยบายนั้นจะสร้างความแตกต่างอะไร และ Nagel (1984) ก็ได้กล่าวว่า นโยบายสาธารณะเป็นการตัดสินใจของรัฐบาลเพื่อแก้ปัญหาของสังคมด้านต่าง ๆ เช่น ปัญหาการต่างประเทศ การรักษาสภาพแวดล้อม ปัญหาอาชญากรรม การว่างงานและปัญหาอื่นๆ ทั้งนี้เพราะรัฐบาลมีหน้าที่ต้องทำอะไรหลายอย่าง อาทิเช่น การควบคุมความขัดแย้งในสังคม การจัดระเบียบสังคมในการดำเนินการเกี่ยวกับความขัดแย้งกับสังคมอื่นๆ การกระจายความหลากหลายของผลตอบแทนที่เป็นสัญลักษณ์และบริการทรัพยากรต่างๆ ให้กับสมาชิกของสังคม โดยการจัดเก็บเงินจากสังคมซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปของภาษี (สุรศักดิ์ ชะมารัมย์, 2559)

กล่าวโดยสรุป นโยบาย หมายถึง ข้อความ แนวทาง คำสั่ง แนวปฏิบัติ หรือการสื่อความหมายออกไปด้วยวิธีการใดๆ จากผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย ไปสู่ผู้มีหน้าที่รับไปปฏิบัติ และนโยบายดังกล่าวนี้จะมีผลกระทบต่อคนในสังคมนั้น

#### 2.1.1.2 ความสำคัญของนโยบาย

นโยบายมีความสำคัญต่อการบริหาร ดังที่ วิจิตร ศรีสอาน (2551, น. 8) เปรียบเทียบไว้ว่านโยบายเป็นเสมือนเข็มทิศและหางเสือ ทั้งสองอย่างมีความสำคัญในการเดินเรือ เข็มทิศบอกทิศทาง หางเสือทำให้ถูกทาง เข็มทิศและหางเสือสำคัญต่อการเดินเรือฉันใด นโยบายก็สำคัญต่อการบริหารและการดำเนินการฉันนั้น

ความสำคัญของนโยบายอาจแบ่งได้เป็นข้อๆ ตามแนวคิดของ เอกนรินทร์ ปันยานะ (2547) และประชุม รอดประเสริฐ (2547) ดังนี้

- 1) เป็นเครื่องชี้นำ และกรอบในการวางแผน นำไปสู่การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนการดำเนินงาน และการกำหนดมาตรการที่เกี่ยวข้อง
- 2) เป็นเครื่องชี้นำการบริหารขององค์กร โดยเป็นเครื่องมือที่ทำให้ผู้บริหารทราบว่าจะทำอะไรเพื่อไปสู่เป้าหมาย และจะใช้ปัจจัยชนิดใดบ้างในการดำเนินการ ในแง่

ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและไปสู่เป้าหมายร่วมกันของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาทางการบริหาร เนื่องจากนโยบายที่ดีและชัดเจน จะช่วยให้หน่วยปฏิบัติงานเข้าใจถึงเป้าหมาย แนวปฏิบัติ และทิศทางการดำเนินงานร่วมกัน ทำให้เกิดความเข้าใจ ความร่วมมือ และการประสานงานกันได้สะดวกมากขึ้น

3) ช่วยสนับสนุนความชอบธรรมในการใช้อำนาจของผู้บริหาร และส่งเสริมการใช้อำนาจของผู้บริหารให้เป็นไปโดยถูกต้อง มีเหตุผล และมีความยุติธรรม

4) เป็นเครื่องมือในการควบคุม กำกับ และติดตามงานของผู้บริหาร

5) ช่วยให้เกิดการพัฒนาทางการบริหาร

นโยบายเปรียบเสมือนเครื่องมือกำหนดทิศทาง ดังนั้น การที่มีนโยบายที่ดี และมีความชัดเจน จะส่งเสริมและเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหาร ใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผน ผู้ปฏิบัติจะสามารถเข้าใจเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ก่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ประหยัดเวลา มีความเข้าใจ ร่วมมือ และประสานงานกันเป็นอย่างดี ทั้งยังสามารถทบทวน ตรวจสอบ และติดตามการทำงานได้อย่างเป็นระบบ อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ดี ช่วยส่งเสริมการบริหารจัดการแบบธรรมาภิบาล ซึ่งสอดคล้องกับระบบการบริหารราชการในยุคไทยแลนด์ 4.0

## 2.1.2 นโยบายทางอาญา

นโยบายทางอาญา คือ นโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับกรอบ ทิศทาง เป้าหมาย และแนวทางปฏิบัติงานราชการของประเทศในเรื่องการอำนวยความยุติธรรมที่ส่งผลต่อการทำงานของกระบวนการยุติธรรมโดยรวมและประชาชน ซึ่งออกมาในรูปคำแถลงนโยบาย คำแนะนำ ข้อสั่งการ ระเบียบ ข้อบังคับ กระบวนการของนโยบายทางอาญาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน เช่นเดียวกับนโยบายสาธารณะ ได้แก่ ขั้นการก่อตัวของนโยบาย ขั้นกำหนดนโยบาย ขั้นการนำนโยบายไปปฏิบัติ และขั้นการประเมินผลนโยบาย โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการนโยบายทางอาญา ได้แก่ รัฐบาล นักการเมือง บุคลากรในกระบวนการยุติธรรม และสาธารณชน อย่างไรก็ตาม นโยบายสาธารณะนั้นเกิดจากคำ 2 คำมารวมกัน ได้แก่ คำว่า นโยบาย และสาธารณะ “นโยบาย”

(Policy) คือ แนวทางที่มีลักษณะเป็นคำพูด ลายลักษณ์อักษร หรือเป็นนัยที่กำหนดไว้เพื่อบ่งชี้ทิศทาง และเงื่อนไขหรือข้อจำกัดของการกระทำ ด้านการบริหารจัดการที่จะช่วยนำไปสู่การบรรลุผลตามที่ต้องการ ส่วนคำว่า “สาธารณะ” (Public) คือ ประเด็นกิจการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำรงอยู่ร่วมกัน และมีความเกี่ยวข้องกับคนจำนวนมากหรือมหาชน รวมทั้งอาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิเสรีภาพ และหน้าที่ของบุคคลซึ่งจำเป็นต้องอาศัยอำนาจส่วนรวม หรือรัฐเข้ามาเกี่ยวข้องโดยทำหน้าที่แทรกแซง จัดการ จัดระเบียบ หรือดำเนินการให้เป็นการทั่วไป ดังนั้น นโยบายทางอาญาที่จะมีประสิทธิภาพ รัฐบาลซึ่งเป็นผู้มีอำนาจในการออกนโยบาย รวมถึงออกกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ควรมีการรับฟัง เปิดรับข้อเสนอแนะ จากภาคประชาชน สาธารณชน หรือผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อบูรณาการความรู้ และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาการดำเนินการให้ยั่งยืน

กระบวนการของนโยบายทางอาญา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน เหมือนกับนโยบายสาธารณะอื่นๆ มีรายละเอียด ดังนี้

2.1.2.1 ขั้นตอนการก่อตัวของนโยบาย หรือขั้นตอนการกำหนดนโยบาย (Public Policy Formation) เป็นขั้นตอนการค้นหา หรือการระบุประเด็นปัญหา ที่จะนำมากำหนดนโยบาย ถือเป็นขั้นตอนแรกของวงจรของนโยบาย กระบวนการกำหนดนโยบายจะมีศักยภาพมากน้อยเพียงใดหรือไม่ นั้นขึ้นอยู่กับช่วงเวลาและวิธีการก่อตัวของประเด็นปัญหานโยบาย

2.1.2.2 ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย (Public Policy Decision-Making) กระบวนการกำหนดนโยบายอาจเริ่มต้นด้วยการพิจารณาประเด็นปัญหาที่เป็นผลมาจากนโยบายที่ได้ดำเนินการไปแล้ว แต่ยังไม่สามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้สำเร็จในระดับที่น่าพอใจ อาจเริ่มต้นพิจารณาประเด็นปัญหาใหม่ หรือการเสนอทางเลือกที่ยังไม่มีการกำหนดนโยบายใดๆ มารองรับ หรือกำลังเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญและได้รับความสนใจก็ได้

2.1.2.3 ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Public Policy Implementation) หมายถึง การแปลงวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบาย ซึ่งอาจเป็นกฎหมายหรือคำสั่งของรัฐบาลหรือคณะรัฐมนตรีหรือนโยบายรัฐบาลที่แถลงต่อรัฐสภา ให้เป็นแนวทาง/แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่เป็นรูปธรรมประกอบด้วย การจัดหาทรัพยากรต่างๆ เพื่อดำเนินการให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

ที่กำหนด การออกแบบองค์การและการดำเนินงานให้เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานโครงการที่กำหนดไว้

2.1.2.4 ขั้นตอนการประเมินผลนโยบาย (Public Policy Evaluation) เป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่งเพราะการประเมินผลนโยบายจะบอกให้ทราบถึงระดับความสำเร็จหรือล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ และจะบอกให้ทราบว่าปัญหาอะไรบ้าง เกี่ยวกับเป้าประสงค์ (Goals) หรือวัตถุประสงค์ (Objectives) ของนโยบายตลอดจนทรัพยากร (Input) กระบวนการ (Process) หน่วยงานที่รับผิดชอบ (Organization) ผลผลิต (Outputs) ผลลัพธ์ (Outcomes) ผลกระทบ (Impacts) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญของผู้ตัดสินใจนโยบาย (Policy-Decision Makers) ที่จะดำเนินนโยบายนั้นต่อไป หรือต้องทำการปรับปรุงนโยบายเสียใหม่ หรือจะต้องยกเลิกนโยบายในที่สุด

ทั้งนี้ มีคณะกรรมการพัฒนาการบริหารงานยุติธรรมแห่งชาติที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติพัฒนาการบริหารงานยุติธรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2549 เป็นผู้มีส่วนสำคัญในกระบวนการนโยบาย ซึ่งหน่วยงานในกระบวนการยุติธรรมนำนโยบายทางอาญาไปปฏิบัติผ่านทางแผนแม่บทกระบวนการยุติธรรม และแผนยุทธศาสตร์ของแต่ละหน่วยงานเป็นสำคัญ (กิตติพงษ์ กิตยารักษ์, 2552 ; จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2553)

กล่าวโดยสรุป นโยบายทางอาญาจะเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านอาชญาวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม เช่น ทักษะวิทยา อาชญากรรม ปัญหาเสพติด ซึ่งจำเป็นจะต้องมีทิศทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดำเนินงานเช่นเดียวกับนโยบายด้านอื่นๆ

## 2.2 นโยบายด้านยาเสพติด

### 2.2.1 นโยบายด้านยาเสพติดจากยุคสงครามยาเสพติดสู่ปัจจุบัน

นโยบายด้านยาเสพติด เป็นนโยบายทางอาญาที่ต้องใช้การแก้ปัญหาแบบบูรณาการ ทั้งการลดอุปทาน (Supply) และอุปสงค์ (Demand) ของยาเสพติด การป้องกันไม่ให้กลุ่มเสี่ยงไปติดยาเสพติดเพิ่มเติม โดยเฉพาะความพยายามในการนำเอานโยบาย “ผู้เสพเป็นผู้ป่วย” มาใช้โดยผ่านพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด พ.ศ. 2545 ซึ่งถือว่าเป็นการนำเอากระบวนการ

ยุทธกรรมทางเลือกในทางอาญาที่มีลักษณะเป็นการเบี่ยงคดี (Diversion) มาใช้เป็นครั้งแรก (กิตติพงษ์ กิตยารักษ์, 2552)

### 2.2.1.1 นโยบายด้านยาเสพติดของประเทศไทย

ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยใช้นโยบายการทำสงครามกับยาเสพติด ด้วยมาตรการทางกฎหมาย มากกว่ามาตรการทางด้านสาธารณสุข มุ่งปราบปรามยาเสพติดผิดกฎหมาย แบบ “Zero-tolerance” โดยเน้นที่มาตรการการปราบปรามการผลิต และการเสพยาเสพติด ด้วยวิธีการลงโทษที่รุนแรงกับทุกกรณีที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดตั้งแต่การลงโทษด้วยการกักขัง ควบคุมตัวไปจนถึงการประหารชีวิต โดยการกำหนดโทษที่รุนแรง เพื่อมุ่งหวังจะขจัดยาเสพติดในสูญสิ้นหมดไป โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2546 ในช่วงรัฐบาลของอดีตนายกรัฐมนตรี พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ซึ่งมีการประกาศ “สงครามยาเสพติด” การประกาศนโยบายยาเสพติด ดังกล่าวนี้อกลายเป็นจุดเปลี่ยนในการปราบปรามยาเสพติดและการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทย ด้วยวัตถุประสงค์ของนโยบายฯ ที่ต้องการลดจำนวนยาเสพติด และความต้องการการใช้จ่ายยาเสพติด พ.ต.ท.ทักษิณฯ ได้แถลงจุดยืนในการกวาดล้างยาเสพติดให้หมดไปจากทุกตารางนิ้วของประเทศไทยภายในเวลา 4 เดือน ซึ่งความสำเร็จ ที่ได้เกิดมาจากการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด รวมถึงการให้อำนาจพิเศษแก่ตำรวจและเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย ในการปฏิบัติหน้าที่ กรณีพบเจอผู้ที่ต้องสงสัยว่าจะใช้ยาเสพติดหรือเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ส่งผลให้เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชนเป็นจำนวนมาก กลุ่มปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชน (Human Rights Watch) ได้รายงานว่าการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่างๆ ในประเทศไทย รวมถึงการสนับสนุนการกระทำการรุนแรงกับผู้ต้องสงสัยที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของรัฐบาล การวิสามัญฆาตกรรม การขึ้นบัญชีดำผู้ต้องสงสัยว่าเกี่ยวข้องกับยาเสพติดโดยไม่มีการบวนการตรวจสอบใดๆ การข่มขู่คุกคามสิทธิฯ ต่างๆ ของผู้ต้องหา และการละเมิดฯ และฝ่าฝืนกระบวนการทางกฎหมายโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ รวมถึงมีการฆาตกรรมกันในกลุ่มผู้ค้ายาเสพติดด้วยกัน เพื่อไม่ให้สืบสวนไปถึงต้นตอของผู้ค้ายาเสพติดรายใหญ่ มีผู้หญิง เด็ก และผู้บริสุทธิ์เสียชีวิตไปหลายราย ตัวเลขจากการคาดการณ์พบว่ามีผู้เสียชีวิต 2,800 รายและบาดเจ็บ 7,000 รายจากการประกาศสงครามยาเสพติด ซึ่งขณะนั้นได้รับการสนับสนุนอย่างมาก (เวอร์จิเนีย แมคโดนัลด์ และสุภัทรา นาคะผิว, 2556) นโยบายการทำสงครามกับยาเสพติดดังกล่าว ไม่สามารถแก้ไขปัญหายาเสพติดได้อย่างยั่งยืน แม้ว่าการประกาศทำสงครามกับยาเสพติดในช่วงแรก ทำให้แนวโน้มการแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศลดลงได้อย่างชัดเจน แต่สถานการณ์ปัญหายาเสพติดที่ชายแดนกลับมีแนวโน้มของการลักลอบและนำเข้ายาเสพติดที่สูงขึ้น (การประชุมทวิภาคีว่าด้วย

ความร่วมมือด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2548) อีกทั้งยังส่งผลกระทบทางลบตามอีกมากมาย เช่น ปัญหาการปฏิบัติต่อผู้ติดยาเสพติด ปัญหาและผลกระทบจากการยึดทรัพย์ผู้ค้ายาเสพติด ปัญหาการขัดต่อหลักศาสนา ปัญหาต่อหลักนิติรัฐและกระบวนการยุติธรรม ปัญหาด้านการต่างประเทศ เป็นต้น (สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2546) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการทบทวนนโยบาย และปรับเปลี่ยนมุมมองต่อยาเสพติดใหม่

ในช่วงการดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีสมัยที่ 2 ของ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ในขณะนั้นมีความขัดแย้งทางการเมืองเกิดขึ้น มีกลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย หรือ กลุ่มพันธมิตรกู้ชาติ หรือ กลุ่มคนเสื้อเหลือง เป็นกลุ่มการเคลื่อนไหวทางการเมือง โดยเป็นการรวมตัวจากหลายองค์กรทั่วประเทศ และได้รับการสนับสนุนจากหลายฝ่าย มีแกนนำคนสำคัญ ได้แก่ สุนธิ ลิ้มทองกุล และพลตรีจำลอง ศรีเมือง ภายใต้จุดประสงค์ในการขับ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ออกจากตำแหน่งนายกรัฐมนตรี อย่างมาก มีกลุ่มเสถียรภาพทางการเมืองที่ไม่มั่นคงในขณะนั้นส่งผลต่อนโยบาย และการบริหารประเทศอย่างมาก เหตุการณ์ขัดแย้งทางการเมือง และการเห็นต่างของคนในชาติออกเป็นสองฝ่าย สองขั้วเริ่มก่อตัวขึ้น จนนำไปสู่การทำรัฐประหาร โดยคณะปฏิรูปการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข ซึ่งมีพลเอกสนธิ บุญยรัตกลิน เป็นหัวหน้าคณะ และในเวลาต่อมา พลเอก สุรยุทธ์ จุลานนท์ ก็ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ในช่วงในช่วง 1 ตุลาคม 2549 ถึง 29 มกราคม 2551 ซึ่งรัฐบาลภายใต้การนำของ พลเอก สุรยุทธ์ฯ มาเพื่อการแก้ไขปัญหาที่คณะปฏิวัติได้ชี้แจงลงในสมุดปกขาว ว่าด้วยสาเหตุแห่งการยึดอำนาจจากรัฐบาลของ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ได้แก่ (1) พยายามผูกขาดอำนาจ (2) ทำลายระบบการตรวจสอบถ่วงดุลโดยการแทรกแซงครอบงำองค์กรอิสระตามรัฐธรรมนูญ และแทรกแซงการแต่งตั้งบุคคลเข้ารับตำแหน่งสำคัญในองค์กรอิสระ ส่วนราชการ และรัฐวิสาหกิจ (3) คุกคามและแทรกแซงสิทธิมนุษยชน (4) มีการดำเนินงานและบริหารประเทศที่ส่อไปในทางทุจริตฉ้อราษฎร์บังหลวง (5) มีผลประโยชน์ทับซ้อนอย่างกว้างขวาง และ (6) ละเมิดหลักจริยธรรม (สำนักข่าวประชาไท, 2549) อย่างไรก็ตามการบริหารจัดการเกี่ยวกับนโยบายยาเสพติด ยังคงกำหนดให้การแก้ปัญหา ยาเสพติดเป็นนโยบายสำคัญที่รัฐบาลจะดำเนินการ โดยกำหนดแนวทางและกรอบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดไว้ภายใต้แผนนโยบายด้านสังคมและนโยบายการรักษาความมั่นคงของรัฐ โดยการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน “สร้างความเข้มแข็งของทุกชุมชนท้องถิ่นและประชาคมให้สามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับ ความเป็นอยู่ ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ชุมชน องค์กร อาสาสมัคร ภาคธุรกิจ สถาบันศาสนา สถาบันการศึกษา และแก้ไขปัญหาสังคมปัญหายาเสพติดอย่างจริงจังและต่อเนื่อง” ซึ่งการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดตามนโยบายของรัฐบาล พล.อ.

สุรยุทธ์ จุลานนท์ นี่นับว่า เป็นครั้งแรกที่เปิดโอกาสให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์กรในระดับพื้นที่มีบทบาทในการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นรูปธรรม โดยกำหนดให้มีการจัดตั้งศูนย์อำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศตส. อปท.) ขึ้น นอกจากนี้ ยังเปิด โอกาสให้ภาคส่วนอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยเฉพาะการดำเนินงานตามมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติด (Demand) มาตรการป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด และมาตรการบริหารจัดการอย่างบูรณาการ (สุริย์ บุญญานุพงศ์, วัชรพงศ์ พุ่มชื่น, กุณิสรา กฤตวรกาญจน์, วิลาวัณย์ หงส์นคร และผจงจิต ตีปประสอน, 2551) ในเวลาต่อมาแม้รัฐบาลที่มาจากการรัฐประหาร จะคืนอำนาจประชาธิปไตยให้กับประชาชนแล้ว แต่ความขัดแย้งทางการเมืองก็มิได้หมดไป นายกรัฐมนตรีคนถัดมา นายสมัคร สุนทรเวช และ นายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ ก็ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีได้เพียงระยะเวลาสั้นๆ เนื่องจากมาจากพรรคการเมืองในระบบทักษิณ ดังนั้น นโยบายสาธารณะต่างๆ รวมถึงนโยบายยาเสพติด จึงขาดความต่อเนื่อง และการกำกับการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ

จนกระทั่งในช่วงปลายของปี พ.ศ. 2551 ในรัฐบาลของอดีตนายกรัฐมนตรี อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรีไทย คนที่ 27 ดำรงตำแหน่งต่อจาก นายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ การแก้ปัญหายาเสพติดยังคงเป็นนโยบายสำคัญที่รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ กำหนดให้ “เร่งรัดการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นระบบครบวงจร ทั้งด้านการป้องกัน การปราบปราม การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ควบคู่กับการปรับปรุงกฎหมายให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และมีการบังคับใช้กฎหมายโดยเคร่งครัด รวมทั้งขยายความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านและนานาชาติในการแก้ไขปัญหายาเสพติด” โดยการดำเนินงานรัฐบาลได้กำหนดให้ใช้ยุทธศาสตร์ 5 รื้อป้องกัน ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งสกัดจุดอ่อนสำคัญที่ทำให้ปัญหายาเสพติดขยายตัวและเพื่อหยุดยั้งอัตราการเพิ่มขึ้นของปัญหายาเสพติดที่มีมาอย่างต่อเนื่อง (สุริย์ บุญญานุพงศ์ และคณะ, 2552) แนวทางและมุมมองในการแก้ไขปัญหายาเสพติดของไทย เริ่มมีการปรับเปลี่ยน ในปี พ.ศ. 2553 มาตรการการลดอันตรายจากยาเสพติด ถูกนำมาใช้ในเชิงนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีคำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 306/2553 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2553 กำหนดให้มีการดำเนินการมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยมุ่งลดอันตรายต่อตัวผู้ติดยา รวมถึงชุมชนและสังคมจากการใช้ยาเสพติด อีกทั้งยังเป็นการเปิดทางเลือกให้ผู้ติดยาได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม เพื่อลดความหนาแน่นของระบบบำบัดรักษาและลดจำนวนผู้กระทำความผิดบางส่วนที่ถูกคุมขังในเรือนจำ ในขณะนั้นมีการนำร่องดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติดในบางพื้นที่ แต่ทว่ายังไม่มีการกำหนดแนวทาง

ปฏิบัติให้ชัดเจน และยังไม่มีกำหนดแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดไว้ในยุทธศาสตร์ของประเทศ (ฉกรรจ์ กิตติชนเดชาพล, 2556)

ในยุครัฐบาลของนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีหญิงคนแรกของประเทศไทย ได้มีแนวทางให้นำแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดมาใช้ โดยมีคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 30/2555 เรื่องแนวปฏิบัติการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด โดยได้กำหนดให้กลุ่มผู้ติดยาเสพติดรุนแรงนั้น ต้องดำเนินการส่งไปบำบัดฟื้นฟู รวมถึงพิจารณาให้ใช้แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างเหมาะสมกับสภาพของผู้ติดยาเสพติดแต่ละราย เพื่อลดผลกระทบที่อันตรายต่อตัวผู้เสพ ครอบครัว สังคมและชุมชน คำสั่งดังกล่าวถือได้ว่าเป็นความสำคัญกับแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติด เป็นแนวทางที่ดีที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นระบบในเรื่องนี้

ต่อมา เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2557 เกิดเหตุการณ์รัฐประหารขึ้นอีกครั้งในประเทศไทย นับเป็นการทำรัฐประหารครั้งที่ 13 ในประวัติศาสตร์ของชาติ โดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ มีผลทำให้ตำแหน่งนายกรัฐมนตรีซึ่งเป็นผู้ดำเนินการบริหาร และผู้มีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบาย จึงเปลี่ยนมาเป็น พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา รัฐบาลของพลเอกประยุทธ์ได้แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันศุกร์ที่ 12 กันยายน 2557 ในข้อ 2. การรักษาความมั่นคงของรัฐ และการต่างประเทศ ที่กำหนดให้ปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาเฉพาะหน้าที่ต้องได้รับการป้องกัน และแก้ไขโดยการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด และจัดการปัญหาอื่น ๆ ที่เชื่อมโยงต่อเนื่องให้เบ็ดเสร็จ (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2557) และกำหนดให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นวาระเร่งด่วนของชาติที่ต้องรีบเร่งดำเนินการ ด้วยการผนึกกำลังของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ตามแผนประชารัฐ โดยมีเป้าหมายคือ การขจัดยาเสพติดให้หมดไปจากสังคมโดยสิ้นเชิง นอกจากนี้ได้มีการกล่าวถึงเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติด ในสารของนายกรัฐมนตรีเนื่องในวันต่อต้านยาเสพติดโลก ซึ่งตรงกับวันที่ 26 มิ.ย.ของทุกปี ในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ สมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดของโลก ค.ศ. 2016 ทุกประเทศมีแนวทางเดียวกันในการเปลี่ยนมุมมองใหม่ต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการใช้สาธารณสุขนำ เน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบบูรณาการ คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนอย่างครอบคลุม นำรูปแบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้เพื่อควบคุมให้ดำรงชีวิตอยู่ โดยไม่สร้างความเดือดร้อนให้สังคม รัฐบาลมีความห่วงใยต่ออนาคตของเด็กและเยาวชนของชาติอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในส่วนของผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด จึงจัดทำแผนประชารัฐร่วมใจ สร้างหมู่บ้าน ชุมชนมั่นคงปลอดภัยยาเสพติด พ.ศ. 2559 – 2560 ขับเคลื่อนด้วย

กลไกและกระบวนการประชารัฐ พร้อมมุ่งดำเนินการกับกลุ่มผู้ค้า ผู้ผลิตและเครือข่ายยาเสพติด รวมทั้งปรับปรุงกฎหมายยาเสพติดหลายฉบับ ให้เป็นร่างกฎหมายยาเสพติดฉบับเดียว เพื่อให้มีการบังคับใช้ที่เชื่อมโยงสอดคล้องกันไปในทิศทางเดียวกันและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด พร้อมกับได้น้อมนำแนวทางพระราชทาน “ศาสตร์พระราชา” มาเป็นหลักในการทำงานด้วย (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2560)

และในปี พ.ศ. 2561 รัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา มีการปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดจากเดิม 24 ฉบับ เช่น พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ร.บ.วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท โดย 2 ฉบับนี้ดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข พ.ร.บ.ควบคุมการใช้สารระเหย ดูแลร่วมกันโดยกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอุตสาหกรรม พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ร.บ.มาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด และ พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดียาเสพติด ดูแลโดยกระทรวงยุติธรรม ซึ่งกฎหมายเหล่านี้มีหลายฉบับ กระจายอยู่ในความรับผิดชอบของหลายหน่วยงาน ควรทำการยกเลิกและปรับปรุงรวมเหลือ 3 ฉบับ คือ ร่างพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ... ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด และร่างพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดียาเสพติด (ฉบับที่...) พ.ศ. ... การนำมารวบรวมไว้ในรูปแบบประมวลกฎหมาย จะทำให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดมีการประสานสอดคล้องกัน ทำให้เกิดประสิทธิภาพและทำให้ประชาชนเกิดความเข้าใจและเข้าถึงกฎหมายได้มากขึ้น จะมีการปรับปรุงกฎหมายให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ต้องกำหนดให้มีระบบอนุญาตเพื่อการควบคุมและการใช้ประโยชน์จากยาเสพติดในทางการแพทย์ ทางวิทยาศาสตร์และทางอุตสาหกรรม และมุ่งเน้นการป้องกันแพร่กระจายยาเสพติด โดยเฉพาะการแพร่กระจายสู่กลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ รวมทั้งต้องมีการกำหนดคณะกรรมการ ที่ประกอบด้วยบุคลากรที่มีความหลากหลายทั้งจากภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายต่างๆ ทั้งการปราบปราม การป้องกันและการควบคุมยาเสพติด รวมถึงการบำบัด รักษาและฟื้นฟูให้แก่ผู้ติดยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ สอดรับการปรับแนวคิดต่อผู้เสพยาว่าผู้เสพยาไม่ใช่อาชญากร และแก้ไขกฎหมายให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ ซึ่งเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2563 มีการประชุมร่วมกันของรัฐสภาเพื่อพิจารณาร่าง พ.ร.บ.ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.... ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด และร่าง พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดียาเสพติด ที่คณะรัฐมนตรี (ครม.) เป็นผู้เสนอ โดยมี นายชวน หลีกภัย ประธานรัฐสภา เป็นประธานการประชุม ผลการประชุมปรากฏว่าที่ประชุมได้ลงมติรับหลักการร่าง พ.ร.บ.ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. .... ร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด และ ร่าง

พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดียาเสพติด 598 ต่อ 0 เลี่ยง และตั้งคณะกรรมการการวิสามัญเพื่อพิจารณาร่างฯ จำนวน 35 คน ใช้ระยะเวลาพิจารณาแปรญัตติ 15 วัน

กล่าวโดยสรุป รัฐบาลมีความสำคัญมากที่สุดในการกำหนดนโยบายต่างๆ จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น การประกาศนโยบายด้านยาเสพติดของรัฐบาลจากอดีตสู่ปัจจุบันนั้น มีผลกระทบโดยตรงต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงประชาชนและสังคม ดังนั้น นโยบายที่ผิดจากความเป็นจริง ที่ควรจะเป็น ยังส่งผลกระทบต่อรัฐบาลในชุดต่อๆ มา และสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน เช่น ปัญหาผู้ต้องขังล้นเรือนจำ เนื่องจากผู้ต้องขังในคดียาเสพติดที่เพิ่มขึ้นจำนวนมากในยุคสงครามยาเสพติด อย่างไรก็ตาม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องประเมินผลของนโยบายอยู่เสมอ เพื่อจะได้กำหนดนโยบายใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

## 2.2.2 นโยบายและมาตรการสากลที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลก ใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

### 2.2.2.1 หลักการวางนโยบายยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ

ให้ความสำคัญและตระหนักถึง “สุขภาพและสวัสดิภาพของมนุษยชาติ (Health and Welfare of Mankind) ความสัมพันธ์ระหว่างนโยบาย และการพัฒนามนุษย์มีความซับซ้อน ประกอบด้วยหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ การคุกคามสิทธิมนุษยชน ความมั่นคงปลอดภัย การสาธารณสุข อาชญากรรม กระบวนการยุติธรรม การสูญเสียพลเมือง ส่งผลให้ความสามารถในการผลิตลดลง การว่างงาน และความยากจน เป็นต้น นโยบายการควบคุมยาเสพติดแบบการทำสงครามกับยาเสพติด (War on Drugs) ไม่สามารถแก้ไขปัญหา ซ้ำยังเกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในวงกว้าง กลายเป็นต้นตอต่อเกิดแห่งอาชญากรรมอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา ดังนั้น นโยบายยาเสพติดที่มีความเป็นมนุษยธรรม (Human Drug Policy) บนฐานคิดแห่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ซึ่งให้ความสำคัญใน 3 ด้าน คือ การสาธารณสุข การพัฒนา และความมั่นคงของมนุษย์ น่าจะเป็นคำตอบของการแก้ปัญหายาเสพติด ทั้งในด้านของการลดอันตราย (Harm Reduction) และความรุนแรงในตลาดการค้ายาเสพติด (Drug Market Violence) ได้อย่างยั่งยืน โดยผ่านการพัฒนา (United Nations Development Programme [UNDP], 2015)

ดังนั้น แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติด ควรเป็นรูปแบบบูรณาการในหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อด้านมนุษยชาติเป็นสำคัญ ซึ่งประกอบด้วย การดำเนินการที่มีความครอบคลุมในหลากหลายด้านหลายมิติ ดังต่อไปนี้

1) สุขภาพและความปลอดภัยของมนุษย์ต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก การแทนที่นโยบายยาเสพติดและมาตรการการห้ามโดยเด็ดขาด (Zero-tolerance) โดยใช้มาตรการการลงโทษด้วยนโยบายที่มีมนุษยธรรม (Towards Humane Drug Policy) ซึ่งให้ความสำคัญกับสุขภาพและความปลอดภัย พร้อมทั้งการคำนึงถึงศีลธรรม จริยธรรม และค่านิยม ดังนั้น การป้องกันการปกป้องชุมชน มาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด และการบำบัดจึงเป็นเสาหลักสำหรับนโยบายยาเสพติด การเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติจึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วน การมุ่งให้ความสนใจในการลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพของผู้ใช้ยา ในเรื่อง การพึ่งพายาเสพติด การเสพยาเสพติดเกินขนาด โรคติดต่อทางเลือด ซึ่งเป็นวิธีการที่สนับสนุน และมุ่งเน้นการสาธารณสุขอย่างแท้จริง

2) การบัญญัติกฎหมายเพื่อกำหนดประเภทของยาเสพติดให้โทษ จำต้องทบทวนถึงสิ่งที่กฎหมายเรียกว่ายาเสพติดให้โทษ ทุกแง่มุมทั้งมิติในทางวิทยาศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ และกฎหมายว่านโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่ผ่านมา เราได้เดินมาถูกทิศทางหรือไม่หรือ กลายเป็นฝ่ายสร้างหรือตัวเร่งให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งผลกระทบที่ตามมาต่อกระบวนการยุติธรรมด้วย

3) การเข้าถึงยาที่จำเป็นเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ระบบการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศนั้น เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาที่จำเป็น เช่น มอร์ฟีน เมทาโดน กัญชา ซึ่งมีสรรพคุณทางการแพทย์ อาทิเช่น รักษาอาการปวดอย่างรุนแรง รักษาโรคมะเร็ง ทำให้มีการขาดแคลนหรือการเข้าถึงอย่างไม่เพียงพอ นำไปสู่ความทุกข์ทรมานอย่างไม่จำเป็น ในบางประเทศ อย่างเช่นประเทศรัสเซียมีการห้ามใช้มอร์ฟีน และเมทาโดนอย่างเด็ดขาด ทั้ง ๆ ที่ความจริงแล้วมอร์ฟีน และเมทาโดนยังมีความจำเป็นและอยู่ในรายการต้นแบบยา ที่สำคัญขององค์การอนามัยโลก (WHO Model List of Essential Medicines)

4) การลดความเป็นอาชญากรรมและการคุมขังบุคคลผู้ใช้ยาเสพติด การทำให้คนที่ใช้และมียาเสพติดไว้ในครอบครองเป็นอาชญากร เป็นสิ่งสูญเสียและไม่สร้างสรรค์ อีกทั้ง

ยังเป็นการตีตราบาป และเพิ่มจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำอย่างมาก การห้ามยาเสพติดโดยการบังคับใช้กฎหมายด้วยการลงโทษผู้ขายยา มีการศึกษาวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าทำให้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเลวร้ายยิ่งขึ้น และการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประเทศต่างๆ แสดงให้เห็นว่าไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างความเข้มข้นของการปราบปรามกับความชุกของการใช้ยาเสพติด การทำให้ยาเสพติดเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ไม่ว่าจะเป็นการเสพยาเสพติด การมียาเสพติดจำนวนเล็กน้อยเพื่อใช้เสพเป็นการส่วนตัว หรือเป็นการมีอุปกรณ์ที่ใช้ในการเสพยาเสพติด เป็นตัวผลักดันสำคัญในการก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและสังคมมากมาย ส่งผลกระทบต่อประชากรชายขอบทางสังคมซึ่งอยู่ในกลุ่มเสี่ยงอยู่แล้ว และส่งเสริมพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงทางด้านสาธารณสุข เช่น การใช้อุปกรณ์การฉีดยาเสพติดร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การแพร่ของเชื้อไวรัสเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และการติดเชื้ออื่นๆ รวมถึงการเสียชีวิตจากการเสพยาเกินขนาด การยุติการทำให้ยาเสพติดเป็นอาชญากรรมเป็นเงื่อนไขแรกของนโยบายยาเสพติดที่มีสุขภาพเป็นพื้นฐาน สามารถใช้เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาได้ และการที่จะดำเนินการตามนโยบายนี้ไม่จำเป็นต้องมีการแก้ไขบทบัญญัติของสนธิสัญญายาเสพติดที่มีอยู่ จึงสามารถดำเนินการได้โดยทันทีที่ไม่มีผลกระทบต่อกฎหมายระหว่างประเทศ ประเทศต่างๆ ควรมุ่งดำเนินการไปสู่การพัฒนานโยบายและกฎหมายที่ลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด และอนุญาตให้มีโครงการเข็มและกระบอกฉีดยา (Needle & Syringe Programs (NSPs)) โครงการบำบัดโดยการให้สารเข้าฝิ่นทดแทน (Opioid Substitution Treatment (OST)) รวมถึงควรห้ามการบำบัดภาคบังคับ การยุติการทำให้ผู้ขายยาเสพติดเป็นอาชญากร ไม่ได้หมายความว่าเป็นการปฏิเสธบทบาทของเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือระบบงานยุติธรรมทางอาญา แต่เป็นมิติและบทบาทใหม่ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็น มีตัวอย่างมากมายที่แสดงให้เห็นถึงวิธีการว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถทำงานร่วมกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ได้ ซึ่งให้ผลลัพธ์ในทางสุขภาพที่ดีกว่า ตัวเจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถสนับสนุนมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดได้ เช่น โครงการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา การบำบัดโดยใช้สารทดแทน ศูนย์บริการยาเสพติดภายใต้การควบคุม และการเข้ารับการฝึกอบรมในการป้องกันการเสพยาเสพติดเกินขนาด หากบุคคลที่เสพยาเสพติดเข้ามาติดต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ พวกเขาสามารถได้รับการส่งตัวไปใช้บริการยังศูนย์สุขภาพที่เกี่ยวข้องโดยรวมแล้วเจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความปลอดภัยของชุมชน ถึงแม้ว่าสิ่งเหล่านี้จะต้องการการลงทุนที่พอเพียงในทิศทางเชิงกลยุทธ์ การบริหารจัดการ และการฝึกอบรม

5) การปรับเปลี่ยนมุมมองของการปราบปรามการลักลอบค้ายาเสพติดและองค์กรอาชญากรรม วิธีการปราบปรามต้องมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายให้ถูกต้องและชัดเจน เพื่อสร้าง

ความสงบและความมั่นคงให้เกิดขึ้น ขอบเขตขององค์กรค้ายาเสพติดนั้นใหญ่โตมโหฬารและเติบโตขึ้นเรื่อยๆ ในหลายภูมิภาค ประสบกับปัญหาความรุนแรง ความไม่มั่นคง การทุจริตคอร์รัปชัน ส่งผลต่อความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและการเมือง ผู้กำหนดนโยบายในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ ต้องทำทนายและพิจารณาข้อสมมติฐาน เป้าหมาย และการปฏิบัติเสียใหม่ในการดำเนินการกับองค์กรอาชญากรรม ซึ่งคนส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดไม่ได้เป็นสมาชิกขององค์กรอาชญากรรมที่ใช้ความรุนแรง เช่น ผู้ปลูกพืชเสพติด ผู้ลักลอบขนยาเสพติด (Drug Mules) ผู้ลักลอบนำยาเสพติดเข้าประเทศ (Drug Runners) ส่วนใหญ่ถูกดึงเข้าสู่การค้ายาเสพติดไม่ใช่เพราะความโลภ แต่เป็นเพราะความจำเป็นทางเศรษฐกิจ ซึ่งบางคนเรียกเศรษฐกิจยาเสพติดนี้ว่า “เศรษฐกิจเพื่อความอยู่รอด” (Survival Economy) การปราบปรามอย่างรุนแรงซึ่งมุ่งไปผิดเป้าหมาย ผิดกลุ่มคน ไม่เพียงแต่ล้มเหลว แต่ยังเป็นการเผาผลาญทรัพยากร ส่งผลต่อปัญหาความแออัดในเรือนจำ ส่งเสริมการทุจริตคอร์รัปชัน และบั่นทอนครอบครัวและชุมชน การปราบปรามที่ขาดทิศทางและกลยุทธ์ที่เหมาะสม เช่น การมุ่งเป้าไปที่จำนวนการจับกุม ปริมาณยาเสพติดที่ยึดได้ ซึ่งมักจะนำไปสู่การจับกุมตัวไปสถานีตำรวจและการถูกจับดำเนินคดีที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่บ่อยครั้งมักจะไม่ใช่บุคคลที่ต้องการจริงๆ วิธีการดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดผลในระยะยาวอย่างแท้จริงในระดับการผลิตของยาเสพติด เพราะมักมีบุคคลอื่นๆ ที่พร้อมจะเข้ามาแทนที่ ดังนั้นจึงเป็นการทำให้จำนวนของผู้กระทำผิดล้นเรือนจำ และล้นระบบงานยุติธรรมทางอาญา ความพยายามป้องกันและลดอันตรายที่เกิดจากองค์กรอาชญากรรมในกระบวนการผลิตและการลักลอบค้ายาเสพติดจะต้องใช้การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจเข้ามามีบทบาทในชุมชน ซึ่งในบางมุมมองคล้ายคลึงกับมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในการจัดการผู้เสพยาเสพติดที่มีปัญหา ในทางปฏิบัติสิ่งนี้หมายถึง การมุ่งไปที่การลดผลลัพธ์ซึ่งเป็นอันตรายร้ายแรงที่สุดของตลาดที่ผิดกฎหมายมากกว่าการที่ต้องกำจัดการให้หมดไป ความพยายามในการปรับมุมมองใหม่นี้จะสามารถเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศที่กำลังดำเนินอยู่ เพื่อดูแลเรื่องการฟอกเงิน และการทุจริตคอร์รัปชันที่เกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดผิดกฎหมาย อีกทั้งการลงทุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้สถาบันของกระบวนการยุติธรรมทางอาญา จะช่วยสนับสนุนการปราบปรามให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม สิ่งนี้ไม่ได้หมายความว่าความถึงการเพิ่มเพียงอำนาจให้กับผู้รักษากฎหมายเท่านั้น แต่ทรัพยากรควรต้องได้รับการนำไปใช้เพื่อเสริมสร้างหลักนิติธรรม และกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นระหว่างชุมชนและตำรวจ องค์ประกอบที่สำคัญของกระบวนการนี้คือ กระบวนการติดตามผลที่ดีขึ้นและระบบของภาระความรับผิดชอบที่ได้รับการปรับปรุง เพื่อว่าเจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมายจะไม่ปฏิบัติหน้าที่ภายใต้วัฒนธรรมของการลงโทษที่ยินยอมให้มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนบ่อยครั้งเกินไปและการทุจริตคอร์รัปชันที่ฝังรากลึก

6) รัฐบาลเข้าควบคุมตลาดยาเสพติด ทางเลือกที่จะทำให้ตลาดค้ายาเสพติดหายไปคงไม่มีทางเป็นไปได้ ดังนั้นรัฐบาลจะต้องเลือกระหว่างการควบคุมให้อยู่ในมือของรัฐบาล หรือพวกกลุ่มองค์กรอาชญากรรม การควบคุมยาเสพติดด้วยวิธีนี้จะสามารถลดอันตรายทางสังคม และสุขภาพ และช่วยลดอิทธิพลขององค์กรอาชญากรรมลงได้ เป็นสิ่งที่จำเป็นทางการสาธารณสุขที่จะต้องมีการควบคุมยาเสพติดอย่างถูกกฎหมาย ไม่ใช่เพราะยาเสพติดเหล่านี้ปลอดภัย แต่โดยแท้จริงแล้วยาเสพติดเหล่านี้อาจเป็นอันตรายและก่อให้เกิดความเสี่ยงที่รุนแรงได้ การที่ยาเสพติดได้รับการผลิต การขาย และการเสพในสภาพแวดล้อมของอาชญากรรมที่ไม่มีการควบคุม จะไม่มีคุณภาพ ไม่ทราบขนาดความแรงหรือความเข้มข้นที่แท้จริง บางครั้งผสมสิ่งเจอปน สารเติมเต็มหรือยาอื่นๆ ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับส่วนประกอบของยาเสพติด ความเสี่ยง หรือคำแนะนำเกี่ยวกับอันตรายของยา การที่รัฐบาลกำกับดูแลจะช่วยลดความเสี่ยงเหล่านี้ลง ได้มาก เช่นเดียวกับที่รัฐบาลควบคุมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และยาสูบ อย่างไรก็ตามประเด็นของกฎหมายก็มีความน่าสนใจมาก ซึ่งทั่วโลกมีแนวโน้มจะออกกฎหมาย และวิธีการควบคุมกัญชา การควบคุมทางกฎหมายจะช่วยให้รัฐบาลสามารถควบคุม และกำหนดกฎเกณฑ์หลายด้านของตลาดดังนี้ การผลิตและการส่งผ่าน (สถานที่ การออกใบอนุญาต และความมั่นคง) ผลผลิต (ปริมาณการใช้/ฤทธิ์ของยา ยาสูตรผสม ราคา และการบรรจุ) ผู้ค้า (การออกใบอนุญาต การตรวจสอบ และข้อกำหนดในการฝึกอบรม) การตลาด (การโฆษณา การสร้างตราสินค้า การส่งเสริมการขาย) การระบายสินค้า (สถานที่ ความหนาแน่นของร้านขายสินค้า และรูปลักษณะภายนอก) การเข้าถึง (การควบคุมทางอายุ ผู้ซื้อที่ได้รับอนุญาต สิทธิของสมาชิกสโมสร ใบสั่งแพทย์) ดังนั้น กรอบการควบคุมทางกฎหมายจึงต้องมีความเข้มงวดและโปร่งใส กฎหมายจะควบคุมสิ่งที่ได้รับอนุญาตแล้ว และวางแนวทางด้านปริมาณของผลิตภัณฑ์ รายละเอียดที่ชัดเจนของยาเสพติด และผลิตภัณฑ์ยาเสพติดที่อนุญาตให้มีได้ (Global Commission on Drug Policy, 2014)

2.2.2.2 ยุทธศาสตร์ 4 เสาหลัก (Four Pillars) ของ 5 ประเทศในทวีปยุโรป คือ สาธารณรัฐเช็ก เยอรมัน เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส และสวิตเซอร์แลนด์ ได้แก่

1) การป้องกัน (Prevention) การป้องกันในโรงเรียนเป็นหัวใจสำคัญ โดย การปฏิบัติบนพื้นฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์และการวิจัยทางสังคม โครงการป้องกันปัญหา ยาเสพติด “Youth in Europe” ในประเทศเยอรมนี พบว่าการใช้เวลาร่วมกับพ่อแม่เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดโอกาสการใช้ยาเสพติด ขณะเดียวกันการมีเพื่อนที่เฝ้าทำให้เด็กมีโอกาสใช้ยามากขึ้น ส่วน เด็กที่เล่นกีฬา เข้าชมรม และทำกิจกรรมนอกหลักสูตรต่างๆ มีแนวโน้มใช้น้อยกว่าเด็กกลุ่มอื่น

ดังนั้นการป้องกันต้องทำร่วมกันทั้งครอบครัว กลุ่มเพื่อน โรงเรียน ผู้จัดกิจกรรมเพื่อเยาวชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การต่อสู้กับยาเสพติดประสบผลสำเร็จ (The Icelandic Centre for Social Research and Analysis [ICSRA], 2015)

2) การลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction) สนับสนุนนโยบายอย่างเป็นทางการให้กับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยส่วนใหญ่แล้วมักจะเป็นการจัดสรรงบประมาณให้กับภาคประชาสังคมเพื่อเข้าถึงกลุ่มผู้รับบริการ รวมถึงให้บริการและช่วยเหลือเพื่อสามารถเข้าสู่ระบบบำบัดยาเสพติดและเข้าสู่ระบบดูแลสุขภาพแห่งชาติ

3) การบำบัดรักษา (Treatment) จัดให้มีบริการที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งให้ความเคารพด้านสิทธิมนุษยชนและสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้รับบริการ อนึ่ง วัตถุประสงค์หลักของการบำบัดรักษานั้นไม่ใช่การเลิกใช้ยาเสพติดเพียงอย่างเดียว แต่คือสามารถจัดการกับความจำเป็นต้องพึ่งพายาเสพติดของตนได้

4) การบังคับใช้กฎหมาย (Enforcement) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะเลือกใช้ (วีระพันธ์ งามมี และปาสกาล ตันกวย, 2560)

#### 2.2.2.3 นโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติด แทนนโยบายการห้ามยาเสพติด

การลดอันตรายจากยาเสพติด หมายถึง การลดผลกระทบด้านร้ายของยาเสพติดทั้งทางด้านสังคม และตัวผู้เสพ เป็นแนวทางการแก้ปัญหาแบบครอบคลุมที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานด้านการสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน ซึ่งจะตรงข้ามกับนโยบายการห้ามยาเสพติด ที่ใช้มาตรการเชิงลงโทษกับผู้เสพยาเสพติด ซึ่งมีแต่จะเพิ่มความเสี่ยงด้านสุขภาพและก่อให้เกิดอุปสรรคในทางปฏิบัติและทางการเมือง ตามประวัติศาสตร์แนวทางการห้ามยาเสพติดเน้นไปที่จุดมุ่งหมายในการลดการใช้ยาเสพติด ซึ่งมีเป้าหมายสูงสุดคือโลกที่ปลอดยาเสพติด ส่วนจุดมุ่งหมายอื่นก็มักจะเป็นลำดับถัดมา ในความเป็นจริงแล้วจุดมุ่งหมายดังกล่าวตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ผิดว่าการใช้ยาเสพติดผิดกฎหมายทุกชนิดเป็นอันตรายและกีดรอนสังคม การมุ่งเน้นการลดยาเสพติดโดยมองในมุมแคบและการเข้าใจอย่างผิดๆ ว่าภายใต้กฎหมายห้ามยาเสพติดจะส่งผลให้การใช้ยาเสพติดมีน้อยกว่าภายใต้กรอบกฎหมายอื่นนั้น ซึ่งกระทบต่อเป้าหมายนโยบายที่หลากหลาย การลดอันตรายต่อสังคมและสุขภาพกลายเป็นประเด็นที่ถูกลดความสำคัญหรือถูกกลืนไป จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องเน้นย้ำว่า

จุดมุ่งหมายหลักของนโยบายยาเสพติดควรจะเป็นการลดอันตรายต่อสังคมและสุขภาพให้น้อยลง และส่งเสริมความอยู่ดีมีสุขให้ถึงขีดสุด ดังนั้น ก่อนที่รัฐบาลจะออกนโยบายการแก้ปัญหายาเสพติด รัฐบาลต้องมองให้ออก และเข้าใจปัญหาของยาเสพติดให้ถูกต้องเสียก่อนว่า ปัญหายาเสพติดนั้นมีประเด็นที่ต้องนำมาพิจารณา ดังนี้

1) การเสพยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นประเด็นปัญหาด้านสาธารณสุขและสังคม หากใช้นโยบายการห้ามหรือการทำให้สงครามกับยาเสพติด ที่เน้นการลงโทษโดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจและทหารเข้ามาเกี่ยวข้อง แทนที่จะเป็นแพทย์และผู้มีวิชาชีพทางการแพทย์ และการดำเนินคดีกับผู้เสพยาไปจนถึงการกำหนดให้รับโทษในเรือนจำ ทำให้บุคคลผู้เสพยาเสพติดซึ่งควรมีสถานะเป็นผู้ป่วยกลายเป็นอาชญากรและถูกตีตรา ถูกต้องเหมาะสมแล้วหรือไม่

2) จุดมุ่งหมายสำคัญของการแก้ปัญหายาเสพติด คือ ต้องการลดอาชญากรรม การทุจริตคอร์รัปชันและความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ดังนั้นต้องแยกให้ขาดระหว่างความแตกต่างของอันตรายที่เกิดจากการเสพยาเสพติดกับอันตรายที่เกิดจากกฎหมายยาเสพติดและการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว ต้องเข้าใจว่าการห้ามสินค้าที่มีความต้องการในตลาดสูงอย่างเค็ดชาคนั้น เป็นเรื่องที่ผิดธรรมชาติของอุปสงค์และอุปทาน เมื่ออุปสงค์ของยาเสพติดที่สูงนั้นยังคงมีอยู่ควบคู่ไปกับกฎหมายห้ามสิ่งเสพติด ก็ย่อมก่อให้เกิดโอกาสในการทำกำไรจากธุรกิจผิดกฎหมายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความพยายามในการขัดขวางการผลิตและการค้ายาเสพติดผิดกฎหมายก็เป็นหายนะเช่นเดียวกันกับผลกระทบที่เกิดขึ้น ข่มสร้างโอกาสที่มีกำไรงามให้แก่ผู้ประกอบการที่เป็นอาชญากรอย่างแน่นอน แม้ว่าเราจะจับกุมผู้ค้ามากเพียงใดหรือทำลายเครือข่ายลักลอบค้ายาเสพติดมากเพียงใด ช่องว่างดังกล่าวก็จะถูกเติมเต็มโดยผู้ค้าหน้าใหม่ที่ต้องการในผลกำไรมหาศาลซึ่งกฎหมายห้ามสิ่งเสพติดเป็นผู้หยิบนั่นเอง ดังนั้นรัฐบาลจึงต้องพยายามลดอุปสงค์ โดยการส่งเสริมให้ผู้เสพยาเสพติดมีเป้าหมายในการลดการใช้ยาหรือเลิกยา เช่น การให้ความรู้ การป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การบำบัดรักษา การให้สารทดแทน การจัดสถานที่ใช้ยาเสพติดให้เพื่อมีความปลอดภัย และในขณะเดียวกันต้องเข้าควบคุมอุปทานให้อยู่ในการควบคุมของรัฐบาลแทนการควบคุมขององค์กรอาชญากรรม การควบคุมนี้มาทั้งในรูปแบบของการเข้าแทรกแซงตลาดโดยตรงและการได้รับข้อมูลที่มากขึ้น ภายใต้กรอบการทำงานโดยใช้ระเบียบข้อบังคับทางกฎหมาย รัฐบาลจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการผลิต การจัดจำหน่าย การบริโภคยาเสพติด และขนาดของตลาดยาเสพติดโดยรวมมากกว่าที่ได้รับอยู่ในปัจจุบันมาก แนวทางนี้เปิดโอกาสให้หลายประเทศที่มีสถาบันที่อ่อนแอสามารถจัดการกับบางปัญหาที่ท้าทายได้ดีขึ้น เช่น การปฏิรูปตำรวจ

การปฏิรูปงานยุติธรรม และการขาดความไว้วางใจในองค์กรของรัฐโดยรวม แต่ก็มีความท้าทายอย่างมากเพราะรัฐบาลจะต้องมีความเข้มแข็งอย่างมากจึงจะควบคุมได้

3) ความมั่นคงอย่างมีเสถียรภาพ ด้วยยาเสพติดเองไม่ได้เป็นสาเหตุของปัญหาด้านความมั่นคง แต่การดำเนินนโยบายของระบบห้ามสิ่งเสพติดที่มุ่งควบคุมยาเสพติดต่างหากที่เป็นสาเหตุ ดังนั้นแนวความคิดด้านการพัฒนามีหลายมิติ คือ มิติด้านเศรษฐกิจ มนุษย์ สังคมและการต่างประเทศ ต้องคำนึงถึงให้รอบด้านในความเป็นจริงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจต่างหากที่เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดอุปสงค์ของยาเสพติด

4) หลักสิทธิมนุษยชน การคุ้มครองเด็กและเยาวชน และผู้มีความหมิ่นเหม่ทางสังคม (บุคคลชายขอบ) การสงครามยาเสพติดนั้นเป็นสาเหตุสำคัญของการละเมิดสิทธิและเสรีภาพ การละเมิดสิทธิมนุษยชนพบมากในการปราบปรามยาเสพติดทั่วโลก ในระดับการกระทำของเจ้าหน้าที่ตำรวจและทหาร และพบได้ทั่วไปในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด อย่างไรก็ตาม แนวคิดด้านสิทธิมนุษยชนนั้นครอบคลุมถึงหลากหลายประเด็น เช่น สิทธิด้านสุขภาพสำหรับผู้ที่เสพยาเสพติด หรือสิทธิทางวัฒนธรรม/ชนพื้นเมืองของผู้ที่ใช้ยาเสพติดตามวิถีชีวิตดั้งเดิม หรือเน้นที่จุดมุ่งหมายใดๆ โดยเฉพาะ เช่น การให้ความมั่นใจว่าการบังคับใช้กฎหมายยาเสพติดนั้นจะเป็นไปโดยเคารพต่อสิทธิมนุษยชน หรือว่าผลของนโยบายจะถูกประเมินตามตัวชี้วัดด้านสิทธิมนุษยชน เป็นต้น

5) ความคุ้มค่าของนโยบายกับงบประมาณที่ลงทุน นโยบายยาเสพติดควรจัดทำขึ้นบนพื้นฐานของการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ และสามารถชี้วัดผลสำเร็จได้ ตัวชี้วัดของการห้ามยาเสพติด เช่น จำนวนการจับกุมหรือตัวเลขการยึดยาเสพติด เนื่องจากการปราบปรามด้านอุปทานของยาเสพติดนั้นไม่ได้สะท้อนประสิทธิภาพของนโยบาย แต่เป็นมาตรการที่ใช้เงินจำนวนมาก นโยบายด้านสาธารณสุข ที่เน้นการป้องกันและช่วยเหลือผู้เสพยา มีโครงการริเริ่มการประเมินต้นทุน (Count the Costs Initiative) ซึ่งเป็นความร่วมมือของ NGO กว่า 100 องค์กรที่มีความกังวลร่วมกันถึงผลกระทบทางลบจากสงครามยาเสพติดได้จัดทำต้นทุนหลักจากสงครามยาเสพติด ซึ่งแบ่งเป็น 7 ด้านด้วยกัน คือ ด้านการสาธารณสุข ด้านการพัฒนา และความมั่นคง ด้านอาชญากรรม ด้านการติดยาและการเลือกปฏิบัติ ด้านสิทธิมนุษยชน ด้านเศรษฐศาสตร์ และด้านสิ่งแวดล้อม (UNDP, 2015 ; Global Commission on Drug Policy, 2014)

2.2.2.4 หลักสำคัญในการจัดทำนโยบายเพื่อประสบผลสำเร็จในการจัดการปัญหา ยาเสพติด ของมณฑล ไวมิงกา ต้องประกอบด้วย 3 แนวคิดดังต่อไปนี้ (มณฑล ไวมิงกา, 2553)

- 1) แนวคิดสังคมปลอดยาเสพติด (Zero-tolerance/ Prohibition/Criminalization)
- 2) แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด (Decriminalization)
- 3) แนวคิดการทำให้ไม่ผิดกฎหมาย (Legalization)

2.2.2.5 หลักในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัย พิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดโลก ค.ศ. 2016 หรือ UNGASS 2016 (United Nation General Assembly Special Session) ระหว่างวันที่ 19-21 เมษายน 2559 ณ ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกาที่ประชุมสรุปแนวทาง 5 หัวข้อหลักในการแก้ไขปัญหายาเสพติด มีสาระสำคัญคือ

1) หัวข้อที่ 1 ยาเสพติดและสุขภาพ ประกอบด้วย การเปลี่ยนกรอบ ความคิดจากสงครามยาเสพติดเป็นการใช้สาธารณสุขนำการแก้ไขปัญหายาเสพติด เน้นสุขภาพ ผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ ครอบคลุมและสมดุล และ กลุ่มสารกระตุ้นชนิดใหม่ หรือ New Psychoactive Substances (NPS) ในตลาดมืด เป็นสารประเภทออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ได้ถูก นำมาใช้มากขึ้น

2) หัวข้อที่ 2 ยาเสพติดและอาชญากรรม ทุกประเทศยอมรับว่ายาเสพติด เป็นปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติ ที่ทุกส่วนต้องร่วมมือกันปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบและ ประสานงานข้ามพรมแดน โดยสิ่งสำคัญคือ การมีข้อมูลที่ทันสมัย การมีความร่วมมือด้านข้อมูล ต่างๆ การควบคุมสารตั้งต้น นอกจากนี้ ประเทศไทยยังได้เสนอเกี่ยวกับการตรวจพิสูจน์ สารเสพติด สำหรับการค้นหาแหล่งผลิตจากตราสัญลักษณ์และการตรวจพิสูจน์ความบริสุทธิ์ของยาเสพติด

3) หัวข้อที่ 3 ยาเสพติดและสิทธิมนุษยชน การกล่าวถึงมิติสิทธิมนุษยชน โดยรวมถึงสิทธิในการเข้าถึงยาและการใช้ยา รวมทั้ง การบริการสาธารณสุข การคุ้มครองกลุ่ม

เปราะบาง (เด็ก) ในกระบวนการยุติธรรม การคำนึงถึงการถูกตีตราเมื่อติดยาเสพติดหรือครอบครองยาเสพติด การลดทอนความเป็นอาชญากรรม การยกเลิกโทษประหารชีวิต

4) หัวข้อที่ 4 ยาเสพติดและความท้าทายใหม่ๆ ที่ประชุมมีความกังวลเกี่ยวกับเรื่องวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทชนิดใหม่ๆ หรือ NPS ซึ่งประเทศไทยได้มีการควบคุมแล้ว 16 ชนิด แต่ยังมีอยู่มากกว่า 1,000 ชนิดในตลาด สารเหล่านี้ยังไม่ได้อยู่ในการควบคุมของอนุสัญญาสหประชาชาติ ซึ่งจะต้องมีการติดตามและเฝ้าระวังต่อไป

5) หัวข้อที่ 5 การพัฒนาทางเลือก ที่ประชุมให้ความสำคัญกับการใช้แนวทางการพัฒนาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเสพติดเพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยให้มีการพัฒนาสภาพแวดล้อมและปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เพื่อให้เป็นการแก้ไขปัญหาอย่างครบวงจร ซึ่งปัจจัยที่จะมีส่วนให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินการคือ ความร่วมมือจากภาครัฐและจากทุกภาคส่วน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2560)

กล่าวโดยสรุป ที่ประชุมสรุปแนวทางหลักในการแก้ไขปัญหาเสพติด มีสาระสำคัญคือยาเสพติดและสุขภาพ ยาเสพติดและอาชญากรรม ยาเสพติดและสิทธิมนุษยชน ยาเสพติดและความท้าทายใหม่ๆ และการพัฒนาทางเลือกโดยเน้นการแก้ไขปัญหาเสพติดจะยึดมุมมองทางสาธารณสุขมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดดังที่กล่าวข้างต้น แนวทางแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาเสพติด ควรใช้นโยบาย ทางด้านสาธารณสุขเป็นต้นว่า ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานการคำนึงถึงผลกระทบต่างๆ อย่างรอบด้าน รวมถึงการใช้งบประมาณที่คุ้มค่า ร่วมกับมาตรการอื่นๆ เช่น การกำหนดโทษของยาเสพติด รัฐบาลเข้าควบคุมตลาดยาเสพติด โดยเฉพาะการนำแนวคิดเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดมาใช้ จะพบทางออกของปัญหา มากกว่าการใช้แนวคิดการห้ามยาเสพติด

## 2.2.3 วิวัฒนาการกฎหมายยาเสพติด

กฎหมายยาเสพติดของประเทศไทยที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน สามารถแยกได้เป็น 3 ด้าน คือ ด้านการป้องกันและควบคุม ด้านการปราบปราม ด้านการบำบัดแก้ไขฟื้นฟู ซึ่งประกอบไปด้วยพระราชบัญญัติ พระราชกำหนด กฎกระทรวง ระเบียบและคำสั่งต่างๆ ดังนี้

2.2.3.1 พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 (ปัจจุบันยกเลิก และใช้ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2559) เป็นพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559

2.2.3.2 พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519 ซึ่งในปัจจุบันมีการแก้ไขปรับปรุงถึงฉบับที่ 4

2.2.3.3 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (ปัจจุบันปรับปรุงถึงฉบับที่ 7) เป็นกฎหมายฉบับสำคัญที่สุดในการควบคุมการแพร่ระบาดของยาเสพติด พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษฯ นี้ แบ่งประเภทของยาเสพติดให้โทษออกเป็น 5 ประเภทตามความร้ายแรงของการออกฤทธิ์ต่อร่างกาย และมาตราที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติด ได้แก่ มาตรา 94 ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษ เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง และได้สมัครใจขอเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลก่อนความผิดจะปรากฏต่อพนักงานเจ้าหน้าที่หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ อีกทั้งได้ปฏิบัติครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัยสำหรับสถานพยาบาลดังกล่าว จนได้รับการรับรองเป็นหนังสือจากพนักงานเจ้าหน้าที่ที่รัฐมนตรีกำหนดแล้ว ให้พ้นจากความผิดตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงกรณีความผิดที่ได้กระทำไปภายหลังการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา การรับเข้าบำบัดรักษาในสถานพยาบาลตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

2.2.3.4 พระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2534

2.2.3.5 พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้ เพื่อลดปัญหายาเสพติดที่มีความรุนแรงมากขึ้น โดยใช้หลักการที่ว่าผู้เสพคือผู้ป่วย มิใช่อาชญากร หากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเป็นผลดีมากกว่า รวมถึงการขยายสถานที่สำหรับการตรวจพิสูจน์การเสพยาหรือติดยาเสพติดควรเป็นไปอย่างกว้างขวางขึ้น

2.2.3.6 พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดียาเสพติด พ.ศ. 2550 เนื่องจากการกระทำ ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดมีลักษณะพิเศษแตกต่างจากอาชญากรรมประเภทอื่นๆ ประกอบกับมี จำนวนคดียาเสพติดขึ้นสู่ศาลจำนวนมาก จึงสมควรมีกฎหมายว่าด้วยวิธีพิจารณาคดียาเสพติด โดยเฉพาะ

2.2.3.7 พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533

2.2.3.8 ระเบียบที่ประชุมใหญ่ศาลฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการยื่นคำขอการ พิจารณาและมีคำสั่งอนุญาตหรือไม่อนุญาตให้ฎีกาในคดีความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2551

2.2.3.9 คำสั่งกระทรวงยุติธรรมที่ 227/2551 เรื่อง การปฏิบัติในการบังคับโทษปรับ ในคดียาเสพติดตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดียาเสพติด พ.ศ. 2550 (ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์, 2556)

2.2.3.10 พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2559 (โดยที่ มาตรา 3 กำหนดให้ยกเลิกพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทั้งสิ้นนับ คือ พ.ศ. 2518 พ.ศ. 2528 พ.ศ. 2535 และ พ.ศ. 2543 ให้รวมเป็นพระราชบัญญัติออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท 2559 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 16 มกราคม 2560 แล้วนั้น มาตรา 7 กำหนดยาเสพติดให้โทษ ออกเป็น 5 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 5 คือ ยาเสพติดให้โทษที่ไม่อยู่ในกลุ่มประเภทร้ายแรง เช่น กัญชา พืช กระเทียม ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและสอดคล้องตามหลักสากล โดยในรายละเอียด หลักเกณฑ์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง เป็นไปตามความเห็นของคณะกรรมการที่กฎหมายกำหนด

2.2.3.11 กฎกระทรวงกำหนดชื่อยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ. 2559

2.2.3.12 คำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 14 / 2559 เรื่อง แนวทางการสืบสวนความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ด้วยวิธีการครอบครองหรือ ให้มีการครอบครองยาเสพติดภายใต้การควบคุม

2.2.3.13 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2562 ที่ผ่านมา โดยที่ได้อนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชาและกระท่อมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา ซึ่งในขณะนี้ กระทรวงสาธารณสุข โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ องค์การเภสัชกรรม กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ กรมสุขภาพจิต สำนักงานอาหารและยา กำลังดำเนินการเพื่อให้มีการนำประโยชน์จากพืชกัญชากัญชา มาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์บนพื้นฐานตามหลักวิชาการด้านการแพทย์ที่เหมาะสม ภายใต้การควบคุมดูแลของผู้เชี่ยวชาญตามมาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพที่ได้ระบุในกฎหมายใหม่ ซึ่งต้องเป็นผู้ที่ได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาตตามกฎหมายเท่านั้นเพื่อให้สามารถนำกัญชาและกระท่อมมาใช้ทางการแพทย์ได้ในอนาคต (กรมสุขภาพจิต, 2562)

2.2.3.14 การปรับปรุงกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติด ในปัจจุบันได้มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลใช้บังคับในวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 โดยมีกฎหมาย กฎและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติด ดังต่อไปนี้

1) พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลใช้บังคับในวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 โดยมาตรา 3 ได้กำหนดให้บังคับใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 หลังจาก 30 วัน ที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ คือ วันที่ 9 ธันวาคม 2564 ซึ่งเป็นวันที่ยกเลิกกฎหมายยาเสพติดเดิมและให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติดแทน โดยสาระสำคัญของพระราชบัญญัตินี้เป็นการกำหนดระยะเวลาในการบังคับให้เริ่มบังคับใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด มีการกำหนดการดำเนินการในขณะที่ยังไม่มีกฎหมายระดับรองมาใช้บังคับที่กำหนดโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการกำหนดผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ คือ ประธานศาลฎีกา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรม

2) ประมวลกฎหมายยาเสพติด มีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2564 ซึ่งได้มีการกำหนดเนื้อที่เกี่ยวกับการลดอันตรายจากยาเสพติดไว้ 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ในหมวด 7 มาตราการควบคุมพิเศษ ในมาตรา 55 ได้กำหนดให้ คณะกรรมการ ป.ป.ส. สามารถใช้ดุลพินิจในการอนุญาตให้พื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งสามารถดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับ (1) ทดลองเพาะปลูกพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุออกฤทธิ์ หรือ อาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ

หรือวัตถุออกฤทธิ์ (2) ผลิตและทดสอบเกี่ยวกับยาเสพติด และ (3) เสพหรือครอบครองยาเสพติดตามประเภทและปริมาณที่กำหนด ถ้าเป็นเหตุผลเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติดได้ และส่วนที่ 2 ในภาค 2 การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด กำหนดให้ การลดอันตรายจากยาเสพติด เป็นคำนิยามของ การบำบัดรักษา ตามมาตรา 108 ซึ่งหมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งรวมถึงตลอดถึงการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามหลังการบำบัดรักษา และ ส่วนที่ 3 ลักษณะ 3 การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ในมาตรา 109 กำหนดให้มี คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ที่ประกอบด้วย รองนายกรัฐมนตรีซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธาน กรรมการ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บัญชาการทหารบก ผู้บัญชาการทหารเรือ ผู้บัญชาการทหารอากาศ ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมคุมประพฤติ อธิบดีกรมราชทัณฑ์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมสุขภาพจิต เลขานุการ ป.ป.ส. เลขานุการ อย. ปลัดกรุงเทพมหานคร ผู้ว่าการการกีฬาแห่งประเทศไทย ประธาน กรรมการสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย และประธานกรรมการหอการค้าไทย เป็นกรรมการ โดยตำแหน่ง และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งจำนวนสามคน โดยให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของ คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด รับผิดชอบงานธุรการ งานประชุม การศึกษา และ กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับงานของคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยคณะกรรมการดังกล่าวมีอำนาจหน้าที่ ประกอบด้วย (1) ให้คำแนะนำรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการออกกฎกระทรวงตามบทบัญญัติในส่วนนี้ (2) กำหนดนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (3) กำหนดแนวทางและการดำเนินการด้านการพัฒนางานวิชาการ มาตรฐาน และคุณภาพ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (4) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจัดตั้งและการรับรองคุณภาพศูนย์คัดกรองสถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม (5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และการประเมินผลการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (6) กำหนดระเบียบหรือข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัยสำหรับ ศูนย์คัดกรอง

สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (7) ให้ความเห็นชอบในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการฟื้นฟูสภาพทางสังคม และติดตาม ดูแล และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา (8) กำกับ ติดตาม ดูแล ให้คำปรึกษา และแนะนำหน่วยงานในพื้นที่ในการให้ ความช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา (9) วางแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม การสังคมสงเคราะห์ที่จำเป็นและเหมาะสม รวมทั้งช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา ซึ่งไม่มีที่อยู่อาศัยให้ได้มีที่อยู่อาศัยเป็นการชั่วคราวและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ (10) วางแนวทางการดำเนินการของหน่วยงานในการช่วยเหลือเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ การศึกษา เงินทุน สงเคราะห์ และการให้การสงเคราะห์อื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพแก่ผู้ติดยาเสพติด หรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา (11) สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการจ้างงานหรือการประกอบอาชีพแก่ผู้ติดยาเสพติด หรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา (12) กำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตาม ดูแล และช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา (13) แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการเพื่อปฏิบัติการอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่มอบหมาย และ (14) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่ประมวลกฎหมายนี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยสามารถแบ่งการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายนี้ได้ 2 ประเภทคือ 1) การบำบัดฟื้นฟูทางด้านสาธารณสุข โดยให้กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด สถานที่ที่เป็นศูนย์กลางคัดกรองและยังมีอำนาจหน้าที่ในการตรวจหาสารเสพติด คัดกรองและประเมิน ความรุนแรงของการติดยาเสพติด และสภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ไปยังสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และให้สถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีหน้าที่และอำนาจดำเนินการบำบัดรักษาหรือการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเมินผล ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง จัดทำและเก็บข้อมูลประวัติของผู้เข้ารับการ บำบัดรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด แล้วแต่กรณี ที่มี การให้บริการทางสาธารณสุข และ 2) การบำบัดฟื้นฟูทางด้านสังคม ที่มีกระทรวงมหาดไทยเป็น เจ้าภาพหลักในการดำเนินการจัดตั้งศูนย์บำบัดฟื้นฟูทางสังคมอีกด้วย

3) ประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการคัดกรอง การบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และการประเมินผลการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2565 มีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2565 ซึ่งได้นิยามให้ การลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นส่วนหนึ่งของ การ บำบัดรักษา และได้กำหนดวิธีการในการคัดกรองให้ดำเนินการ (1) ตรวจหาสารเสพติดในร่างกาย

(2) คัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต (3) พิจารณาส่งต่อผู้เข้ารับการรักษาไปยังสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (4) จัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองและข้อมูลอื่นของผู้รับการคัดกรองและการบำบัดรักษาให้ดำเนินการ (1) คัดกรองและประเมินความรุนแรง (2) บำบัดด้วยยา (3) ฟื้นฟูสมรรถภาพ (4) ลดอันตรายจากยาเสพติด และ (5) ติดตามหลังการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้ดำเนินการ (1) บำบัดพฤติกรรมการเสพยาเสพติด (2) ฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ

4) ประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจัดตั้งและรับรองคุณภาพศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม พ.ศ. 2565 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2565 มีผลบังคับใช้เมื่อพ้นกำหนด 30 วัน นับแต่วันประกาศ โดยได้กำหนดให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ประกอบด้วย (1) ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในจังหวัด (2) ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในกรุงเทพมหานคร และ (3) ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมอื่นที่กระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานครจัดตั้งให้มีอำนาจหน้าที่ (1) ประสานงานกับ ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน และหน่วยงานอื่นของรัฐในพื้นที่ เพื่อประสานนโยบาย แผนงาน และความร่วมมือต่าง ๆ (2) ดำเนินการ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดสนับสนุนช่วยเหลือและสงเคราะห์ ไปยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับต่าง ๆ ในพื้นที่ (3) รวบรวมการสนับสนุนช่วยเหลือและสงเคราะห์จากภาคธุรกิจ เอกชน สมาคม องค์กร ชุมชนต่าง ๆ รวมทั้งแสวงหาความร่วมมือต่าง ๆ เพื่อแจ้งไปยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับต่าง ๆ ในพื้นที่ (4) กำหนดช่องทางการสนับสนุนช่วยเหลือและสงเคราะห์ จากองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน หรือองค์กรอื่น ไปยังศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับต่าง ๆ ในพื้นที่ (5) จัดให้มีการสนับสนุนช่วยเหลือและสงเคราะห์อย่างใด ๆ แก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาเพื่อให้สามารถคืนสู่สังคมได้ตามปกติ และ (6) กำกับติดตามผลการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในพื้นที่และกำหนดมาตรการ แก้ไขปัญหาอุปสรรคภาพรวมที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการปรับปรุง แก้ไขกระบวนการสนับสนุนช่วยเหลือและสงเคราะห์ในพื้นที่ ซึ่งได้ กำหนดการดำเนินการเฉพาะของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมอื่นที่กระทรวงมหาดไทยและ กรุงเทพมหานครจัดตั้งให้สามารถดำเนินการได้โดย (1) องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนหรือ องค์กรอื่นแจ้งความประสงค์ไปยังกระทรวงมหาดไทยหรือกรุงเทพมหานครเพื่อพิจารณา และ (2) การบริหารจัดการและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบให้นำรูปแบบการดำเนินงานในศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในจังหวัดหรือศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในกรุงเทพมหานครมาใช้ได้โดยอนุโลม

2.2.3.15 กฎหมาย ประกาศ คำสั่ง ยังมีอนุสัญญาที่ประเทศไทยต้องปฏิบัติตาม ข้อตกลงระหว่างประเทศอีก อาทิเช่น

1) อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ.1988

2) อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971

3) อนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 และพิธีแก้ไขอนุสัญญา เดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 ค.ศ.1972

สรุปได้ว่า ประเทศไทยมีพันธบัญญัติกฎหมายยาเสพติดจำนวนมากพอสมควรและ ถือได้ว่าครอบคลุมทุกด้าน มีความสอดคล้องกันและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน การปรับปรุง กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติด ในปัจจุบันได้มีการบังคับใช้ พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลใช้บังคับในวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 โดยมี กฎหมาย กฎและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติด ประกอบด้วย (1) พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลใช้บังคับในวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564 (2) ประมวลกฎหมายยาเสพติด มีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2564 ซึ่งได้มีการกำหนดเนื้อ ที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติดไว้ 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 มาตรการควบคุมพิเศษ ส่วนที่ 2 การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด ส่วนที่ 3 การบำบัดรักษาผู้ ติดยาเสพติด กำหนดให้มีคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายนี้ ได้ 2 ประเภทคือ การบำบัดฟื้นฟูทางด้านสาธารณสุข โดยให้กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด สถานที่ที่เป็นศูนย์คัดกรองและยังมีอำนาจหน้าที่ในการตรวจหาสารเสพติด คัดกรองและประเมิน ความรุนแรงของการติดยาเสพติด และสภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ไปยังสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และให้สถานพยาบาล ยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีหน้าที่และอำนาจดำเนินการบำบัดรักษาหรือการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเมินผล ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง จัดทำและเก็บข้อมูลประวัติของผู้เข้ารับ การบำบัดรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด แล้วแต่กรณี ที่มี การให้บริการทางสาธารณสุข และการบำบัดฟื้นฟูทางด้านสังคม ที่มีกระทรวงมหาดไทยเป็น

เจ้าภาพหลักในการดำเนินการจัดตั้งศูนย์บำบัดฟื้นฟูทางสังคม อีกด้วย และ 3) ประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการคัดกรอง การบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและการประเมินผลการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2565 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2565 และ 4) ประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจัดตั้งและรับรองคุณภาพศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม พ.ศ. 2565 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2565 มีผลบังคับใช้เมื่อพ้นกำหนด 30 วัน นับแต่วันประกาศ โดยได้กำหนดให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

## 2.2.4 การขับเคลื่อนนโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติด

2.2.4.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้กล่าวถึงเรื่องยาเสพติดไว้ในส่วนที่ 4 ด้านยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ ในยุทธศาสตร์ที่ 5 การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่งคั่งและยั่งยืน เป้าหมายที่ 4 ให้ประเทศไทยมีความสัมพันธ์และความร่วมมือด้านความมั่นคงในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน มิตรประเทศ และนานาประเทศในการป้องกันภัยคุกคามในรูปแบบต่างๆ ควบคู่ไปกับการรักษาผลประโยชน์ของชาติ ซึ่งประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด โดยเรื่องยาเสพติดกำหนดไว้ในตัวชี้วัด 4.4 เป้าหมายต้องการให้จำนวนคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดลดลง โดยกำหนดแนวทางการพัฒนาไว้ว่าให้ดำเนินบทบาทเชิงรุกและใช้กรอบความร่วมมือระหว่างประเทศทั้งระดับภูมิภาคและพหุภาคี เพื่อปกป้องและรักษาผลประโยชน์ของไทย ตลอดจนเสริมสร้างขีดความสามารถแลกเปลี่ยนและเรียนรู้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ และร่วมมือในการรับมือกับภัยคุกคามด้านความมั่นคงระหว่างประเทศ โดยมีการจัดทำแผนเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีแผนงานรองรับ ซึ่งครอบคลุมระยะเวลาในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 และฉบับที่ 12 รองรับ ดังต่อไปนี้ (1) แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558 – 2562 (2) แผนปฏิบัติการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558 – 2562 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560)

2.2.4.2 ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ได้กล่าวถึงเรื่องยาเสพติดว่า สถานการณ์และแนวโน้มด้านความมั่นคงภายในประเทศ ประเด็นปัญหายาเสพติด สถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทยมีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของยา

เสพติดในกลุ่มของเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ นอกจากนี้ ปัญหายาเสพติดยังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังปัญหาอื่นๆ อาทิ ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการทำลายศักยภาพของประชากร และปัญหาการขยายตัวขององค์กรอาชญากรรม ประเทศไทยต้องเผชิญกับการลักลอบค้ายาเสพติดจากประเทศอื่นๆ โดยเป็นประเทศทางผ่านและประเทศปลายทาง โดยกลุ่มนักค้าจากนอกภูมิภาคเข้ามามีบทบาทสำคัญในการค้ายาเสพติดระหว่างประเทศ ซึ่งมีการกระทำในลักษณะที่เป็นขบวนการ และใช้วิธีการใหม่ๆ ในการลักลอบขนยาเสพติด ทำให้การจับกุมกระทำได้ยากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการเมืองของประเทศในระยะ 20 ปีข้างหน้า ในกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี จะประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ โดยปัญหาเรื่องยาเสพติดนั้นระบุไว้ในยุทธศาสตร์ที่ (1) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560)

2.2.4.3 แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558 – 2562 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2558 ให้ความเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558 – 2562 เพื่อใช้เป็นกรอบทิศทางการดำเนินงาน เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ ประสานการปฏิบัติ จัดสรรทรัพยากร และติดตามประเมินผลของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แนวคิดหลักของแผนยุทธศาสตร์นี้ คือ ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและก่อให้เกิดผลกระทบในทางที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ใช้การแก้ปัญหาในเชิงพื้นที่อย่างเป็นระบบ สร้างความสมดุลของยุทธศาสตร์ทั้งด้านการลดอุปสงค์ยาเสพติดและการลดอุปทานยาเสพติด และเน้นผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพโดยกำหนดมาตรฐานและตัวชี้วัดผลการดำเนินงานอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม โดยมีวิสัยทัศน์ว่า “สังคมไทยเข้มแข็งและรอดพ้นภัยจากยาเสพติดด้วยภูมิคุ้มกันและมาตรการลดผู้ค้าและผู้เสพ และความร่วมมือระหว่างประเทศด้านยาเสพติดบรรลุผลตามพันธกรณีและวิสัยทัศน์อาเซียนภายในปี 2562” แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558 – 2562 ประกอบด้วย 8 ยุทธศาสตร์หลัก คือ (1) ยุทธศาสตร์การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด (2) ยุทธศาสตร์การควบคุมตัวยาและผู้ค้ายาเสพติด (3) ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดผู้ติดยาเสพติด (4) ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ (5) ยุทธศาสตร์การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม (6) ยุทธศาสตร์การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันปัญหายาเสพติด (7) ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมภาคประชาชน และ (8) ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการอย่างบูรณาการ รวมทั้งได้กำหนดกลไกในการควบคุม กำกับ และขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ไปสู่แผนปฏิบัติการด้วย (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2558) แผนยุทธศาสตร์การป้องกัน

และแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558 – 2562 ยุทธศาสตร์ที่ 5.2 ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติด ผู้ติดยาเสพติด ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดและการติดยาเสพติดโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อลดอุปสงค์ด้านยาเสพติดในระยะยาว ได้บรรจุเรื่อง การลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ไว้ในแนวทางการดำเนินการ คือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเข้าถึงผู้ใช้ยา รวมถึงผู้ปฏิบัติงานในการดำเนินงานเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) และปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบ ให้เอื้ออำนวยต่อการบำบัดทางเลือกเพื่อการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)

2.2.4.4 แผนประชารัฐร่วมใจปลอดภัยยาเสพติด พ.ศ. 2561 คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม กำหนดให้มีแผนประชารัฐร่วมใจ ปลอดภัยยาเสพติด พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2560 เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานให้กับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับส่วนกลางและพื้นที่ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปริมาณผู้เข้าสู่การกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด และนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องออกจากวงจรการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้เห็นอย่างชัดเจนเพื่อให้สังคมและประชาชนปลอดภัยจากยาเสพติด ในแผนนี้ประกอบด้วยการดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติด 4 ด้าน ตามแผนดังนี้ แผนป้องกันยาเสพติด แผนปราบปรามยาเสพติด แผนบำบัดรักษายาเสพติด และแผนบริหารจัดการอย่างบูรณาการ รวม 20 แผนงาน 106 โครงการ โดยมี 4 ฐานคิดและทิศทางการขับเคลื่อนที่สำคัญและมุ่งเน้นการบูรณาการการแก้ไขปัญหายาเสพติดเชิงพื้นที่ตามสภาพปัญหาที่มีบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อลดปัญหายาเสพติดในระดับหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ ในแผนนี้มีการเน้นการแก้ปัญหายาเสพติดแนวนโยบายใหม่ โดยเฉพาะการปรับระบบบำบัดรักษา ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุขใหม่ และพัฒนาคุณภาพของกระบวนการบำบัดรักษาตามมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ให้กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ซึ่งประกอบไปด้วยหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ปกครอง และตำรวจ รวมถึงการพัฒนาแบบการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหายาเสพติดในประเทศไทย เพื่อลดผลกระทบของยาเสพติดทั้งในเชิงสุขภาพและเชิงสังคม อันได้แก่ ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ติดยา รวมถึงเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อต่างๆ และผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และเศรษฐกิจด้วย (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2561)

2.2.4.5 แผนปฏิบัติการด้านการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2564 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการเสนอแนะนโยบาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และโครงสร้างการบริหารจัดการในการป้องกันและแก้ไข

ปัญหาสุขภาพจิตของประเทศ ได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2564 ขึ้น เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบในการบริหารจัดการ ประสานการปฏิบัติ จัดสรรทรัพยากร และกำกับติดตามประเมินผล นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิตในสังคม สร้างความมั่นคงปลอดภัย และลดความเดือดร้อนของประชาชนจากผลกระทบดังกล่าว โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบ ดังนี้ (1) หน่วยงานหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) กระทรวงยุติธรรม (สำนักงาน ป.ป.ส. กรมคุมประพฤติ กรมราชทัณฑ์ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน) กระทรวงมหาดไทย (สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง กรมการพัฒนาชุมชน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น) กรุงเทพมหานคร (2) หน่วยงานร่วม ได้แก่ กระทรวงกลาโหม (สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม กองบัญชาการกองทัพไทย กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ (กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว) กระทรวงศึกษาธิการ (สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาระดับขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา) กระทรวงแรงงาน (กรมการจัดหางาน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน) กระทรวงวัฒนธรรม (สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม สถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์) สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ อีกทั้งภายใต้การดำเนินการ 5 มาตรการ ได้แก่ มาตรการความร่วมมือระหว่างประเทศ มาตรการการปราบปรามและบังคับใช้กฎหมาย มาตรการการป้องกันยาเสพติด มาตรการการบำบัดรักษาเสพติด และมาตรการการบริหารจัดการอย่างบูรณาการ การลดอันตรายจากยาเสพติด อยู่ในมาตรการการบำบัดรักษาเสพติด แนวทางที่ 7 การดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดให้เข้าถึงการบำบัดรักษา และการลดอันตรายหรือผลกระทบจากยาเสพติด แผนงานที่ 7.4 การลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) โดยมีแนวทางการดำเนินงาน คือ

1) ให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดในผู้ป่วยยาเสพติดทุกราย โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษา เพื่อลดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

2) บูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคประชาสังคม ชุมชน เอกชน ให้มีความเข้มแข็งในการเข้าถึงกลุ่มผู้เสพยาเสพติด ดูแลเบื้องต้น ส่งต่อ บริการ เพื่อให้บริการทางด้านสาธารณสุข เพื่อลดอันตรายจากยาเสพติด

3) พัฒนามาตรฐานการลดอันตรายจากยาเสพติด และพัฒนาศักยภาพ ศูนย์บริการลดอันตรายจากยาเสพติดภาคประชาสังคมในพื้นที่ เพื่อรองรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าถึงได้ ยากผ่านโครงการ/กิจกรรม ประกอบด้วย โครงการเข้าถึง ส่งต่อเข้ารับการรักษาทางสาธารณสุขบำบัด และติดตามดูแลผู้ช้ยาเสพติด และโครงการพัฒนาศักยภาพสถานบริการของภาครัฐและภาคประชา สังคมในการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด

2.2.4.6 คำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้ลงนามในคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 146/2557 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2557 เรื่อง จัดตั้งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ศอ.ปส.) เป็น การทำงานบูรณาการร่วมกันจากหลายๆ หน่วยงาน ทั้งภาครัฐบาล ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อทำหน้าที่เป็นองค์กรอำนวยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดระดับชาติ โดยมี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม เป็นผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด แห่งชาติ (ผอ.ศอ.ปส.) โดยศูนย์ฯ มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้ (1) นำนโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทาง และมาตรการในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจากคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ไปสู่การปฏิบัติ (2) จัดให้มีแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติด ทั้งในระดับ ส่วนกลางและระดับพื้นที่ (3) อำนวยการ สั่งการ เร่งรัด กำกับดูแล ตรวจสอบติดตาม และ ประเมินผลการปฏิบัติงานของส่วนราชการและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ (4) เสนอ นายกรัฐมนตรี หรือคณะรัฐมนตรี ในการพิจารณาให้ความดีความชอบ การให้ทุนให้โทษ มาตรการ จูงใจ และปกป้องคุ้มครองข้าราชการและประชาชนที่ปฏิบัติงานด้านป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (5) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่ คณะกรรมการ ศอ.ปส. มอบหมาย และเชิญบุคคลหรือหน่วยงานเข้าร่วมประชุมได้ตามสถานการณ์ (6) ดำเนินการอื่นตามที่นายกรัฐมนตรี คณะรัฐมนตรี และ ป.ป.ส. มอบหมาย (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2557)

2.2.4.7 คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 156/2557 เรื่อง จัดตั้งศูนย์อำนวยการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2557 ให้มีการจัดตั้งศูนย์อำนวยการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ โดยใช้ชื่อย่อว่า “ศอ.ปส.” ให้มีคณะกรรมการประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม เป็นประธานและผู้อำนวยการ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวง ยุติธรรม ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ว่าราชการ

กรุงเทพมหานคร เสนาธิการทหาร เสนาธิการทหารบก เสนาธิการทหารเรือ เสนาธิการทหารอากาศ ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ เลขาธิการกองอำนวยการความมั่นคงภายในราชอาณาจักร เลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เลขาธิการคณะกรรมการการอาชีวศึกษา เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา เลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ อธิบดีกรมศุลกากร อธิบดีกรมสรรพากร อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น อธิบดีกรมคุมประพฤติ อธิบดีกรมราชทัณฑ์ อธิบดีกรมสอบสวนคดีพิเศษ อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีอัยการฝ่ายคดีอาญาเสพติด หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานของเอกชน องค์การภาคประชาชน ที่ประธานกรรมการและผู้อำนวยการเห็นสมควร เป็นกรรมการ โดยมีเลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เป็นกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการ และมีรองเลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ ให้คณะกรรมการชุดนี้มีอำนาจหน้าที่ในการ 1) นำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจากคณะกรรมการและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ไปสู่การปฏิบัติ 2) จัดให้มีแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด ทั้งในส่วนกลางและระดับพื้นที่ 3) อำนาจการ สั่งการ เฝ้าระวัง กำกับดูแล ตรวจสอบติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานของส่วนราชการองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ 4) เสนอ นายกรัฐมนตรี หรือคณะรัฐมนตรี ในการพิจารณาให้ความดีความชอบ การให้คุณให้โทษ มาตรการ จูงใจ และปกป้องคุ้มครองข้าราชการและประชาชนที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด 5) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่ คณะกรรมการ ศอ.ปส. มอบหมาย และเชิญบุคคลหรือหน่วยงานเข้าร่วมประชุมได้ตามสถานการณ์ และ 6) ดำเนินการอื่นตามที่นายกรัฐมนตรี คณะรัฐมนตรี และ ป.ป.ส. มอบหมาย (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ, 2557)

2.2.4.8 คำสั่งศูนย์อำนาจการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 2/2560 เรื่อง แนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2560 เป็นการขับเคลื่อนการปฏิบัติเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินการให้สอดคล้องกับแผน ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558 – 2560 ซึ่งได้กำหนดแนวทางในการ ให้ผู้เสพยาเสพติดเข้าถึงการบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเข้าถึงผู้ใช้ยา รวมถึงผู้ปฏิบัติงานในการดำเนินงานเพื่อลดอันตราย จากยาเสพติด (Harm Reduction) รวมทั้งปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบ ให้เอื้ออำนาจต่อการบำบัด

ทางเลือกเพื่อการลดอันตรายจากยาเสพติด ได้กำหนดให้มีการดำเนินการ อันประกอบด้วย

- 1) กำหนดพื้นที่การดำเนินการในกรุงเทพมหานครและ 36 จังหวัด นำร่องการปฏิบัติการทั่วประเทศ
- 2) จัดให้มีคณะกรรมการรองรับการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดระดับชาติ ระดับจังหวัด หรือกรุงเทพมหานคร ระดับพื้นที่ ซึ่งเน้นการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม
- 3) กำหนดให้มีแนวทางการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดตามมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ซึ่งมอบหมายให้ คณะอนุกรรมการบริหารยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติด ผู้ติดยาเสพติด เป็นองค์กรหลักรับผิดชอบกลไกระดับชาติ เพื่อทำหน้าที่ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน กำกับติดตาม ให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด ให้คณะอนุกรรมการพัฒนานโยบายและมาตรการด้านการลดอันตรายจากยาเสพติด เป็นองค์กรหลักในการศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ข้อมูลและสถานการณ์ เพื่อกำหนดนโยบายและกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการตามมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด ให้ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด ทั้ง 36 จังหวัดที่กำหนดในข้อหนึ่ง และศูนย์อำนวยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดกรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานหลักในการบูรณาการ มาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดในจังหวัดและกรุงเทพมหานคร และให้คณะทำงานมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่เป็นกลไกขับเคลื่อนระดับพื้นที่
- 4) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดให้เป็นไปตามเป้าหมาย และตัวชี้วัดที่กำหนดและประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน ทั้งในแง่ปัจจัยความสำเร็จและผลกระทบ และ
- 5) บูรณาการงบประมาณการปฏิบัติ ให้มีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ซึ่งได้กำหนดระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2560 ถึงเดือนกันยายน 2562 รายละเอียดในการดำเนินการ มีดังนี้

วัตถุประสงค์ของการกำหนดแนวทางการปฏิบัติตามคำสั่งนี้ (1)

เพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติดให้เข้าถึงบริการสุขภาพ บริการทางจิต และบริการทางสังคม โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงชุมชน ในการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติด (2) เพื่อให้เกิดกลไกการดำเนินงานด้านการลดอันตรายจากยาเสพติด (3) เพื่อให้สาธารณชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากยาเสพติดมากยิ่งขึ้น และ (4) เพื่อให้เกิดรูปแบบและแนวทางการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติดในการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดที่สามารถขยายการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยได้มีการกำหนดเป้าหมาย การดำเนินงานแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย (1) เป้าหมายเบื้องต้น คือการให้ความรู้ ความเข้าใจอันตรายจากยาเสพติด เพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดที่เกิดกับผู้ใช้ยาเสพติด (2) เป้าหมายระยะสั้น ได้กำหนดให้มีการเข้าถึง

ผู้เข้าเสพติดด้วยวิธีการฉีดหรือวิธีการอื่นๆ ให้มีการบูรณาการการดำเนินงานด้านการลดภาระจากยาเสพติดด้วยงบประมาณแหล่งต่างๆ ทั้งในระดับประเทศและพื้นที่ มีการกำหนดกลไกการดำเนินงานในระดับชาติ และในระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร รวมทั้งให้มีการจัดทำฐานข้อมูล (3) เป้าหมายระยะยาว คือ สาธารณชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากยาเสพติด และ (4) เป้าหมายสูงสุด คือรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานการลดอันตรายจากยาเสพติดในการดูแลผู้เข้าเสพติด โดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายไว้ 2 ระดับ คือ กลุ่มเป้าหมายหลัก ประกอบด้วย กลุ่มผู้เข้าเสพติด โดยมีการกำหนดด้วยวิธีฉีด กลุ่มผู้เข้าเสพติดหรือเฮโรอีนด้วยวิธีการอื่นๆ และกลุ่มผู้เข้าเสพติดอื่นๆ ด้วยวิธีการฉีด และกลุ่มเป้าหมายรอง ประกอบด้วย ผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการรุนแรง หรือเรื้อรังจากยาเสพติด และผู้เข้าเสพติดอื่นด้วยวิธีการอื่น

แนวทางการดำเนินการประกอบด้วย กลไกการดำเนินการ และบทบาทหน้าที่ให้มีการดำเนินการ 3 ระดับ คือ 1) ระดับชาติมีการขับเคลื่อนด้วยคณะกรรมการบริหารยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติด ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและติดตามกำกับดูแลให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด และมีคณะกรรมการพัฒนานโยบายและมาตรการด้านการลดอันตรายจากยาเสพติด เป็นองค์กรหลักในการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เพื่อกำหนดนโยบายประสานงานและกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการถ่ายทอดนโยบายและแผนการดำเนินการไปสู่ผู้ปฏิบัติ ติดตามประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลการดำเนินงาน 2) กลไกระดับจังหวัดมีการกำหนดให้ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด (ศอ.ปส.จ.) ให้พื้นที่นำร่อง และศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกรุงเทพมหานคร (ศอ.ปส.กทม.) เป็นหน่วยงานในการบูรณาการมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด ดำเนินการเตรียมความพร้อมและเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการตามมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด ให้ดำเนินการจัดตั้งคณะทำงานมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดจังหวัด โดยมีส่วนราชการในพื้นที่รับผิดชอบงานด้านยาเสพติด รวมทั้งผู้แทนภาคประชาสังคมที่ดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นองค์ประกอบของคณะทำงาน ให้ดำเนินการอำนวยการปฏิบัติตามมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยเน้นการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมระหว่าง ภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน โดยในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้มีภาคประชาสังคม ผู้แทนมูลนิธิรักษไทย ผู้แทนมูลนิธิโอโซน เข้าเป็นคณะทำงานด้วยเช่นกัน นอกจากการจัดตั้งคณะทำงานแล้วยังได้กำหนดให้มีการจัดตั้งสถานที่บริการลดอันตรายจากยาเสพติดของภาครัฐ ที่สามารถให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดรอบด้าน จังหวัดละ 1 แห่ง จัดตั้งศูนย์ลดอันตรายจากยาเสพติด (Drop in Center) ของภาคประชาสังคม และ

พัฒนาให้เป็นสถานพยาบาลตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายด้วยการ เผยแพร่รณรงค์ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ยาเสพติด ติดตามกำกับดูแลการดำเนินการ ปัญหาอุปสรรค และรายงานผลต่อคณะกรรมการบริหารแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยกลไกระดับสุดท้าย 3) กลไกระดับพื้นที่ ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานแก้ไขปัญหายาเสพติดหรือผู้ติดยาเสพติดของจังหวัดกรุงเทพมหานคร หรือคณะทำงานมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่อำนวยความสะดวก สนับสนุน และดูแลการทำงานของหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคมในพื้นที่ รวมถึงบทบาทของภาคประชาชนในพื้นที่ดำเนินการ เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น เป็นต้น ในการบูรณาการการดำเนินงานตามมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยการใช้วิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่เป็นเป้าหมายมี 2 แนวทางคือ 1) การค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดโดยมาตรการของรัฐ หรือโดยภาคประชาสังคม และ 2) องค์การหลักที่ทำหน้าที่รับผิดชอบอาสาสมัครภาคประชาสังคม (Outreach worker) ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีนี้ จะต้องจัดทำทะเบียนและบัตรประจำตัวสำหรับสมาชิกที่เข้าร่วมการลดอันตรายจากยาเสพติด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ, 2560)

2.2.4.9 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดได้ทำการติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามคำสั่ง ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 2/2560 เรื่อง แนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2560 เพื่อประเมินและกำกับ ติดตามกระบวนการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด และเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดภายใต้บริบทของสังคมไทย ผลการประเมิน ประกอบด้วย 1) ด้านสถานการณ์ปัญหาการใช้ยาเสพติดและลักษณะของผู้ใช้ยาเสพติดในประเทศ พบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่มีเหตุผลและเงื่อนไขที่ทำให้ไม่เข้ารับการรักษามาตรการของรัฐ เนื่องจากไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ป่วยหรือมีปัญหาใดจึงไม่ต้องการได้รับการดูแลจากหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของผู้ใช้ยาบ้าหรือยาเสพติดที่ไม่มีอาการขาดยารุนแรงทางร่างกาย ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดไม่รู้สึกว่าตนเองไม่อยู่ในสภาวะติดยาเสพติด รวมทั้งผู้ใช้ยาเสพติดบางส่วนไม่ประสงค์จะเปิดเผยตนต่อสังคมซึ่งอาจจะกระทบต่อภาพลักษณ์ ในขณะที่ผู้ใช้ยาเสพติดที่มีภาวะพึ่งพิงยา มักตีตราตนเองและเชื่อว่าถูกรังเกียจจากสังคม (มากกว่าสังคมตีตราผู้ใช้ยาเสพติด) และมีบางส่วนถูกปฏิบัติไม่ดีจากสังคมส่งผลให้ผู้ใช้ยาเสพติดต้องการหลบหลีกหรือซ่อนตัวจากสังคม และในปัจจุบันยาเสพติดเข้าถึงได้ง่าย ส่งผลให้ผู้ใช้ยาเสพติดตัดสินใจเลิกใช้ยาเสพติดได้ยาก 2) ด้านการขับเคลื่อนนโยบาย พบว่า วิธีการถ่ายทอด

มาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดต่อหน่วยงานในพื้นที่ มีแนวนโยบายที่ขาดความชัดเจนและวิธีการดำเนินงานที่ขาดความเป็นรูปธรรม เป็นผลมาจากการขาดแผนการขับเคลื่อนนโยบาย และความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต่อมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติด มีการรับรู้เพียงบางส่วนเท่านั้น โดยสามารถแบ่งกลุ่มหน่วยงานตามความเข้าใจในแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่หนึ่งมีความเข้าใจในการดำเนินการและแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นอย่างดีคือภาคประชาสังคมและหน่วยงานสาธารณสุข กลุ่มที่สองกลุ่มที่มีความเข้าใจการดำเนินการและแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นการขัดแย้งแนวทางด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดคือหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย และกลุ่มที่สามกลุ่มที่ไม่มีความเข้าใจในการดำเนินการและแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดเลย ยกตัวอย่างเช่น บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น โดยสามารถสรุปการประเมินและกำกับติดตามผลการดำเนินงาน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) การประเมินเป้าหมายระดับต้น พบว่า กลุ่มผู้ขายยาเสพติดที่เข้ารับบริการที่มีความรู้เรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นอย่างดี จากเดิมเข้าใจเพียงเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติดต่อมาได้ตระหนักถึงอันตรายจากยาเสพติด พบว่าผู้ขายยาเสพติดบางรายสามารถทำงานได้เป็นปกติและสามารถควบคุมพฤติกรรมการใช้ยาให้ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกายได้ รวมถึงสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติโดยไม่เป็นที่รังเกียจในสังคม 2) การประเมินเป้าหมายระยะสั้น พบว่า ผู้ขายยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ขายยาบ้าและยาไอซ์ โดยมีกลุ่มผู้จำหน่ายและเฮโรइनเข้ารับการรักษาไม่มากนัก แต่ความชัดเจนในการระบุผู้ขายยาเสพติดกลุ่มเป้าหมายในงานลดอันตรายจากยาเสพติดทำให้ขาดฐานข้อมูลที่ชัดเจน ในส่วนของการดำเนินงานเพื่อเข้าถึงผู้ขายยาเสพติดเป็นกลุ่มเป้าหมาย พบว่า การประสานการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานดำเนินการผ่านการประชุมศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด และใช้ความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ และการค้นหาและเข้าถึงผู้ขายยาเสพติดยังไม่มีกระบวนการฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ เป็นการแยกส่วนกันปฏิบัติ 3) การประเมินเป้าหมายระยะยาว พบว่า การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่มีความรู้ความเข้าใจแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดยังมีไม่มากนัก ประชาชนส่วนใหญ่สะท้อนในประเด็นที่ว่าทราบจำนวนผู้ขายยาเสพติดหรือขนาดของปัญหาผู้ขายยาเสพติดในพื้นที่ที่ชัดเจน จะทำให้การกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาทำได้ดีขึ้น ประชาชนยังมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ขายยาเสพติด จากการสอบถามประชาชนที่มีผู้ขายยาเสพติดในครอบครัว พบว่า ความเดือดร้อนที่ได้รับมากที่สุด คือ การสร้างความเป็นห่วงและกังวลใจให้แก่คนในครอบครัว รองลงมาคือปัญหาการลักขโมยทรัพย์สิน และบางส่วนเห็นว่าไม่ได้เดือดร้อนแต่อย่างใดแต่ไม่สร้างประโยชน์ แต่ก็ก็มีบางกรณีที่ได้รับเดือดร้อนจากการคลุ้มคลั่งทำร้ายร่างกายหรือก่ออันตรายต่อชีวิต และประชาชนยังเข้าใจถึงการบำบัดรักษาผู้ขายยาเสพติดเพื่อตัดขาดจากยาเสพติด โดยยังไม่เข้าใจแนวทางการลดอันตราย

จากการศึกษาที่แท้จริง โดยเมื่อพิจารณาถึงผลการเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการ พบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นทั้งในด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต โดยการได้รับความรู้เป็นประจำส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการ โดยข้อเสนอแนะการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดในประเทศหลังจากการดำเนินการตามคำสั่งนี้แล้ว พบว่า ควรให้มีการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยมุ่งเน้นไปที่การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นหลัก และเห็นควรกำหนดยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดบนพื้นฐานของหลักการลดอันตรายจากยาเสพติด แนวทางการแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดจากในอดีตที่เน้นไปที่การตัดขาดจากยาเสพติด ไม่ได้สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยยาเสพติดที่หลากหลายและแตกต่างกัน โดยให้ไปเน้นการปรับเป็นยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดบนพื้นฐานของหลักการลดอันตรายจากยาเสพติด และให้นับบทบาทการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติด ที่ยึดแนวทางการดำเนินงานร่วมกันเป็นเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และชุมชน

2.2.4.10 คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 285/2562 เรื่อง จัดตั้งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ เมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2562 ให้มีหน้าที่เป็นองค์กรอำนวยการป้องกันและแก้ปัญหายาเสพติดระดับชาติโดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม เป็นผู้อำนวยการ โดยให้ใช้ชื่อย่อว่า “ผอ.ศอ.ปส.” โดยจัดให้มีคณะกรรมการอำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติที่ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม เป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงยุติธรรม ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ เลขาธิการกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร เลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เลขาธิการคณะกรรมการการอาชีวศึกษา เลขาธิการสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ เลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ เสนาธิการทหาร เสนาธิการทหารบก เสนาธิการทหารเรือ เสนาธิการทหารอากาศ อธิบดีกรมศุลกากร อธิบดีกรมสรรพากร อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีการส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมคุมประพฤติ อธิบดีกรมราชทัณฑ์ อธิบดีกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน อธิบดีกรมสอบสวนคดีพิเศษ อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต อธิบดีอัยการฝ่ายคดียาเสพติด หัวหน้าหน่วยงาน

ของรัฐ หน่วยงานภาคเอกชน องค์กรภาคประชาชน ที่ประธานกรรมการเห็นสมควร เป็นกรรมการ โดยมี เลขานุการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เป็นกรรมการและเลขานุการ และ รองเลขานุการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดทุกคน เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ซึ่งได้กำหนดอำนาจหน้าที่ 1) นำนโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจากคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดไปสู่การปฏิบัติ 2) จัดให้มีแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด ทั้งในส่วนกลางและระดับพื้นที่ 3) อำนวยการ ประสานงาน สั่งการ เร่งรัด กำกับดูแล ตรวจสอบติดตาม และ ประเมินผลการปฏิบัติงานของส่วนราชการและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ 4) ประสานความร่วมมือจากหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาชน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ 5) แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่คณะกรรมการ ศอ.ป.ส. มอบหมาย และเชิญบุคคลหรือหน่วยงานเข้าร่วมประชุมได้ตามสถานการณ์ 6) รายงานผลการปฏิบัติ และสถานการณ์ปัญหาเสพติดให้นายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรีทราบทุกระยะ และ 7) ดำเนินการอื่นตามที่นายกรัฐมนตรี และ ป.ป.ส. มอบหมาย ซึ่งบรรดาคำสั่งที่ออกโดยอำนาจของ ศอ.ป.ส. ตาม คำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่ 156/2557 เรื่องจัดตั้งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด แห่งชาติ ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2557 และคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 34/2560 เรื่องปรับปรุง องค์ประกอบของคณะกรรมการอำนวยการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด แห่งชาติ ลงวันที่ 23 มกราคม 2560 ที่บังคับใช้อยู่ในวันก่อนวันที่คำสั่งนี้ใช้บังคับให้ใช้บังคับได้ต่อไปเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับคำสั่งนี้ จนกว่าจะมีคำสั่งแก้ไขเปลี่ยนแปลงที่ออกตามคำสั่งนี้ อีกทั้งได้ กำหนดให้คำสั่งอื่นใดที่ขัดหรือแย้งกับคำสั่งนี้ให้ใช้คำสั่งนี้แทน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ, 2562)

2.2.4.11 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ได้ รายงานผลการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการด้านป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563 – 2565 ได้กำหนดให้การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ให้มีการดำเนินการตาม มาตรการบำบัดรักษายาเสพติด ไว้ในแนวทางที่ 7 การดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ให้เข้าถึงการ บำบัดรักษาและการลดอันตรายหรือผลกระทบจากยาเสพติด ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการ กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูให้มีความยืดหยุ่นเหมาะสมกับบริบทและระดับความรุนแรงของ ผู้ป่วยยาเสพติดแต่ละราย โดยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความสมัครใจเข้าสู่กระบวนการ บำบัดรักษาฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพและสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา สถาน ประกอบการ อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทร่วมกับสถานพยาบาล สถานบำบัดในการดูแลรักษา

และฟื้นฟูผู้ป่วย โดยยึดมิติในการดูแลสุขภาพแบบรอบด้านของผู้ป่วยเป็นสำคัญ พร้อมบูรณาการร่วมกันในการดูแลสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถปรับตัวและกลับไปอยู่ร่วมกับสังคมได้เป็นปกติสุข พัฒนาศักยภาพของสถานบำบัดฟื้นฟู ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ให้มีขีดความสามารถในการรองรับดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงใกล้ชิด และมีศักยภาพในการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลบำบัดรักษาและฟื้นฟูร่างกายและจิตใจอย่างรอบด้าน รวมถึงการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ช่วยลดผลกระทบต่อเนื่อง ช่วยลดผลกระทบต่อนตนเอง ครอบครัว และสังคม และได้กำหนดให้แผนงานที่ 7.4 ให้มีการดำเนินการค้นหาและเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติด โดยการใช้กระบวนการชุมชนและภาคประชาสังคมควบคู่กับการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐ โดยกำหนดให้มีการให้บริการลดอันตรายในเชิงสุขภาพจิตและสังคมให้กับผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ใช้ยาเสพติด ผู้ใกล้ชิด ตลอดจนชุมชน นำมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดมาใช้ควบคู่กับมาตรการด้านการบำบัดรักษา เพื่อให้สามารถเข้าถึงและนำผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้เกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อเป้าหมายในการลด ละ และเลิกยาเสพติดในที่สุด โดยจากการผลการดำเนินงาน ตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2565 พบว่า การดำเนินการของ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดได้พัฒนาแนวทางการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติด พัฒนาศักยภาพครอบครัวในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดทั้งก่อนและภายหลังการบำบัดรักษา การพัฒนาแนวทางการติดตามช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด โดยผลักดันให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบทบาท ในการติดตามผู้ผ่านการบำบัด พัฒนานโยบายยาเสพติดแนวใหม่ โดยใช้การสาธารณสุขนำ ได้แก่ 1) คลินิกให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมในระบบศาล 25 แห่ง เพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำ 2) การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในผู้ป่วยยาเสพติดทุกรายทั่วประเทศ เพื่อรองรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าถึงได้ยาก ทั้งนี้ การบำบัดรักษา เน้นรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชน (Community Based Treatment : CBTx) ซึ่งได้ผลักดันให้อยู่ในร่างประมวลกฎหมายยาเสพติด ส่งผลให้สามารถนำผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการ บำบัดรักษาทุกระบบ 168,569 ราย ให้บริการเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด 37,412 คน ติดตามดูแล ผู้ผ่านการบำบัด 154,051 ราย และให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดให้กลับคืนสู่สังคม 1,023 คน

2.2.4.12 กระทรวงสาธารณสุข โดยศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้จัดตั้งขึ้นตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 782/2560 ลงวันที่ 2 มิถุนายน 2560 เรื่องการจัดตั้งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวง

สาธารณสุข ให้จัดตั้งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานภายใน มีฐานะเทียบเท่ากองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้อำนวยการ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด มีหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบาย ประสานงานกับหน่วยงาน หรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับการส่งเสริมป้องกัน บำบัดฟื้นฟู และลดอันตรายจากยา สาร และพฤติกรรมเสพติด รวมทั้งสนับสนุนบุคลากรด้านยาเสพติดเพื่อรองรับมาตรฐาน คู่มือระบบฐานข้อมูลด้านบำบัดฟื้นฟู และลดอันตรายจากยาและสารเสพติดของประเทศไทย โดยได้จัดทำรายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยกลุ่มงานบำบัดฟื้นฟู และลดอันตราย ได้รายงานผลการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ที่ประกอบด้วย 1) การขับเคลื่อนด้านการบำบัดฟื้นฟู ลดอันตราย ยา สาร และพฤติกรรมเสพติด 2) พัฒนาวิชาการด้านงานบำบัดฟื้นฟู ลดอันตราย ยา สาร และพฤติกรรมเสพติด 3) ศึกษาวิจัยด้าน บำบัดฟื้นฟู และลดอันตราย ยา สาร และพฤติกรรมเสพติด 4) พัฒนากุศลกรให้มีความเชี่ยวชาญด้านบำบัดฟื้นฟู ยา สาร และพฤติกรรมเสพติด และ 5) พัฒนามาตรฐานและรับรองคุณภาพสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติด โดยศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพนักจัดการระบบและทีมสหวิชาชีพในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด (System Manager & Case Manager: SMC) ในรูปแบบ Online

2.2.4.13 แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566 พบว่า แผนงานการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) การให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในผู้ป่วยยาเสพติดทุกราย ภายใต้แนวคิดการดำเนินงานเพื่อลดอันตรายหรือผลกระทบที่อาจเกิดจากการใช้ยาเสพติดต่อตัวผู้ติดยา บุคคลใกล้ชิด และสังคม อันจะนำไปสู่การสร้างสังคมปลอดภัยจาก ปัญหายาเสพติด ซึ่งเป็นการให้บริการเพื่อลดอันตราย โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถลด ละ และเลิกยาเสพติดให้ได้ในที่สุด ประกอบด้วย 2 โครงการสำคัญ ดังนี้ โครงการเข้าถึง ส่งต่อเข้ารับการรักษาทางสาธารณสุข บำบัดและติดตามดูแลผู้ติดยาเสพติด เพื่อลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อตนเองครอบครัวและสังคม โดยการบำบัดผู้ติดยาเสพติดเรื้อรัง (Hardcore) โดยใช้แนวทางลดอันตรายจากยาเสพติดด้วย Harm Reduction เน้นการให้บริการด้านการลดอันตรายทางสาธารณสุขกับตัวผู้ติดยาเสพติด การจัดตั้งศูนย์ให้บริการด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดระดับจังหวัดและสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ให้บริการด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดภาคเอกชนพร้อมทั้งพัฒนามาตรฐานการให้บริการ และโครงการพัฒนาศักยภาพสถานบริการของภาครัฐและภาคประชาสังคมในการให้บริการ ลดอันตรายจากยา

เสพติด เน้นการสำรวจ และประเมินความต้องการบริการในด้านต่าง ๆ ของผู้เข้ายาเสพติด มีกำหนดรูปแบบ มาตรฐาน และแนวทางในการดำเนินงานของสถานบริการของภาครัฐและภาคประชาสังคม ในการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด ให้มีการพัฒนากลไกที่ปฏิบัติงานในสถานบริการ เพื่อให้เกิดความพร้อมในการให้บริการกลุ่มเป้าหมาย ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลการให้บริการอย่างต่อเนื่อง และขยายการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดให้ครอบคลุมในพื้นที่ที่มีความจำเป็น โดยแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวมีในปี 2564

2.2.4.14 คำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 11/2565 เรื่อง ปฏิบัติการป้องกัน ปราบปราม และแก้ปัญหายาเสพติด ตามนโยบายรัฐบาลประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระยะเวลาเร่งด่วน 3 เดือน (1 พฤศจิกายน 2565 – 31 มกราคม 2566) ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 พบว่า ไม่มีการกล่าวถึงแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างชัดเจน แต่ได้กำหนดให้มีจุดเน้นการปฏิบัติที่นอกเหนือจากตรวจสอบ ควบคุมการนำเข้าและส่งออกสารตั้งต้น และเคมีภัณฑ์ที่นำไปใช้ในกระบวนการผลิต การสืบสวนขยายผล ทำลายเครือข่ายนักค้ายาเสพติด และยึด อาศัยทรัพย์สิน หรือดำเนินการเชิงรุกที่มุ่งเน้นการป้องกันปราบปรามเป็นหลัก แต่ก็ยังมีการดำเนินการค้นหา คัดกรอง ผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติด และผู้มีอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดในพื้นที่หมู่บ้าน ชุมชนเป้าหมาย เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม โดยได้กำหนดมาตรการบำบัดรักษายาเสพติด ให้มีการดำเนินการอันประกอบด้วย 1) ค้นหา คัดกรอง ผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติด และผู้มีอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) ในพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม 2) จัดตั้งและขยายจำนวนศูนย์คัดกรองให้ครอบคลุมทุกตำบล เพื่อรองรับผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดและผู้มีอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่ หมู่บ้านหรือชุมชนให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม 3) เตรียมความพร้อมสถานบำบัดรักษาและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติด เพื่อรองรับการดำเนินการ X-Ray ค้นหา ผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดและผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในพื้นที่หมู่บ้านหรือชุมชน 4) สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติด โดยการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation : CBTx) ให้ได้รับการดูแลตั้งแต่การป้องกัน การค้นหา การคัดกรอง จูงใจให้เข้ารับการบำบัดรักษา รวมทั้งติดตาม ช่วยเหลือทางสังคม และ 5) ใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ติดตามตัว (Electronic Monitoring : EM) มาสนับสนุน การติดตาม หรือคุมประพฤติผู้เสพยาหรือครอบครองยาเสพติดเพื่อประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนนิสัยหรือ การ

ป้องกันอาชญากรรม และได้มีการขยายเวลาปฏิบัติเพิ่มเติมจนถึงวันประกาศใช้แผนปฏิบัติการ ภายใต้นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2566 ตามคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 5/2566 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2566 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ, 2566)

กล่าวโดยสรุป ผลการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติด ออกเป็น 2 ช่วง คือ 1) การขับเคลื่อนนโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติดของไทยก่อน พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลใช้บังคับ สามารถสรุปได้ว่า การลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศไทยใช้การดำเนินการในรูปแบบศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ โดยได้กำหนดองค์กรสมาชิกคณะกรรมการและอำนาจหน้าที่ในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เป็นการดำเนินการในห้วงเดือนกุมภาพันธ์ 2560 ถึงเดือนกันยายน 2562 เพียงเท่านั้น หลังจากนั้นสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดได้จัดการให้มีการประเมินผล โดยผลการประเมินเป็นไปในทิศทางบวก มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งในด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต โดยการได้รับความรู้เป็นประจำส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้ารับบริการ และ 2) การขับเคลื่อนนโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติดของไทยหลังจากพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลใช้บังคับ สรุปได้ว่าแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติดของไทยหลังจาก พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลใช้บังคับ มีความเปลี่ยนแปลงไป อย่างชัดเจน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติด โดยการบำบัดฟื้นฟู ผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) ให้ได้รับการดูแลตั้งแต่การป้องกัน การค้นหา การคัดกรอง จูงใจให้เข้ารับการบำบัดรักษา รวมทั้งติดตาม ช่วยเหลือทางสังคม อย่างไรก็ตามยังไม่มีกล่าวถึงแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างชัดเจน รวมถึงเกิดรอยต่อและช่องว่างในช่วงของการกำหนดแผนปฏิบัติการในห้วงเวลาที่พระราชบัญญัติเริ่มมีผลใช้บังคับ

## 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องยาเสพติด

### 2.3.1 สาเหตุการติดยาเสพติด

2.3.1.1 ทฤษฎีวัฒนธรรมรอง (Subculture Theory) เป็นทฤษฎีอาชญาวิทยาแนวสังคมวิทยา กลุ่มทฤษฎีอาชญาวิทยาแบบโครงสร้างทางสังคม แนวคิดนี้ได้ทำการศึกษาเยาวชนที่เข้าไปร่วมเป็นสมาชิกของแก๊งต่างๆ ในสังคมอเมริกา โดยเยาวชนในแต่ละชนชั้นนั้นมีความแตกต่างกันทางสังคม เยาวชนในสังคมชนชั้นกลางมีความพร้อมมากกว่าเยาวชนในสังคมชนชั้นต่ำ มีโอกาสที่จะบรรลุมาตรฐานทางสังคม เช่น การมีการศึกษาที่ดี ความประพฤติดีได้มากกว่า ส่งผลให้เยาวชนจากชนชั้นล่างมีความกดดัน (Status-frustration) จากการที่ไม่สามารถบรรลุสถานภาพทางสังคมอย่างเดียวกันกับชนชั้นกลาง (Status Deprivation) จึงเข้าร่วมแก๊งในวัฒนธรรมรอง เพื่อชดเชยกับความผิดหวังจากการที่สังคมหลักไม่ยอมรับ หรือต้องการขยับฐานะของตนให้เท่าเทียมกับคนอื่นในสังคม วัฒนธรรมรองเป็นลักษณะของแนวความเชื่อ ค่านิยม หรือการปฏิบัติตัวที่แตกต่างไปจากค่านิยมตามประเพณีของคนทั่วไปในสังคม และมักจะเป็นความแตกต่างในด้านลบ เช่น ก้าวร้าว การละเมิดกฎระเบียบ กฎหมาย การใช้ความรุนแรง ดังนั้นวิถีชีวิตของกลุ่มที่ยึดถือวัฒนธรรมรองจึงเข้าไปเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอาชญากรรมได้ง่ายกว่ากลุ่มคนทั่วไป (เสกสรรค์ เครือคำ, 2558)

แนวคิดนี้เชื่อว่าผู้ติดยาเสพติดส่วนมากเป็นผู้ที่มีฐานะยากจน มีอคติต่อค่านิยมและวัฒนธรรมในสังคมที่ตนอาศัยอยู่ ค้อยสถานะทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มีความภูมิใจในตนเองต่ำ มีความไม่ไว้วางใจผู้อื่นในระดับสูง จึงมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เข้าแก๊ง “เพื่อหาจุดศูนย์รวมของความสนใจ” (Miller, 1958) โดยรวมกลุ่มคนใช้ยาเสพติด ติดต่อกัมพูชาเรียนรู้พฤติกรรมระหว่างในกลุ่ม นอกจากการติดยาเสพติดแล้ว ยังนำไปสู่อาชญากรรมในรูปแบบอื่นได้

2.3.1.2 ทฤษฎีติดตรา (Labeling Theory) เป็นทฤษฎีอาชญาวิทยา ที่ไม่ได้มองสาเหตุของการเกิดอาชญากรรมว่ามาจากทางด้านตัวอาชญากรเพียงอย่างเดียว แต่มีมุมมองว่าสังคมมีส่วนทำให้คนมีพฤติกรรมอาชญากร แนวความคิดทฤษฎีติดตราได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับกระบวนการติดต่อสื่อสารกันทางสังคม นั่นคือ คนจะเกิดแนวคิดและความเชื่อจากการที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ตัวตนของบุคคลก็จะเริ่มก่อตัวขึ้นสอดคล้องกับคนในสังคมที่อยู่รอบๆ ตัว เหมือนเป็นกระจกเงาที่สะท้อนออกมาจากหลักการนี้แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของความคิดของคนในสังคมที่มีต่อความคิดและตัวตนของ

บุคคลหนึ่ง (Cooley, 1902) มีนักอาชญาวิทยาหลายท่านที่สนับสนุนเห็นด้วยกับแนวคิดนี้ แต่ที่มีความสำคัญมาก และเป็นที่ยอมรับ คือ ฮาวาร์ด เบ็คเกอร์ (Howard S. Becker) ผลงานของเขาที่สนับสนุนแนวคิดนี้ คือ *Outsider: Studies in the Sociology of Deviance* (Becker, 1963) ซึ่งมีหลักการสำคัญว่า พฤติกรรมอาชญากรรมเกิดขึ้นจากการที่สังคมไปตีตรา ตราหน้าว่าบุคคลคนหนึ่ง มีพฤติกรรมว่าไม่ดีเป็นอาชญากร ทำให้คนที่ถูกมองจากสังคมเช่นนั้นก็จะมีความผิดหรือกระทำความผิดนั้นจริง และอาจจะมีความผิดเหล่านั้นต่อเนื่องไป ซึ่งส่งผลให้คนเหล่านั้นกลายเป็นคนนอกสังคม (Outsider) กลายเป็นตราบาปติดตัว ยากต่อการกลับเข้าสู่การใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

ทฤษฎีการตีตราที่ยังถูกนำมาใช้ในการวิจารณ์การลงโทษในกระบวนการยุติธรรมทางอาญา โดยมองว่าการนำผู้ที่กระทำผิดเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมเป็นการสร้างตราบาปให้แก่คนเหล่านั้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการกระทำผิดซ้ำ เนื่องจากถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นคนนอกสังคม เป็นพวกคนชั่วถูก มองว่าไร้ค่า แยกแยะจากคนในสังคมทำให้คนเหล่านั้น ไม่สามารถที่จะกลับเข้าสู่สังคมปกติได้ จึงเพิ่มโอกาสให้กลับเข้าสู่วงจรของการกระทำผิดอีก เนื่องจากไม่สามารถจะกลับไปใช้ชีวิตแบบปกติได้ จากแนวคิดนี้กระบวนการยุติธรรมทางอาญาที่เน้นการลงโทษเป็นสาเหตุของการเพิ่มจำนวนพฤติกรรมอาชญากรรมมากกว่าการลดพฤติกรรมอาชญากรรม (เสกสรรค์ เครือคำ, 2558) ดังเช่นผลกระทบจากนโยบายสงครามยาเสพติด ที่เน้นการปราบปรามอย่างเด็ดขาดกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวมถึงตัวผู้เสพ หรือผู้ครอบครองในปริมาณเล็กน้อยเพื่อใช้ส่วนตัวด้วย ผลกระทบจากการปราบปรามโดยการบังคับใช้กฎหมายที่เน้นการลงโทษดังกล่าว ส่งผลให้ผู้เสพจำนวนมากถูกตัดสินว่ามีความผิดทางอาญาและต้องรับโทษจำคุก คนเหล่านี้มีสถานะถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นคนชั่วถูกเช่นเดียวกับการกระทำผิดทางอาญาประเภทอื่นทันที ทำให้ยากที่เขาจะกลับเข้าสู่สังคมและมาใช้ชีวิตตามปกติเช่นเดิม และผลกระทบจากการลงโทษผู้เสพยาเสพติดด้วยโทษทางอาญานี้ยังทำให้จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำเพิ่มขึ้นจำนวนมากด้วย

2.3.1.3 ทฤษฎีการคบหาสมาคมที่แตกต่าง (Differential Association Theory) เป็นทฤษฎีอาชญาวิทยากลุ่มทฤษฎีกระบวนการทางสังคม ซึ่งมองว่าคนได้ถูกขัดเกลา (Socialization) จากสถาบันต่างๆ ในสังคม ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน ชุมชนที่อาศัยอยู่ เพื่อน ที่ทำงาน เป็นต้น ดังนั้นถ้าความสัมพันธ์ในสถาบันเหล่านี้เป็นไปในทางบวก คนก็จะประพฤติปฏิบัติตามกฎระเบียบและบรรทัดฐานทางสังคม และในทางตรงกันข้ามหากความสัมพันธ์เป็นไปในทางลบ คนก็จะมีพฤติกรรมที่ขัดต่อบรรทัดฐาน และศีลธรรมอันดีต่อสังคม จนกระทั่งนำไปสู่พฤติกรรมอาชญากรรมได้ ดังนั้น การขัดเกลาทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญ อย่างไรก็ตามไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นคนในชนชั้น

ไหนด หากได้รับการขัดเกลาที่ดีแล้ว ก็มีโอกาที่จะเป็นคนดี มีคุณธรรมจริยธรรม โอกาสในการกระทำผิด หรือก่ออาชญากรรมก็จะน้อยลง (สุดสงวน สุธีสร, 2558)

ในช่วงวัยเด็กสถาบันครอบครัวมีความสำคัญกับพฤติกรรมของเด็กอย่างมาก หากความสัมพันธ์ในครอบครัวดี เด็กได้รับการเอาใจใส่ดูแลอบรมสั่งสอน เด็กก็มีโอกาสที่จะเติบโตมาอย่างมีคุณภาพ สามารถปรับตัวในสังคมได้ มีโอกาสสูงที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต ต่อมาเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์เปลี่ยนจากความสัมพันธ์ในครอบครัว (Family Relations) มาเป็นความสัมพันธ์ของเพื่อน (Peer Relations) เพราะวัยรุ่นเป็นช่วงที่เริ่มมีความคิดแบบอิสระ ต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มากกว่าด้านเหตุผล เพื่อนจึงเป็นคำตอบในการสนับสนุน แลกเปลี่ยนความคิดได้ตรงตามอารมณ์ และความพึงพอใจมากกว่าผู้ใหญ่

นักคิดคนสำคัญในทฤษฎีการคบหาสมาคมที่แตกต่าง คือ Edwin H. Sutherland ได้รวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล เพื่ออธิบายพฤติกรรมของกลุ่มอาชญากรว่า การกระทำผิดเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้ทักษะ (Skills) ค่านิยม (Attitudes) ค่านิยม (Values) แรงจูงใจ (Motives) ทักษะ (Attitudes) รวมถึงการเรียนรู้รูปแบบของการประกอบอาชญากรรม (Pattern of criminal behavior) โดยแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการคบหา การติดต่อกันในสังคมมากกว่าการที่จะสนใจในเรื่องลักษณะของบุคคลหรือลักษณะของสิ่งแวดล้อมภายนอก

Sutherland ได้นำเสนอกระบวนการที่สำคัญ 9 ข้อ ที่บุคคลจะเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอาชญากรรม มีดังต่อไปนี้

- 1) พฤติกรรมอาชญากรรมเกิดจากการเรียนรู้
- 2) พฤติกรรมอาชญากรรมเกิดจากการเรียนรู้ โดยการคบหาสมาคมกับบุคคลอื่นผ่านกระบวนการติดต่อสื่อสาร
- 3) การเรียนรู้พฤติกรรมอาชญากรรมเกิดขึ้นในกลุ่มบุคคลที่ใกล้ชิดสนิทสนมกัน

4) การเรียนรู้พฤติกรรมอาชญากรรมนั้นประกอบด้วย การเรียนรู้เทคนิควิธีการก่ออาชญากรรม ซึ่งในแต่ละครั้งมีความยากง่ายแตกต่างกัน และการเรียนรู้ถึงทัศนคติ ความเชื่อ และแรงจูงใจของการประกอบอาชญากรรม

5) ทิศทางของแรงจูงใจ แรงขับเคลื่อน เหตุผลและความเชื่อ เกี่ยวเนื่องกับการรับรู้ในด้านการเคารพกฎหมายและการละเมิดกฎหมาย กล่าวคือ คนในสังคมมีทั้งกลุ่มที่เห็นด้วยกับการปฏิบัติตามกฎหมายและเห็นด้วยกับการละเมิดกฎหมาย

6) บุคคลที่กลายเป็นอาชญากรนั้น คือ บุคคลที่มีทัศนคติ ความเชื่อ และค่านิยมว่าการฝ่าฝืนกฎหมายนั้นถูกต้องมากกว่าการไม่ละเมิดกฎหมาย

7) การคบหาสมาคมที่แตกต่างจะขึ้นอยู่กับความถี่ (Frequency) ระยะเวลา (Duration) ลำดับความสำคัญ (Priority) และความเข้มข้น (Intensity) ดังนั้นถ้ามีการคบหาสมาคมที่แตกต่างบ่อยครั้ง เป็นระยะเวลานาน ถูกให้ความสำคัญ มีบทบาทและอิทธิพลต่อชีวิต ก็เพิ่มโอกาสในการเรียนรู้พฤติกรรมสำเร็จมากขึ้น

8) กระบวนการของการเรียนรู้พฤติกรรมอาชญากรรม เหมือนกับกระบวนการเรียนรู้ของพฤติกรรมอื่นๆ

9) พฤติกรรมอาชญากรรมเป็นการแสดงออกถึงความต้องการ แรงผลักดัน และค่านิยม ซึ่งมีลักษณะเหมือนกับพฤติกรรมถูกกฎหมายที่เกิดจากความต้องการ แรงผลักดันและค่านิยมเช่นเดียวกัน

จากหลักการสำคัญทั้ง 9 ข้อนี้ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมอาชญากรรมไม่ได้มีสาเหตุโดยตรงมาจากพันธุกรรมหรือสภาพแวดล้อมทางสังคม แต่เกิดจากการเรียนรู้จากบุคคล กลุ่มคนที่มีการคบหาสมาคมกัน และบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อสอดคล้องกับหลักข้อที่ 6) ที่ว่าจะต้องมีความเชื่อว่าการละเมิดกฎหมายมีความถูกต้องมากกว่าการเคารพกฎหมาย ดังนั้นเมื่อผ่านกระบวนการเรียนรู้และมีค่านิยม ความเชื่อนี้ประกอบ ก็ส่งผลให้บุคคลกลายเป็นอาชญากรได้ (พรชัย ขันดี, จอมเดช ตรีเมฆ, และกฤษณพงศ์ พุทธระกูล, 2558; สุธสวงวน สุชีสร, 2558; เสกสัน เครือคำ, 2558)

ดังนั้น สาเหตุสำคัญของการที่บุคคลคิดยาเสพติดนั้น เกิดจากการที่บุคคลนั้นได้คบหาสมาคมกับผู้ที่ใช้ยาเสพติด หรือการได้รับอิทธิพล การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน โดยเฉพาะเป็นกลุ่มเดียวกัน ต้องมีนิสัยเหมือนกัน กัน ไม่ว่าจะเป็นเที่ยวเตร่ยามค่ำกิน เมาสุรา หรือมั่วสุมกัน จนกระทั่งเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ทำให้คิดยาเสพติดได้ง่าย

2.3.1.4 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) เป็นทฤษฎีอาชญาวิทยาของกลุ่มทฤษฎีอุปนิสัย (Trait Theory) ซึ่งนำเรื่องเกี่ยวกับจิตวิทยาอธิบายสาเหตุของการเป็นอาชญากรเจ้าของทฤษฎี คือ ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เป็นจิตแพทย์ชาวออสเตรีย หลักพื้นฐานของทฤษฎีนี้ คือ พฤติกรรมส่วนมากของบุคคลเกิดจากจิตใต้สำนึกหรือสัญชาตญาณ ซึ่งบุคคลอาจจะไม่รู้ตัวหรือไม่สามารถควบคุมในส่วนนี้ได้ ดังนั้นถ้าต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องเจาะลึกลงไปสู่ภายในจิตใจของมนุษย์จนถึงจิตใต้สำนึกของการตอบสนอง เพื่อพัฒนาและแก้ไขความสามารถในการควบคุมต่อแรงผลักดันจากภายในจิตใจ (สุดสงวน สุธีสร, 2558)

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ได้อธิบายไว้ว่า โครงสร้างบุคลิกภาพที่อยู่ภายในจิตใต้สำนึก (Subconscious) ของบุคคลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1) อิด (Id) เป็นส่วนที่เกี่ยวกับสัญชาตญาณ ความอยากหรือความปรารถนาทั้งหลาย ที่มีลักษณะเป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และความพอใจ

2) อีตตา (Ego) เป็นส่วนที่มีความตระหนักถึงเหตุผลเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างความต้องการของอิด (Id) และการยับยั้งจากอภีตตา (Superego) แล้วนำไปสู่การแสดงออกที่เป็นตัวตนของบุคคลนั้นๆ อีตตาไม่ได้มีลักษณะที่ติดตัวมาแต่กำเนิด หากแต่ได้รับการพัฒนาแบบค่อยๆ เป็นไปขึ้นในภายหลัง จนกระทั่งสามารถชี้แนะแก้ไขจิตใจได้

3) อภีตตา (Superego) ส่วนนี้จะตรงข้ามกันกับส่วนของ อิด (Id) เป็นส่วนของการประเมินผลของพฤติกรรมและการลงโทษ ทำหน้าที่ในการควบคุมพฤติกรรม จะคำนึงถึงด้านศีลธรรมและด้านความดีงาม

โดยปกติแล้วการทำงานของ 3 ส่วนนี้จะมีความสมดุลกัน เมื่ออิดเกิดความต้องการตามสัญชาตญาณ ส่วนของอภีตตาหรือซูเปอร์อีโก ก็จะทำหน้าที่ในการห้ามยับยั้งก่อนจะออกมา

เป็นส่วนของการแสดงออก คือ อัดตาหรืออีโก้ โดยอัดตาจะอยู่กึ่งกลางของทั้งสองฝ่าย และพยายามประนีประนอมระหว่างความต้องการ 2 ส่วน จึงเกิดเป็นบุคลิกภาพที่สมดุล ดังนั้น หากทั้งสามส่วนนี้ไม่สามารถประสานการทำงานกันได้อย่างสมดุล เช่น อัดมีความต้องการเข้มข้นมากกว่าอีโก้ อัดตาบุคคลก็จะมีพฤติกรรมตามใจตนเองเป็นที่ตั้งโดยไม่คำนึงถึงกฎหมายและศีลธรรมอันดีของสังคม ในทางตรงกันข้าม หากอีโก้มีความเข้มข้นมากกว่าอัด ความต้องการของอีโก้จะถูกกดและสะสมเอาไว้ภายในจิตใจ เมื่อเก็บกดไว้มากๆ ก็อาจจะระเบิดออกมาเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

สาเหตุของการใช้ยาเสพติดสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีนี้เช่นกัน โดยการที่บุคคลติดยาเสพติดนั้นเป็นการแสดงออกเพื่อระบายและต่อสู้กับความรู้สึกกดดันภายในจิตใจได้สำนึก มีความไม่มั่นคงทางด้านอารมณ์ ต้องการสารเสพติดเพื่อช่วยให้ตนเองมีความสุขขึ้นเพื่อตอบสนองความพึงพอใจในด้านอารมณ์

กล่าวโดยสรุปสาเหตุของการติดยาเสพติด มีทฤษฎีทางด้านอาชีววิทยาที่เกี่ยวข้อง 4 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีวิวัฒนาการ ทฤษฎีจิตรา ทฤษฎีการคบหาสมาคมที่แตกต่าง และทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ซึ่งผู้ติดยาเสพติดอาจเกิดจากปัจจัยของทฤษฎีหนึ่ง หรือหลายทฤษฎีผสมกันได้ และการทราบถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 2.3.2 แนวทางการแก้ไขการติดยาเสพติด

2.3.2.1 ทฤษฎีความต้องการของ อับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เสนอโดย อับราฮัม มาสโลว์ ในรายงานเรื่อง A Theory of Human Motivation ในปี ค.ศ.1943 มาสโลว์ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 ชั้น ตามรูปปิระมิด ด้านล่างนี้



## Maslow's hierarchy of needs

รูปที่ 2.1 พีระมิดความต้องการ 5 ชั้นของมาสโลว์

ที่มา: Mcleod, 2023

ความต้องการที่มากที่สุด คือ ความต้องการความสมบูรณ์ของชีวิต (Self-Actualization) จะอยู่ด้านบนสุด ส่วนความต้องการพื้นฐานที่สุดจะอยู่ข้างล่าง จากรูปด้านบนพีระมิดแบ่งออกเป็น 5 ชั้นคร่าวๆ ของความต้องการต่างๆ จากบนลงล่าง คือ ความสมบูรณ์ของชีวิต (Self-Actualization) ความเคารพนับถือ (Esteem) มิตรภาพและความรัก (Love and Belonging) ความมั่นคงปลอดภัย (Safety) และความต้องการทางกายภาพ (Physiological) ถ้าความเคารพนับถือ มิตรภาพและรัก หรือ ความมั่นคงปลอดภัย ขาดพร่องไป แม้ร่างกายจะไม่ได้แสดงอาการใดๆ ออกมาแต่บุคคลนั้นๆ รู้สึกกระวนกระวายและเกร็งเครียด ทฤษฎีของมาสโลว์ยังบอกด้วยว่า ชั้นความต้องการที่พื้นฐานมากกว่าหรืออยู่ข้างล่างของพีระมิด จะต้องได้รับการตอบสนองก่อนที่บุคคลจะเกิดความปรารถนาอย่างแรงกล้าต่อความต้องการในระดับที่สูงขึ้นได้ (Maslow, 1943)

กล่าวโดยสรุป การที่จะช่วยสนับสนุนผู้สพยา ให้สามารถเลิกยาได้ตามหลักการของมาสโลว์นั้น มีความจำเป็นที่จะต้องเข้าใจความต้องการ 5 ชั้นของมนุษย์เป็นพื้นฐาน และต้อง

เข้าใจด้วยว่าสาเหตุการติดยาของแต่ละบุคคลก็必将มีความแตกต่างกันไป เพื่อใช้แรงจูงใจในแต่ละขั้น ค้นหาความต้องการภายในที่ตัวผู้เสพ เพื่อวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2.3.2.2 ทฤษฎีพันธะทางสังคม (Social Bonding Theory) เป็นทฤษฎีอาชญาวิทยา กลุ่มการควบคุมทางสังคม นักอาชญาวิทยาที่มีชื่อเสียงในแนวคิดนี้ คือ ทราวิส เฮอร์ช (Hirschi) เขาได้นำเสนอในมุมมองที่ว่าบุคคลเป็นสัตว์โลกที่มีโอกาสจะประกอบอาชญากรรมได้อยู่แล้ว เขาจึงนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมอาชญากรรม โดยเสนอว่าบุคคลที่มีความผูกพันกับกลุ่มในสังคมหรือองค์กร ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และโรงเรียน เป็นต้น ส่วนมากมีแนวโน้มที่จะไม่ประกอบอาชญากรรม เรียกสิ่งนี้ว่าพันธะทางสังคมหรือความผูกพันกับสังคม ซึ่งพันธะทางสังคม (Social Bonds) มีด้วยกัน 4 ประเภท คือ

1) ความรักผูกพัน (Attachment) หมายถึง การที่บุคคลมีความผูกพันรักใคร่กับบุคคลอื่น ความผูกพันนี้เป็นพื้นฐานทางอารมณ์ที่จะสร้างสำนึกให้บุคคลนึกถึงผู้อื่น สามารถควบคุมตนเองให้เป็นคนดีของสังคม

2) ความตั้งมั่น (Commitment) หมายถึง การที่บุคคลมีความผูกมัดกับการดำเนินชีวิตตามธรรมเนียมคลองธรรม สอดคล้องกับค่านิยมและศีลธรรมอันดีของสังคม เช่น การประกอบอาชีพที่สุจริตเพื่อเป็นแนวทางไปสู่ความสำเร็จในชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลไม่อยากจะกระทำผิดกฎหมาย เพราะเสี่ยงต่อโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต

3) การมีส่วนร่วม (Involvement) หมายถึง การที่บุคคลได้มีส่วนเข้าไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสังคม ทำให้เวลาที่จะไปมีส่วนในการประกอบอาชญากรรมลดน้อยลงไป เนื่องจากเวลาส่วนมากได้ถูกใช้หมดไปกับกิจกรรมทางสังคม

4) ความเชื่อ (Belief) หมายถึง ระดับความเชื่อของบุคคลที่มีต่อค่านิยมและบรรทัดฐานของสังคม ความเชื่อนี้เกี่ยวข้องกับศีลธรรม ความดีงามที่คนส่วนมากยึดถือปฏิบัติ ดังนั้นหากบุคคลมีระดับความเชื่อต่อค่านิยมและบรรทัดฐานในสังคมสูง ก็มีแนวโน้มที่จะไม่ทำผิดกฎระเบียบของสังคม

หลังจากที่เฮอซีได้นำเสนอแนวคิดทฤษฎีนี้แล้ว เขาก็ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบทฤษฎี ซึ่งผลการวิจัยพบว่าเยาวชนที่มีความผูกพันทางสังคมต่ำมักจะมีแนวโน้มที่จะกระทำผิดกฎหมาย และยังมีงานวิจัยอีกจำนวนที่สนับสนุนสมมติฐานตามทฤษฎีของเฮอซี เช่น งานวิจัยของฮินเดลแลง (Hindelang, 1973) ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางสังคมกับพฤติกรรมอาชญากรรม งานวิจัยของเอเคอร์และคอคฮาน (Akers & Cochran, 1985) ก็พบว่าตัวแปรของทฤษฎีพันธะทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน งานวิจัยของโรเบิร์ต แซมสัน และจอห์น ลอบ (Sampson & Laub, 1990) ได้ทำการศึกษาวิจัยแบบต่อเนื่องจากประชากร 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นบุคคลที่เคยถูกจับกุมในวัยเด็ก กลุ่มที่สองเป็นบุคคลที่ไม่เคยถูกจับกุมในวัยเด็ก การวิจัยนี้ได้ทำการทดสอบว่าความผูกพันในครอบครัวและหน้าที่การงานที่มั่นคง ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอาชญากรรมมากน้อยเพียงใด ผลการศึกษาพบว่า แม้ว่าบุคคลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เคยถูกจับกุมในวัยเด็ก แต่ต่อมาแต่งงานและมีหน้าที่การงานที่มั่นคงอัตราการถูกจับกุมจะอยู่ในระดับต่ำมาก ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้แต่งงานและไม่มีหน้าที่การงานที่มั่นคง ยังมีอัตราการถูกจับกุมที่สูงอยู่ และสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยถูกจับกุมในวัยเด็กก็ได้ผลการศึกษาในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นสรุปได้ว่าพฤติกรรมอาชญากรรมและตัวแปรของทฤษฎีการควบคุมทางสังคมจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (พรชัย ขันดี และคณะ, 2558)

สรุปได้ว่า เมื่อนำทฤษฎีพันธะทางสังคมมาวิเคราะห์ในกรณีผู้ติดยาเสพติด พบว่าสาเหตุการติดยาในวัยรุ่นนั้นเกิดจากปัจจัยในครอบครัวมีส่วนสำคัญ เช่น มีความรุนแรงในครอบครัว พ่อแม่ทะเลาะเบาะแว้งกัน พ่อแม่ใช้ความรุนแรงกับเด็ก พ่อแม่ปล่อยปละละเลย ไม่อบรมขัดเกลาบุตร ส่งผลให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี บุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมครอบครัวเช่นนี้ มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ด้านบุคลิกภาพ รวมถึงปัญหาด้านยาเสพติด และอาชญากรรมอื่นๆ ด้วย อย่างไรก็ตาม หากผู้เสพยาเกิดการติดยาจากปัจจัยอื่น ความรักความผูกพันในครอบครัวจะเป็นส่วนสำคัญอันดับต้นๆ ในการให้กำลังใจ สร้างแรงบันดาลใจ เป็นพันธะที่เชื่อมสัมพันธ์กัน เช่น พ่อแม่ตระหนักถึงภาระในการเลี้ยงดูครอบครัว ส่วนบุตรจะกระทำสิ่งใดก็จะนึกถึงความรัก ความห่วงใยจากคนในครอบครัวก่อน ซึ่งพันธะในครอบครัวนี้สามารถช่วยแก้ปัญหาการติดยาได้

### 2.3.3 การบำบัดรักษายาเสพติด

แนวทางการรักษายาเสพติดโดยทั่วไป สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.3.3.1 ขั้นเตรียมการ (Pre-Admission) เป็นการเตรียมความพร้อมภายในระยะเวลา 7 วัน ก่อนให้บำบัดรักษา เช่น การทำประวัติ การตรวจวินิจฉัยการติดสารเสพติด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสารเสพติด การสร้างแรงจูงใจให้เข้าใจภาวะของตน และให้มีความตั้งใจที่จะรับการบำบัดรักษา และอธิบายขั้นตอนการบำบัดรักษาให้แก่ผู้เข้ารับการบำบัด

2.3.3.2 ขั้นถอนพิษยา (Detoxification) คือ การบำบัดอาการทางกายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด การให้ยาชนิดอื่นทดแทน เช่น เมธาโดน ยาระงับอาการอยากยา รวมถึงการแพทย์ทางเลือก เช่น การฝังเข็ม การใช้ยาสมุนไพร หรือการให้เลิกเสพทันทีที่เรียกว่า หักดิบ ซึ่งควรทำภายในระยะเวลา 45 วัน ตามวิธีการถอนพิษที่ได้ยื่นต่อกรมการแพทย์และผ่านการรับรองแล้ว

2.3.3.3 ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) คือ การปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ ความคิดและพฤติกรรม ให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างปกติ มีระยะเวลาดำเนินการภายใน 180 วัน ประกอบด้วยกิจกรรมหลากหลาย เช่น จิตบำบัด กิจกรรมบำบัด อาชีวบำบัด ศาสนา นันทนาการ การฝึกวินัย เป็นต้น เพื่อฝึกทักษะต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดไม่กลับไปใช้สารเสพติดอีกในอนาคต นอกจากนี้ยังมีรูปแบบอื่นๆ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ "ชุมชนบำบัด" ซึ่งเป็นการสร้างชุมชน หรือสังคมจำลองให้ผู้ติดยาเสพติดมาอยู่รวมกัน เพื่อให้การช่วยเหลือกันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ฝึกความรับผิดชอบการรู้จักตนเอง และแก้ไขปัญหายอย่างเหมาะสม

2.3.3.4 ขั้นการติดตามดูแล (After-Care) คือ การติดตามดูแลผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาทั้ง 3 ขั้นตอนข้างต้น มีกำหนดระยะเวลา 1 ปี โดยมีการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำการสร้างกำลังใจ และการป้องกันการติดซ้ำ มีการเยี่ยมบ้านและนัดติดตามเป็นระยะ เช่น ทุกเดือนที่ 1 3 6 และ 12 เป็นต้น (ธวัช ลาภินี, 2564) ในปี พ.ศ. 2563 ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด คือ ยาบ้า (ร้อยละ 77.9) รองลงมาคือ ไอซ์ (ร้อยละ 9.7) กัญชา (ร้อยละ 4.8) เฮโรอีน (ร้อยละ 2.3) ซึ่งตามแนวทางการบำบัดรักษา 4 ขั้นตอนตามที่ได้กล่าวมาแล้ว การบำบัดรักษายังขึ้นอยู่กับการใช้ยาเสพติดแต่ละชนิดด้วย ซึ่งในงานศึกษานี้จะอธิบายแนวทางการบำบัดรักษาในยาเสพติด 4 ชนิดที่มีการระบาดสูงสุด ได้แก่

### 1) เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้าและไอซ์)

1.1) การดูแลภาวะทางกายเบื้องต้น พยายามจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ ลดการกระตุ้นจากเสียงดังอีกที และแสงสว่างจ้า ควรหลีกเลี่ยงการโต้เถียงกับผู้ป่วย โดยยอมรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และให้ความมั่นใจว่าแก่ผู้ป่วยว่าอาการเกิดจากฤทธิ์ของสาร ซึ่งจะดีขึ้นเมื่อสารหมดฤทธิ์ และอาจขอให้เพื่อนหรือญาติอยู่ด้วย หรือติดต่อให้พุดคุยได้

1.2) การใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines เช่น Diazepam 2 - 10 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้น ทุก 4 - 6 ชั่วโมง หรือ Diazepam 10 - 30 มิลลิกรัม รับประทานในการรักษา ผู้ป่วยที่เมาสารกระตุ้นแอมเฟตามีน เพื่อสงบอาการกระสับกระส่าย วิตกกังวล มีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง และหากไม่ได้ผลจึงใช้ยาในกลุ่ม Antipsychotics โดยเฉพาะในรายที่มีอาการ โรคจิต หวาดระแวง มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงได้ โดยใช้ยา Antipsychotic เช่น Haloperidol 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทั้งนี้การรักษาด้วยยาจะขึ้นอยู่กับอาการและอาการแสดง และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น

1.3) การใช้ยาเพื่อรักษาอาการขาดยา (Treatment of Detoxification) ผู้ป่วยถอนยาเมทแอมเฟตามีนจะมีอาการและอาการแสดงไม่รุนแรง จึงใช้การรักษาตามอาการ เช่น ถ้ามีอาการกระวนกระวายนอนไม่หลับ ใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine ได้แก่ Diazepam 2 - 10 มิลลิกรัมต่อวัน ถ้ามีอาการซึมเศร้าจะใช้ยาในกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) ได้แก่ Fluoxetine 20 - 40 มิลลิกรัมต่อวัน และเฝ้าระวังภาวะฆ่าตัวตาย แต่หากมีอาการซึมเศร้ารุนแรง ในกรณีอาการภาวะ โรคจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอนจะใช้ยากกลุ่ม Antipsychotic เช่น Haloperidol 0.5 - 5 มิลลิกรัม/วัน หรือ Risperidone 0.5 - 2 มิลลิกรัม/วัน และให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยที่มีภาวะก้าวร้าว รุนแรงจนเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น และไม่สามารถทำให้สงบได้ด้วยยา หรือไม่สามารถใช้ยาได้ อาจใช้การผูกมัด (Physical Restraint) (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2) กัญชา ผู้เสพส่วนใหญ่ใช้กัญชาแห้งด้วยวิธีการสูบ กัญชามีสารสำคัญ คือ Tetra-Hydro-Cannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) THC เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและมีฤทธิ์เสพติด พบผู้ป่วยเสพติดกัญชามีความชุกในการเกิดโรคจิตเวชสูง เช่น โรคอารมณ์แปรปรวน และโรควิตกกังวล

2.1) การรักษาทางจิตสังคม เป็นการรักษาแนวทางเริ่มต้น ก่อนการรักษาด้วยการใช้ยา ได้แก่ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) คือ การบำบัดทางจิตด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม Motivational Enhancement Therapy (MET) คือ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และ Contingency Management คือ การบริหารเชิงสถานการณ์โดยวิเคราะห์จากสภาพความเป็นจริง

2.2) การรักษาด้วยยา ปัจจุบันมีการใช้ยาในการบำบัดรักษา เพื่อช่วยให้หยุดการใช้กัญชา ลดอาการขาดกัญชา ลดผลที่ทำให้เกิดความพึงพอใจการใช้สาร รวมถึงป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ ได้แก่ N-acetylcystein ใช้ในการรักษาความผิดปกติจากการใช้กัญชา (Cannabis Use Disorder) Gabapentin เป็นยาในกลุ่ม GABAergic ที่ใช้ในการรักษาโรคลมชักและอาการปวดแบบ Neuropathic Pain และ Cannabinoid Agonists การให้ยาประเภทนี้เป็นการรักษาที่มีประสิทธิผลสูงในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดประเภท Opioid และบุหรี่ (ชาญชัย ชงพานิช, 2562)

3) เฮโรอีน เป็นสารออกฤทธิ์แรง มีผลในทางกดประสาท ได้แก่ ศูนย์ประสาทส่วนการหายใจ สมองส่วนหน้า กดประสาทส่วนไขสันหลัง และออกฤทธิ์ปฏิกิริยาต่อระบบประสาทส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่ายปัสสาวะและระบบการไหลเวียนของโลหิตในร่างกาย ผู้ที่ไม่เคยเสพเฮโรอีน เมื่อเสพอาจติดได้ง่ายกว่าฝิ่นหรือมอร์ฟีน เพราะมีฤทธิ์เข้มข้นรุนแรง เฮโรอีนมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง มีผลระงับอาการปวดที่รุนแรงได้ รู้สึกสบาย เคลิบเคลิ้ม เชื่องซึม ง่วงนอน ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง ถ้าเสพเข้ามากเกินความต้านทานของร่างกายอาจทำให้หัวใจหยุดเต้นถึงตายได้ ผู้ป่วยติดเฮโรอีนรักษาให้หายขาดได้ยาก ผู้ป่วยมักกลับไปเสพเฮโรอีนซ้ำหลังจากผ่านการบำบัดรักษาด้วยวิธีการต่างๆ

3.1) วิธีหักดิบ (Cold Turkey) เป็นการหยุดใช้เฮโรอีนทันที โดยผู้ป่วยต้องทนกับอาการขาดยา (Withdrawal Symptoms) ซึ่งมักเริ่มเกิดขึ้นหลังขาดยาประมาณ 4 ชั่วโมง แล้วค่อยๆ ทุเลาความรุนแรงจนมากที่สุดในวันที่ 3 อาการจะค่อยๆ ลดลงทีละน้อยจนเกือบหมด ภายใน 7-10 วัน วิธีนี้ใช้ได้กับคนที่มีความตั้งใจสูง ร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคแทรกซ้อน และเสพติดเฮโรอีนในขนาดไม่สูงนัก (ไม่เกิน 1/4 ฝาต่อวัน หากเสพมากกว่านี้มักทนไม่ไหว)

3.2) การรักษาด้วยยา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยทนต่อการขาดเฮโรอีนได้ โดยอาจใช้สารที่อยู่ในกลุ่มเดียวกับเฮโรอีนเป็นสารทดแทน หรือใช้สารต่างกลุ่มแต่มีฤทธิ์ในการ

ระงับอาการขาดยาของการหยุดเสพยาเฮโรอีน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหยุดสารเสพติดได้ในระยะยาว ดังนั้นวิธีการถอนพิษเฮโรอีนที่มีประสิทธิภาพ นับได้ว่าเป็นบันไดขั้นแรกในการประสบความสำเร็จในการบำบัดรักษา มีการพัฒนาวิธีการถอนพิษเฮโรอีนในหลายรูปแบบ ดังต่อไปนี้ (1) การใช้สารในกลุ่มเดียวกับเฮโรอีนเพื่อชดเชยหลังหยุดการใช้สาร (Agonist Substitution Therapy) ได้แก่ เมทาโดน (Methadone) และ มอร์ฟีน (Morphine) (2) การใช้สารต่างกลุ่มกับเฮโรอีนเพื่อระงับอาการขาดยา ซึ่งยาหลักที่ใช้เป็นกลุ่มยานอนหลับ ได้แก่ Midazolam Clonidine และ (3) การใช้สารที่แย่งจับ Opiate Receptor และออกฤทธิ์ตรงข้ามกับเฮโรอีน (Opioid Antagonist Treatment) ได้แก่ นาโลอกโซน (Naloxone)

3.3) แนวทางชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC) หากประสบความสำเร็จในการถอนพิษยา ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาในชุมชนที่ฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป โดยใช้ชุมชนบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดเสพยาเฮโรอีนและสามารถกลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้ (มานิช หล่อตระกูล, 2558)

เมื่อมีการปรับเปลี่ยนมุมมองในเรื่องการแก้ไขปัญหายาเสพติดมาเป็นแนวทางสาธารณสุข การบำบัดรักษาผู้เสพยาจึงมีบทบาทสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง และเป็นแนวทางที่ต้องดำเนินการควบคู่กันไปกับการลดอันตรายจากยาเสพติด ซึ่งเป็นแนวทางและวิธีการที่ส่งเสริมการบำบัดโดยตรง ถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหนึ่งของการดูแลผู้ใช้ยา ผู้ติดยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวโดยสรุปแนวทางการรักษามีความสำคัญมากต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติด เพราะสามารถช่วยให้ผู้เสพยาพ้นจากภาวะการติดยา ตัวผู้เสยยานั้นเป็นปัจจัยในการเกิดปัญหายาเสพติด หากจำนวนผู้เสพยาซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นอุปสงค์ (Demand) ในระบบตลาดยาเสพติดลดลง ย่อมเป็นการตัดวงจรที่สำคัญของยาเสพติดลงได้

## 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

แนวคิดเรื่อง “Harm Reduction” หรือ “การลดอันตราย” เป็นวิธีการในการสนับสนุนการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เน้นถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ และความพร้อมที่จะเลิกใช้ยาเสพติดของตัวผู้เสพยา โดยให้ผู้ติดยามีความรู้สามารถป้องกันอันตรายหรือผลลบจากการใช้ยาเสพติดในระหว่างที่ใช้ยา และในช่วงของกระบวนการคิดที่จะเลิกใช้ยาเสพติด ให้ตระหนักถึงคุณค่าในตัวเองจนสามารถจะเลิกยาเสพติดได้ เพื่อจะได้คืนดีพร้อมสุขภาพแรงกลับคืนสู่สังคม ใช้กับยาเสพติดได้

ทุกประเภท ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและสังคม ยังหมายความว่ารวมถึงการลดอันตรายจากผลกระทบของการปราบปรามยาเสพติดแบบการใช้มาตรการที่รุนแรงหรือการประกาศสงครามกับยาเสพติด เพื่อหวังกำจัดยาเสพติดให้สูญสิ้นหมดไป (Drug Free) ซึ่งเป็นเพียงเรื่องในอุดมคติเท่านั้น ที่ไม่สามารถเป็นจริง และในทางตรงกันข้ามยังส่งผลกระทบต่อสังคม ได้แก่ อาชญากรรมรุนแรง การทุจริตคอร์รัปชัน การฝ่าฝืนสิทธิมนุษยชน สูญเสียพลเมือง การทำลายสภาพแวดล้อม การย้ายชุมชนออกจากถิ่นที่อยู่ อำนาจขององค์กรอาชญากรรม และสูญเสียงบประมาณกับมาตรการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่สร้างสรรค์ แนวคิดนี้เป็นแนวคิดด้านสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันหรือลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ ที่มีต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากพฤติกรรมบางอย่าง การลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับปัญหาการใช้ยาหรือสารเสพติด ได้เริ่มเกิดขึ้นในช่วงปลายทศวรรษที่ 19 (ค.ศ. 1970) และต่อมาก็ได้แพร่ขยายจนเริ่มเป็นที่รู้จักมากขึ้นในราว ค.ศ.1980 โดยในขณะนั้นยังเน้นด้านการให้บริการสาธารณสุขที่จะลดผลกระทบทางลบที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด และป้องกันอันตรายผู้ที่ใช้ยาเสพติดมากกว่าที่จะให้ผู้ป่วยหยุดการใช้ยาหรือปลอดจากยาเสพติดโดยเด็ดขาด (วิโรจน์ วีรชัย, 2553; วรพล หนูนุ่น, 2556)

#### 2.4.1 ความหมายของการลดอันตรายจากยาเสพติด

การลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) หมายถึง การลดปัญหา หรือภาวะเสี่ยงอันตราย การแพร่ระบาด การสูญเสียจากการใช้ยาเสพติดที่อาจเกิดกับตัวบุคคล ชุมชน และสังคม เป็นการป้องกันอันตรายโดยการทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายลดลง ในขณะที่ยังไม่สามารถหยุดยาเสพติดได้ เป็นการยืดหยุ่นวิธีการรักษา ที่ยึดความพร้อมของผู้ป่วยเป็นฐาน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มนุษยธรรม สิทธิมนุษยชนและความเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติด (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

#### 2.4.2 หลักการของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Key Principles of Harm Reduction)

Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) (1996) ได้เสนอหลักการของการลดอันตรายจากยาเสพติดไว้ 5 หลัก ดังนี้

2.4.2.1 ปฏิบัตินิยม หรือความเกี่ยวพันของเหตุการณ์ (Pragmatism) คือ การจำกัด หรือการเยียวยาอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นทางปฏิบัติที่มีความเป็นไปได้ และใช้เวลาสั้นกว่า การพยายามจะให้ผู้ใช้เสพติดการใช้ยาอย่างสิ้นเชิง โดยเฉพาะการใช้ยาเสพติดนั้นเป็นผลมาจากจิตใจ ของผู้เสพ ผู้เสภก็ได้รับการตอบสนองด้านความสุขจากการใช้ยาเช่นกัน ผู้เสภจึงมีความยากลำบาก หากต้องเลิกยาในทันที ดังนั้นการควบคุมเยียวยาอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้นาจะเป็น แนวทางที่เหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงมากกว่าการมุ่งเน้นให้ผู้เสภเลิกยาเพียงอย่างเดียว

2.4.2.2 คุณค่าความเป็นมนุษย์ (Humane Values) บนหลักการที่ว่ามนุษย์ทุกคนมี สิทธิที่จะกระทำการตามที่ตนปรารถนาได้ โดยที่ไม่ขัดต่อกฎหมายและกระทบสิทธิของผู้อื่น การใช้ ยาที่ในทำนองเดียวกันมนุษย์มีสิทธิจะกระทำตามความพึงพอใจ แต่กฎหมายที่ใช้บังคับนั้น กำหนดให้ยาเสพติดซึ่งมีความเป็นอาชญากรรม หรือความผิดทางอาญาน้อยกว่าการกระทำผิดอื่นที่ กระทำต่อเนื้อตัวร่างกายแต่ต้องรับโทษเดียวกับความผิดทางอาญาไม่ว่าจะเป็นโทษจำคุกจนถึง ประหารชีวิต รวมถึงความเชื่อในเรื่องศีลธรรมจะไม่นำเรื่องทางศีลธรรมมาตัดสินการใช้ประเภทยา และปริมาณของสารเสพติด แต่ให้ตระหนักถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นหลักสำคัญ

2.4.2.3 จุดเน้นคือเรื่องอันตรายจากยา (Focus on Harms) ขอบเขตของอันตรายจาก การใช้ยาเสพติดถือว่ามีความสำคัญมากกว่าการเสพยาเสพติด ความสำคัญอันดับแรกจึงต้องลด ผลกระทบทางลบของยาเสพติดต่อตัวผู้เสภและด้านอื่นๆ เช่น สาธารณสุข สังคม และเศรษฐกิจด้วย การลดอันตรายจากยาเสพติดจะไม่ลดการณถึงเป้าหมายในการบังคับให้บำบัด ในบางกรณีการลด ปริมาณการใช้ยาลงได้ถือว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพของการลดอันตรายจากยาเสพติด อย่างไรก็ตาม ยังมีวิธีอื่นๆ ที่เป็นไปได้และมีประสิทธิภาพเช่นกัน

2.4.2.4 ความสมดุลเรื่องงบประมาณและประโยชน์ที่ได้รับ (Balancing Costs and Benefits) ในทางปฏิบัติกระบวนการของการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด และ อันตรายที่เกี่ยวข้องรวมถึงต้นทุนในการดำเนินการถูกนำมากำหนดเป็นปัจจัยเพื่อจัดลำดับ ความสำคัญ การวิเคราะห์นี้คำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ใช้ยา ชุมชนและสังคมด้วย การประเมินนี้ยัง ต้องนำผลกระทบของมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดมาเปรียบเทียบกับทางเลือกอื่นๆ (และ การไม่แทรกแซงด้วย) ในทางปฏิบัติการประเมินอาจเป็นเรื่องซับซ้อน ยุ่งยากเพราะจำนวนที่มาก ของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

2.4.2.5 การจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมายที่เร่งด่วน (Priority of Immediate Goals) ปัญหาที่จำเป็นเร่งด่วนที่สุดที่จะได้รับการพิจารณาก่อน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสัมฤทธิ์ที่มีความเร่งด่วนและมีความเป็นไปได้มากที่สุดจะถูกหยิบยกเป็นอันดับแรกกว่าจะได้ดำเนินการต่อหรือไม่

## 2.4.3 โครงสร้างการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดในประเทศไทย

2.4.3.1 ผู้รับผิดชอบในการดำเนินการเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติด ตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2564 ของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ประกอบด้วย หน่วยงานรับผิดชอบหลัก ได้แก่ (1) กระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) (2) กระทรวงยุติธรรม (สำนักงาน ป.ป.ส. กรมคุมประพฤติ กรมราชทัณฑ์ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน) (3) กระทรวงมหาดไทย (สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง กรมการพัฒนาชุมชน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น) (4) กรุงเทพมหานคร และหน่วยงานร่วม ได้แก่ (1) กระทรวงกลาโหม (สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม กองบัญชาการกองทัพไทย กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ) (2) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (3) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว) (4) กระทรวงศึกษาธิการ (สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา) (5) กระทรวงแรงงาน (กรมการจัดหางาน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน) (6) กระทรวงวัฒนธรรม (สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม สถาบันบัณฑิตพัฒนศิลป์) และ (7) สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

2.4.3.2 หน่วยงาน/ศูนย์ให้บริการตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีเป้าหมาย แนวทางการดำเนินให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดในผู้ป่วยยาเสพติดทุกราย และให้เป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษา โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ และภาคประชาสังคม ให้เข้าถึงกลุ่มผู้เสพยาเสพติด ดูแลเบื้องต้น ส่งต่อ บริการ รวมถึงพัฒนามาตรฐานการลดอันตรายจากยาเสพติด และพัฒนาศักยภาพศูนย์บริการลดอันตรายจากยาเสพติด ภาคประชาสังคมในพื้นที่ เพื่อรองรับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าถึงได้ยาก

ในปัจจุบันมีการให้บริการการลดอันตรายจากยาเสพติด ในหน่วยงานและศูนย์บริการดังต่อไปนี้ สถานพยาบาลของรัฐ ที่เป็นศูนย์บริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Drop in Center) เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลรามาธิบดีสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคประชาสังคม เช่น มูลนิธิโอโซน เครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติด (TDN) มูลนิธิริรักษ์ไทย ซึ่งปัจจุบันมีการให้บริการศูนย์บริการลดอันตรายจากยาเสพติดของภาคประชาสังคมให้บริการ 19 พื้นที่ (18 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร) โดยมีการให้บริการในภาคใต้ 8 จังหวัด รองลงมา คือ ภาคเหนือ 4 จังหวัด ภาคกลาง 3 จังหวัด และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 จังหวัด

#### 2.4.4 มาตรการการลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของมาตรการการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) จัดทำขึ้นเพื่อมุ่งหวังให้เป็นไปดังนี้

2.4.4.1 เพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดให้เข้าถึงบริการสุขภาพ บริการทางจิตและบริการทางสังคม โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนรวมถึงชุมชน ในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด

2.4.4.2 เพื่อให้เกิดกลไกการดำเนินงานด้านการลดอันตรายจากยาเสพติด

2.4.4.3 เพื่อให้สาธารณชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากยาเสพติด

2.4.4.4 เพื่อให้เกิดรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดในการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่สามารถขยายการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (เกษมศานต์ โชติชาครพันธุ์ และคณะ, 2560)

2.4.4.5 เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความรู้สำนึกและความมีเหตุมีผลของผู้ติดยา

2.4.4.6 เพื่อสร้างนโยบายในเรื่องยาเสพติดและกระบวนการยุติธรรมในการรองรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เสพยา

2.4.4.7 เพื่อสร้างความเข้าใจกับสังคม ชุมชนในการลดตราบาปที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้เสพยา

2.4.4.8 เพื่อลดการก่ออาชญากรรมของผู้เสพยาเสพติด

ประเทศไทยใช้มาตรการการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยออกเป็นคำสั่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 มีการประกาศคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 1/2557 เรื่อง แนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด โดยมีการกำหนดให้มีพื้นที่เป้าหมายดำเนินการนำร่อง 19 พื้นที่ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำปาง พะเยา ตาก นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี พัทลุง สตูล สงขลา ตรัง ยะลา นราธิวาส และปัตตานี ซึ่งกำหนดให้มีกลไกรองรับการดำเนินงานลดอันตรายจากการเสพยาเสพติดในระดับชาติและระดับพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดแบบฉีด และกำหนดให้มีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาเสพติดในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดในพื้นที่ และประเมินผลถึงความเหมาะสม และปัจจุบันภายใต้การประกาศคำสั่ง “ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 2/2560 เรื่องแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)” ได้ขยายพื้นที่เป้าหมายจาก 19 พื้นที่ เป็น 37 พื้นที่ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร และอีก 36 จังหวัด คือ เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แม่ฮ่องสอน ลำปาง ตาก สุโขทัย เพชรบูรณ์ ชัยนาท นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา กาญจนบุรี ราชบุรี สมุทรสงคราม ปราจีนบุรี สมุทรปราการ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น เลย นครราชสีมา สุรินทร์ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ ยโสธร นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ตรัง นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล และพัทลุง อย่างไรก็ตามยังไม่มีมาตรการที่ออกเป็นกฎหมายมาใช้ในการดำเนินการในเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติด ทั้งนี้คณะกรรมการวิสามัญพิจารณาศึกษาปัญหาเสพติด แนวทางการจัดตั้งศูนย์บำบัดยาเสพติด การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างเป็นระบบ ซึ่งในขณะนี้สภาผู้แทนราษฎรได้พยายามผลักดันร่างพระราชบัญญัติลดอันตรายจากยาเสพติด พ.ศ. ... โดย ผศ.ธานี วรภัทร์ ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนศึกษา คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ ได้จัดทำร่างเสนอไว้ใน

การประชุมครั้งที่ 19 วันพฤหัสบดีที่ 1 เมษายน 2564 ณ ห้องประชุมคณะกรรมการ (สผ.) 416 ชั้น 4 อาคารรัฐสภา

## 2.4.5 รูปแบบ/วิธีการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติดในประเทศไทย

ประเทศไทยใช้รูปแบบการให้บริการตามคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 2/2560 เรื่องแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด ประกอบด้วย 16 ชุมบริการ ซึ่งมีหน่วยงานที่รับผิดชอบได้นำไปเป็นแนวทางในการให้บริการดังนี้

2.4.5.1 แนวทางการให้บริการจากกระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดและผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีอื่นๆ ดังต่อไปนี้

1) ชุมบริการด้านสุขภาพการลดอันตรายจากการใช้ยา ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยยาเสพติด การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และไวรัสตับอักเสบบีและซี (2) การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว MMT (Methadone Maintenance) (3) การจัดให้มีบริการป้องกันและดูแลรักษาอาการจากการใช้ยาเสพติดเกินขนาดในพื้นที่ เช่น การให้บริการ Naloxone (4) การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส (5) การให้คำปรึกษา ตรวจหา และส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี (6) การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด (7) การสนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี (8) การคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (9) การคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และรักษาวัณโรค และ (10) การคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย รักษาโรคทางจิตเวช

2) ชุมบริการด้านสุขภาพการลดอันตรายจากการใช้ยา ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีอื่นๆ ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยยาเสพติด การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และไวรัสตับอักเสบบีและซี (2) การให้ยาเพื่อลดอาการจากการใช้ยาเสพติด (3) การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส (4) การสนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัย อย่างถูกวิธี (5) การคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ (6) การคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย รักษาโรคทางจิตเวช

3) การให้บริการด้านสังคม ประกอบด้วย (1) การเยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยอาสาสมัครภาคประชาสังคม และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ (2) กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนทั้งในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์กิจกรรมบริการสังคม (3) จัดให้มีพื้นที่ที่ปลอดภัย (Drop in center) ในการดำเนินกิจกรรมลดอันตรายจากยาเสพติด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (4) จัดบริการให้คำปรึกษาด้านกฎหมายแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ดำเนินการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

2.4.5.2 การจัดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เน้นการปฏิบัติที่เข้าถึงตัวบุคคล โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์- มนุษยธรรม สิทธิมนุษยชน ความเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติดบนพื้นฐานของคุณภาพชีวิต สุขภาพของบุคคลและชุมชน ซึ่งแนวปฏิบัติการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด จะเป็นชุดบริการที่หลากหลายที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ สามารถคัดสรร เพื่อเสนอเป็นทางเลือกให้กับผู้ใช้ยาเสพติดในแต่ละสถานการณ์และแต่ละ โอกาส โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล สำหรับแนวปฏิบัติด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดแบบรอบด้าน ประกอบด้วย 16 ชุดบริการ ดังนี้

1) การให้บริการด้านยาเสพติด ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้และให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันยาเสพติด (2) การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ยาและสารทดแทนระยะยาว เช่น การบำบัดรักษาโดยใช้เมทาโดนทดแทนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy: MMT) ตามมาตรฐานทางการแพทย์ (3) การจัดให้มีบริการป้องกันและดูแลรักษาอาการจากการใช้ยาเกินขนาดในพื้นที่ดำเนินการ เช่น การให้บริการ Naloxone (4) การส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายสมัครใจเข้ารับบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติดจนสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ในที่สุด

2) การให้บริการด้านสุขภาพกายและจิต ประกอบด้วย (1) การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และไวรัสตับอักเสบบีและซี (2) การให้คำปรึกษา และตรวจการหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) และส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส (3) การให้คำปรึกษา ตรวจหาและส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาการติดเชื้อไวรัส

ดับอักเสบปี่ และซี (4) การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด (5) การแจกถุงยางอนามัย (6) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (7) การป้องกัน วัคซีน และรักษาวัณโรค (8) การให้บริการรักษาด้านจิตเวช

3) การให้บริการด้านสังคม ประกอบด้วย (1) การเยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยอาสาสมัครภาคประชาสังคม และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ (2) กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ทั้งในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ กิจกรรมบริการสังคม (3) จัดให้มีพื้นที่ที่ปลอดภัย (Drop in Center) ในการดำเนินกิจกรรมลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (4) จัดบริการให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย แก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

2.4.5.3 แนวทางการให้บริการจากภาคประชาสังคม ได้แก่ มูลนิธิโอโซน ซึ่งมีแนวทางที่สอดคล้องกับการบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลราชบุรี ภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง ดังนี้

1) ด้านยาเสพติด ประกอบด้วย (1) ให้ความรู้และคำปรึกษาด้านยาเสพติด (2) บำบัดด้วยสารทดแทนระยะยาว (3) จัดบริการป้องกันและดูแลการใช้ยาเกินขนาด (4) ส่งเสริมให้สมัครใจเข้ารับการบำบัด

2) ด้านสุขภาพกายและใจ ประกอบด้วย (1) ให้ความรู้เพื่อป้องกันโรคต่างๆ (2) ให้คำปรึกษาและตรวจคัดกรองเอชไอวีโดยสมัครใจ จนได้รับการรักษา (3) ให้คำปรึกษาและตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี จนได้รับการรักษา (4) สนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์สะอาด (5) การให้บริการถุงยางอนามัย (6) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (7) การป้องกันและวัคซีนวัณโรค (8) การให้คำปรึกษาด้านจิตเวช

3) ด้านสังคม ประกอบด้วย (1) การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครภาคประชาสังคมและเจ้าหน้าที่รัฐ (2) กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน (3) การให้มีพื้นที่ปลอดภัย (Drop-in-Center) (4) จัดบริการให้คำปรึกษาด้านกฎหมายแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ปฏิบัติงาน

อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่ารูปแบบการให้ดังกล่าวอย่างน้อย 16 ชุมบริการ ยังคงมุ่งเน้นไปที่การใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเป็นส่วนใหญ่

กล่าวโดยสรุป ประเทศไทยเริ่มนำแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดมาใช้อย่างเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 มีมาตรการในการดำเนินงานโดยใช้การออกคำสั่งจากรัฐบาล และมอบหมายความรับผิดชอบไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เริ่มแรกมีให้บริการในพื้นที่นำร่อง 19 จังหวัด ต่อมามีการขยายพื้นที่การให้บริการเพิ่มขึ้นเป็น 37 จังหวัดในปัจจุบัน รูปแบบการให้บริการนั้นจะมีแนวทางพื้นฐานเหมือนกัน คือประกอบด้วยชุดบริการ 16 ชุด สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านยาเสพติด ด้านสุขภาพ และด้านสังคม

## 2.4.6 รูปแบบ/วิธีการการลดอันตรายจากยาเสพติดจากทั่วโลก

2.4.6.1 รูปแบบการลดอันตรายจากยาเสพติดจากคำแนะนำขององค์ระหว่างประเทศ ในปี ค.ศ. 2009 WHO UNODC UNAIDS ได้เริ่มจัดชุดบริการลดอันตรายจากยาเสพติด 9 ชุดบริการ สำหรับการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ฉีดยา ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก ต่อมาพบว่าชุดบริการดังกล่าวยังไม่ครอบคลุม จึงทำเพิ่มขึ้นเป็น 10 - 21 ชุดบริการ ซึ่งชุด 19 - 21 เป็นการบริการสำหรับผู้เสพยาเสพติดประเภทสารกระตุ้น ประกอบด้วย (1) โปรแกรมแจกเข็มและกระบอกฉีดยา (Needle Distribution/Supervised Injection Site) (2) การให้ยาทดแทน เช่น สารเมทาโดน บำบัด ซึ่งทดแทนการใช้เฮโรอีน (Methadone Maintenance Programs/Heroin Assisted Treatment) (3) การตรวจเลือดและการให้คำปรึกษาโรคเอดส์ (4) การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ (5) การป้องกันและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (6) การแจกถุงยางอนามัย (Distributing Condoms) (7) การให้ข้อมูลความรู้ และการสื่อสาร (8) การให้วัคซีนป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย และการรักษาไวรัสตับอักเสบบี (9) การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค (10) การให้บริการสุขภาพพื้นฐาน รวมถึงการป้องกันและการจัดการใช้ยาเกินขนาด (11) การให้บริการต่อผู้เข้าในเรือนจำ (12) การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อให้การบริการลดอันตรายจากการใช้ยาดำเนินการได้ การลดตราบาป ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเผชิญหน้ากับผู้เข้า (13) การให้การช่วยเหลือทางจิตสังคมและการเงิน (14) การเข้าถึงบริการด้านกฎหมายและความยุติธรรม (15) โปรแกรมเฉพาะสำหรับเด็กและเยาวชน (16) การสนับสนุนด้านการศึกษา ฝึกอาชีพ และการเงิน (17) ห้องบริโภคยาที่ปลอดภัย หรือห้องสำหรับเสพยา (Drug Consumption Rooms) (18) การให้บริการแก้พิษที่อ่อนไหว (19) การตรวจวิเคราะห์สารเสพติด (Drug Checking) (20) การแจกกระบอกสูบยา (Distribution of Smoking Paraphernalia, Glass, Pipes, Mouthpieces, Filters) (21) การให้การสนับสนุนทางสังคม เช่น บ้าน ที่พักพิง การจ้างงาน อย่างไรก็ตาม WHO UNODC UNAIDS แนะนำว่าควรให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทันกับรูปแบบการใช้ยา และอันตรายใหม่ๆ นอกจากนี้ พบว่ายังมีชุดบริการอื่นๆ เช่น (1)

การแจกอุปกรณ์การเสพยา (Cocaine Distribution Policies) เช่น การเข้าถึงอุปกรณ์การสูบลโคเคน (Access to Clean Crack Pipes) (2) การเข้าถึงยานาล็อกโซน ซึ่งเป็นยาแก้ฤทธิ์จากการเสพยาเสพติด อนุพันธ์ฝิ่นเกินขนาด (Access to Naloxone to Counter Opioid Overdose) แบ่งเป็น 2 รูปแบบ นาล็อกโซนที่ศูนย์บริการทางสาธารณสุข นาล็อกโซนที่บ้าน (Take-home Naloxone Programs) โปรแกรมสำหรับผู้ติดสุรา (Managed Alcohol Programs) เพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support)

#### 2.4.6.2 รูปแบบการลดอันตรายยาเสพติดจากองค์กรเอกชน (NGO: Non-Government Organizations)

Harm Reduction International (2019) เป็นองค์กร NGO เพื่อสาธารณประโยชน์ ของประเทศอังกฤษ และเป็นทีปรึกษาพิเศษขององค์การสหประชาชาติ (UN) เพื่อลดผลกระทบด้าน สุขภาพสังคมและกฎหมายของการใช้ยาเสพติดและนโยบายยาเสพติด ได้รวบรวมรูปแบบการลด อันตรายจากยาเสพติดจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก และได้จัดแบ่งรูปแบบการให้บริการออกเป็น 2 ประเภท คือ รูปแบบทั่วไป และรูปแบบในเรือนจำ มีรายละเอียดดังนี้

##### 1) ประเภทที่ 1 การลดอันตรายจากยาเสพติดแบบทั่วไปในสังคม

1.1) การประกาศให้มั่นนโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่าง ชัดแจ้ง (Explicit Supportive Reference to Harm Reduction in National Policy Documents) มีจำนวน 87 ประเทศที่ประกาศให้มั่นนโยบาย ได้แก่ อัฟกานิสถาน ภูฏาน กัมพูชา อินเดีย มาเก๊า มาเลเซีย เนปาล ไต้หวัน เวียดนาม แอลเบเนีย อาร์เมเนีย เบลารุส บอสเนียและเฮอร์เซโก บัลแกเรีย โครเอเชีย สาธารณรัฐเช็ก เอสโตเนีย จอร์เจีย ฮังการี คาซัคสถาน โคโซโว ศรีลังกา ลัตเวีย ลิทัวเนีย มาซิโดเนีย มอลโดวา มอนเตเนโกร โปแลนด์ โรมาเนีย เซอร์เบีย สโลวาเกีย สโลวีเนีย ทาจิกิสถาน ยูเครน อุซเบกิสถาน ออสเตรีย เบลเยียม ไชปรัส เดนมาร์ก ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมนี กรีซ ไอร์แลนด์ ไอร์แลนด์ อิตาลี ลักเซมเบิร์ก มอลตา เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ โปรตุเกส สเปน สวีเดน สวิตเซอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร บาฮามาส สาธารณรัฐโดมินิกัน เปอร์โตริโก อาร์เจนตินา โคลอมเบีย คอสตาริกา เอกวาดอร์เม็กซิโก อุรุกวัย แคนาดา สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อียิปต์ อิหร่าน อิสราเอล จอร์แดน เลบานอน โมร็อกโก โอมาน ปาเลสไตน์ กานา เคนยา มอริเชียส ไนจีเรีย เซเนกัล เซเชลส์แอฟริกาใต้ แทนซาเนีย แทนซาเนีย (แซนชิบาร์) ยูกันดา แซมเบีย รวมถึง ประเทศไทยด้วย

1.2) การแจกเข็มและกระบอกฉีดยา (At Least One Needle and Syringe Program Operational) พบใน 87 ประเทศ ได้แก่ อัฟกานิสถาน บังคลาเทศ กัมพูชา จีน อินเดีย อินโดนีเซีย มาเก๊า มาเลเซีย มองโกเลีย เมียนมาร์ เนปาล ปากีสถาน ใต้หวัน เวียดนาม แอลเบเนีย อาร์เมเนีย อาเซอร์ไบจาน เบลารุส บอสเนียและเฮอร์เซโกวีนา บัลแกเรีย โครเอเชีย สาธารณรัฐเช็ก เอสโตเนีย จอร์เจีย ฮังการี คาซัคสถาน โคโซโว ครีกีชสถาน ลัตเวีย ลิทัวเนีย มาซิโดเนีย มอลโดวา มอนเตเนโกร โปแลนด์ โรมาเนีย รัสเซีย เซอร์เบีย สโลวาเกีย สโลวีเนีย ทาจิกิสถาน ยูเครน อุซเบกิสถาน ออสเตรีย เบลเยียม ไซปรัส เดนมาร์ก ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมนี กรีซ ไอซ์แลนด์ ไอร์แลนด์ อิตาลี ลักเซมเบิร์ก มอลตา เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ โปรตุเกส สเปน สวีเดน สวิตเซอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร สาธารณรัฐโดมินิกัน เปอร์โตริโก โคลอมเบีย เม็กซิโก แคนาดา สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อียิปต์ อิหร่าน อิสราเอล จอร์แดน เลบานอน โมร็อกโก ปาเลสไตน์ ตูนิเซีย เคนยา มาลี มอริเชียส โมซัมบิก เซเนกัล เซียร์ราลีโอน แอฟริกาใต้ แทนซาเนีย รวมถึงประเทศไทยด้วย

1.3) การบำบัดด้วยสารทดแทนฝิ่น (At Least One Opioid Substitution Program Operational) มีประเทศต่างๆ ที่ใช้โปรแกรมนี้ทั้งหมด 86 ประเทศ ได้แก่ อัฟกานิสถาน บังคลาเทศกัมพูชา จีน ฮองกง อินเดีย อินโดนีเซีย มาเก๊า มาเลเซีย มัลดีฟส์ เมียนมาร์ เนปาล ใต้หวัน เวียดนาม แอลเบเนีย อาร์เมเนีย อาเซอร์ไบจาน เบลารุส บอสเนียและเฮอร์เซโกวีนา บัลแกเรีย โครเอเชีย สาธารณรัฐเช็ก เอสโตเนีย จอร์เจีย ฮังการี คาซัคสถาน โคโซโว ครีกีชสถาน ลัตเวีย ลิทัวเนีย มาซิโดเนีย มอลโดวา มอนเตเนโกร โปแลนด์ โรมาเนีย เซอร์เบีย สโลวาเกีย สโลวีเนีย ทาจิกิสถาน ยูเครน ออสเตรีย เบลเยียม ไซปรัส เดนมาร์ก ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมนี กรีซ ไอซ์แลนด์ ไอร์แลนด์ อิตาลี ลักเซมเบิร์ก มอลตา เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ โปรตุเกส สเปน สวีเดน สวิตเซอร์แลนด์ ตุรกี สหราชอาณาจักร เปอร์โตริโก อาร์เจนตินา โคลอมเบีย คอสตาริกา เม็กซิโก แคนาดา สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ บาห์เรน อิหร่าน อิสราเอล คูเวต เลบานอน โมร็อกโก ปาเลสไตน์ โกดดิวัลร์ เคนยา มอริเชียส เซเนกัล เซเชลส์ แอฟริกาใต้ แทนซาเนีย แทนซาเนีย (แซนชิบาร์) รวมถึงประเทศไทยด้วย

1.4) ห้องสำหรับเสพยา (At Least One Drug Consumption Room) พบใน 13 ประเทศ ได้แก่ ยูเครน เบลเยียม เดนมาร์ก ฝรั่งเศส เยอรมนี ลักเซมเบิร์ก เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ โปรตุเกส สเปน สวิตเซอร์แลนด์ แคนาดา ออสเตรเลีย แต่ไม่พบรูปแบบนี้ใน

ภูมิภาคเอเชีย กลุ่มประเทศแถบแคริบเบียน กลุ่มประเทศละตินอเมริกา ภูมิภาคตะวันออกกลาง แอฟริกาเหนือ และแอฟริกาใต้สะฮารา รวมถึงประเทศไทยด้วย

1.5) การแจกจ่ายนาล็อกโซน (At Least One Naloxone Peer Distribution Program Operational) พบใน 23 ประเทศ ได้แก่ อัฟกานิสถาน อินเดีย เอสโตเนีย คาซัคสถาน คีร์กีซสถาน ลิทัวเนีย ทาจิกิสถาน ยูเครน ออสเตรีย เดนมาร์ก ฝรั่งเศส เยอรมนี ไอร์แลนด์ อิตาลี นอร์เวย์ สเปน สวีเดน สหราชอาณาจักร โคลอมเบีย เม็กซิโก แคนาดา สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย แต่ไม่พบรูปแบบนี้ในกลุ่มประเทศแถบแคริบเบียน ภูมิภาคตะวันออกกลาง แอฟริกาเหนือ และแอฟริกาใต้สะฮารา รวมถึงไม่มีในประเทศไทยด้วย

## 2) ประเภทที่ 2 การลดอันตรายจากยาเสพติดแบบในเรือนจำ

2.1) การบำบัดด้วยสารทดแทนฝิ่นในเรือนจำ (OST in At Least One Prison) มีประเทศที่ใช้โปรแกรมนี้ทั้งหมด 54 ประเทศ ได้แก่ อัฟกานิสถาน อินเดีย อินโดนีเซีย มาเก๊า มาเลเซีย เวียดนาม แอลเบเนีย อาร์เมเนีย บอสเนียและเฮอร์เซโกวีนา บัลแกเรีย โครเอเชีย สาธารณรัฐเช็ก เอสโตเนีย คีร์กีซสถาน ลัตเวีย มาซิโดเนีย มอลโดวา มอนเตเนโกร โรมาเนีย เซอร์เบีย สโลวีเนีย ยูเครน ออสเตรีย เบลเยียม ไซปรัส เดนมาร์ก ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมนี กรีซ ไอร์แลนด์ อิตาลี ลักเซมเบิร์ก มอลตา เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ โปรตุเกส สเปน สวีเดน สวิตเซอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร เปรู โครเอเชีย แคนาดา สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อิหร่าน อิสราเอล เลบานอน โมร็อกโก ปาเลสไตน์ เกาหลี มอริเชียส เซเชลส์ ไม่พบในกลุ่มประเทศละตินอเมริกา และไม่พบในไทย

2.2) การแจกเข็มและกระบอกฉีดยา (NSP in At Least One Prison) ประเทศที่ใช้โปรแกรมนี้ในเรือนจำ มี 10 ประเทศ ได้แก่ อาร์เมเนีย คีร์กีซสถาน มาซิโดเนีย มอลโดวา ทาจิกิสถาน เยอรมนี ลักเซมเบิร์ก สเปน สวิตเซอร์แลนด์ แคนาดา แต่ไม่พบรูปแบบนี้ในภูมิภาคเอเชีย กลุ่มประเทศแถบแคริบเบียน กลุ่มประเทศละตินอเมริกา โอเชียเนียหรือกลุ่มประเทศและหมู่เกาะในมหาสมุทรแปซิฟิก ภูมิภาคตะวันออกกลาง แอฟริกาเหนือ และแอฟริกาใต้สะฮารา รวมถึงประเทศไทยด้วย

อย่างไรก็ตามมีประเทศที่ดำเนินการครบทั้ง 2 ประเภท และครบทุกรูปแบบ ได้แก่ แคนาดา เยอรมนี สเปน

กล่าวโดยสรุป รูปแบบการลดอันตรายจากยาเสพติดจากประเทศต่างๆ มีรูปแบบที่หลากหลาย สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านยาเสพติด เช่น การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การให้ความรู้ด้านยาเสพติด การให้สารเมทาโดนบำบัด การป้องกันและการจัดการใช้ยาเกินขนาด การตรวจวิเคราะห์สารเสพติด ห้องบริโภคนยาที่ปลอดภัยหรือห้องสำหรับเสพยา

2) ด้านสุขภาพ เช่น การให้บริการสุขภาพพื้นฐาน โปรแกรมแจกเข็มและกระบอกฉีดยา การแจกกระบอกสูบลยา การตรวจเลือดและการให้คำปรึกษาโรคเอดส์ การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ การป้องกันและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การแจกถุงยางอนามัย การให้วัคซีนป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยและการรักษาไวรัสตับอักเสบบี การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค

3) ด้านสังคม เช่น การให้บริการต่อผู้ใช้ในเรือนจำ การลดตราใบผู้ขายยา การให้การช่วยเหลือทางจิตสังคมและการเงิน การเข้าถึงบริการด้านกฎหมายและความยุติธรรม โปรแกรมเฉพาะสำหรับเด็กและเยาวชน การให้บริการแก่เพศที่อ่อนไหว การสนับสนุนด้านการศึกษา ฝึกออาชีพและการเงิน การให้การสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ เช่น บ้าน ที่พักพิง การจ้างงาน โดยเฉพาะประเทศทางฝั่งยุโรป เช่น เยอรมนี สเปน เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ โปรตุเกส สเปน สวิตเซอร์แลนด์ มีรูปแบบการให้บริการมากกว่าประเทศไทย รวมถึงการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดในเรือนจำด้วย

## 2.4.7 แนวปฏิบัติที่ดีเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดในต่างประเทศ

2.4.7.1 ประเทศแคนาดา ให้ความสำคัญกับเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างมาก นอกจากจะมีโปรแกรมลดอันตรายจากยาเสพติดครอบคลุมแล้ว ยังมีบริการลดอันตรายจากยาเสพติดที่หลากหลายชนิด รวมถึงการสร้างแนวปฏิบัติที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะปรับปรุงประสิทธิภาพของโปรแกรมลดอันตราย ได้แก่ ลดการแพร่เชื้อ HIV HCV HBV และอันตรายอื่นๆ ปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการ ให้แนวทางการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรสำหรับการ

ปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สนับสนุนทรัพยากรที่ดีกว่าในบริการลดอันตราย จัดทำเกณฑ์มาตรฐานเพื่อประเมินบริการของตน ระบุเป้าหมายสำหรับการปรับปรุงโปรแกรมส่วนบุคคล และทั้งระบบ โดยได้จัดทำ Best Practice Recommendations เพื่อใช้เป็นแบบอย่างในการดำเนินการ ซึ่งแบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วน ตามตารางดังนี้

ตารางที่ 2.1 แนะนำแนวปฏิบัติที่ดีของการลดอันตรายจากยาเสพติด 2 ส่วนจากประเทศแคนาดา

| Part 1                                             | Part 2                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Needle and syringe distribution                    | Program delivery models (includes fixed-site NSPs, mobile NSPs, pharmacy-based distribution and purchase, peer-based outreach, and needle/syringe vending machines) |
| Cooker distribution                                | Needle distribution for anabolic steroid injection, hormone injection, piercing and/or tattooing                                                                    |
| Filter distribution                                | Foil distribution                                                                                                                                                   |
| Ascorbic acid distribution                         | Safer crystal methamphetamine smoking equipment distribution                                                                                                        |
| Sterile water distribution                         | Injection-related complications –prevention, assessment and treatment                                                                                               |
| Alcohol swab distribution                          | Testing services for HIV, hepatitis C, hepatitis B, and tuberculosis                                                                                                |
| Tourniquet distribution                            | Vaccination services for hepatitis A and B, pneumococcal pneumonia, influenza, tetanus, and diphtheria                                                              |
| Safer crack cocaine smoking equipment distribution | HIV and/or hepatitis C treatment referrals                                                                                                                          |
| Safer drug use education                           | Substance use treatment referrals                                                                                                                                   |
| Handling and disposal of used drug use equipment   | Mental health services referrals                                                                                                                                    |

ตารางที่ 2.1 แนะนำแนวปฏิบัติที่ดีของการลดอันตรายจากยาเสพติด 2 ส่วนจากประเทศแคนาดา(ต่อ)

| Part 1                                                   | Part 2                                              |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Overdose prevention: education and naloxone distribution | Housing services referrals                          |
|                                                          | Relationships with law enforcement                  |
|                                                          | Education and other services for the prison context |

ที่มา: Canadian AIDS Treatment Information Exchange [CATIE], 2015

1) ส่วนที่ 1 คำแนะนำแนวปฏิบัติในระดับชาติตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการแจกจ่ายเข็มและอุปกรณ์ใช้สูดยา และการป้องกันการใช้ยาเกินขนาด

1.1) นโยบายการแจกจ่ายเข็ม (Needle and Syringe Program (NSP) Distribution Policies) ตามหลักการของ NSP ควรกระจายเข็มให้เพียงพอ จัดหาเข็มที่ปราศจากเชื้อใหม่สำหรับการฉีดแต่ละครั้ง นโยบายที่จำกัดจำนวนเข็มที่แจกจ่ายจะจำกัดประสิทธิผลของ NSP ในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี นโยบายการแลกเปลี่ยนแบบหนึ่งต่อหนึ่งโดยโปรแกรมให้เข็มใหม่แก่ผู้รับบริการหนึ่งเข็มสำหรับแต่ละคน สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดและไม่เป็นที่น่าพอใจ

1.2) นโยบายการแจกจ่ายอุปกรณ์การเสพยาแบบถ้วยผสมยา (Cooker Distribution Policies) ก่อนฉีดยาในรูปแบบผงจำพวก โคเคน เฮโรอีนสีขาว หรือรูปของแข็งจำพวก ผลึกโคเคน เฮโรอีนดินน้ำมันสีดำ หรือรูปแบบยาเม็ดจำพวก Dilaudid PCP OxyContin ผู้เสพยาจะทำการผสมสารเหล่านี้กับน้ำเพื่อทำเป็นสารละลายที่ฉีดได้ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ภาชนะสำหรับกระบวนการผสมและผ่านความร้อนให้เป็นสารละลายก่อนใช้ฉีด อุปกรณ์เหล่านี้มักเรียกว่า "Cooker" ผู้ใช้ยาเสพติดมักใช้ช้อนหรือฝาชวดเป็น Cooker ซึ่งสามารถเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อ HIV HCV HBV หรือเชื้อโรคอื่น ๆ นอกจากนี้ยังมีนโยบายการแจกจ่ายและสนับสนุนอุปกรณ์การเสพยาอื่น ๆ ได้แก่ Filter distribution Ascorbic acid distribution Sterile water distribution Alcohol swab distribution Tourniquet distribution Safer crack cocaine smoking equipment distribution

1.3) การแจกจ่ายตัวกรองยาเสพติด (Filter distribute on) ตัวกรองถูกนำมาใช้เพื่อป้องกันอนุภาคของยาที่ไม่ละลายน้ำ เข้าไปในกระบอกฉีดยา ก่อนถูกฉีดเข้าสู่เส้นเลือด

1.4) การแจกจ่ายกรดวิตามินซี (Ascorbic Acid Distribution) สารกรดถูกนำมาใช้ในการผสมยาเสพติดจำพวกโคเคน หรือเฮโรอีนบางชนิด ก่อนฉีดเข้าสู่ร่างกาย เมื่อผู้เข้ายาไม่มีกรดวิตามินซี หรือกรดซิตริก พวกเราอาจใช้กรดที่หาได้ทั่วไป เช่น น้ำมะนาวสดจากขวดพลาสติก น้ำส้มสายชู ซึ่งนำมาสู่การปนเปื้อนเชื้อโรคก่อนเข้าสู่ร่างกาย

1.5) การแจกจ่ายน้ำกลั่นสเตอไรด์ (Sterile Water Distribution) ก่อนผู้เสพยาจะทำการฉีด ยาเสพติดจะอยู่ในรูปของผง ของแข็ง หรือเม็ด ซึ่งจะต้องผสมกับน้ำ เพื่อให้ได้สารละลายที่สามารถถูกฉีดเข้าสู่กระแสเลือดได้ ขั้นตอนการผสมเข็มจะสัมผัสกับภาชนะบรรจุน้ำ จากนั้นน้ำจะถูกฉีดลงในภาชนะผสม คือช้อนหรือหม้อหุง (Cooker) อย่างไรก็ตามเมื่อเข็มมีการสัมผัสอาจเกิดการท้อ เป็นสาเหตุให้มีการทำลายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดมากขึ้นเมื่อนำมาใช้ ในขณะเดียวกันน้ำที่ใช้ในการเตรียมยาเหล่านี้ อาจถูกนำมาใช้ร่วมกันทำให้น้ำเป็นแหล่งปนเปื้อนเลือดจากเข็มของแต่ละคนได้ ในขั้นตอนการเตรียมยาผู้ใช้จึงจำเป็นต้องใช้น้ำสเตอไรด์หลอดใหม่ทุกครั้ง

1.6) การแจกจ่ายแอลกอฮอล์แผ่น (Alcohol Swab Distribution) การจัดหาแผ่นแอลกอฮอล์บรรจุแบบใช้ครั้งเดียว และปราศจากเชื้อในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ การใช้แอลกอฮอล์เพื่อเช็ดทำความสะอาดบริเวณผิวหนังก่อนฉีด เช็ดทำความสะอาดนิ้ว และพื้นผิวอื่นๆ ที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรค

1.7) การแจกจ่ายสายรัดเส้นเลือด (Tourniquet Distribution) สายรัดคืออุปกรณ์ที่ใช้ผูกเพื่อให้เห็นตำแหน่งเส้นเลือดชัดเจนขึ้นก่อนทำการฉีดเข้าไป สายรัดที่ใช้ควรมีความยืดหยุ่น ง่ายต่อการปลด ในกรณีที่ไม่มีสายรัดผู้เสพยาอาจใช้ เชือก เชือกกรองเท้า ลวด ดึงยางอนามัย เข็มขัด หรือผ้าโพกหัวแทน แต่ผู้เข้ายาบางคนก็ฉีดโดยไม่ใช้สายรัด อย่างไรก็ตามมีความเป็นไปได้ว่าสายรัดสามารถเป็นตัวแพร่เชื้อโรคได้หากใช้ร่วมกัน

1.8) การแจกจ่ายอุปกรณ์ในการสูบที่ปลอดภัย (Safer Crack Cocaine Smoking Equipment Distribution) โครเคนแคร็ก (Crack) เป็นสารกระตุ้น ผลิตโดยแปลงมาจากโคเคนแบบผง คำว่า Crack หรือแตก หมายถึงเสียงแตกที่เกิดขึ้นเมื่อยาถูกทำให้ร้อน เมื่อถูกความร้อนสูงจะกลายเป็นของเหลว (หรือละลาย) ก่อนแล้วกลายเป็นไอระเหย จากนั้นผู้เสพยาจึงใช้ท่อหรือไปป์ในการสูบ ผู้เสพยาอาจใช้ขวดแก้ว กระจกป้องกันน้ำอัดลม ขวดพลาสติก เสาอากาศยาน โลหะท่อและวัสดุอื่นๆ เป็นท่อสูบในกรณีที่ไม่มีทางเลือกที่ปลอดภัยกว่า และข้อพึงระวังในการใช้อุปกรณ์การสูบทั่วไป คือ ไปป์หรือกระบอกอาจถูกใช้ร่วมกัน ไปป์มีรอยร้าว บิ่น แตก หรือปากกระบอกสูบใหม่

1.9) การศึกษาการใช้ยาที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น (Safer Drug Use Education) โดย (1) จัดให้มีการมุ่งเป้าไปที่การลดพฤติกรรมเสี่ยง (2) จัดให้มีการศึกษาการใช้ยาที่ปลอดภัยยิ่งขึ้นในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้แบบตัวต่อตัว การประชุมเชิงปฏิบัติการและกลุ่มการศึกษา การเสริมสร้างทักษะ แผ่นพับสื่อวิดีโอ การสาธิต และรูปแบบอื่นๆ เท่าที่จำเป็น (3) การใช้รูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (4) ให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการออกแบบ และประเมินสื่อการเรียนการสอน

1.10) การกำจัดและการจัดการกับอุปกรณ์การเสพยาเสพติดที่ใช้แล้ว (Disposal and Handling of Used Drug Use Equipment) เช่น เข็ม กระบอกฉีดยา หม้อหุง ไม้กรอง ผ้าชุบแอลกอฮอล์สายรัด ไปป์ ท่อสูบ ไม้กรอง เป็นต้น โดยต้องคำนึงถึงระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่น จังหวัด และรัฐบาลกลางเกี่ยวกับการกำจัดขยะทางแพทย์ การปนเปื้อนเชื้อโรค การป้องกันการบาดเจ็บจากเข็มและของมีคมแก่พนักงาน และคนอื่นๆ

1.11) การป้องกันการใช้ออปิออยด์ เกินขนาด: การศึกษาและการให้ Naloxone (Opioid Overdose Prevention: Education and Naloxone Distribution) มีโปรแกรมที่สอนผู้ที่ใช้ออปิออยด์ ว่าควรหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ใช้ออปิออยด์เกินขนาดอย่างไร และวิธีการตอบสนองอย่างเหมาะสมกับการใช้ออปิออยด์ เกินขนาด Naloxone เป็นสารที่ออกฤทธิ์เร็ว ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพต่อ Opioid ซึ่งมีแนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันการใช้ออปิออยด์ เกินขนาด ประกอบด้วย (1) ให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการป้องกันการใช้ออปิออยด์ เกินขนาด (2) ให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณและอาการของการใช้ออปิออยด์ เกินขนาด (3) ให้การฝึกอบรมการปฐมพยาบาล และการฟื้นคืนชีพ CPR (4) ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีตอบสนองต่อการใช้ออปิออยด์ เกินขนาด รวมถึงการโทร 911 (5) ประเมินความเป็นไป

ได้และความสามารถในการยอมรับของโปรแกรมการแจกจ่าย Naloxone (6) ร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากการใช้ยา Opioid เกินขนาด (7) ในกรณีที่ย้าย Naloxone ได้ให้ตรวจสอบว่าผู้ใช้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ Naloxone หรือไม่

2) ส่วนที่ 2 จะเน้นไปที่การเพิ่มประสิทธิภาพ ได้แก่ การให้บริการแจกจ่าย (The Delivery of Needle and Syringe Program : NSP) โดยใช้รูปแบบการนำส่งโปรแกรมที่หลากหลาย เช่น แบบประจำที่ ร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่นในเรื่องสถานที่ให้บริการแบบประจำหน่วย การบริการแบบรถเคลื่อนที่ การแจกจ่ายที่ร้านขายยา และเครื่องจำหน่ายสินค้าอัตโนมัติ การกระจายการเข้าถึงแบบเพื่อนถึงเพื่อน และเครื่องจำหน่ายสินค้าอัตโนมัติ ที่สะดวกสำหรับผู้รับบริการในแง่ของภูมิศาสตร์ที่ตั้ง (เช่น ในเมือง พื้นที่ชนบท) และช่วงเวลาของวัน และปรับให้เข้ากับกลุ่มประชากรย่อย (เช่น เยาวชน ผู้หญิง พนักงานบริการทางเพศ กลุ่ม LGBTQ กลุ่มชนพื้นเมือง และผู้ที่เพิ่งเริ่มฉีด)

2.1) รูปแบบโปรแกรมการจำหน่ายเข็มและกระบอกฉีดยา (Program Delivery Models) เช่น การบริการในที่ตั้ง (Fixed-Site NSPs) การบริการแบบเคลื่อนที่ (Mobile NSPs) การบริการที่ร้านขายยา (Pharmacy-Based Distribution) การเข้าถึงโดยเพื่อน (Peer-Based Outreach) และเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ (Vending Machines)

2.2) การแจกจ่ายเข็มฉีดยาสเตียรอยด์ (Needle Distribution for Anabolic Steroid Injection) การแจกจ่ายเข็มฉีดฮอร์โมนเพศในกลุ่มข้ามเพศ (Needle Distribution for Hormone Injection) การแจกจ่ายอุปกรณ์เจาะ และ/หรือสัก (Needle Distribution for Piercing and Tattooing)

2.3) การแจกจ่ายฟอยล์ (Foil distribution) สำหรับการสูบบุหรี่อื่นและยาชนิดอื่นๆ ได้แก่ โคเคน เมทแอมเฟตามีน และฝิ่น เพื่อความสะดวกและปลอดภัยในการสูบ

2.4) การแจกจ่ายอุปกรณ์เสพยาไอซ์ (Safer Crystal Methamphetamine Smoking Equipment Distribution) เมื่อบอลไปป์ไม่มีผู้เสพยาอาจจะสร้างท่อชั่วคราว (เช่น จากหลอดไฟ น้ำอัดลมกระป๋อง) หรือแปลงโคเคนที่แตกไว้เป็นท่อบอล โดยให้ความ

ร้อนก้านและเป่าลูกบอลที่ปลาย (Hunter et al., 2012) การปฏิบัติเหล่านี้อาจมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บหรือไหม้ เมื่อถูกถามถึงชนิดของอุปกรณ์ที่ควรทำแจกจ่ายหากมีการนำโปรแกรมใหม่มาใช้ ผู้เข้าร่วมแนะนำบอลที่ทำจากแก้วทนทานหรือ Pyrex เนื่องจากวัสดุเหล่านี้มีโอกาสแตกหักน้อยกว่าอีกด้วย

2.5) การป้องกัน การประเมิน และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาชนิดฉีด (Injection-Related Complications –Prevention, Assessment, and Treatment)

2.6) การบริการตรวจเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบซี ไวรัสตับอักเสบบีและวัณโรค (Testing Services for HIV, Hepatitis C, Hepatitis B, and Tuberculosis) แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดที่แนะนำเพื่อเพิ่มความรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบซี (HCV) สถานะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBV) และวัณโรค (TB) และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อ โดยอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการสนับสนุนการทดสอบและการคัดกรอง ได้แก่ (1) ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับประโยชน์ของการทดสอบ การวินิจฉัยเบื้องต้น และการรักษาเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบซี ไวรัสตับอักเสบบีและวัณโรคอย่างสม่ำเสมอ (2) ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับประเภทของการทดสอบที่มีเพื่ออำนวยความสะดวกในการเลือกอย่างมีข้อมูล (3) ส่งต่อผู้รับบริการให้ได้รับการตรวจ และรับคำปรึกษาในชุมชน (4) สร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการทดสอบและให้คำปรึกษาที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์ทำงานกับผู้เข้า คำนึงการให้คำปรึกษานอกสถานที่ (ก่อนและหลัง) และให้บริการตรวจ HIV, HCV, HBV และ TB โดยสมัครใจในส่วน of เทศบาล จังหวัด ตามระเบียบและแนวทางปฏิบัติระดับจังหวัดและของรัฐบาลกลาง และประเมินผลและเผยแพร่การทดสอบใด ๆ ที่ดำเนินการ

2.7) การให้บริการฉีดวัคซีนตับอักเสบบีและ วัณโรคปอดอักเสบ วัณโรคปอดบวม ไขหัดใหญ่ บาดทะยัก และคอตีบ

2.8) การอ้างถึงการรักษาเอชไอวี และ/หรือไวรัสตับอักเสบซี (HIV and/or Hepatitis C Treatment Referrals)

2.9) การอ้างอิงการรักษาการใช้สารเสพติด (Substance use Treatment Referrals) ประกอบด้วย (1) ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาโดยใช้สารเสพติด (เช่น การล้างพิษ โปรแกรมทดแทนยา และจิตบำบัด) (2) ส่งต่อรับบริการโปรแกรมการบำบัดการใช้สารเสพติดในชุมชน (3) สร้างและรักษาความสัมพันธ์กับหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการบำบัดการใช้สารเสพติด รวมถึงการบริการผู้ติดยาเสพติดผิดกฎหมาย เช่นเดียวกับผู้ใช้แอลกอฮอล์และ/หรือยาสูบ (4) ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับวิธีการประเมินและตอบสนองต่อแรงจูงใจและความพร้อมของผู้รับบริการอย่างเหมาะสม (5) ประเมินความเป็นไปได้ร่วมกันของการใช้โปรแกรมการบำบัดการใช้สารที่มีเกณฑ์ต่ำกับโปรแกรมเข็มและหลอดฉีดยา โปรแกรมลดอันตรายและในทางกลับกัน

2.10) การแนะนำบริการด้านสุขภาพจิต (Mental Health Services Referrals)

สรุป แนวทางปฏิบัติที่ดีเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติด ตามคำแนะนำของประเทศแคนาดา มีรูปแบบการให้บริการที่หลากหลาย สะดวกในการเข้าถึง โดยคำนึงถึงตัวผู้ติดยาเสพติดเป็นสำคัญ การให้บริการมีความครอบคลุมการใช้ยาเสพติดชนิดต่างๆ รวมถึงการให้บริการทางด้านสุขภาพ และด้านสังคมที่รองรับผลกระทบของการเป็นผู้ติดยาด้วย

2.4.7.2 ประเทศยุโรปตะวันตก ได้แก่ เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ สเปน สวีเดน สวิสเซอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร เป็นต้น การลดอันตรายคือเสาหลักของยุทธศาสตร์ด้านยาเสพติดของสหภาพยุโรป ภูมิภาคนี้มีการตอบสนองการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างกว้างขวาง ในแต่ละปีมีความก้าวหน้าทางนโยบายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีการให้บริการในหลายรูปแบบซึ่งปรับให้เข้ากับความต้องการของผู้ติดยาเสพติด เป็นหนึ่งในไม่กี่ภูมิภาคที่มีความพร้อมของบริการลดอันตรายขั้นพื้นฐาน เช่น โปรแกรมเข็มและหลอดฉีดยา การใช้เครื่องจ่ายเข็มฉีดยา การบำบัดทดแทนสาร Opioid ห้องเสพยา Drug Consumption Rooms (DCRs) บริการตรวจสารเสพติด และโครงการที่อยู่อาศัย เป็นต้น การตอบสนองการลดอันตรายต่อการใช้แอมเฟตามีน สารกระตุ้น โคเคนและอนุพันธ์ของโคเคน และสารใหม่สารออกฤทธิ์ทางจิตในภูมิภาคนี้จะน้อยกว่าพวกสารจากฝิ่น อย่างไรก็ตาม ความท้าทายในการใช้งาน (Opioid Substitution Therapy (OST)) ยังคงมีอยู่ อุปสรรคในการลงทะเบียนทั่วภูมิภาค ได้แก่ ต้นทุน การติดตาม การเลือกปฏิบัติ ข้อจำกัดตามแนวทางทางคลินิก ภูมิศาสตร์ความเข้มข้นของบริการและในบางกรณี

## 1) การลดอันตรายจากการใช้สารฝิ่น (Harm Reduction for Opioid Use)

### 1.1) การบำบัดทดแทนฝิ่น (Opioid Substitution Therapy (OST))

โปรแกรม OST เป็นองค์ประกอบสำคัญของการลดอันตราย การใช้ยาเมทาโดนยังคงเป็นสารที่ใช้ในการรักษามากที่สุด และเริ่มมีการใช้บูพรินอร์ฟิน-นาล็อกโซนรวมกัน (ขายภายใต้ชื่อแบรนด์ Suboxone) เพิ่มขึ้น

1.2) การบำบัดด้วยเฮโรอีน (Heroin-Assisted Therapy) เป็นการรักษาด้วยเฮโรอีนด้วยยาไดมอร์ฟิน (เฮโรอีนทางการแพทย์) พบใน 6 ประเทศในภูมิภาค ได้แก่ เบลเยียม เดนมาร์ก เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ สวิตเซอร์แลนด์ และสหราชอาณาจักร ในปี ค.ศ. 2020 ลักเซมเบิร์กได้เริ่มโครงการนำร่องใช้ไดอะมอร์ฟินขึ้น ส่วนนอร์เวย์ได้ประกาศการทดลองใช้ไดอะมอร์ฟินเช่นกัน การบำบัดด้วยเฮโรอีนจะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แต่โดยทั่วไปจะถูกกำหนดในสถานการณ์ที่จำกัด เช่น เดนมาร์กใบสั่งยา HAT สงวนไว้สำหรับผู้ที่ใช้ยาฝิ่นเพื่อทดแทนสำหรับการบำบัดไม่ประสบความสำเร็จด้วยวิธีอื่น

1.3) การใช้ยา Opioid เกินขนาด (Opioid Overdose) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากการใช้ยาเสพติดในหลายๆ ประเทศ สวิตเซอร์แลนด์ประสบความสำเร็จในการลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากยาเสพติดลงได้มาก The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) แนะนำการจัดการกับการใช้ยาเกินขนาดโดยใช้ยานาล็อกโซน Naloxone ผสมผสานวิธีการ DCRs OST และการตรวจสอบยา ขณะที่ World Health Organization (WHO) แนะนำว่าควรมีการประเมินการใช้ยาเกินขนาดจากผู้ที่ใช้ยาเสพติด ครอบครัวและคนรอบข้าง ผ่านการฝึกอบรมปรับปรุงความรู้เกี่ยวกับสัญญาณของยาเกินขนาด นอกจากแพทย์ด้วยและควรจัดให้มีการเข้าถึง naloxone นอกสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม naloxone แบบนำกลับบ้านมีเฉพาะใน 8 ประเทศ (เดนมาร์ก ฝรั่งเศส เยอรมนี ไอร์แลนด์ อิตาลีนอร์เวย์ สเปน และสหราชอาณาจักร) และอนุญาตเฉพาะเครือข่ายการกระจายแบบเพียร์เท่านั้นดำเนินการใน 5 ประเทศ (เดนมาร์ก อิตาลีนอร์เวย์ สเปน และอังกฤษ)

1.4) หมายเหตุเกี่ยวกับเฟนทานิล (A Note on Fentanyl) พบว่าปัญหาจากการใช้เฟนทานิลในยุโรปยังน้อย ซึ่งแตกต่างจากในอเมริกาเหนือ แต่อย่างไรก็ตามใน

อังกฤษและเวลล์พบผู้เสียชีวิตจากการใช้เฟนทานิลเพิ่มขึ้น 80% ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะคำนึงถึงการลดอันตรายในส่วนนี้ด้วย

## 2) การลดอันตรายจากการใช้สารที่ไม่ใช่ฝิ่น (Harm Reduction for Non-Opioid Substance Use)

2.1) การตรวจสอบสารเสพติด (Drug-Checking) การทดสอบเม็ดยานี้เป็นหัวใจสำคัญของการลดอันตรายจากการใช้แอมเฟตามีนชนิดสารกระตุ้น และสารออกฤทธิ์ทางจิต เพื่อตรวจสอบความบริสุทธิ์และการเจือปนของสารดำเนินการใน 9 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรีย ฝรั่งเศส อิตาลี ลักเซมเบิร์ก เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส สเปน สวิตเซอร์แลนด์และสหราชอาณาจักร บริการนี้มุ่งเน้นการลดอันตรายโดยแจ้งให้ผู้ใช้ยาทราบข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาที่จะใช้ยาเสพติดนั้น การตรวจสอบยาในยุโรปตะวันตกดำเนินการหลายวิธี รูปแบบที่แพร่หลายที่สุดคือการบริการตรวจสอบสารเสพติดเคลื่อนที่ในไนท์คลับและงานเทศกาล สำหรับหน่วยบริการในที่ตั้งก็จัดให้มีการเข้าถึงที่สะดวก เช่น The Drug Information and Monitoring System (DIMS) ในเนเธอร์แลนด์ก็มีการให้บริการทางไปรษณีย์ด้วย หน้าที่หลักของโครงการตรวจสอบสารเสพติด นอกจากบริการลดอันตรายโดยตรงให้กับผู้เสพยายังมีส่วนในการเฝ้าระวังระดับชาติและระบบเตือนภัยล่วงหน้า เช่น DIMS ในเนเธอร์แลนด์ มีจุดประสงค์ในการเฝ้าติดตามตลาดยาใหม่และที่มีอยู่ จะออกคำเตือนเมื่อตรวจพบสารอันตราย รวมถึงการแบ่งปันข้อมูลเพื่อเผยแพร่คำเตือน

2.2) สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน Amphetamine-Type Stimulants (ATS) การใช้สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (ATS) ในยุโรปตะวันตกมีเพิ่มขึ้นในช่วงสองปีที่ผ่านมา นอกจากบริการตรวจสอบสารเสพติดแล้ว ยังมีการให้บริการลดอันตรายรูปแบบอื่น ได้แก่ การใช้สารทดแทนทั้งแบบสารธรรมชาติ เช่น กัญชา คัด และไบโคคา และสารสังเคราะห์ เช่น โมดาฟินิลและเมทิลเฟนิเคต การแจกจ่ายอุปกรณ์การสูดที่ปลอดภัย การป้องกันการขาดน้ำและการจัดให้มีพื้นที่สงบ ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ในงานปาร์ตี้หรืองานเทศกาลเฉลิมฉลองต่างๆ ในอิตาลีมีบริการชุดอุปกรณ์ดมกลืนที่ปลอดภัยกว่า ได้แก่ กระดาษห่อหลอดที่ปลอดภัยกับทางเดินหายใจ หมากฝรั่งและขนมเพื่อป้องกันฟันบวมมากเกินไป น้ำและน้ำผลไม้เพื่อป้องกันการขาดน้ำ อย่างไรก็ตามองค์การภาคประชาสังคมในโปรตุเกสและสหราชอาณาจักรรายงานว่าการลดอันตรายสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ที่ใช้ยา Opioids สามารถกีดกันคนที่ฉีด ATS ไม่ให้เข้าถึง แสดงว่าความจำเป็นในการให้บริการลดอันตรายสำหรับผู้ที่ใช้ ATS โดยเฉพาะ

2.3) โคเคนและอนุพันธ์ (Cocaine and Its Derivatives) โคเคนยังคงเป็นสิ่งผิดกฎหมายที่ใช้กันมากที่สุดในยุโรปตะวันตก มีทั้งรูปแบบโคเคนผงและแคร็กโคเคน (แบบผลึก) การตรวจสอบกระบอกฉีดยาของผู้ฉีดโคเคนพบว่ามีสารปลอมปนที่อันตราย สำหรับผู้เสพยาโคเคนโดยวิธีสูดดม มีการลดอันตรายโดยใช้อุปกรณ์ในการสูดดมที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อต่าง ๆ

2.4) สารออกฤทธิ์ทางจิตแบบใหม่ (New Psychoactive Substances: NPS) สารสังเคราะห์แคนนาบินอยด์ซึ่งเป็นยาหลอนประสาทพบได้บ่อย มีผลให้มีอาการชักรุนแรง อาการทางจิตและหัวใจวาย การบริการลดอันตรายด้วยการตรวจสอบสารเสพติดชนิดนี้จะช่วยให้ผู้ใช้ตระหนักก่อนใช้ยา

### 3) การดำเนินการลดอันตราย (Cross-cutting Harm Reduction Interventions)

3.1) รูปแบบเข็มและกระบอกฉีดยา Needle and Syringe Programs (NSPs) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2014 ยุโรปตะวันตกดำเนินการทั่วประเทศ ยกเว้นตุรกีที่ยังขาดข้อมูลจากบางเมือง ในปัจจุบันประเทศส่วนใหญ่พบตัวเลขการใช้บริการที่เพิ่มขึ้น บริการเหล่านี้อยู่ในรูปแบบของการจำหน่ายเข็มฉีดยาตามร้านขายยา โปรแกรมการแลกเปลี่ยนเข็ม โปรแกรมการเข้าถึงผู้ติดยา และเครื่องจ่ายเข็มฉีดยาอัตโนมัติ (Syringe Dispensing Machines) รวมถึงอุปกรณ์ฉีดฆ่าเชื้อ เครื่องจ่ายเข็มฉีดยา (Syringe Dispensing Machines) มีจำหน่ายแล้วอย่างน้อย 7 ประเทศ ได้แก่ ไชปรัส เดนมาร์ก ฝรั่งเศส เยอรมนี ลักเซมเบิร์ก สวิตเซอร์แลนด์และสหราชอาณาจักร เป็นนวัตกรรมเครื่องมือที่เพิ่มขึ้นในการช่วยจำหน่ายกระบอกฉีดยา อำนวยความสะดวกเหมือนเครื่องขายของแต่มีค่าใช้จ่ายเล็กน้อยหรือไม่มีเลย ซึ่งพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพช่วยกลุ่มประชากรที่เข้าถึงอุปกรณ์ฉีดฆ่าเชื้อได้ยาก และด้วยระบบอัตโนมัติที่ไม่ต้องเปิดเผยตัวตนและการรักษาความลับให้มากขึ้นจึงเป็นที่ยอมรับในการลดการติดเชื้อ

3.2) ห้องเสพยา Drug Consumption Rooms (DCRs) มีให้บริการ 8 ประเทศ ได้แก่ เบลเยียม เดนมาร์ก ฝรั่งเศส เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ สเปน และ สวิตเซอร์แลนด์ มีหลักฐานมากมายแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ด้านสุขภาพและสังคมของห้องเสพยา เพื่อตอบสนองต่อจำนวนผู้เสียชีวิตจากการเสพยา ลดความทุกข์ของเชื้อ HIV ความกังวลเกี่ยวกับ

การฉีดยาในที่สาธารณะ และการทิ้งอุปกรณ์ฉีด แต่ยังคงเป็นนโยบายการโต้เถียงทางการเมืองในหลายประเทศในยุโรปตะวันตก

3.3) ที่อยู่อาศัยเพื่อลดอันตราย (Housing as Harm Reduction) มีความเชื่อมโยงระหว่างผู้ไร้บ้าน ความเป็นอยู่ที่ไม่ปลอดภัยซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้อยู่ไร้บ้าน คนไร้บ้านไม่เพียงแต่เป็นผู้ไร้บ้าน แต่ยังเป็นผู้มีความเสี่ยงในพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การฉีดในที่สาธารณะ และการติดเชื้อ HIV การจัดหาที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนสำหรับคนไร้บ้าน และเป็น 1 ใน 8 เสาหลักของการลดอันตราย เริ่มดำเนินการแล้วใน 13 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย เบลเยียม เดนมาร์ก ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส ไอร์แลนด์ อิตาลี เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ โปรตุเกส สเปน สวีเดน และ สหราชอาณาจักร

4) ดูแลสุขภาพคนติดยา (Health Care for People Who Use Drugs) ประกอบด้วย (1) การจัดการกับไวรัสตับอักเสบบี (2) การจัดการกับวัณโรค (Tuberculosis) (3) การรักษา HIV และยาต้านไวรัส (HIV and Antiretroviral Therapy)

5) การลดอันตรายจากยาเสพติดในเรือนจำ (Harm Reduction in Prisons)

5.1) ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดและการคุมขัง ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดยังคงเป็นสาเหตุหลักต่อการคุมขังในยุโรปตะวันตก ยกเว้น 4 ประเทศในภูมิภาค ได้แก่ ลักเซมเบิร์ก มอลตา โปรตุเกส และ สเปน แม้แต่การครอบครองปริมาณยาเสพติดเพียงเล็กน้อยอาจนำไปสู่โทษจำคุก 4 เสาหลักของนโยบายยาเสพติดในสวิตเซอร์แลนด์ มีนโยบายการลงโทษเพียง 1 เสา และการครอบครองยาเสพติดส่วนบุคคลในปริมาณเล็กน้อย โดยส่วนใหญ่จะลงโทษด้วยค่าปรับทางปกครองมากกว่าโทษจำคุก โปรตุเกสลดโทษการครอบครองส่วนบุคคลและการใช้ยาทั้งหมดในปี ค.ศ. 2001 โดยมีผลดีต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ติดยาเสพติดในประเทศ อย่างไรก็ตาม ในปี ค.ศ. 2018 รายงานชุมชนจากเครือข่ายผู้ไร้บ้านระหว่างประเทศ มีความกังวลเกี่ยวกับโปรตุเกสโมเดล

5.2) การใช้ยาในเรือนจำ (Drug Use in Prisons) การใช้ยาในเรือนจำเป็นเรื่องแพร่หลายในยุโรปตะวันตก โดยมีกัญชาเป็นยาที่ใช้กันมากที่สุด มีการใช้เฮโรอีน

ในบางส่วน รวมถึงสารออกฤทธิ์ทางจิตใหม่ๆ และสารสังเคราะห์สารแคนนาบินอยด์ ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการลดอันตรายในเรือนจำ

5.3) บริการลดอันตรายในเรือนจำ (Harm Reduction Services in Prisons) การเข้าถึงบริการลดอันตรายในเรือนจำแตกต่างกันไปอย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างที่มี บริการที่หลากหลาย คือ ประเทศสเปน ซึ่งมีการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดในเรือนจำคล้ายกับในชุมชน ตรงข้ามกับประเทศตุรกีที่ไม่มีบริการลดอันตรายจากยาเสพติดในเรือนจำ หลักการพื้นฐานและมาตรฐานขั้นต่ำขององค์การสหประชาชาติสำหรับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง (กฎของเนลสัน แมนเดลา) ระบุว่าผู้ต้องขังทุกคนควรมีสถานะเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศ โดยไม่เลือกปฏิบัติภายใต้เงื่อนไขกฎหมายของประเทศนั้นๆ (1) การบริการเพิ่มและกระบอกฉีดยาในเรือนจำยังไม่เพียงพอ มีเพียง 4 ประเทศที่มีรูปแบบนี้อย่างเป็นทางการ คือ สเปน (เรือนจำทั้งหมด) สวิตเซอร์แลนด์ (15 จาก 106 เรือนจำ) ลักเซมเบิร์ก (1 ใน 2 เรือนจำ) และเยอรมนี (เรือนจำหญิงหนึ่งแห่งในเบอร์ลิน) คำตัดสินของศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปประจำปี ค.ศ. 2016 กำหนดว่าการปฏิเสธการรักษาผู้ติดยาเสพติดจำพวกฝิ่น OST ต่อนักโทษขณะถูกคุมขังเป็นละเมิดมาตรา 3 ของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนยุโรป ซึ่งห้ามการปฏิบัติที่ไร้มนุษยธรรมหรือที่ต่ำช้าศักดิ์ศรี ดังนั้นประเทศในยุโรปตะวันตกอยู่ภายใต้พันธสัญญานี้จึงต้องจัดให้มี OST ในเรือนจำทุกแห่ง (2) OST ระยะเวลาหลังจากที่ผู้ต้องขังพ้นโทษออกจากเรือนจำ เป็นช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงในการใช้ยา Opioid เกินขนาด มี 4 ประเทศที่มีการให้ Naloxone แก่ผู้ต้องขังเมื่อได้รับการปล่อยตัว ได้แก่ เดนมาร์ก ฝรั่งเศส นอร์เวย์ และสหราชอาณาจักร สำหรับเรือนจำในประเทศเนเธอร์แลนด์ สวิตเซอร์แลนด์ และอิตาลีส่วนใหญ่มีโปรแกรม Naloxone โดยบุคลากรทางการแพทย์แต่ไม่ได้แจกให้ผู้ต้องขังโดยตรง ในนอร์เวย์ เยอรมันและอิตาลี ยังมีโครงการนำร่องจำหน่ายชุด Naloxone และการฝึกอบรมกับผู้ต้องขังในขณะที่อยู่ในเรือนจำด้วย

กล่าวโดยสรุป แนวปฏิบัติที่ดีของกลุ่มประเทศยุโรปตะวันตก มีความก้าวหน้า และตอบสนองการลดอันตรายจากยาเสพติดได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะการนำยาเสพติดอย่างเฮโรอีนมาใช้ในการบำบัดผู้เสพยา ถือได้ว่าเป็นการปลดปล่อยยาเสพติดเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ที่ดีกว่า รวมถึงยังมีการให้บริการลดอันตรายรูปแบบอื่น ได้แก่ การใช้สารทดแทนทั้งแบบสารธรรมชาติ เช่น กัญชา กัต และใบโคคา และสารสังเคราะห์ เช่น โมดาฟินิลและเมทิลเฟนิเตด ในการบำบัดผู้ติดสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน ประกอบกับการยกเว้นโทษทางอาญากับผู้เสพยา และการ

ครอบครองยาเสพติดส่วนบุคคลในปริมาณเล็กน้อย อย่างไรก็ตามในหลายประเทศพบว่ามีการลดอันตรายจากยาเสพติดในเรือนจำ

#### 2.4.8 สรุปรูปแบบการลดอันตรายจากยาเสพติด

จากการทบทวนรูปแบบการลดอันตรายจากยาเสพติดตามแนวคิดและทฤษฎี การให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดทั้งในประเทศไทยและประเทศต่างๆ ทั่วโลก สามารถแบ่งรูปแบบการลดอันตรายจากยาเสพติดออกได้เป็น 3 ด้านดังนี้

2.4.8.1 การลดอันตรายด้านยาเสพติด เป็นการแก้ไขปัญหาหาเสพติดหรือผลกระทบที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ได้แก่ การกำหนดนโยบายด้านยาเสพติด มาตรการในการแก้ไขปัญหาเสพติด การพิจารณาคุณสมบัติและการออกฤทธิ์ของตัวสารเสพติดแต่ละชนิด การให้ความรู้และคำปรึกษาด้านยาเสพติด การส่งเสริมให้เข้ารับการบำบัดด้วยความสมัครใจ การดำเนินการของหน่วยงานที่รับผิดชอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มุมมองด้านอาชญากรรมต่อยาเสพติด การกำหนดความผิดทางอาญาและวิธีการลงโทษทางอาญา การแยกแยะระหว่างตัวผู้เสากับผู้ค้า

2.4.8.2 การลดอันตรายด้านสุขภาพ เป็นการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ส่งผลทางด้านสุขภาพแก่ผู้เส้า ได้แก่

1) การให้การบำบัดรักษา เช่น การให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด การให้สารทดแทน การป้องกันการเส้าเกินขนาด อาการทางจิตเวช

2) การให้บริการด้านสุขภาพ เช่น รักษาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ตับอักเสบบีและซี วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้ความรู้เพื่อป้องกันโรคต่างๆ โครงการแลกเปลี่ยนเข็ม การแจกถุงยางอนามัย การตรวจหาเชื้อ HIV โดยสมัครใจ การประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง การให้คำปรึกษา การเพิ่มการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม

3) การส่งเสริมสุขภาพ การฝึกทักษะการป้องกันยาเสพติด ให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม การตรวจคัดกรองโรคสนับสนุนเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจ

2.4.8.3 การลดอันตรายด้านสังคม เป็นการประทับประคองช่วยเหลือให้ใช้ชีวิตอยู่ได้ในสังคมแบบปกติสุข ไม่รู้สึกแปลกแยก เกิดคุณค่าในตนเอง มีความคิดสร้างสรรค์ คลายความวิตกกังวล การได้รับความเข้าใจจากครอบครัวหรือกลุ่มในชุมชน ได้แก่ การเข้าถึงผู้ขายเสพติดที่อยู่ในชุมชน การมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม การติตราผู้ขาย การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน มีสถานที่ปลอดภัยสำหรับผู้ขายเสพติดที่มาพบปะกันเพื่อทำกิจกรรมสร้างสรรค์ ฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นรวมทั้งทักษะเข้าสังคม กิจกรรมนันทนาการ ตลอดจนการฝึกอาชีพ การคำนึงถึงด้านสิทธิมนุษยชน ด้านมนุษยธรรม ด้านเศรษฐศาสตร์ การออกกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงจัดบริการให้คำปรึกษาด้านกฎหมายแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

## 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด

### 2.5.1 ความหมายการลดทอนความเป็นอาชญากรรม

ก่อนจะศึกษาและทำความเข้าใจในเรื่องการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ควรจะต้องเข้าใจในความหมายก่อน เพื่อจะได้สามารถนำแนวคิดนี้ไปอธิบายกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการลดทอนความเป็นอาชญากรรมไว้มากมายดังต่อไปนี้

United Nations Office on Drug and Crime หรือ UNODC (2007) ให้ความหมายไว้ว่า การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายเพื่อให้การกระทำบางอย่างที่เป็นอาชญากรรมถือว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ไม่มีความผิดทางอาญา

Greenwald (2009) การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) หมายถึง การถอดถอนความผิดออกจากการกระทำที่ละเมิดกฎหมายอาญาและไม่ต้องถูกดำเนินคดี โดยกระบวนการยุติธรรมแต่ยังคงต้องรับการลงโทษทางบริหาร เช่น การเข้ารับการบำบัด หรือการเสียค่าปรับ

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น สรุปตามหลักทฤษฎีทางด้านอาชญวิทยาได้ว่าการลดทอนความเป็นอาชญากรรม คือ เป็นการกระทำที่กฎหมายกำหนดให้เป็นความผิด (Mala Prohibita) แต่ไม่ได้เป็นอาชญากรรมในตัวเอง (Mala Inse) สังคมควรจะมีส่วนให้โอกาสให้ได้

กลับมามีคุณค่าในชีวิต กลับคืนสู่สังคม สามารถใช้ชีวิตอยู่ต่อไปตามวิถีปกติ เป็นพลเมืองของชาติที่มีคุณภาพได้

### 2.5.2 การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด

ความหมายการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด มีผู้ให้คำนิยามและความหมายของการนำแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาใช้ในคดียาเสพติดไว้หลายท่าน ดังนี้

Goode (2005) ให้ความหมายว่า การลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติด คือ การลดทอนความผิดจากการเสพ ขาย ผลิต ปลูก แจกจ่าย ยาเสพติดหรือสารตั้งต้นที่ใช้ในการผลิตยาเสพติด

Favpel, Horowitz and Weaver (2004) ให้ความหมายว่า การลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติด หมายถึง นโยบายที่ยกเลิกบทลงโทษทางอาญาจากการกระทำผิดบางอย่าง เช่น กรณีของยาเสพติดจะลดทอนความเป็นอาชญากรรมในกรณีที่ครอบครองยาเสพติดไว้ในปริมาณที่เล็กน้อยโดยไม่ต้องรับโทษทางอาญาหากแต่ยังต้องรับโทษทางปกครองอยู่

จากความหมายตามที่ได้กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การลดทอนความเป็นอาชญากรรมในคดียาเสพติด หมายถึง การยกเว้นโทษทางอาญาให้กับผู้ติดยาเสพติดที่เป็นผู้เสพหรือผู้ครอบครองในปริมาณเล็กน้อย เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดได้ตระหนักถึงคุณค่าในตัวเอง แล้วเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจ (ธีรเดช พรหมวาส และธานี วรภัทร, 2559) โดยวิธี (1) บำบัดรักษาด้วยความสมัครใจของผู้เสพหรือผู้ที่ครอบครองยาเสพติดในปริมาณน้อยที่มีไว้เพื่อใช้เสพส่วนตัว (เรืองสิทธิ์ เนตรนวลโย, ชีรวัฒน์ นิจนตร, สรณ ภู่ง, สุชาสินี บุญญาพิทักษ์, และดรณิ ภูขาว, 2557) (2) ปรับเปลี่ยนมุมมอง “ผู้เสพไม่ใช่อาชญากร แต่เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการบำบัดรักษาให้กลับเป็นบุคคลที่มีคุณค่าคืนสู่สังคม”

### 2.5.3 หลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด

จากการประชุมสร้างความรู้เท่าทันต่อพลวัตการควบคุมยาเสพติดครั้งที่ 1 เรื่อง การสร้างองค์ความรู้ยาเสพติด (เมทแอมเฟตามีน): ทักษะสังคมเพื่อลดอันตราย (Drug Education: Social Skills for Harm Reduction) ซึ่งจัดโดยสำนักกิจการในพระดำริพลเอกหญิง สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าพัชรกิติยาภา นเรนทิราเทพยวดี กรมหลวงราชสาริณีสิริพัชร มหาวัชรราชธิดา ศาลฎีกา สำนักงาน ป.ป.ส. สสส. IDPC (International Drug Policy Consortium) และศูนย์วิชาการสารเสพติด ภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 5-6 มกราคม 2560 ในการประชุมนี้มีเอกสารฉบับหนึ่งที่น่าสนใจ คือ บทสรุปผู้บริหาร เรื่อง “การประเมินประโยชน์ของการลดทอนความเป็นอาชญากรรมจากหลักฐานและบทเรียนต่างๆ เพื่อการแก้ปัญหาเสพติดในประเทศไทยอย่างยั่งยืน” จัดทำโดย วีระพันธ์ งามมี และปาสกาล ดันกวย ซึ่งเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด สรุปการศึกษาผลที่เกิดจากการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการใช้และครอบครองยาเสพติดของ 5 ประเทศในทวีปยุโรป อันประกอบไปด้วย สาธารณรัฐเช็ก เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส และสวิตเซอร์แลนด์ แรงจูงใจที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทิศทางนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดใน 5 ประเทศดังกล่าวข้างต้นนั้นมีหลากหลาย แต่มีประเด็นหลักที่สำคัญร่วมกันดังนี้

2.5.3.1 ประเด็นด้านสาธารณสุข พิสูจน์แล้วว่า การใช้กระบวนการยุติธรรมทางอาญาทำให้เกิดผลกระทบเชิงลบ โดยเฉพาะต่อแนวทางด้านสาธารณสุข เช่น กรณีของเยอรมนี โปรตุเกส และสวิตเซอร์แลนด์ ที่ทบทวนแนวนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติดเนื่องจากผลกระทบทางลบทางด้านสาธารณสุขเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบวม รวมทั้งการเสียชีวิตจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด

2.5.3.2 ประเด็นด้านสังคม สาธารณชนมีความรับรู้ที่ถูกต้องมากขึ้นเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาเสพติด การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการใช้และครอบครองยาเสพติด ดำเนินการไปในทิศทางทำให้โอกาสบำบัดฟื้นฟู หรือลดอันตรายจากการใช้ยา โดยมีแนวคิดทางสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชนเป็นพื้นฐานมากกว่าการบังคับใช้กฎหมายที่จะยืนยันว่าการใช้และครอบครองยาเสพติดเป็นความผิดชั่วร้ายที่ต้องกำจัดให้หมดไปด้วยความรุนแรงของกฎหมายอาญา หน่วยงานที่มีหน้าที่บังคับใช้กฎหมายในสาธารณรัฐเช็ก เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ และโปรตุเกส สามารถหันเหคดีออกไปจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญา โดยสามารถใช้ดุลพินิจได้เต็มที่โดยไม่ต้องผ่านคำ

พิพากษาของศาล ไม่ว่าจะเป็นการยกฟ้องคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด พิจารณาให้รอลงอาญา หรือกระทำการอื่นใด เช่น กรณีของประเทศโปรตุเกส ผู้ต้องหาที่ถูกจับกุมในกรณีของการครอบครอง และเป็นผู้ใช้ยาแต่ไม่เกี่ยวข้องกับอาชญากรรม ก็จะไม่ถูกนำไปขึ้นศาล แต่ถูกส่งตัวไปยังคณะกรรมการป้องกันยาเสพติดแทน หรือกรณีของสาธารณรัฐเช็กและเนเธอร์แลนด์ ที่ยึดหลักกว่าจะใช้กฎหมายอาญาเป็นครั้งสุดท้าย ขณะที่เยอรมันและสวิตเซอร์แลนด์ก็สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ยาเสพติดและภาคประชาสังคม ซึ่งการดำเนินนโยบายยาเสพติดของประเทศเหล่านี้เป็นไปอย่างยึดถือข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์จากผู้เชี่ยวชาญ และมีการศึกษา การจัดทำรายงาน รวมทั้งมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบด้วย

ดังนั้นจึงเกิดผลจากการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการใช้และครอบครองยาเสพติดอย่างเป็นรูปธรรมและวัดผลได้ ดังนี้

1) ด้านปริมาณการใช้ยาเสพติด หลังจากมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการใช้และครอบครองยาเสพติด ปริมาณการใช้ยาเสพติดในหลายประเทศเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง แต่หลังจากนั้นก็ลดลงไปอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าประเทศที่ยังใช้การปราบปรามด้วยกฎหมาย และในขณะเดียวกัน การเพิ่มขึ้นดังกล่าวในช่วงแรกนั้นก็เกิดขึ้นในประเทศที่ไม่ได้มีการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการใช้และครอบครองยาเสพติดด้วย แต่อย่างไรก็ดี ไม่มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการใช้และครอบครองยาเสพติดรวมทั้งการให้บริการด้านยาเสพติด เช่น การบำบัดด้วยการจ่ายเฮโรอีนเป็นสารทดแทน หรือการแจกจ่ายอุปกรณ์ที่ใช้ในการเสพยาอย่างเข็มฉีดยาและกระบอกฉีด จะสนับสนุนให้เกิดผู้ใช้น้ำใหม่ รวมทั้งไม่พบว่าเป็นเหตุให้มีการก่ออาชญากรรมเพิ่มขึ้นดังที่มักหวาดกลัวกัน

2) ด้านงบประมาณดำเนินการ งบประมาณหลักยังคงใช้ไปกับการดำเนินการทางกฎหมาย แต่รัฐบาลของแต่ละประเทศก็ยังสามารถสรรงบประมาณส่วนใหญ่ไว้สำหรับการป้องกัน การลดอันตรายจากการใช้ยา และการบำบัดรักษาด้วย (ณัฐเมธี สัยเวช, 2560)

ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) กับแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) การลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นแนวคิดที่ให้การสนับสนุน ทั้งนี้เมื่อยึดหลักว่าผู้เสพยา คือ ผู้ป่วย การปฏิบัติที่ดีที่สุดคือให้ได้รับการบำบัดรักษา ผู้เสพยาที่ไม่ต้องตกอยู่ในฐานะอาชญากรที่จะต้องได้รับโทษทางอาญาต่อไป

## 2.5.4 แนวคิดเรื่อง ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย

แนวคิดนี้เกิดขึ้นภายใต้ทิศทางนโยบายยาเสพติดยาเสพติดโลกและการเปลี่ยนแปลงในระดับสากล โดยใช้หลักการด้านสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน เน้นการดูแลสุขภาพและสังคม เป็นแนวปฏิบัติในการลดผลกระทบจากปัญหายาเสพติด ปรับมุมมองของผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ให้เป็นผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษา ภายใต้หลักการยึดคุณค่าผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข “เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง” คือเข้าใจบริบทและสาเหตุที่ทำให้เสพยาเสพติด รวมถึงครอบครัวผู้เสพ โดยต้องทำให้ผู้เสพหรือผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ ซึ่งหลักการที่จะช่วยสนับสนุนส่งเสริมแนวคิดเรื่องผู้เสพคือผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้

2.5.4.1 สถานของผู้กระทำความผิดยาเสพติด ตาม พ.ร.บ. พินาศสุจริตภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับการเสพยาเสพติดให้โทษในปัจจุบันมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น และโดยหลักการแล้วผู้เสพยาเสพติดมีสภาพเป็นผู้ป่วย มิใช่อาชญากรปกติ การพินาศสุจริตภาพของผู้ติดยาเสพติดจึงสมควรกระทำให้กว้างขวาง ขยายขอบเขตของการพินาศสุจริตภาพผู้ติดยาเสพติดให้ครอบคลุมถึงผู้เสพและผู้ที่มีไว้ในครอบครองด้วย ดังนั้นเจตนารมณ์ของกฎหมายฉบับนี้จึงต้องการให้โอกาสพินาศผู้เสพยาเสพติดและผู้ที่มีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่ายยาเสพติดในจำนวนเล็กน้อยด้วย เนื่องจากบุคคลซึ่งติดยาหรือเสพยาเสพติดมีจำนวนมากและเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ สาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้ อาทิ เช่น หมวด 3 การพินาศสุจริตภาพผู้ติดยาเสพติด

มาตรา 19 ผู้ใดต้องหาว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายยาเสพติดตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง ถ้าไม่ปรากฏว่าต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ให้พนักงานสอบสวนนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายในสี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ต้องหาขึ้นมาถึงที่ทำการของพนักงานสอบสวน เพื่อให้ศาลพิจารณามีคำสั่งให้ส่งตัวผู้ต้องหาไปตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด เว้นแต่มีเหตุสุดวิสัยหรือมีเหตุจำเป็นอย่างอื่นที่เกิดจากตัวผู้ต้องหาขึ้นเอง หรือจากพฤติการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งทำให้ไม่อาจนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายในกำหนดเวลาดังกล่าวได้ ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าผู้ต้องหาไม่ยอมถึงสี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่ให้พนักงานสอบสวนนำตัวส่งศาลเพื่อมีคำสั่งให้ตรวจพิสูจน์ภายในสี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่

ผู้ต้องหานั้นมาถึงที่ทำการของพนักงานสอบสวน การส่งไปตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด ให้ศาลพิจารณาส่งตัวไปควบคุมเพื่อตรวจพิสูจน์ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือการควบคุมตัวตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด โดยคำนึงถึงอายุ เพศ และลักษณะเฉพาะบุคคลประกอบด้วย แล้วให้ศาลแจ้งคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดทราบ ในระหว่างการตรวจพิสูจน์และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้พนักงานสอบสวนดำเนินกระบวนการสอบสวนคดีต่อไป และเมื่อสอบสวนเสร็จให้ส่งสำนวนการสอบสวนไปยังพนักงานอัยการโดยไม่ต้องส่งผู้ต้องหาไปด้วย และแจ้งให้ทราบว่าผู้ต้องหาถูกควบคุมตัวอยู่ ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือการควบคุมตัวอย่างแห่งใด ในระหว่างที่ผู้ต้องหาถูกควบคุมตามพระราชบัญญัตินี้ พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการ ไม่ต้องดำเนินการฝากขังหรือขอคัดฟ้องตามกฎหมาย

มาตรา 23 ในการจัดทำแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามมาตรา 22 ให้กำหนดสถานที่และวิธีการสำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้เหมาะสมกับสภาพของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยคำนึงถึงอายุ เพศ ประวัติ พฤติกรรมในการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ตลอดจนสภาพแวดล้อมทั้งปวงของผู้นั้นประกอบด้วย การกำหนดสถานที่สำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามวรรคหนึ่งอาจกำหนดเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดจากสถานพยาบาล สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สถานที่ของราชการ หรือสถานที่อื่นที่เห็นสมควรก็ได้ การกำหนดวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้กำหนดโดยคำนึงถึงวิธีการดังต่อไปนี้ (1) ในกรณีที่ต้องควบคุมตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างเข้มงวด ให้ส่งตัวผู้นั้นเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่มีระบบการควบคุมมิให้หลบหนี (2) ในกรณีที่ไม่จำเป็นต้องควบคุมตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างเข้มงวด ให้ส่งตัวผู้นั้นเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามความเหมาะสมและกำหนดเงื่อนไขให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต้องอยู่ภายในเขตที่กำหนดในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (3) ในกรณีที่ไม่จำเป็นต้องควบคุมตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด อาจกำหนดให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต้องปฏิบัติตามวิธีอื่นใดภายใต้การดูแลของพนักงานคุมประพฤติก็ได้ (4) ในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอาจ

กำหนดให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดฝิ่นอาชีพ ทำงานบริการสังคม หรือให้ดำเนินการอื่นใดตามความเหมาะสมเพื่อให้มีความมั่นคงในการดำรงชีวิตโดยห่างไกลจากยาเสพติด

กฎหมายฉบับนี้นับว่ามีความสำคัญช่วยให้ผู้เสพยา หรือผู้ที่ครอบครองยาปริมาณเล็กน้อยเพื่อเสพ ไม่ต้องมีสถานะเป็นอาชญากร และสามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้ (ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธ์, 2557)

#### 2.5.4.2 หลักสิทธิมนุษยชนของผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

สิทธิมนุษยชน คือ สิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่เป็นของบุคคลทุกคน ไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นใคร อยู่ที่ไหนบนโลกใบนี้ และไม่ว่าบุคคลจะมีความเชื่ออะไร หรือใช้ชีวิตแบบไหนก็ตามสิทธิมนุษยชนก็ไม่สามารถถูกพรากออกไปได้ แต่บางครั้งสิทธิมนุษยชนอาจถูกจำกัด เช่น ถ้าคุณทำผิดกฎหมาย หรือกระทำการที่อาจเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของชาติ ทั้งนี้ สิทธิมนุษยชนนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของคุณค่าความเป็นมนุษย์ เช่น ความมีศักดิ์ศรี ความยุติธรรม ความเท่าเทียม ความเคารพ และความเป็นอิสระ นอกจากนี้สิทธิมนุษยชนนั้นไม่ได้เป็นเพียงแค่แนวคิดที่เป็นนามธรรมเท่านั้น เพราะสิทธิมนุษยชนคือแนวคิดที่ได้รับการนิยาม และได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย (Amnesty International, 2019)

การดำเนินนโยบายยาเสพติดที่ผิดพลาด นำมาซึ่งปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนและสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ การใช้นโยบายที่เน้นการลงโทษทางอาญากับปัญหาเสพติด โดยการใช้การตัดสินโทษที่ไม่ได้สัดส่วนรวมถึงการตัดสินโทษประหารชีวิตสำหรับผู้เสพยาเสพติด นำมาซึ่งผลกระทบที่เกิดจากการห้ามยาเสพติดที่ทำให้เกิดการละเมิดต่อสิทธิมนุษยชน เช่น การทรมาน การกระทำทารุณโดยตำรวจ การคุมขังจำนวนมาก วิสามัญฆาตกรรม การคุมขังตามอำเภอใจ การปฏิเสธไม่ให้ได้รับยาจำเป็นและการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน อีกทั้งความพยายามในการควบคุมยาเสพติดมักส่งผลกระทบที่ไม่ได้สัดส่วนกับกลุ่มคนชายขอบผู้มีความเปราะบาง เช่น เกษตรกรซึ่งปลูกพืชยาเสพติดตามวัฒนธรรมดั้งเดิม คนกลุ่มน้อยทางเชื้อชาติและชาติพันธุ์ หรือกลุ่มชนพื้นเมือง ซึ่งในหลายประเทศถูกพบว่าคนที่ถูกคุมขังส่วนมากเป็นกลุ่มคนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์ที่ยากจน ข้อมูลจาก International Harm Reduction Association, London 2012 พบว่า ประชาชนมากกว่า 235,000 คน ถูกคุมขังโดยพลการที่เจ้าตัวไม่ยินยอม และศูนย์คุมขังเกี่ยวกับยาเสพติดแบบบังคับมากกว่า 1,000 แห่ง ไม่มีรูปแบบของกระบวนการที่ถูกต้องตาม

กฎหมาย (Due Process) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญของสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติและองค์กรของสหประชาชาติ 11 แห่ง ได้ออกแถลงการณ์ร่วมกันเพื่อเรียกร้องให้ปิดศูนย์เหล่านี้ โดยอ้างถึงการละเมิดสิทธิมนุษยชนในหลากหลายรูปแบบ เช่น การลงโทษทางร่างกายโดยรัฐ ความรุนแรงทางร่างกายและจิตใจ การบังคับใช้แรงงาน รวมทั้งการใช้แรงงานเด็ก สภาพแวดล้อมที่ไม่ดีของที่ควบคุมตัว การคุมขังแบบบังคับ และการถูกปฏิบัติที่จะได้รับการบริการทางการแพทย์ ข้อมูลยังพบอีกว่ามีประมาณ 33 ประเทศ ยังคงมีโทษประหารชีวิตสำหรับความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด และมีการประหารประชากรมากกว่า 1,000 คนต่อปี ในฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด อีกทั้งยังมีผู้ที่ตกเป็นเหยื่อจากการวิสามัญฆาตกรรมด้วย (UNDP, 2015) ดังนั้น แนวคิดเรื่องผู้เสพคือผู้ป่วย จึงช่วยสนับสนุนหลักการที่สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชน

2.5.4.3 โรคสมองติดยา การติดยาเสพติดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป เริ่มจากการเสพเป็นครั้งคราว จากนั้นมีความถี่มากขึ้นจนถึงการเสพทุกวันหรือวันละหลายครั้ง จนกระทั่งผู้ติดยาเสพติดมีภาวะสมองติดยา คือ ภาวะที่สารเสพติดจะไปกระตุ้นประสาทที่อยู่ในสมองส่วนกลาง ที่เรียกว่าส่วน Limbic System หรือสมองส่วนอยาก ซึ่งเป็นสารควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ให้มีการหลั่งสาร โดพามีน (Dopamine) ออกมาจำนวนมาก ภาวะสมองติดยา ขึ้นอยู่กับชนิดของสารเสพติดแต่ละตัวและปริมาณการใช้ รวมถึงปัจจัยแทรกซ้อนมากมาย ดังนั้นการจะแก้ไขผู้ติดยาเสพติดจึงควรเข้าใจภาวะนี้ และสนับสนุนผู้เสพเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ โดยสถานพยาบาลในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลรัฐราษฎร์ สังกัดกรมการแพทย์ และโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต ในพื้นที่ดำเนินการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยที่ใช้น้ำและสารเสพติด กระทั่งวางสาธารณสุข เพื่อจำแนกผู้ป่วยยาเสพติดเป็นกลุ่มผู้ใช้ ผู้เสพและผู้ติดยา และดำเนินการบำบัดฟื้นฟูหรือส่งต่อตามสภาพการเสพติด ภายใต้มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (โรงพยาบาลราษฎร์, 2562)

### 2.5.5 แนวคิดทำให้ถูกกฎหมาย (Legalization)

เป็นหนึ่งในหลักการที่ไม่เอาโทษทางอาญามาแก้ไขปัญหาเสพติด หมายถึง การทำให้การกระทำผิดในคดียาเสพติดไม่ว่าจะเป็นการผลิต การจำหน่าย การครอบครอง หรือการเสพ กลายเป็นการกระทำที่ไม่ละเมิดกฎหมาย อย่างไรก็ตามการทำให้ายาเสพติดบางประเภทเป็นสิ่งถูก

กฎหมาย (Legalization) เช่น กัญชา ซึ่งสามารถทำได้ในบางประเทศ ยังมีการหยิบยกขึ้นมากถกเถียงในเวทีสาธารณะทั้งในประเด็นทางการแพทย์ กฎหมาย ตลอดจนผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม

การที่ประกาศให้ยาเสพติดเป็นสิ่งผิดกฎหมาย โดยที่ไม่ได้ปล่อยให้การซื้อขายสินค้าเป็นไปตามกลไกตลาดแบบเสรีนั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งอุปสงค์และอุปทานของสินค้าเมื่อเทียบกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ หากไม่ได้สามารถที่จะห้ามการซื้อขายได้อย่างแท้จริง การประกาศห้ามซื้อขายยาเสพติดก็เหมือนการยิ่งห้ามก็เหมือนยิ่งยุ (The Forbidden Fruit Effect) ความต้องการของอุปสงค์ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นได้ เพราะผู้เสพส่วนใหญ่ก็นักใช้ยาเสพติดเพื่อการสันทนาการ และไม่ได้เป็นผู้เสพยาเสพติดรุนแรง จึงมีความยืดหยุ่น (Elasticity) ต่อราคาค่อนข้างสูง และในขณะเดียวกัน ผู้เสพยาเสพติดน้อยซึ่งเป็นผู้เสพยาเสพติดรุนแรง แม้จะมีความยืดหยุ่นต่อราคาต่ำกว่ากลุ่มแรก แต่ก็พยายามหาเงินมาซื้อเพื่อเสพให้ได้ไม่ว่ายาเสพติดจะมีราคาสูงเท่าใด นอกจากนี้แล้วการห้ามซื้อขายยาเสพติดโดยเสรี ยังส่งผลกระทบต่อโครงสร้างของตลาดให้เปลี่ยนไปในรูปลักษณะของตลาดที่มีผู้ผลิตรายใหญ่เพียงไม่กี่ราย ยิ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการสังสมอิทธิพลของผู้ค้ายาเสพติดรายใหญ่และขยายอำนาจต่อรองกับรัฐ

การทำให้ยาเสพติดถูกกฎหมายจะทำให้รัฐบาลสามารถจัดเก็บภาษีจากตลาดการค้านี้ เพื่อเป็นรายได้กลับสู่รัฐในการนำมาพัฒนาประเทศ อีกทั้งยังเป็นการลดงบประมาณทางด้านการปราบปรามลงได้จากการทำให้ยาเสพติดบางชนิดเปลี่ยนเป็นถูกกฎหมาย โดยที่รัฐบาลยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าควบคุมตลาดเสรีของยาเสพติดนี้ด้วย (ศรีสมบัติ โชคประจักษ์ชัด, อรรถพล ควรเลี้ยง, ทองใหญ่ อัยยะวรากุล และศิริพล กุศลศิลป์ภูฒิ, 2560)

สรุป แนวคิดการทำให้ยาเสพติดถูกกฎหมายเป็นประเด็นสำคัญที่น่าจะนำมาพิจารณาในการแก้ไขปัญหายาเสพติด เพราะสอดคล้องกับหลักอุปสงค์และอุปทานของกลไกตลาดยาเสพติด แต่ยังมีข้อควรระวังอยู่มากทั้งในเรื่องของตัวสารเสพติด กฎหมายและสังคม

#### 2.5.6 แนวคิดการเบี่ยงเบนคดี (Diversion)

แนวคิดนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินคดีอาญาตามรูปแบบปกติ โดยใช้มาตรการแทนที่ในขั้นตอนก่อนขึ้นศาล จะหลีกเลี่ยงหรือเบี่ยงเบนจากขั้นตอนของคดีอาญาทั่วไป มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงแก้ไขผู้กระทำความผิดในคดีบางประเภท ให้ได้รับการรักษา

บำบัดฟื้นฟู โดยมีมุมมองว่าผู้กระทำผิดมิใช่อาชญากรจากความชั่วร้าย การกระทำผิดมีเหตุจากปัจจัยอื่น เช่น ความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ สภาพแวดล้อม

มาตรการแทนการดำเนินคดีอาญามีหลายรูปแบบ อาจมีหรือไม่มีกฎหมายอนุญาตไว้โดยชัดแจ้งก็ได้ ซึ่งการจะเลือกใช้รูปแบบใดนั้นต้องขึ้นอยู่กับประเภทของคดีและตัวผู้กระทำผิด ได้แก่ การไต่ถามถึงคดีในชั้นของตำรวจ การชะลอฟ้องในชั้นพนักงานอัยการ การคุมความประพฤติ การทำงานบริการสังคม หรือการบังคับบำบัดรักษายาเสพติดเข้าสู่ระบบศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาแทนการเข้าสู่กระบวนการดำเนินคดีและเรือนจำ (พรเทพ พิศาลเมธี, 2557)

### 2.5.7 แนวทางในการฟื้นฟูผู้กระทำผิด (Rehabilitation)

การฟื้นฟูผู้กระทำผิดเป็นวิธีการลงโทษรูปแบบหนึ่งที่ใช้ในการควบคุมอาชญากรรม เป็นแนวคิดที่เกิดจากสำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม ที่เชื่อว่าอาชญากรรมเกิดจากปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของมนุษย์ มองว่าผู้ที่กระทำผิดนั้นเป็นผู้ที่ผิดปกติหรือผู้ป่วย จึงควรได้รับโอกาสในการรักษาฟื้นฟูให้หายเป็นปกติ หรือสามารถกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างคนปกติ โดยแนวคิดในเรื่องการฟื้นฟูได้ถูกนำมาใช้กับผู้ที่กระทำผิดเล็กน้อย เช่น ผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นทางเลือกสำหรับกระบวนการยุติธรรมในการจัดการกับผู้กระทำผิด โดยเลี่ยงการรับโทษทางอาญา ผู้ที่ถูกจับกุมในข้อหาเสพติดก็จะถูกนำเข้ากระบวนการบำบัดฟื้นฟู หากสามารถผ่านการฟื้นฟูได้ก็就不用เข้าสู่กระบวนการฟ้องคดี (เสกสัน เกรือคำ, 2558)

สรุป แนวคิดเรื่องการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด เป็นแนวคิดที่จะต้องนำมาพิจารณาในการดำเนินการลงโทษในคดียาเสพติด เนื่องจากผู้กระทำผิดในคดียาเสพติดมีผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้เสพยา และผู้ค้ายา การพิจารณาถึงความเป็นอาชญากรที่แท้จริง หรือเป็นเพียงกลุ่มเปราะบางผู้ตกเป็นเหยื่อควรต้องนำมาพิจารณา

## 2.6 ทฤษฎีการสร้างรูปแบบ

### 2.6.1 ความหมายของรูปแบบ

มีผู้ให้ความหมายของรูปแบบไว้ในทัศนะที่หลากหลายดังนี้

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา (2554) ได้ให้ความหมายของคำว่ารูปแบบไว้ในพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ว่ารูปแบบ หมายถึง รูปที่กำหนดขึ้นเป็นหลักหรือเป็นแนวซึ่งเป็นที่ยอมรับ เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าเป็นเช่นนั้นๆ

พูลสุข หิงคานนท์ (2540) ได้ให้ความหมายของรูปแบบว่า คือ สิ่งที่แสดงโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่สำคัญของเรื่องที่ศึกษา

วาโร เฟิงส์วส์ดี (2553) อธิบายไว้ว่า รูปแบบ หมายถึง กรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่างๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ การกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบว่าจะประกอบด้วยอะไร จำนวนเท่าใด มีโครงสร้างและความสัมพันธ์กันอย่างไร ขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์ปัจจัยหรือตัวแปรต่างๆ ที่กำลังศึกษา ซึ่งจะออกแบบตามแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และหลักการพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบนั้นๆ เป็นหลัก

รัตนะ บัวสนธิ์ (2556) อธิบายไว้ว่า รูปแบบจำแนกออกเป็น 3 ความหมาย ดังนี้ (1) แผนภาพหรือภาพร่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่สื่อออกมาให้เหมือนของจริง รูปแบบในความหมายนี้มักจะเรียกทับศัพท์ในภาษาไทยว่า “โมเดล” ได้แก่ โมเดลบ้าน โมเดลรถยนต์ โมเดลเฟอร์นิเจอร์ โมเดลเสื้อผ้า เป็นต้น (2) แบบแผนความสัมพันธ์ของตัวแปร หรือสมการทางคณิตศาสตร์ที่เรียกว่า “Mathematical Model” (3) แผนภาพที่แสดงถึงองค์ประกอบการทำงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง รูปแบบในความหมายนี้บางทีเรียกกันว่าภาพย่อส่วนของทฤษฎีหรือแนวคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น รูปแบบการสอน รูปแบบการบริหาร รูปแบบการประเมิน เป็นต้น

Willer (1986) กล่าวว่า รูปแบบเป็นการจำลองความจริงของปรากฏการณ์ เพื่อทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของปรากฏการณ์นั้นๆ ได้ง่ายขึ้น ด้วยวิธีสร้างความคิดรวบยอดของกลุ่มประสบการณ์อย่างเป็นเหตุเป็นผลไปสู่เป้าหมาย ทำให้เกิดความกระฉับกระชวย ตามนิยามความสัมพันธ์และข้อเสนอแนะของระบบที่เกี่ยวข้อง

Joyce and Weil (2000) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง ตัวแทนของกรอบความสัมพันธ์ของตัวแปรให้เห็นรูปธรรม หรือหมายถึงแผนของการทำงาน (Working Plan) ซึ่งใช้ในการอธิบายกระบวนการสำคัญๆ ในเชิงปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

ดังนั้นรูปแบบ หมายถึง สิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความคิด อธิบายความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกี่ยวข้องออกมาให้เข้าใจอย่างง่าย สามารถนำไปใช้เป็นตัวอย่างได้ สามารถใช้เป็นแนวทางหรือนำไปพัฒนาต่อยอดได้ อาจสร้างออกมาเป็นรูปภาพ แผนภาพ สูตรทางคณิตศาสตร์ หรือบรรยายเป็นตัวหนังสือก็ได้ เป็นเครื่องมือของผู้สร้างที่จะใช้รูปแบบอธิบายปรากฏการณ์นั้นๆ เพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายของการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง

## 2.6.2 ขั้นตอนของการสร้างรูปแบบ

ขั้นตอนในการสร้างหรือพัฒนารูปแบบแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างหรือการพัฒนารูปแบบ (Construct) 2) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบที่สร้างขึ้น (Validity) ในแต่ละขั้นตอนจะมีการดำเนินการดังนี้

2.6.2.1 ขั้นตอนที่ 1 การสร้างหรือการพัฒนารูปแบบ เริ่มจากที่ผู้วิจัยหรือผู้สร้างรูปแบบจะต้องสร้างรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis Model) ซึ่งได้มาจากการศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎี เอกสาร ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กรณีศึกษาหรือศึกษาลงรายละเอียดในเรื่องเฉพาะทางที่ต้องการสร้างรูปแบบโดยเฉพาะ ผลการศึกษาจะทำให้ทราบองค์ประกอบหรือตัวแปรที่เกี่ยวข้อง และสามารถทราบความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ของตัวแปร ในขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการที่เป็นเหตุเป็นผล มีความน่าเชื่อถือได้เป็นสำคัญในขั้นตอนนี้จะมีขั้นตอนย่อยๆ ดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาจัดทำเป็นร่างกรอบแนวคิด สมมติฐาน และโครงสร้างของรูปแบบ

2) การศึกษาจากบริบทนั้นๆ หรือข้อเท็จจริงโดยตรง ซึ่งอาจทำได้ด้วยวิธีการต่างๆ ดังนี้

2.1) ศึกษาจากสภาพและปัญหาในปัจจุบันของหน่วยงานนั้นๆ โดยศึกษาความจากผู้ที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ซึ่งวิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจ การเข้าไปสังเกต การสนทนากลุ่ม เป็นต้น

2.2) ใช้กรณีศึกษา (Case Study) หรือพหุกรณี หน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จหรือมีแนวปฏิบัติที่ดีในเรื่องที่ต้องการศึกษา เพื่อนำมาเป็นข้อมูลที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบ

2.3) การศึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ โดยการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

3) การจัดทำรูปแบบออกมา โดยนำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมในข้อ 1) และข้อมูลจากข้อเท็จจริงในข้อ 2) มาทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นกรอบความคิดการวิจัย และนำมาจัดทำเป็นรูปแบบที่ต้องการสื่อหรือนำเสนอออกมา อย่างไรก็ตามในการพัฒนารูปแบบผู้จัดทำอาจใช้กระบวนการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) เข้ามาเพิ่มเติมในการจัดทำได้

2.6.2.2 ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ หลังจากที่ผ่านมากระบวนการสร้างรูปแบบในขั้นตอนที่ 1 แล้ว จะต้องทำการทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบที่สร้างขึ้นว่ามีความเหมาะสม เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวังหรือไม่ เพราะรูปแบบที่ได้จากขั้นตอนแรกเป็นเพียงรูปแบบสมมติฐาน แม้ว่าจะพัฒนาขึ้นโดยมีรากฐานจากทฤษฎีแนวความคิดรูปแบบของบุคคลอื่นและผลการวิจัยก็ตาม การนำรูปแบบที่ได้มาทดลองในสถานการณ์จริง จะช่วยให้ทราบถึงความสำคัญและผลกระทบขององค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรต่างๆ ในรูปแบบ ทำให้ผู้วิจัยหรือผู้สร้างรูปแบบได้ข้อเท็จจริงในการปรับปรุงรูปแบบใหม่ โดยอาจตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่าไม่มีอิทธิพลหรือมีความสำคัญน้อยออกจากรูปแบบ ทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น การทดสอบรูปแบบอาจทำได้ใน 4 วิธี ได้แก่

1) การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินตามมาตรฐานที่กำหนด เช่น มาตรฐานที่พัฒนาโดย The Joint Committee on Standards of Educational Evaluation ภายใต้การ

ดำเนินงานของ Stufflebeam และคณะ เป็นเครื่องมือที่นำเสนอหลักการประเมิน เพื่อเป็นบรรทัดฐานของการตรวจสอบรูปแบบ ประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้าน (สุวิมล ว่องวานิช, 2549) ดังนี้

1.1) มาตรฐานความเป็นไปได้ (Feasibility Standards) คือ การประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริง

1.2) มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility Standards) คือ การประเมินการสนองตอบต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ

1.3) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety Standards) คือ การประเมินความเหมาะสมทั้งด้านกฎหมายและศีลธรรมจรรยา

1.4) มาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy Standards) คือ การประเมินความน่าเชื่อถือ และได้สาระครอบคลุมครบถ้วนตามความต้องการที่แท้จริง

2) การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การทดสอบรูปแบบในบางเรื่องไม่สามารถทดสอบได้ด้วยวิธีการทางสถิติ หรือข้อมูลเชิงประจักษ์ เพราะรูปแบบหรืองานวิจัยบางเรื่องนั้นต้องการความละเอียดและข้อมูลเชิงลึกมากกว่าการได้ตัวเลขแล้วสรุปผล ไอส์เนอร์ (Eisner, 1976) ได้เสนอแนวคิดของการทดสอบหรือประเมินรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีแนวคิดดังนี้

2.1) การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เน้นการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างลึกซึ้งเฉพาะประเด็น ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไป แต่อาจจะผสมผสานกับปัจจัยอื่นๆ ในการพิจารณาตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อมูลคุณภาพ มีประสิทธิภาพและความเหมาะสมของสิ่งที่จะทำการประเมิน

2.2) การประเมินรูปแบบที่เป็นความชำนาญเฉพาะทาง (Specialization) ซึ่งพัฒนามาจากแบบการวิจารณ์งานศิลปะ (Art Criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้ง และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากการวัดคุณค่าที่ไม่อาจประเมินด้วยเครื่องมือวัดใดๆ และต้องใช้ความรู้ความสามารถของผู้ประเมินอย่างแท้จริง แนวคิดนี้ได้นำมา

ประยุกต์ใช้ในทางการศึกษาระดับสูงมากขึ้น ทั้งนี้เพราะเป็นองค์ความรู้เฉพาะสาขา ผู้ที่ศึกษาเรื่องนั้นจริงๆ จึงจะทราบและเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ดังนั้นในวงการศึกษาก็จึงนิยมนำรูปแบบนี้มาใช้ในเรื่องที่ต้องการความลึกซึ้งและความเชี่ยวชาญเฉพาะ

2.3) การประเมินรูปแบบที่ใช้ตัวบุคคล ซึ่งตัวผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมิน โดยให้ความเชื่อถือกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เที่ยงธรรมและมีดุลพินิจที่ดี ส่วนมาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่างๆ ที่นำมาใช้ประเมินจะมาจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒิเอง

2.4) การประเมินรูปแบบที่ย่อมให้ความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงาน ตั้งแต่กระบวนการกำหนดประเด็นสำคัญ การบ่งชี้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การวินิจฉัยข้อมูล ตลอดจนวิธีการนำเสนอ สามารถยืดหยุ่นได้ตามอรรถาธิบายและความถนัดของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน

3) การทดสอบรูปแบบโดยการสำรวจความคิดเห็นของบุคคลากรที่เกี่ยวข้อง ส่วนมากจะใช้กับการพัฒนารูปแบบที่ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) คือการรวบรวมและวิเคราะห์ความคิดเห็นที่หลากหลายจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน เมื่อผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบด้วยเทคนิคเดลฟายเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ผู้สร้างรูปแบบหรือผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในรอบสุดท้ายมาจัดทำเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) เพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

4) การทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้จริง ผู้สร้างรูปแบบหรือผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย มีการดำเนินการตามกิจกรรมอย่างครบถ้วน เพื่อจะนำข้อค้นพบที่ได้จากการประเมินผลการทดลองใช้ไปปรับปรุงรูปแบบต่อไป

## 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7.1 ศักดิ์ชัย เลิศพาณิชย์พันธุ์ (2556) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษากฎหมายยาเสพติด ในต่างประเทศ: ศึกษาเฉพาะกรณีประเทศญี่ปุ่น ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมัน โปรตุเกส อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา งานวิจัยชิ้นนี้ ศึกษาในประเด็นนโยบาย เจตนารมณ์ของกฎหมาย หลักกฎหมายที่ใช้ กระบวนการดำเนินคดีและการลงโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติด ป้องกันและการบำบัดรักษา รวมถึงวิธีการแก้ไขปัญหาเสพติดของของประเทศดังกล่าว ผลการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยผู้ศึกษาได้จำแนกข้อมูลเป็นตารางเชิงเปรียบเทียบ เพื่อวิเคราะห์กฎหมายยาเสพติดในต่างประเทศ จำนวน 7 ประเทศ ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมัน โปรตุเกส อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา โดยสร้างเป็นตารางเปรียบเทียบและจำแนกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่

1) นโยบาย/ เจตนารมณ์ของกฎหมาย ประเทศในแถบตะวันตกได้แก่ ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมนี โปรตุเกส รวมถึงอังกฤษและสหรัฐอเมริกายังคงนโยบายให้ยาเสพติดเป็นสิ่งผิดกฎหมาย แต่มีนโยบายที่ผ่อนปรนมากขึ้น นอกจากนี้ กลุ่มประเทศในทวีปยุโรป เช่น เยอรมนี ก่อนข้างเน้นกระบวนการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด (Harm Reduction) อย่างมาก นอกจากจะใช้เมธาโดนทดแทนการเสพยาเฮโรอีนแล้ว ยังมีมาตรการอื่นๆ อีก เช่น การแลกเปลี่ยนเข็มใหม่ ป้องกันการติดเชื้อ HIV การใช้เฮโรอีน โคะเคนในการบำบัดรักษา ทำให้เห็นว่าชาติตะวันตกก่อนข้างจะให้น้ำหนักในทางตัวแบบทางการแพทย์ (Medical Model) กับปัญหาเสพติดมาก โดยมองผู้เสพยาว่าเป็นผู้ป่วยมากกว่าจะเป็นอาชญากร ตรงกันข้ามกับประเทศทางด้านตะวันออกอย่างประเทศญี่ปุ่น ยังคงมีนโยบายมุ่งปราบปรามการเสพยาเสพติดอย่างหนักเป็นไปตามตัวแบบทางงานยุติธรรม (Justice Model) ที่เน้นการใช้กฎหมายนำหน้า โดยไม่ได้ใช้นโยบายลดทอนความผิดคดียาเสพติด (Decriminalization) หรือการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด (Harm Reduction)

2) กฎหมายหลักที่ใช้ จากการใช้กฎหมายของประเทศทั้ง 7 ประเทศ สะท้อนให้เห็นว่า การใช้กฎหมายยาเสพติดแบบปราบปรามอย่างเข้มงวดหรือใช้การห้ามอย่างเด็ดขาด (Prohibition) อาจมิใช่ทางออกในการแก้ปัญหาเสพติด แต่การทำให้ยาเสพติดบางประเภทเป็นสิ่งถูกกฎหมายในประเทศ (Legalization) แม้จะเป็นยาเสพติดบางประเภท เช่น กัญชา สังคมไทยคงยอมรับได้ยาก ทางสายกลางที่น่าสนใจคือการลดทอนความผิดยาเสพติด (Decriminalization) บางประเภทอาจจะหรือน่าจะมีทางเป็นไปได้ ประเด็นสำคัญก็คือ จะบัญญัติกฎหมายอย่างไรให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงหรือชั่งน้ำหนักระหว่าง “สุขภาพกับเสรีภาพ” ของประชาชนส่วนรวม

3) กระบวนการดำเนินคดีและการลงโทษ ในประเทศสหรัฐอเมริกา บางมลรัฐตีตราว่าการเสพติดเป็นอาชญากรรม (ผู้เสพเป็นอาชญากร) บางมลรัฐถือว่าผู้เสพเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาทางยา (Cantor, 1961) ส่วนปัจจุบันบางรัฐกำหนดให้การเสพยาบางอย่างในปริมาณน้อย เช่น กัญชาเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย ในบางมลรัฐของสหรัฐอเมริกา และแนวคิดของผู้พิพากษาในคดีได้เปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน โดยคณะทำงานของศาลฎีกามลรัฐ Massachusetts (Special Taskforce of Massachusetts Supreme Judicial Court) เสนอความเห็น ว่า การใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดไม่ได้ผลเท่าที่ควร แต่ควรส่งเสริมการบำบัดรักษามากกว่าการฟ้องคดีการบัญญัติกฎหมายยาเสพติดเพื่อลงโทษผู้เสพเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการระงับยับยั้งการติดยา แต่จะต้องเข้าใจธรรมชาติของการติดยา (Nature of Addiction) ด้วย ควรมีการทบทวนความเชื่อที่ว่า การจับกุมและลงโทษรุนแรงจะข่มขู่ผู้กระทำได้ นักวิชาการบางท่านจึงได้เสนอให้มีรักษาด้วยการหายาทดแทนยาเสพติดแทนที่จะใช้กฎหมายบังคับซึ่งน่าจะให้ผลดีมากกว่า

4) การป้องกันและการบำบัดรักษา ในประเทศญี่ปุ่น ได้เน้นการป้องกัน (Prevention) ระดับนักเรียนที่เป็นเด็กและเยาวชน การใช้ Informal Social Control ผ่านระบบความเชื่อและระเบียบวินัยของประชาชน นอกจากนี้ ญี่ปุ่นยังใช้การบังคับบำบัดรักษาอยู่ในคำพิพากษาลงโทษผู้ติดยา ส่วนในกรณีสมัครใจรับการบำบัดรักษาในญี่ปุ่นจะต้องลงทะเบียนแสดงตน แต่ในประเทศตะวันตกจะไม่มี การลงบันทึกประวัติสำหรับผู้ที่ต้องการบำบัดรักษา

ส่วนการบำบัดรักษาอาจใช้เฮโรอีน หรือเมธาโดนภายใต้การดูแลของแพทย์ ชื่อนำสังเกตประการหนึ่งก็คือการเน้นหรือส่งเสริมให้มีการบำบัดรักษาเป็นการช่วยให้ผู้ติดยาออกจากระบบการซื้อขายยาเสพติด ทำให้ผู้ค้าขายยาได้น้อยลง ทั้งยังเป็นการทำให้การแพร่ระบาดของเชื้อ HIV ลดลงด้วย นโยบายหลักโปรตุเกสที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ ต้องเพิ่มบริการรักษาการติดยาให้มากขึ้น พร้อมกับการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตด้วย โดยผ่านระบบประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งทำให้สามารถเพิ่มจำนวนการรักษาผู้ติดยาเสพติดได้ง่ายและรวดเร็ว ซึ่งในระยะเวลาประมาณ 10 ปีที่ผ่านมาปรากฏว่าจำนวนผู้ติดยาลดลง การติดเชื้อ HIV จากการใช้เข็มลดลง การตายอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดเกินขนาดก็ลดลงเช่นกัน

สรุป งานวิจัยนี้ได้ให้ข้อมูลในเชิงเปรียบเทียบระหว่างกฎหมายต่างประเทศและกฎหมายไทยสามารถนำมาประยุกต์ใช้และนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงกระบวนการดำเนินคดียาเสพติดในประเทศไทย และข้อเสนอในพิจารณาทางเลือกใหม่ๆ ในการวางนโยบายด้านยาเสพติด ได้แก่

การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ของผู้เสพยา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องที่ว่า ผู้วิจัยทำการศึกษาอยู่

2.7.2 โครงการวิจัยสุขภาพในเขตเมือง: โครงการวิจัยชุมชนมิตรสัมพันธ์ (Urban Health Research Initiative) ของศูนย์วิจัยเพื่อความเป็นเลิศด้านเอชไอวี/เอดส์แห่งมหาวิทยาลัยบริติชโคลัมเบีย (British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS) มุณิธิรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2554) ได้ทำการสำรวจแบบแผนการใช้ยา การให้บริการสุขภาพ การแทรกแซงด้วยระบบยุติธรรมทางอาญา และอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้เสพยาด้วยการฉีดใน กทม. จำนวน 468 คน ผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

#### 2.7.2.1 แบบแผนการใช้ยาและอันตรายจากยา

1) การเข้าถึงเข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาที่สะอาด ร้อยละ 30 ของผู้ให้ข้อมูลเคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับคนอื่นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงเข็มฉีดยาที่สะอาด เพราะอยู่ไกลจากแหล่งจำหน่ายเข็มฉีดยา ร้านขายยาปิดไปแล้วในขณะนั้นและร้านขายยาปฏิเสธไม่ขายเข็มฉีดยาให้ ผู้ใช้ยาด้วยการฉีดยังคงใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในปริมาณที่สูง จึงควรมีมาตรการในดูแลให้เข้าถึงเข็มฉีดยาที่สะอาดครอบคลุมทั่วประเทศ

2) การเสพยาบ้าด้วยการฉีด งานวิจัยพบว่าผู้ฉีดยาบ้ามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น และมีพฤติกรรมในการใช้เข็มร่วมกันด้วย

3) การฉีดยามิดาโซแลม หรือชื่อทางการค้า คือ โดมิกุม (Dormicum) เป็นยาในกลุ่ม Benzodiazepine ซึ่งเป็นยาคลายกังวล มีใช้อยู่ในคลินิกเอกชนทั่วไป ผู้ใช้ยาด้วยการเสพยาบ้าหนึ่งหนึ่งหันมาเสพยามิดาโซแลม และมีการแปลงสูตรโดยผสมกับยาชนิดอื่น ร้อยละ 57 ฉีดทุกวัน ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ผลการวิจัยชี้ว่ามีแนวโน้มจำนวนผู้ฉีดยามิดาโซแลมที่มากขึ้น จึงควรมีศึกษาเพิ่มเติมเพื่อนำมาปรับปรุงวิธีการลดอันตราย

4) การฉีดยาที่ไม่ถึงแก่อันตราย ร้อยละ 30 ของผู้ให้ข้อมูลเคยมีประสบการณ์ฉีดยา และคนกลุ่มนี้เคยรับโทษในเรือนจำมากกว่าผู้เสพยาทั่วไปถึงสี่เท่า และร้อยละ 68 เคยให้การ

ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีอาการนี้ออกมา มีบางส่วนที่ทำให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง แต่อีกเกือบครึ่งหนึ่งแก้ปัญหาด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้องเพราะไม่มีข้อมูลมาสนับสนุน เช่น การฉีดน้ำเกลือให้กับผู้ที่มีอาการนี้ออกมา

### 2.7.2.2 ประสพการณ์กับผู้บังคับใช้กฎหมาย

ร้อยละ 78 ของผู้ให้ข้อมูลเคยถูกคุมขังมาก่อน ส่วนใหญ่เคยถูกเข้ารับการบังคับบำบัด เคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เคยใช้ยาเสพติดในระหว่างอยู่ในเรือนจำ ดังนั้นในการคุมขังผู้เข้าข่ายควรจัดให้มีการเข้าถึงเข็มฉีดยาอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามงานวิจัยยังพบว่าการบังคับบำบัดไม่ได้มีส่วนช่วยลดอัตราการเข้ายาในผู้เข้าข่ายด้วยการฉีดเลย

ร้อยละ 48 ของผู้เข้าร่วมเคยถูกตำรวจประพฤติมิชอบด้วยการข่มขู่แสวงหาเงินให้ตำรวจเพื่อแลกกับการถูกจับกุม อย่างไรก็ตามแม้ผู้เสพยาด้วยการฉีดจะพบเจ้าหน้าที่ตำรวจ มาออกตรวจหรือตรวจตราในบริเวณที่เขาซื้อหรือเสพยาแต่ความถี่ในการใช้ยา ยังคงมีเท่าเดิม

### 2.7.2.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการลดอันตราย

1) การบำบัดด้วยเมทาโดน การรักษาด้วยเมทาโดนจะช่วยลดการใช้สารออกฤทธิ์รุนแรงและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี แต่พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดบางส่วนใช้ยาเสพติดอื่นระหว่างรับเมทาโดน กลับไปใช้ยาอีกในระหว่างการรักษา และผู้เข้ารับการบำบัดเคยถูกตำรวจคุกคามบริเวณคลินิกบำบัด ดังนั้นควรมีการกำกับมาตรฐาน แนวปฏิบัติของการบำบัดด้วยเมทาโดนให้มีประสิทธิภาพ

2) การตรวจหาไวรัสตับอักเสบบี ในผู้เสพยาด้วยการฉีดมักเกิดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี ทางองค์การอนามัยโลก WHO จึงแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองผู้ฉีดที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย แต่กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้น้ำยาฉีดที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้เข้ารับการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากไม่รู้จักรู้ ไม่มีความรู้ ไม่ทราบถึงอันตรายจากไวรัสตับอักเสบบีมาก่อน และร้อยละ 38 ยังเคยมีพฤติกรรมใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาอีกด้วย อย่างไรก็ตามงานวิจัยชี้ว่า ผู้ใช้ยาด้วยการฉีดซึ่งติดเชื้อเอชไอวีแล้วในพื้นที่ กทม. ไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีเนื่องจากการไม่ตระหนักถึงความสำคัญของโรค และยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างมาก

3) ประสพการณ์ที่มีต่อศูนย์ลดอันตรายมิตรสัมพันธ์ จำนวนร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยเข้ารับบริการที่ศูนย์มิตรสัมพันธ์มาก่อน การบริการที่ได้รับจากศูนย์คือการได้รับแจกเข็มฉีดยาสะอาด (100%) อาหารและที่พักผ่อน (84%) ข้อมูลเกี่ยวกับเอชไอวี (76%) และการฉีดยาอย่างปลอดภัย (66%) เหตุผลส่วนที่ไม่เคยไปศูนย์ลดอันตรายมิตรสัมพันธ์ระบุว่าไม่ทราบข้อมูล “ไม่รู้ว่ามีศูนย์แบบนี้”

กล่าวโดยสรุป งานวิจัยพบว่ามีผู้ใช้ยาจำนวนสูงที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และปัญหาการเข้าถึงบริการลดอันตรายจากยาเสพติดยังคงมีข้อจำกัดอยู่ เช่น ไม่ทราบว่ามิศูนย์บริการ กลัวตำรวจจะสืบสวนจับกุม อย่างไรก็ตามในระหว่างการรักษาบำบัด หรือถูกคุมขังในเรือนจำยังคงมีการใช้ยาเสพติดและมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการลดอันตรายจากยาเสพติด ยังมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยนี้

2.7.3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี (2559) ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากแผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการป้องกันยาเสพติดโดยใช้มัสยิดเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาชุมชนมัสยิดบ้านเหนือ ตำบลคูเต่า อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และชุมชนมัสยิดบ้านลุ่ม ตำบลปะเสยะวอ อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี วัตถุประสงค์ในการวิจัย คือ เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมโดยใช้มัสยิดเป็นศูนย์กลาง ใช้วิธีเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี ได้แก่ แบบคัดกรองการใช้สารเสพติด ASSIST แบบสอบถามเชิงโครงสร้างเกี่ยวกับทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของชุมชน การพัฒนารูปแบบการป้องกันยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมโดยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และศึกษาผลกระทบของการใช้รูปแบบการป้องกันยาเสพติดที่พัฒนาขึ้น โดยการศึกษาเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยใช้กระบวนการ A-I-C (Appreciate-Influence-Control) ในการค้นหารูปแบบการป้องกันยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมโดยใช้มัสยิดเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเทคนิคหรือวิธีการ กระบวนการ A-I-C จะใช้การวาดภาพเพื่อเป็นการสะท้อนประสพการณ์ในอดีตหรือสภาพปัจจุบันกับจินตนาการถึงความมุ่งหวังในอนาคตของสมาชิกทุกคน ผลการศึกษาพบว่า

### 2.7.3.1 รูปแบบการป้องกันยาเสพติดของชุมชนบ้านเหนือ (Ban Nua Model) ได้แก่

- 1) พัฒนามัธยมศึกษาให้เป็นจุดศูนย์กลางของชุมชนในทุกมิติของการดำรงชีวิต
- 2) การกำหนดกฎระเบียบของชุมชน (สุกมปากัด) และบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
- 4) การสร้างกระบวนการเรียนรู้ (transformative learning) ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดร่วมกัน

### 2.7.3.2 รูปแบบการป้องกันยาเสพติดของชุมชนบ้านลุ่ม (Ban Lum Model) ได้แก่

- 1) การสร้างการเรียนรู้ใหม่ให้กับผู้ใช้สารเสพติด
- 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันยาเสพติด
- 3) การสร้างจิตสำนึกให้กับคนในชุมชน
- 4) การส่งเสริมให้ผู้เสพสารเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา

สรุป งานวิจัยนี้ทำการศึกษาปรากฏการณ์ในชุมชนนาร่องโดยมีมัธยมศึกษาเป็นศูนย์กลาง เพื่อหารูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด มีการใช้เครื่องมือและเทคนิควิธีการวิจัย เพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันยาเสพติดให้เหมาะสมกับบริบท และวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน

2.7.4 Gallagher, Keehner, Herv'e-Claude , และ Stephen (2021) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง Health promotion and Harm Reduction attributes in One Health literature: A scoping review หรือคุณลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพและการลดอันตรายจากยาเสพติดในวรรณกรรมสุขภาพหนึ่งเดียว: การศึกษาทบทวนขอบเขต การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร ทำการค้นหาเอกสารจาก

ฐานข้อมูลวารสาร PubMed และ Scopus ทั้งหมด 2,380 ฉบับ ต่อมาคัดกรองเหลือ 676 ฉบับ หลังจากนั้นมาทำการจำแนกคุณลักษณะการส่งเสริมสุขภาพและการลดอันตราย และทำการวิเคราะห์จนเหลือเอกสารรวม 411 ชิ้นงาน โดยมีการกำหนดคุณลักษณะด้านการส่งเสริมสุขภาพได้แก่

- 1) เน้นสุขภาพแบบองค์รวมในวงกว้างที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแรงและการฟื้นฟู (Broad holistic focus on health which deals with the capacity to be healthy and resilient)
- 2) ตั้งอยู่บนพื้นฐานของรูปแบบสังคมนิเวศวิทยา และร่วมกับการขับเคลื่อนด้านสุขภาพ (Based on the socioecological model and deals with upstream drivers of health)
- 3) การมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนและการประสานงาน (Multi-sectoral involvement and coordination)
- 4) การดำเนินการของชุมชนแบบมีส่วนร่วมที่จะบรรลุเป้าหมายสุขภาพ (Participatory community action striving to achieve health in a particular setting)

นอกจากนี้ยังได้กำหนดคุณลักษณะด้านการลดอันตราย ได้แก่

- 1) การลดผลกระทบของอันตรายทั้งด้านสังคม ชีวการแพทย์ และสิ่งแวดล้อม โดยไม่จำเป็นต้องกำจัดอันตรายจากต้นตอ (Reduces the effects of a persistent harm (social, biomedical, environmental) without necessarily eliminating the harm itself)
- 2) การกระทำโดยรวมในการเผชิญกับความขัดแย้งและความไม่แน่นอน (Collective action in the face of conflict and uncertainty)
- 3) ในทางปฏิบัติ แนวทางการเข้าถึงผู้คนและปัญหา (Pragmatic, settings approach-meeting the people and problem ‘where it is at’)

4) ทักษะที่ไม่ตัดสินต่อคนและปัญหา (Non-judgmental attitude towards people and the problem)

การลดอันตรายนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแนวคิดที่สำคัญที่จะมุ่งไปสู่การแก้ปัญหาสาธารณสุข เน้นการลดผลกระทบของอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่จำเป็นต้องกำจัดภัยที่กระทำผิดออกไปเพื่อมุ่งสู่แนวสุขภาพหนึ่งเดียว (One health) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ประสบความสำเร็จในเรื่องการควบคุมและการป้องกันโรคติดเชื้อ อีกประการหนึ่งการลดอันตรายจากยาเสพติดยังช่วยสนับสนุนให้บุคคลรู้จักควบคุมตนเองโดยคำนึงถึงการมีสุขภาพและการมีชีวิตอยู่ของพวกเขาด้วย

ผลการวิจัยพบว่าปัญหาของการดำเนินการสุขภาพหนึ่งเดียว One Health เป็นพลวัตรเต็มไปด้วยความไม่แน่นอนทางวิทยาศาสตร์ เกี่ยวข้องกับความเปราะบางของประชากร ความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมปัญหาทางการเมือง วิธีการส่งเสริมสุขภาพและการลดอันตราย เป็นกุญแจที่สำคัญที่จะนำไปสู่รูปแบบสุขภาพหนึ่งเดียวที่ครอบคลุมทั้ง มนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อม และ 2 แนวคิดนี้จะช่วยแก้ไขปัญหอันซับซ้อนในโลกของเรา มีหลักการและคุณลักษณะที่เป็นไปได้ มีประโยชน์ และประสบความสำเร็จในการทำประโยชน์ร่วมกันต่อสังคม สัตว์ และระบบนิเวศ โดยสรุปแล้วหลักสุขภาพหนึ่งเดียวเป็นหลักการที่คำนึงถึงคน สัตว์และสิ่งแวดล้อม การดูในภาพรวมจะทำให้เกิดความสำเร็จในการรักษาโลกใบนี้อย่างยั่งยืน การส่งเสริมสุขภาพและการลดอันตรายเป็นคุณลักษณะของสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ดังนั้นเรื่องการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดน่าจะเป็นไปได้และสมเหตุสมผล

## บทที่ 3

### ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการศึกษาวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) และการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

#### 3.1 ขั้นตอนในการดำเนินการ

3.1.1 ศึกษาทบทวนองค์ความรู้จากตำรา หนังสือ เอกสาร วารสารวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับนโยบายด้านยาเสพติดของรัฐบาลไทย รูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด แนวคิดเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดทั้งไทยและต่างประเทศ นโยบายด้านยาเสพติดขององค์กรระหว่างประเทศ เช่น United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) World Health Organization (WHO) International Drug Policy Consortium (IDPC) และประเทศที่ประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ได้แก่ แคนาดา เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ สวีเดนและสวิตเซอร์แลนด์

3.1.2 การสรุปเนื้อหาและข้อค้นพบสำคัญในแต่ละประเด็น

3.1.3 รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทางเอกสาร (Documentary Research) มาประมวลผล วิเคราะห์และสรุป เพื่อใช้เป็นเนื้อหาและกำหนดเป็นประเด็นคำถามในการไปเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ รวมถึงใช้ในการวิเคราะห์ผลและจัดทำข้อเสนอแนะ

3.1.4 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

3.1.5 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structural Interview) ซึ่งแบ่งแบบสัมภาษณ์ออกเป็น 3 แบบสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มระดับนโยบายหรือแผน กลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้รับบริการ ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

3.1.6 การจัดการสนทนากลุ่ม ดำเนินการหลังจากการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเชิญผู้เกี่ยวข้องซึ่งประกอบไปด้วย นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ระดับผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด รวม 8 คน มาร่วมอภิปรายผลการศึกษาและผลการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เพื่อหาแนวทางจัดทำรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

3.1.7 รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลการศึกษา

3.1.8 จัดทำร่างคชฎินิพนธ์ เพื่อเสนอให้อาจารย์ และคณะกรรมการ ตรวจสอบ และให้การเสนอแนะ

3.1.9 ดำเนินการแก้ไขตามคำเสนอแนะของอาจารย์ และคณะกรรมการ แล้วจัดทำรูปเล่มคชฎินิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ เสนอตามขั้นตอนต่อไป

## 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จากผู้ที่รับผิดชอบงานด้านการลดอันตรายจากยาเสพติด ซึ่งมีความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ และผู้ที่เคยเข้ารับบริการการลดอันตรายจากยาเสพติด เป็นจำนวน 33 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม และเก็บข้อมูลจากการจัดสนทนากลุ่มจากนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดอีกจำนวน 8 คน รวมทั้งสิ้น 41 คน มีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 กลุ่มระดับนโยบายหรือแผนการดำเนินงาน

3.2.1.1 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติด ตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2564 รวม 13 คน ได้แก่

1) หน่วยงานหลัก ประกอบด้วย (1) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2 คน (2) สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม 2 คน (3) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย 2 คน (4) กรุงเทพมหานคร 2 คน

2) หน่วยงานร่วม ประกอบด้วย (1) กระทรวงแรงงาน 1 คน (2) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 1 คน (3) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 1 คน

3.2.1.2 เจ้าหน้าที่จากองค์กรระหว่างประเทศ UNODC UNAIDS หรือ WHO 2 คน

3.2.2 กลุ่มผู้ให้บริการการลดอันตรายจากยาเสพติด รวม 10 คน ประกอบด้วย (1) โรงพยาบาลทั่วไป 2 คน (2) สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ 2 คน (3) ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 2 คน (4) มูลนิธิไอโซน 2 คน (5) วัดถ้ำกระบอก 2 คน

3.2.3 กลุ่มผู้เข้ารับบริการการลดอันตรายจากยาเสพติด รวม 10 คน ประกอบด้วย (1) โรงพยาบาลทั่วไป (โรงพยาบาลรัฐ) 2 คน (2) สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ 2 คน (3) ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 2 คน (4) มูลนิธิไอโซน 2 คน (5) วัดถ้ำกระบอก 2 คน

3.2.4 การจัดสนทนากลุ่ม โดยเชิญผู้เกี่ยวข้องประกอบไปด้วย นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ระดับผู้บริหาร และผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด รวม 8 คน

ตารางที่ 3.1 แสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูลสำคัญและผู้เชี่ยวชาญ

| ลำดับ                                                                      | หน่วยงานของผู้ให้ข้อมูลสำคัญและผู้เชี่ยวชาญ                  | จำนวน (คน) |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------|
| <b>กลุ่มระดับนโยบายหรือแผนการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด (รวม 13 คน)</b> |                                                              |            |
| 1                                                                          | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข                | 2          |
| 2                                                                          | สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม | 2          |

ตารางที่ 3.1 แสดงรายละเอียดผู้ให้ข้อมูลสำคัญและผู้เชี่ยวชาญ (ต่อ)

| ลำดับ                                                                              | หน่วยงานของผู้ให้ข้อมูลสำคัญและผู้เชี่ยวชาญ                                                                         | จำนวน<br>(คน) |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 3                                                                                  | กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย                                                                                         | 2             |
| 4                                                                                  | กรุงเทพมหานคร                                                                                                       | 2             |
| 5                                                                                  | กระทรวงแรงงาน                                                                                                       | 1             |
| 6                                                                                  | กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์                                                                          | 1             |
| 7                                                                                  | สำนักงานตำรวจแห่งชาติ                                                                                               | 1             |
| 8                                                                                  | เจ้าหน้าที่จากองค์กรระหว่างประเทศ UNODC UNAIDS หรือ WHO                                                             | 2             |
| <b>กลุ่มผู้ให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด (รวม 10 คน)</b>                           |                                                                                                                     |               |
| 1                                                                                  | โรงพยาบาลทั่วไป (โรงพยาบาลรัฐ)                                                                                      | 2             |
| 2                                                                                  | สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาล<br>ธัญญารักษ์                                         | 2             |
| 3                                                                                  | ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร                                                                                  | 2             |
| 4                                                                                  | มูลนิธิโอโซน                                                                                                        | 2             |
| 5                                                                                  | วัดถ้ำกระบอก                                                                                                        | 2             |
| <b>กลุ่มผู้รับบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (รวม 10 คน)</b>                           |                                                                                                                     |               |
| 1                                                                                  | โรงพยาบาลทั่วไป (โรงพยาบาลรัฐ)                                                                                      | 2             |
| 2                                                                                  | สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาล<br>ธัญญารักษ์                                         | 2             |
| 3                                                                                  | ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร                                                                                  | 2             |
| 4                                                                                  | มูลนิธิโอโซน                                                                                                        | 2             |
| 5                                                                                  | วัดถ้ำกระบอก                                                                                                        | 2             |
| <b>กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ประสบการณ์ในการลดอันตรายจากยาเสพติด (รวม 8 คน)</b> |                                                                                                                     |               |
| 1                                                                                  | นักวิชาการที่จบการศึกษาในระดับปริญญาเอก สาขาอาชีววิทยา                                                              | 6             |
| 2                                                                                  | เจ้าหน้าที่ในสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด<br>ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติดไม่น้อยกว่า 10 ปี | 2             |
| <b>รวม</b>                                                                         |                                                                                                                     | <b>41</b>     |

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structural Interview) การสังเกต และการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

#### 3.3.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structural Interview) ประกอบด้วย

- 1) แบบสัมภาษณ์กลุ่มระดับนโยบายหรือแผนการดำเนินงาน
- 2) แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้บริการ
- 3) แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้รับบริการ

3.3.2 การจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จัดขึ้นหลังจากการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกเสร็จสิ้น โดยใช้แบบการดำเนินการสนทนากลุ่มซึ่งจะกำหนดกรอบประเด็นในการสนทนาไว้ จะเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 8 คน และในขั้นตอนนี้จะเน้นผู้เข้าร่วมในระดับนโยบาย และนักวิชาการเป็นส่วนใหญ่

#### 3.3.3 ตัวผู้วิจัย โดยมีการเตรียมตัวสำหรับการออกภาคสนามดังนี้

- 1) การเตรียมข้อมูลทั่วไปสำหรับการลงพื้นที่ ได้แก่ ทบทวนข้อคำถาม การแต่งกาย การเดินทาง สถานที่พัก อุปกรณ์ที่จะต้องนำไป การใช้เวลา และสภาพแวดล้อม
- 2) การแนะนำตัว ได้แก่ แจ้งสถานภาพและบทบาทของผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ แจ้งเหตุผลของการเลือกสนาม แจ้งผลที่เขาจะได้จากเรา แจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย (RSU-ERB.004-1)
- 3) การสร้างสัมพันธภาพ โดยหลังจากแนะนำตนเองตามสถานภาพและบทบาทแล้ว ควรรักษาสถานภาพและบทบาทนั้นไว้ตลอดระยะเวลาในการปฏิบัติงานภาคสนาม รักษาการียมารยาทเป็นมิตรกับทุกคน

4) การปฏิบัติงาน โดยปฏิบัติภายใต้กรอบงานวิจัย แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่ม และหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รวมถึงการรักษาระยะเวลาตามกำหนดไว้

### 3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) ใช้หลักของ Scott (2006) คือ ความจริง ความถูกต้องน่าเชื่อถือ การเป็นตัวแทน และความหมาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ความจริง (Authenticity) คัดเลือกเอกสารที่เป็นเอกสารที่แท้จริง (Origin) ที่เป็นประโยชน์ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ การพิจารณาว่าเอกสารนั้นเป็นเอกสารที่ให้ข้อมูลที่แท้จริงหรือไม่ จะเกิดขึ้นจากการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับผู้เขียนหรือหน่วยงานที่เขียนเอกสารว่ามีความน่าเชื่อถือหรือไม่อย่างไร รวมถึงข้อมูลที่ปรากฏในเอกสารนั้นสอดคล้องกับข้อมูลในบริบทอื่นๆ ที่เกิดขึ้น ณ ช่วงเวลาที่มีการเขียนเอกสารนั้นอย่างไร

2) ความถูกต้องน่าเชื่อถือ (Credibility) ทำการคัดเลือกเอกสารโดยพิจารณาว่าเอกสารนั้นจะต้องไม่มีข้อมูลที่ผิดพลาด บิดเบือน หรือคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง

3) การเป็นตัวแทน (Representativeness) การเป็นตัวแทนมีหลายระดับ ระดับแรก หมายถึง การที่เอกสารนั้นสามารถใช้แทนหรือเป็นแบบฉบับที่แทนเอกสารประเภทเดียวกันได้หรือไม่ และระดับที่สองคือข้อมูลในเอกสารที่จะนำมาวิเคราะห์นั้นจะต้องเป็นข้อมูลที่เป็นตัวแทนของประชากรได้

4) ความหมาย (Meaning) หมายถึง การคัดเลือกเอกสารที่มีความชัดเจนและสามารถที่จะเข้าใจได้ง่าย

3.4.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) โดยพัฒนาข้อคำถาม จากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ตามที่ได้ทำการทบทวนความรู้และขอบเขตในการศึกษาวิจัย โดยนำมาสร้างเป็นประเด็น และข้อคำถามต่างๆ โดยมีการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อให้ประเด็นคำถาม และข้อคำถามเกิดความถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ แล้วส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบ เพื่อทำการปรับแก้แนวคำถามและข้อคำถาม ก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง

2) ใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) คือการ อาศัยความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อคำถามว่าวัดได้สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ เมื่อพิจารณาแล้วให้ผู้ทรงลงความเห็นในแบบตรวจสอบรายการ ซึ่งใช้ เกณฑ์ดังนี้

+1 หมายถึง คำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

0 หมายถึง ไม่แน่ใจคำถามว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

-1 หมายถึง คำถามนั้นไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

ผลการพิจารณา IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 แสดงว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงกับ จุดมุ่งหมายการวิจัย แต่ถ้า IOC น้อยกว่า 0.50 แสดงว่าข้อคำถามนั้นวัดไม่ตรงกับจุดมุ่งหมายการวิจัย

### 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีการออกแบบ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดย

3.5.1 การศึกษาวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) โดยทำการศึกษาจากหนังสือ ตำรา วารสารวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานการณ์ยาเสพติด แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติด นโยบายด้านยาเสพติดของไทยและต่างประเทศ การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด แนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดทั้งไทยและต่างประเทศ กฎหมาย มาตรการ แผน ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง นโยบายด้านยาเสพติดขององค์กรระหว่างประเทศ (UNODC UNAIDS WHO IDPC) รูปแบบการลดอันตรายจากยาเสพติดจากประเทศที่ประสบความสำเร็จ เช่น สหรัฐอเมริกา สาธารณรัฐเช็ก เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส และสวิตเซอร์แลนด์

3.5.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) โดยผู้ศึกษาเป็นผู้เก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์โดยตรง ซึ่งจะใช้การสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น สร้างความเข้าใจจากผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 33 คน มีการใช้การบันทึกเสียง โดยได้รับความยินยอมช่วยในการบันทึกข้อมูล

3.5.3 การสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง (Nonstructured Observation) เฉพาะกลุ่มผู้รับบริการ โดยกำหนดเป้าหมายในการสังเกตให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกำหนดระยะเวลา คือ ตลอดระยะเวลาในการทำการสัมภาษณ์ รวมถึงมีการบันทึกสิ่งที่สังเกตได้

3.5.4 การจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กำหนดเวลาในการจัดการสนทนาประมาณ 3 ชั่วโมง จะจัดขึ้นหลังจากการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกเสร็จสิ้น เนื่องจากจะทราบถึงประเด็นสำคัญเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 8 คน และในขั้นตอนนี้จะเน้นผู้เข้าร่วมในระดับนโยบายเป็นส่วนใหญ่ เพื่อนำไปสู่การได้รูปแบบและแนวทางปฏิบัติในการลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศไทย

### 3.6 การตรวจสอบข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สามเส้า (Triangulation) โดยผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บข้อมูลหลายวิธีการ (Methods Triangulation) และส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญทำการทบทวนข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ (Reviews Triangulation) และการตรวจสอบตัวผู้วิจัย โดยตรวจตามรายการที่กำหนดในข้อ 3.3.3 ก่อนออกไปปฏิบัติงานภาคสนาม

### 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.1 การวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากเอกสารทั้งหมดที่ศึกษา

3.7.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้การวิเคราะห์บทสัมภาษณ์และการสังเกต (Interview & Observation Analysis) จากนั้นนำผลการวิเคราะห์มาประมวล และสรุปผลเพื่อให้สอดคล้อง ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยเพื่อรวบรวม และเสนอแนะรูปแบบการแก้ไขปัญหาเสพติด ด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดต่อไป

3.7.3 การจัดสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์การตอบคำถาม และการให้ข้อเสนอแนะในการสนทนาจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และอภิปรายผล

### 3.8 จริยธรรมและจรรยาบรรณในการวิจัย

งานวิจัยนี้ทำการยื่นขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยรังสิต (COA. No. RSUERB 2022-033) ทั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงการเคารพสิทธิ ความเป็นส่วนตัวของแหล่งข้อมูล การรักษาความลับของข้อมูล และความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย โดยการเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ให้การยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และการรักษาความลับ ตลอดจนการป้องกันมิให้เกิดผลกระทบอันเนื่องมาจากการให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยมีวิธีการดังนี้

3.8.1 ให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาวิจัย โดยแสดงในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย (Participant Information Sheet) และยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยแสดงในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent Form)

3.8.2 ปกปิดชื่อและลักษณะส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลโดยหลีกเลี่ยงการใช้ชื่อและนามสกุลจริงของผู้ให้ข้อมูล นำเสนอเฉพาะข้อมูลที่มิได้เป็นความลับหรือเป็นเรื่องที่จะทำให้ผู้อ่านทราบว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นใคร

3.8.3 ป้องกันผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลอันเนื่องมาจากการศึกษาวิจัย ใช้วิธีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการรบกวนการทำงานตามปกติของผู้ให้ข้อมูล หรือรบกวนน้อยที่สุด และหลีกเลี่ยงการใช้คำพูดและการกระทำที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดและความวิตกกังวล รวมถึงการเกิดอคติในการศึกษาวิจัย

3.8.4 เคารพผู้ให้ข้อมูลโดยไม่ใส่สิ่งที่ไม่ใช่คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลในบทบันทึกและข้อมูลจากการถอดเทป



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด 2) ศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) และ 3) ศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) โดยวิธีการศึกษาวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) และการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) ซึ่งมีผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

4.1 ผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด

4.2 ผลการศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด

4.3 ผลการศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด

4.1 ผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด

4.1.1 ปัญหาและอุปสรรคด้านบทบัญญัติทางกฎหมาย การบังคับใช้ และการขับเคลื่อนนโยบาย

ประเด็นดังกล่าวสามารถแบ่งประเด็นสำคัญออกเป็น 2 ประเด็น มีรายละเอียด ดังนี้

4.1.1.1 ประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการตีความบทบัญญัติทางกฎหมายและการบังคับใช้ พบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีความเห็นว่าปัญหาในการปฏิบัติงานเกิดขึ้นจากการตีความการลดอัตรายจากยาเสพติดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ ประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน อันเป็นผลมาจากการที่ไม่ได้มีการบัญญัตินิยามและแนวทางในการดำเนินการของการลดอัตรายจากยาเสพติดที่เฉพาะเจาะจงไว้ในประมวลกฎหมายยาเสพติด และส่งผลกระทบต่อมาตรฐานในการดำเนินการลดอัตรายจากยาเสพติด โดยสามารถจำแนกรายละเอียดเป็น 2 ส่วนได้ดังนี้

1) ปัญหาการตีความการลดอัตรายจากยาเสพติดที่แตกต่างกันจากการที่ไม่ได้มีการบัญญัตินิยามและแนวทางในการดำเนินการของการลดอัตรายจากยาเสพติดที่เฉพาะเจาะจงไว้ในประมวลกฎหมายยาเสพติด หรือ อนุบัญญัติซึ่งอาศัยอำนาจจากประมวลกฎหมายยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับการลดอัตรายจากยาเสพติด โดยการไม่ได้บัญญัตินิยามหรือกรอบการดำเนินการไว้ก่อให้เกิดปัญหาการรูปแบบการดำเนินการของการลดอัตรายจากยาเสพติดมีการดำเนินการได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ ประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน และส่งผลกระทบต่อมาตรฐานในการดำเนินการ โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันกับข้อมูลข้างต้นไว้ดังนี้

“ต่างคนต่างดำเนินกันเองจากตำราที่เรียนมาไม่เหมือนกัน ตีความกันเอาเองหมด” (B7, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2565)

“ถามว่ามีความชัดเจนไหม ยังไม่มีความชัดเจน เพราะว่าถูกกำหนดไว้ในลำดับเลขนะ ใน พ.ร.บ. ยาเสพติด กฎหมายยาเสพติดในฉบับปี 2564 ที่ประกาศใช้ 8 พฤศจิกายน 2564 เขียนเรื่องการลดอัตรายจากยาเสพติดแต่ไม่ได้เขียนไว้ ไม่มีรายละเอียด พอไม่มีรายละเอียดแบบนี้ คนก็คิดไปต่าง ๆ นา ๆ” (A3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 13 พฤษภาคม 2565)

“การลดอัตรายจากยาเสพติดถูกกำหนดไว้ในประมวลกฎหมายแต่ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน” (B8, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2565)

“การลดอันตรายตรงเนี่ย จึงยังไม่ได้ถูกยกขึ้นมาเป็นกระบวนการสำคัญแต่เราก็พยายามที่จะพูดเสมอ” (A2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

“ประมวลใหม่เนี่ย เพราะตามประมวลเขาบอกเลยทำให้กระทรวงมหาดไทย และ กรุงเทพมหานคร จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพสังคม แต่ตรงนี้กฎหมายลูกมันก็ยังไม่ลงตัว” (A4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 13 พฤษภาคม 2565)

“หน่วยบังคับใช้กฎหมายเขาไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติทางด้านการลดอันตรายจากยาเสพติด ไม่เคยเห็นคนไข้ ต้องหน่วยบำบัดรักษาอย่างเนี่ย เราอยู่กับคนไข้เราจะรู้ ดังนั้นเขาไม่รู้จักการลดอันตรายจากยาเสพติดหรอกครับ” (B3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 25 พฤษภาคม 2565)

2) ปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมาย พบว่า หลังจากมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้เกิดปัญหาในห้วงเวลาที่ยังไม่มีกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานบางหน่วยงานด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดและภาคีเครือข่ายเกิดความไม่ชัดเจนในการดำเนินงานคัดกรองและส่งต่อผู้เข้าเสพติด บางหน่วยบริการต้องยุติการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพราะไม่มั่นใจในนโยบาย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ความข้อมูลที่สอดคล้องกันกับข้อมูลข้างต้นไว้ดังนี้

“การขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งด้านนำส่งผู้ป่วยและการบำบัดรักษารวมทั้งการฟื้นฟูสภาพทางสังคมต้องชะลอตัว เพราะรอการประกาศใช้ฉบับบัญญัติ อีกทั้งการปรับระบบการบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายที่ยังไม่มีแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจน” (A3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 13 พฤษภาคม 2565)

“แนวทางในการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการการรักษา ตามมาตรา 164 วรรค 13 มาตรา 168 166 ซึ่งตรงนี้ยังยุ่งอยู่ แล้วก็การจัดตั้งจุดคัดกรอง การจัดตั้งฟื้นฟูสภาพทางสังคม เขาเรียกว่าเส้นทางหรือแนวทางในการเปิดสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ มันก็เป็นเรื่องซึ่งมีความสำคัญ ต้องบอกว่าเยอะพอสมควรแล้วก็ยังไม่เป็นที่เข้าใจ มีความคลาดเคลื่อนแล้วก็หาแนวทางกระบวนการในการดำเนินการอยู่” (A4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 13 พฤษภาคม 2565)

4.1.1.2 ประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนนโยบาย พบว่า ไม่มีการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนนโยบายภายใต้การดำเนินการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ โดยกลไกการขับเคลื่อนนโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นการดำเนินการในรูปแบบของคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ โดยไม่มีการกล่าวถึงแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม ซึ่งได้กำหนดให้มีจุดเน้นการปฏิบัติในการตรวจสอบ ควบคุมการนำเข้าและส่งออกสารตั้งต้นและเคมีภัณฑ์ที่นำไปใช้ในกระบวนการผลิต การสืบสวนขยายผล ทำลายเครือข่ายนักค้ายาเสพติด และยึด อาชญากรรม หรือดำเนินการเชิงรุกที่มุ่งเน้นการป้องกันปราบปรามเป็นหลัก และไม่ได้กำหนดแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างชัดเจน และนำไปสู่การปฏิบัติไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ความข้อมูลที่สอดคล้องกันกับข้อมูลข้างต้นไว้ดังนี้

“ปัจจุบันการลดอันตรายจากยาเสพติดได้ถูกกำหนดในประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 แต่การนำสู่การปฏิบัติเป็นเรื่องสำคัญกว่า” (A9, การสื่อสารส่วนบุคคล, 30 พฤษภาคม 2565)

“ยังเป็นที่เข้าใจคลาดเคลื่อนกันตั้งแต่ในส่วนของผู้ใช้ยาเองก็ดี ผู้บำบัดใหม่ รวมถึงผู้บริหารระดับสูงยังเข้าใจไม่ตรงกัน เขาเรียกว่าเป็น Mindset หรือ concept เพราะว่าการลดอันตราย มันจะมีระดับการลดการอันตรายซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละที่ ถ้าเราไปอ่านในหนังสือที่มันต่างเล่มกันเนี่ยมันจะเขียนไม่ตรงกันทำให้คนไม่เข้าใจ” (B8, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2565)

#### 4.1.2 ปัญหาและอุปสรรคด้านการบริหารจัดการและควบคุมมาตรฐาน

ประเด็นดังกล่าวสามารถแบ่งประเด็นสำคัญออกเป็น 2 ประเด็น มีรายละเอียด ดังนี้

4.1.2.1 ประเด็นปัญหาและอุปสรรคด้านการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นบุคลากรจากหลากหลายหน่วยงาน หลากหลายสาขาวิชาชีพ และมีมุมมองที่หลากหลายแตกต่างกัน ทำให้ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติในการลดอันตรายจากยาเสพติดไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน บุคลากรที่มีหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากยาเสพติดก็มี

ความแตกต่างกัน อีกทั้งบุคลากรด้านการบังคับใช้กฎหมายมีความรู้ความเข้าใจในการแก้ไขปัญหาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติดในระดับต่ำ ทำให้การดำเนินการอื่นใดที่เป็นแนวทางใหม่ไม่ไปสู่การปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันกับข้อมูลข้างต้นไว้ดังนี้

“เรื่องของการลดอันตราย ตอนนี้เวลาที่คนนำมาปฏิบัติเนี่ยก็ไม่ได้มีความเข้าใจตรงกันอย่างแท้จริง ก็ยังมองดูว่าจะให้เลิกให้อะไรต่าง ๆ แล้วก็ประเด็นของการที่จะให้ดูแลเรื่องเชิงสุขภาพอะไรต่างๆ เหล่านี้ ก็จะทำให้ความสนใจน้อยลงมากกว่า” (A2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

“ไม่มีความรู้ ความชำนาญ หรือยังไม่เคยปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติด” (A11, การสื่อสารส่วนบุคคล, 31 พฤษภาคม 2565)

“การลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดฟื้นฟูที่ส่วนใหญ่จะมีแต่บุคลากรทางสาธารณสุข กับ NGO เป็นผู้ปฏิบัติเสียส่วนมาก” (B7, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2565)

4.1.2.2 ประเด็นปัญหาและอุปสรรคด้านการกำกับควบคุมและการสร้างมาตรฐานในการดำเนินการ พบว่ามีการดำเนินการเฉพาะการรายงานผลการดำเนินการตามวงรอบ ในด้านของการควบคุมมาตรฐานการดำเนินการของศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure) การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยเดียว และยังไม่ถูกนำไปปฏิบัติ หรือเข้าถึงได้จากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันกับข้อมูลข้างต้นไว้ดังนี้

“เวลาประชุม ก็จะมีประชุมทุกเดือนของทีมงาน ประชุมเรื่องปัญหางาน แล้วก็ดูแลคนไข้ซึ่งไม่มีปัญหาอย่างเนี่ยเราจะเอาอินเทอร์เน็ตเรนชันแบบไหนมาให้คนไข้ ตอนนี้ก็ อินเทอร์เน็ตเรนชันคนไข้เป็น 4 กลุ่ม ซึ่งมารักษาก็จะให้ยา ถ้าเกิน 3 เดือนขึ้นไปจนถึงปีนึงก็จะให้นัดทำอินเทอร์เน็ตเรนชันใหม่ ถ้าปีนึงคนไข้พฤติกรรมดีเลยเขาเรียก Fast Track ก็จะได้ยาเร็ว คนไข้กลับบ้านได้เร็วขึ้น” (B2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 พฤษภาคม 2565)

“จริง ๆ เราอยากจะให้สมมติว่า ในโอกาสผู้ช้ยาเสพติดเขาก็จะต้องวัดว่าเราได้ให้การบริการเรื่องของการลดอันตรายอะไรบ้าง มันจะต้องเป็นหน่วยวัดที่ถูกต้อง ไม่ใช่เอาชิ้นงานมาบอก” (A1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

“การขยายพื้นที่บริการในรูปแบบดังกล่าวเป็นสิ่งที่ดีมาก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยยาเสพติด แต่การจัดบริการต้องมีการควบคุมกำกับตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข” (A2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

#### 4.1.3 ปัญหาและอุปสรรคด้านการบูรณาการความร่วมมือ

ประเด็นดังกล่าวสามารถแบ่งประเด็นสำคัญออกเป็น 2 ประเด็น มีรายละเอียด ดังนี้

4.1.3.1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญชี้ให้เห็นถึงปัญหาเชิงโครงสร้างในการบูรณาการความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ขาดเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการอย่างบูรณาการ ในปัจจุบันเป็นการดำเนินการแบบต่างคนต่างทำตามความคิดตามประสบการณ์ในแก้ไขปัญหาเสพติดที่เคยดำเนินการ นำไปสู่ปัญหาด้านต่าง ๆ ในการบริหารจัดการ เช่น ปัญหาการเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำของผู้รับการบำบัดรักษา ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ความข้อมูลที่สอดคล้องกันกับข้อมูลข้างต้นไว้ดังนี้

“หน่วยงานรับผิดชอบคือกระทรวงสาธารณสุขแต่มีหลายกรม กอง ที่รับผิดชอบงานยาเสพติด และแต่ละหน่วยยังไม่มีบูรณาการ การทำงานร่วมกัน เห็นควรให้มีหน่วยงานหลักในกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องกำกับดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะ” (A3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 13 พฤษภาคม 2565)

“เขาก็ไม่ได้บูรณาการจริง ๆ อย่างเช่น แรงงาน พม.พัฒนาสังคมฯ อะไรแบบนี้ เขาก็ไม่พูดถึงเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดซึ่งปรากฏว่าต้องเกี่ยวในแผนที่ป.ป.ส. เป็นเจ้าภาพ แต่เขบอกว่าเขาไม่ได้ทำเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดเลย เพราะเหมือนว่าเขาก็ยังไม่เข้าใจว่าคืออะไร เขาก็ทำตามพันธกิจเขาอะไรแบบนี้” (A4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 13 พฤษภาคม 2565)

“การแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ผ่านมานี้ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากว่าต่างคนต่างทำ ตอนเราทำชุมชนยังยืกลงไปพื้นที่เนี่ย เราได้รับการตอบรับจาก อสม. รพ.สต. จากกำนันผู้ใหญ่บ้านมาก เพราะว่าตำรวจเนี่ย จริงๆ ที่ผ่านเราเป็นผู้จับนะ เราลงมาเป็นผู้นำของการนำผู้เสพยาเข้ารับการรักษาโดยไม่จับเนี่ย ทุกคนให้ความร่วมมือเราก็ดีใจมาก เนื่องจากพวกเขาก็รอเวลาที่จับ ไม่จับมือกันทำงานในพื้นที่อยู่แล้ว” (A11, การสื่อสารส่วนบุคคล, 31 พฤษภาคม 2565)

“การประเมินคัดกรอง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การติดตาม แล้วก็รวมถึงลดอันตรายในการใช้ยา ก็มันต้องเป็นเนื้อเดียวกันจะนั้น ป.ป.ส. จะต้องมีความเข้าใจตรงนี้และต้องไม่แบ่ง แล้วไม่ควรจะแยกออกมา คือแยกออกมาเนี่ยมันอาจจะมีความคิดตรงที่ว่า ทำให้มันยกระดับของการลดอันตรายชัดเจนขึ้น แต่มันจะกลายเป็นว่าเหมือนว่าคนเนี่ยใช้บำบัดคนนะ คนนี้ลดอันตราย ซึ่งมันไม่ใช่ มันเป็นคนเดียวกัน เหมือนที่ผ่านมาของ ของผมยกตัวอย่างของ สป. สำนักปลัดกระทรวงเลยนะ พอเราพูดเรื่องของให้ตั้งศูนย์ลดอันตรายในการใช้ยา เค้าก็จะไปตั้งต่างหากจากศูนย์บำบัด แต่ก็ใช้คนๆ เดียวกัน แต่ว่ากิจกรรมก็คนละเรื่องคนละราว” (B2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 พฤษภาคม 2565)

4.1.3.2 จัดกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มของผู้บำบัดยาเสพติดที่เกิดขึ้นจะเป็นการเสริมสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ให้กับกลุ่มผู้บำบัดยาเสพติด และทำให้การเข้าถึงยาเสพติดสำหรับผู้เข้ารับกิจกรรมบำบัดเป็นไปได้ง่ายขึ้น แต่อีกด้านหนึ่งเป็นเหมือนการสร้างเครือข่ายของผู้ใช้ยาเสพติดให้มีความแข็งแรงขึ้นสามารถเกิดผลทางลบตามมาได้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันกับข้อมูลข้างต้นไว้ดังนี้

“จริง ๆ เราอยากจะให้สมมติว่า ในโอกาสผู้ใช้ยาเสพติดเขาก็จะต้องวัดว่าเราได้ให้การบริการเรื่องของการลดอันตรายอะไรบ้าง มันจะต้องเป็นหน่วยวัดที่ถูกต้อง ไม่ใช่เอาชิ้นงานมาบอก” (A1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

“การขยายพื้นที่บริการในรูปแบบดังกล่าวเป็นสิ่งที่ดีมาก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยยาเสพติด แต่การจัดบริการต้องมีการควบคุมกำกับตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข” (A2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

“โครงการฝึกอบรมให้กับผู้ขายเสพติด ในอีกมุมหนึ่ง คือ มันไปได้เครือข่ายเพิ่ม  
ที่นี้แลกเปลี่ยนกันเลย” (A6, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

“กิจกรรมที่รวมตัวกัน ทำให้พวกเขาได้พบปะพูดคุยและมีการแลกเปลี่ยนเบอร์  
โทรศัพท์ สุดท้ายก็ติดต่อจัดหาเสพติดกันต่อ” (B6, การสื่อสารส่วนบุคคล,  
5 มิถุนายน 2565)

ผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหา  
เสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด สามารถสรุปในรูปแบบตารางได้ตาม ตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 สรุปผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการนโยบายและมาตรการแก้ไข  
ปัญหาเสพติด

| ลำดับ | ประเด็นปัญหาและอุปสรรค                             | ข้อค้นพบ                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | ปัญหาและอุปสรรคด้านบทบัญญัติทางกฎหมาย              | 1) การตีความบทบัญญัติทางกฎหมายและการบังคับใช้ที่ไม่ได้บัญญัติไว้ชัดเจน และมีความไม่ต่อเนื่องในการบังคับใช้กฎหมายเมื่อมีกฎหมายใหม่ใช้บังคับ<br>2) ไม่มีการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนนโยบายภายใต้การดำเนินการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ                                        |
| 2     | ปัญหาและอุปสรรคด้านการบริหารจัดการและควบคุมมาตรฐาน | 1) ด้านการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล มีมุมมองที่หลากหลายแตกต่างกันจากหลากหลายสาขาอาชีพ และไม่ปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน<br>2) ด้านการกำกับควบคุมและการสร้างมาตรฐานในการดำเนินการ กระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยเดียว ยังไม่ถูกนำไปปฏิบัติ หรือเข้าถึงได้จากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง |

ตารางที่ 4.1 สรุปผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการนโยบายและมาตรการแก้ไข  
ปัญหายาเสพติด (ต่อ)

| ลำดับ | ประเด็นปัญหาและอุปสรรค                        | ข้อค้นพบ                                                                                                                                                                                |
|-------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3     | ปัญหาและอุปสรรคด้านการบูรณาการ<br>ความร่วมมือ | 1) ปัญหาเชิงโครงสร้างในการบูรณาการความ<br>ร่วมมือที่ขาดเจ้าภาพหลักในการบริหาร<br>จัดการ<br><br>2) การรวมกลุ่มของผู้บำบัดยาเสพติดที่เกิดขึ้น<br>จะเป็นการเสริมสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ |

## 4.2 ผลการศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยา เสพติด

### 4.2.1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบการลดอันตรายจากยาเสพติดของไทยและต่างประเทศ

ในการเปรียบเทียบการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เป็นผู้ให้ข้อมูลจากฝั่งสาธารณสุขและด้านประชาสังคมที่ปฏิบัติหน้าที่โดยตรง ซึ่งส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าผู้เสพยาเสพติดของไทยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการบริการทางสาธารณสุขจะเป็นผู้เสพยาไอซ์และยาบ้าเป็นหลัก ผู้ใช้ฝิ่นหรือเฮโรอีนมีจำนวนน้อยมากทำให้การลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศไทยมีลักษณะที่แตกต่างจากต่างประเทศโดยสิ้นเชิง โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันกับข้อมูลข้างต้นไว้ ดังนี้

“ไม่มีข้อมูลเรื่องนโยบายการลดอันตรายจากต่างประเทศ” (A2, การสื่อสาร  
ส่วนบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

“แตกต่างกันมากกับต่างประเทศครับ เมื่อก่อนผมมาทำงาน มันไม่มีนโยบายในการ  
ลดอันตรายเลย มันมีแต่นโยบายการปราบปราม ช่วงแรก ๆ ที่ผมมาทำงานปีแรกๆ  
จนมาประมาณ 2-3 ปีหลังเนี่ย ภาครัฐได้เปลี่ยนแนวคิดในการจัดการกับคนใช้สาร  
เสพติดใหม่ โดยกำหนดว่าคนที่ใช้สารเสพติดเนี่ย ถ้าเป็นผู้เสพนื้อย เค้าให้ถือว่าเป็น

ผู้ป่วย ตอนนั้นยังมีกฎหมายหนึ่งที่เค้าบังคับว่า ถ้าเจอเป็นผู้ป่วยต้องจับไปบำบัด  
โดยภาครัฐ” (B7, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2565)

“ควรสำรวจข้อมูลในประเทศก่อน ว่ามีความจำเป็นแค่ไหนในการจัดบริการลด  
อันตรายในเรือนจำ เพราะการจำกัดบริเวณและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย  
เสพติด ก็ทำให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้” (A12, การสื่อสารส่วนบุคคล, 23 พฤษภาคม  
2565)

“Harm Reduction ไม่ใช่แค่โปรแกรมแจกเข็มและกระบอกฉีดยา อย่างเช่น สาร  
กระตุ้น เราไม่มีสารทดแทนทางการแพทย์ในยาเสพติดสารกระตุ้น แต่การ  
แทรกแซงทางสังคม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดที่ใช้ ทำอย่างไรไม่ให้ใช้  
ยาเกินขนาด การสื่อสารถึงคู่หูของผู้เสพยา สามารถช่วยได้” (A13, การสื่อสารส่วนบุคคล,  
23 พฤษภาคม 2565)

“แคนาดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด ที่มีประสิทธิภาพทั้งระดับรัฐบาล  
กลางและท้องถิ่นมีการบริการที่หลากหลาย พวกเขามีโปรแกรมมากมาย ในสหราชอาณาจักร  
มีโครงการประมาณ 100 โครงการสำหรับการดำเนินการผู้เสพยา และ  
พวกเขามีอีกชั้น คือ สถานที่ปลอดภัยสำหรับผู้เสพยา” (B2, การสื่อสารส่วนบุคคล,  
19 พฤษภาคม 2565)

“มีความแตกต่างกันเพราะว่า concept ของการดูแลรักษาเนี่ย ในทางฝั่งของอเมริกา  
ยุโรปและออสเตรเลียเขาจะเน้นหนักในเรื่องของการลดอันตรายมากกว่าการรักษา  
ซึ่งต่างจากประเทศไทยเรา ไทยเราเนี่ยจะมีการถูกฝังหัวเรื่องของการที่จะให้เลิก  
มากกว่าที่จะไปลดอันตราย เพราะฉะนั้นพอเกิดเหตุการณ์แบบนี้ปั๊บ ทางที่เป็น  
หน่วยงานเอกชน มูลนิธิเอกชนของต่างประเทศก็ไม่ได้นั่งนอนใจเพราะว่าให้ส่วน  
ของ NGO ที่เป็นผู้ใช้งานเนี่ย เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการบางอย่างเช่นที่  
ออสเตรเลียมันจะมี หน่วยหนึ่งที่จะเป็นเรื่องของการลดอันตรายการฝังเข็ม อุ้งยาง  
โน้นนี่นั่น” (B10, การสื่อสารส่วนบุคคล, 9 มิถุนายน 2565)

#### 4.2.2 รูปแบบการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคด้านบทบัญญัติทางกฎหมาย การบังคับใช้ และการขับเคลื่อน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความเห็นพ้องต้องกันว่าคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดสามารถแก้ไขปัญหาด้วยการกำหนดให้มีประกาศให้กำหนดนิยามการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ชัดเจน มีการกำหนดกรอบการดำเนินการที่ชัดเจน และให้มีการกำหนดขอบเขตการดำเนินการของการลดอันตรายจากยาเสพติด อย่างเหมาะสมครอบคลุมการลดอันตรายจากยาเสพติดทุกประเภท ไม่เฉพาะยาเสพติดที่ใช้การฉีดเข้าเส้น แต่เน้นการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติดด้วยแนวคิดที่เป็นเนื้อหาหลักของอันตรายจากยาเสพติดทุกด้านของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันกับข้อมูลข้างต้นไว้ดังนี้

“จัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อการจัดบริการลดอันตรายในระดับประเทศเพื่อดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดให้ครอบคลุมและพัฒนาเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการรองรับระบบการให้บริการแบบครบวงจร โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายและการกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง” (A2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

“มีความชัดเจนตั้งแต่ระดับนโยบายทั้งในเรื่องนิยามและแนวปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีการบูรณาการร่วมกันทั้งภายในภายนอกกระทรวงฯ และสื่อสารถึงผู้ปฏิบัติให้ครอบคลุมทั่วประเทศ” (A8, การสื่อสารส่วนบุคคล, 30 พฤษภาคม 2565)

“จะต้องมีการปรับกระบวนการเรื่องของความคิด ปรับ mindset ก่อนนะฮะ แล้วก็ในส่วนของการกระบวนการจะต้องมีการทำที่เขาเรียกว่า อาจจะมีเรื่องของประชาพิจารณ์ หรือว่าให้ภาคส่วนต่าง ๆ เนี่ย ได้มาคุยกันนะอย่างแท้จริง แล้วก็ผู้ปฏิบัติอะไรก็ตามแต่เนี่ย จะต้องมีความสอดคล้อง เข้าใจ ก็คือต้องดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนไปเรื่อย ๆ แล้วก็ตั้งตัวชีวิตที่มันสะท้อนถึงความเป็นกลางลดอันตรายที่แท้จริงนะ แล้วก็กระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยอื่นกับผู้ป่วยยาเสพติดมันจะแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง มันจะแตกต่างกันเลยนะฮะ” (B1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 พฤษภาคม 2565)

“เอาให้ชัดก่อนว่าจะใช้การลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นรูปแบบหนึ่งของการแก้ปัญหา หรือว่าจะเอาการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษา การดำเนินของแนวคิดนี้มันต่างกันมาก รูปแบบการดำเนินการมันก็ต่างกัน หรือว่าจะกลับไปลดการเสพติด การค้าต้องกำหนดนโยบายให้ชัดเจน” (B3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 25 พฤษภาคม 2565)

#### 4.2.3 รูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดและอุปสรรคด้านการบริหารจัดการและควบคุมมาตรฐาน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรจัดให้มีการเข้าถึงการเรียนรู้จากกระทรวงสาธารณสุข รวมไปถึงการให้แรงจูงใจในการเรียนรู้ รวมถึงการเข้าถึงกองทุนป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ที่จัดตั้งขึ้นในสำนักงาน ป.ป.ส. เพื่อขอรับทุนสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติดในทุกภาคส่วนอีกด้วย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันกับข้อมูลข้างต้นไว้ดังนี้

“ไม่มีประเทศไหนเค้าทำ มีแต่ประเทศไทยเราตั้งด่าน ปิดล้อม ตรวจค้น จับคนมาตรวจนี้ เอาคนๆ นั้นมาบำบัด เพื่อจะให้เลิกอะไรแบบนี้ ซึ่งอันเนี้ย เพราะเราทำผิดทางตั้งแต่แรก ชักกลับมายังงี้ก็ไม่ได้ หลงไหล ขณะที่กฎหมายใหม่มา ก็ยังพยายามที่จะหาแนวทาง ทราบมากที่สุดว่า เขาก็จะกวาดต้อนเอาคนที่ตามมาตรา 114 ที่ไปเข้าตามมาตรา 165 แล้วก็ไหลไปที่ 166 เนี่ย ไปใช้ ป.วิอาญา มาตรา 56” (A2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

“กองทุนป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด จะมีประโยชน์อย่างมาก การแก้ไขงบประมาณในการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด จึงจำเป็นต้องเรียนรู้และเข้าถึงการใช้ประโยชน์ในส่วนนี้ให้ดี” (A5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

“ฉันได้ให้การอบรมแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจจำนวนมาก เครื่องมือที่ดีที่สุดคือการอบรมให้ความรู้ เช่น การอบรมออนไลน์ (Design for police officer) ผ่านเครือข่าย the law enforcement and HIV Network (LEAHN)” (A12, การสื่อสารส่วนบุคคล, 23 พฤษภาคม 2565)

“ในการที่จะลดอันตรายจากยาเสพติดนั้น จำเป็นต้องยกระดับพัฒนาทักษะตั้งแต่กรอบของกฎหมาย และระดับนโยบายของผู้นำ โดยประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับปัญหาเสพติดที่รุนแรงเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติด ปัญหาอาชญากรรม แต่คุณหมอมองว่ายังไม่มีแนวทางปฏิบัติเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดที่ครอบคลุม” (A13, การสื่อสารส่วนบุคคล, 23 พฤษภาคม 2565)

“ตำรวจควรจะต้องเข้าใจเรื่อง Harm Reduction เพราะว่าตำรวจเป็นเจ้าหน้าที่ที่เข้าถึงตัวผู้ใช้ยา ถ้าตำรวจเจอคนใช้ยา ก็ควรส่งเข้าไปรักษา หรือใช้สวัสดิการทางสังคมเพราะถ้าส่งไปเรือนจำก็จะเกิดปัญหาล้นคุกเหมือนที่ไทยเจอ” (B2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 พฤษภาคม 2565)

“การประสานงานของตำรวจขึ้นอยู่กับสถานการณ์ บุคคลใดที่เป็นภัยต่อผู้อื่น อย่างการ ขโมยของ ปล้นบ้าน การทำร้ายผู้อื่น การใช้ความรุนแรง ก็ต้องแยกคนให้ยาออกจากอาชญากรรมอื่น ต้องได้รับการฝึกและจำเป็นต้องเข้าใจว่าทำไมต้องทำเช่นนั้น ต้องเข้าใจแนวคิดของ Harm Reduction คงไม่ใช่แค่ประเด็นสุขภาพ” (B8, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2565)

#### 4.2.4 รูปแบบการแก้ไขปัญหและอุปสรรคด้านการบูรณาการความร่วมมือ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ความเห็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ว่าควรจัดให้มีเวทีในการพูดคุยประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการเพื่อซักซ้อมความเข้าใจและการประสานงานอย่างไร้รอยต่อ และจัดให้มีการบูรณาการข้อมูลที่สมบูรณ์ ซึ่งปัจจุบันที่หน่วยงานของรัฐและภาคประชาสังคมได้จัดทำฐานข้อมูลไว้แล้ว ก็จะช่วยให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันกับข้อมูลข้างต้นไว้ดังนี้

“จัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อการจัดบริการลดอันตรายในระดับประเทศ เพื่อดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติดให้ครอบคลุมและพัฒนาเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการรองรับระบบการให้บริการแบบครบวงจร

โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายและการกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง” (A3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 13 พฤษภาคม 2565)

“ก็คงยังไม่ได้สอดคล้องเพราะว่าระบบความคิด หรือว่าพื้นฐานของคนเนี่ย ที่ผ่าน มาเนี่ย ที่มันถูกปลูกฝังมา มันยังมีความคิดเรื่องของการรักษาเพื่อเลิกอยู่ ซึ่งตรงนี้ ถ้าถามว่าในยุโรป ในอเมริกา ในออสเตรเลียตรงนี้ไม่มีแนวคิดเรื่องนี้ คือผู้ใช้นี้ เขาไม่ได้ไปสนใจแล้วก็ไม่สนใจที่จะไปตรวจปัสสาวะ ไม่ไปเอกซเรย์ เมื่อวานนี้ ผมก็ไปประชุมกับท่านพลเอกนะที่กรรมการที่ท่านประวัตรตั้งขึ้นมานี้ก็ยังมีพูด เรื่องพวกนี้อยู่ คือพยายามที่จะทำเชิงรุก ในงานที่จะไปค้นหาผู้ป่วยยาเสพติดซึ่ง ตรงนี้มันควรจะต้องเข้าใจว่าบริบทปัญหาของประเทศไทยตอนนี้ มันคือคนซึ่งไป ถูมิด ถูบีน” (A5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 12 พฤษภาคม 2565)

“ท้องถิ่นหรือชุมชนควรตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบของการใช้ยาเสพติดเป็น ลำดับต้นๆ เพื่อช่วยสนับสนุนทั้งด้านป้องกันการใช้สารเสพติดและการเข้าถึงยา เสพติดของคนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยหรือการ กำหนดกติกาของสังคม/ชุมชน และปรับทัศนคติของคนในชุมชนต่อผู้ใช้สารเสพติดเพื่อส่งเสริมให้มีการลด ละ เลิกยาเสพติดให้สำเร็จและให้การสนับสนุน ช่วยเหลือทางสังคม รวมทั้งเข้าใจนิยามของการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด เพื่อส่งเสริม ทำความเข้าใจ ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวในการเลิกเสพยาเสพติด ป้องกันการกลับไปเสพยา” (A7, การสื่อสารส่วนบุคคล, 30 พฤษภาคม 2565)

“ถ้าป้องกันจริงๆ มันน่าจะเริ่มจากครอบครัว สภาพแวดล้อมของเขา ที่เขาอยู่ต้อง ไม่เป็นที่ชักจูงเขาไปสู่การเสพยาเสพติด” (A9, การสื่อสารส่วนบุคคล, 30 พฤษภาคม 2565)

“ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม หมายความว่า เราต้องการที่จะให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้ใช้ยาเสพติด ไม่ว่าเขาจะรักษาหรือไม่รักษาก็ตาม การรักษาเป็นที่น่าสนใจหรือไม่ เป็นที่น่าสนใจก็ตามแล้วก็ต้องให้การช่วยเหลือในสิ่งที่เขา เขาเรียกว่าความจำเป็น ไม่ใช่ความต้องการสิ่งที่เขาจำเป็นจะต้องได้ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

และการให้การดูแลเชิงสุขภาพ แล้วก็ทางด้านสังคม” (A12, การสื่อสารส่วนบุคคล, 23 พฤษภาคม 2565)

“ควรจัดให้มี table talk exercise ก็คือ การนำหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่เนี่ย ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของการดูแลคนไข้ มาพูดคุยกัน และจะรู้โดยมันปัญหาอยู่จุดใดบ้างแล้ว ช่วยกันแก้ไข” (B5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2565)

ผลการศึกษาเพื่อกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด สามารถสรุปในรูปแบบตารางได้ตามตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 สรุปผลการศึกษาเพื่อกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด

| ลำดับ | รูปแบบการแก้ไขปัญหายา                                                               | รายละเอียด                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | ผลการศึกษาเปรียบเทียบการลดอันตรายจากยาเสพติดของไทยและต่างประเทศ                     | 1) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เป็นผู้ให้ข้อมูลจากฝั่งสาธารณสุขและด้านประชาสังคมที่ปฏิบัติหน้าที่โดยตรง<br>2) ผู้ใช้ยาเสพติดของไทยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการบริการทางสาธารณสุขจะเป็นผู้ใช้ยาไอซ์และยาบ้าเป็นหลัก ผู้ใช้ฝิ่นหรือเฮโรอีนมีจำนวนน้อยมาก |
| 2     | รูปแบบการแก้ไขปัญหายาและอุปสรรคด้านบทบัญญัติทางกฎหมาย การบังคับใช้ และการขับเคลื่อน | คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดสามารถแก้ไขด้วยปัญหาด้วยการกำหนดให้มีประกาศให้กำหนดนิยามการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ชัดเจน                                                                                                          |
| 3     | รูปแบบการแก้ไขปัญหายาและอุปสรรคด้านบริหารจัดการและควบคุมมาตรฐาน                     | ควรจัดให้มีการเข้าถึงการเรียนรู้จากกระทรวงสาธารณสุข รวมไปถึงการให้แรงจูงใจในการเรียนรู้ รวมถึงการเข้าถึงกองทุนป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด ที่จัดตั้งขึ้นในสำนักงานป.ป.ส.                                                            |

ตารางที่ 4.2 สรุปผลการศึกษาเพื่อกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด (ต่อ)

| ลำดับ | รูปแบบการแก้ไขปัญหายา                                     | รายละเอียด                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4     | รูปแบบการแก้ไขปัญหายาและอุปสรรคด้านการบูรณาการความร่วมมือ | 1) ควรจัดให้มีเวทีในการพูดคุยประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการเพื่อซักซ้อมความเข้าใจและการประสานงานอย่างไร้รอยต่อ<br>2) จัดให้มีการบูรณาการข้อมูลที่สมบูรณ์ ซึ่งปัจจุบันนี้หน่วยงานของรัฐและภาคประชาสังคมได้จัดทำฐานข้อมูลไว้แล้ว |

### 4.3 ผลการศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด

ผลการศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นการจัดสนทนากลุ่มโดยเชิญผู้เกี่ยวข้องประกอบไปด้วย นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ระดับผู้บริหาร และผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด รวม 8 คน เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

#### 4.3.1 การกำหนดมุมมองในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

ในการกำหนดมุมมองในการแก้ไขปัญหายาเสพติดควรกำหนดมุมมองต่อแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดที่เป็นเนื้อหาหลักของอันตรายจากยาเสพติดทุกมิติของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่ส่งผลต่อผู้ใช้ยาเสพติด คือการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต กำหนดมุมมองในการลดอันตรายของยาเสพติดที่มีต่อสังคม ชุมชน รวมถึงกำหนดมุมมองของการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ส่งผลต่อผู้บังคับใช้กฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย หรือกระบวนการที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยการเปรียบเทียบแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดของต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จ โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ความเห็นไว้ว่า

“ถ้ามองว่าอันตรายจากยาเสพติดสามารถเกิดขึ้นได้ในกระบวนการบังคับใช้กฎหมายด้วย ก็จะหาวิธีป้องกันอันตรายอื่น ๆ ด้วย เช่น การควบคุมตัวเพื่อลดความเสียหายของเจ้าหน้าที่และสิ่งของหลวงโดยไม่ทำให้ผู้ขายยาเสพติดเป็นอันตรายถึงชีวิต” (D1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 เมษายน 2566)

“ควรยกระดับการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นแนวทางการแก้ปัญหาหลักที่ไม่ใช่แค่เป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษา” (D3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 เมษายน 2566)

“ต้องเอาให้ชัดก่อนว่าจะใช้การลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นแค่ส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษา หรือว่าจะใช้การลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นรูปแบบการแก้ปัญหาในภาพรวมทั้งหมด เพราะถ้าไม่ชัดก็จะกลับไปใช้รูปแบบการแก้ปัญหาเดิม ดีความกฎหมายแบบเดิม คือ การปราบปรามให้ไม่มียาเสพติดในสังคม ทำให้ผู้เสพยาเป็นผู้ผิดกระทำผิดกฎหมาย การลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นแค่เครื่องมือรักษาชีวิต ไม่ใช่เครื่องมือในการอยู่กับยาเสพติดอย่างปลอดภัย” (D4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 เมษายน 2566)

“ลดการตีตราและอคติในการบังคับใช้กฎหมายไม่ได้ ถ้ายังไม่เปลี่ยนแนวความคิดประเด็นสำคัญคือกฎหมายเปิดช่องให้มีการลดอันตรายจากยาเสพติด แต่ยังเป็นปัญหาเพราะการเสพยายังเป็นโทษ ทำให้ผู้บังคับใช้กฎหมายกลับมาตีความใช้วิธีคิดแบบเดิมทันที อีกทั้งผู้บังคับใช้กฎหมาย ไม่ได้เข้าใจถึงเจตนาหลักของกฎหมาย จึงปิดโอกาสและนวัตกรรมใหม่ๆ ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดอีกด้วย” (D6, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 เมษายน 2566)

“ในการลดอันตรายจากยาเสพติด รัฐจำเป็นต้องต้องทราบว่าอันตรายจากยาเสพติดส่งผลต่อความไม่ปลอดภัยมิติใดบ้าง ด้านสุขภาพกายและใจ ด้านสังคม ครอบครัว ประเทศชาติ ต่อผู้บังคับใช้กฎหมายที่ปฏิบัติหน้าที่” (D8, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 เมษายน 2566)

#### 4.3.2 การแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ขัดต่อแนวทางการแก้ไขปัญหา

ในการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ขัดต่อแนวทางการแก้ไขปัญหา ควรมีการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ขัดต่อแนวทางการปฏิบัติ โดยควรเปิดช่องให้มีช่องทางการกำหนดแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการเปิดรับข้อคิดเห็นและนโยบายหรือการปฏิบัติจากชุมชนในการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด หรือมอบสิทธิ์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับท้องถิ่นสามารถกำหนดวิธีดำเนินการและตัวชี้วัดในการลดอันตรายจากยาเสพติดได้ด้วยตนเอง สร้างความชัดเจนในการกำหนดข้อกฎหมายให้สอดคล้องกับแนวทางลดอันตรายจากยาเสพติด เช่น การปรับปรุงบทกำหนดโทษสำหรับผู้ขายยาเสพติด โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ความเห็นไว้ว่า

“ปัญหาในการลดอันตรายจากยาบ้าและยาไอซ์ที่ระบาดหนักในประเทศสามารถจะใช้ยาทดแทนได้ แต่ไม่คุ้มเนื่องจากมีราคาสูง และสาเหตุการติดยาเสพติดสามารถแก้ไขได้ด้วยการเสพยาทางใจ เลยไม่สามารถใช้ยาในการรักษาตัวเดียว” (D2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 เมษายน 2566)

“กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการออกคู่มือการลดอันตรายจากยาเสพติด เป็นหน่วยงานหลักทางวิชาการ เฉพาะของหน่วยสาธารณสุข ขาดความเชื่อมโยงของชุมชนและประชาสังคม แต่ก็มีภาคประชาสังคมที่ทำแยก ควรจะร่วมกันดำเนินการทั้งหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายอีกด้วย” (D3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 เมษายน 2566)

“ควรจัดให้มีช่องทางให้มีการกำหนดแนวทางที่เหมาะสมของชุมชน การลดอันตราย เริ่มต้นที่ชุมชนก่อน ผู้กำหนดนโยบายสะท้อนปัญหาแตกต่างกับผู้ปฏิบัติ การกำหนดนโยบายแบบล่างขึ้นบน และรูปแบบของพื้นที่ และปัญหาที่แตกต่างกัน โดยวิธีการแก้ปัญหายาเสพติดที่ได้ผลที่สุดเริ่มที่ครอบครัว เพราะบางชุมชนเชื่อผู้นำ บางชุมชนเหนียวแน่นด้วยตัวเอง เมื่อชุมชนสามารถป้องกันตัวเองได้ ปัญหายาเสพติดก็จะหมดไป” (D5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 เมษายน 2566)

“รัฐต้องเป็นเจ้าภาพในการจัดเวทีในการสร้างนวัตกรรมเพื่อใช้ในการลดอันตรายจากยาเสพติดในทุกมิติ อะไรที่หน่วยงานราชการทำไม่ได้ต้องให้ภาคประชาสังคม

ร่วมดำเนินการและแก้ไขข้อกฎหมายที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินการออกให้หมด รวมทั้งรับรองการดำเนินการของภาคประชาสังคมชุมชน เพื่อให้การลดอันตรายจากยาเสพติดสามารถเข้าถึงทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง” (D6, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 เมษายน 2566)

#### 4.3.3 การประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้

ในการประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้ ควรกำหนดให้มีการประชาสัมพันธ์และขอความร่วมมือจากสื่อมวลชนในการนำเสนอข่าว รวมไปถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายการแก้ปัญหายาเสพติดเป็นการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ความเห็นไว้ว่า

“เพื่อเป็นการสร้างการรับรู้ในทิศทางที่ดีการกับลดอันตรายจากยาเสพติดควรขอความร่วมมือกับสื่อต่าง ๆ ในการนำเสนอข่าว วิธีการแก้ปัญหาคือวิธีการลดอันตรายจากยาเสพติด ผลที่ได้รับ เพื่อเป็นการสร้างความรับรู้ร่วมกันของทุกภาคส่วนในสังคม” (D4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 เมษายน 2566)

#### 4.3.4 การบูรณาการข้อมูล

ในการบูรณาการข้อมูล ควรกำหนดให้มีการบูรณาการข้อมูลผู้ขายยาเสพติดที่เข้ารับบริการลดอันตรายจากยาเสพติดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ทั้งผู้บังคับใช้กฎหมายและการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด เข้าถึงได้เช่นเดียวกันโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ความเห็นไว้ว่า

“การแจกเข็มเป็นการสนับสนุนการเสพยาเสพติดหรือไม่ ข้อคำถามนี้ต้องตอบให้ชัดเจนก่อนว่ามันเป็นการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้ขายยาเสพติด ส่งผลต่อโรคติดต่อทั้งเอดส์ ไวรัสตับอักเสบ และโรคอื่น ๆ ตามมาหมด ผู้เสยคือผู้ป่วยหรือไม่ ต้องกำหนดแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจน ไม่คลุมเครือ และมีช่องทางการประสานงานบูรณาการข้อมูลที่เหมาะสม” (D2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 เมษายน 2566)

“ตอนนี้มีข้อมูลผู้บำบัดรักษาอยู่ 2 ฐานข้อมูล คือ ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสค.) ที่สถานพยาบาลจะเป็นผู้รายงานข้อมูลเข้าสู่ระบบ และอีกส่วนหนึ่งคือข้อมูล Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดียวกัน แต่จะเป็นฐานข้อมูลเฉพาะผู้เข้ารับบริการลดอันตรายจากยาเสพติด และพบปัญหาความเชื่อมโยงของข้อมูล” (D7, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 เมษายน 2566)

ผลการศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด สามารถสรุปในรูปแบบตารางได้ตามตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 สรุปผลการศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด

| ลำดับ | แนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน                                 | รายละเอียด                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | การกำหนดมุมมองในการแก้ไขปัญหายาเสพติด                           | ควรกำหนดมุมมองต่อแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดที่เป็นเนื้อหาหลักของอันตรายจากยาเสพติดทุกมิติของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่ส่งผลต่อผู้ใช้ยาเสพติด ผู้บังคับใช้กฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย หรือกระบวนการที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยการเปรียบเทียบแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดของต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จ   |
| 2     | การแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ขัดต่อแนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติด | 1) ควรมีการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ขัดต่อแนวทางการปฏิบัติ สร้างความชัดเจนในการกำหนดข้อกฎหมายให้สอดคล้องกับแนวทางลดอันตรายจากยาเสพติด เช่น การปรับปรุงบทกำหนดโทษสำหรับผู้ติดยาเสพติด เป็นต้น<br>2) ควรเปิดช่องให้มีช่องทางให้มีการกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในการเปิดรับข้อคิดเห็นและนโยบายหรือการปฏิบัติจากชุมชน |

ตารางที่ 4.3 สรุปผลการศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด

| ลำดับ | แนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน   | รายละเอียด                                                                                                                                                                                    |
|-------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3     | การประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้ | ควรกำหนดให้มีการประชาสัมพันธ์และขอความร่วมมือจากสื่อมวลชนในการนำเสนอข่าว รวมไปถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายการแก้ปัญหายาเสพติดเป็นการลดอันตรายจากยาเสพติด                                 |
| 4     | การบูรณาการข้อมูล                 | ควรกำหนดให้มีการบูรณาการข้อมูลผู้ใช้นายาเสพติดที่เข้ารับบริการลดอันตรายจากยาเสพติดให้หน่วยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทั้งผู้บังคับใช้กฎหมายและการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดเข้าถึงได้เช่นเดียวกัน |



## บทที่ 5

### การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “รูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด” สามารถดำเนินการการอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ในการศึกษาที่ได้กำหนดไว้ประกอบด้วย

5.1 เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

5.2 เพื่อศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

5.3 เพื่อศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและผลการศึกษาที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการลดอันตรายจากยาเสพติดทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม ระดับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติการ รวมถึงการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อประเมินคุณค่าและตรวจสอบความเป็นไปได้ในศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติดเพื่อไปใช้ประโยชน์ ทำให้สามารถนำมาสู่การอภิปรายผลการศึกษาตามขอบเขตวัตถุประสงค์ในการศึกษาดังนี้

**5.1 การอภิปรายผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด**

5.1.1 การอภิปรายผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคด้านบทบัญญัติทางกฎหมาย การบังคับใช้ และการขับเคลื่อนนโยบาย

### 5.1.1 การอภิปรายผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคด้านบทบัญญัติทางกฎหมาย การบังคับใช้ และการขับเคลื่อนนโยบาย

5.1.1.1 ประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการตีความบทบัญญัติทางกฎหมายและการบังคับใช้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีความเห็นว่าปัญหาในการปฏิบัติงานเกิดขึ้นจากการตีความการลดอันตรายจากยาเสพติดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ ประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน อันเป็นผลมาจากการที่ไม่ได้มีการบัญญัตินิยามและแนวทางในการดำเนินการของการลดอันตรายจากยาเสพติดที่เฉพาะเจาะจงไว้ในประมวลกฎหมายยาเสพติด และส่งผลต่อมาตรฐานในการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยสามารถจำแนกรายละเอียดเป็น 2 ส่วนได้ดังนี้

1) ปัญหาการตีความการลดอันตรายจากยาเสพติดที่แตกต่างจากการที่ไม่ได้มีการบัญญัตินิยามและแนวทางในการดำเนินการของการลดอันตรายจากยาเสพติดที่เฉพาะเจาะจงไว้ในประมวลกฎหมายยาเสพติด หรือ อนุบัญญัติซึ่งอาศัยอำนาจจากประมวลกฎหมายยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยการไม่ได้บัญญัตินิยามหรือกรอบการดำเนินการไว้ก่อให้เกิดปัญหาการรูปแบบการดำเนินการของการลดอันตรายจากยาเสพติดมีการดำเนินการได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ ประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน และส่งผลต่อมาตรฐานในการดำเนินการ ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สามารถอภิปรายผลได้ว่าประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับบทบัญญัติทางกฎหมาย เกิดจากปัญหาการตีความการลดอันตรายจากยาเสพติดที่แตกต่างจากการที่ไม่ได้มีการบัญญัตินิยามและแนวทางในการดำเนินการของการลดอันตรายจากยาเสพติดที่เฉพาะเจาะจงไว้ในประมวลกฎหมายยาเสพติด หรือ อนุบัญญัติซึ่งอาศัยอำนาจจากประมวลกฎหมายยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยการไม่ได้บัญญัตินิยามหรือกรอบการดำเนินการไว้ก่อให้เกิดปัญหาการรูปแบบการดำเนินการของการลดอันตรายจากยาเสพติดที่มีการดำเนินการได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ ประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน และส่งผลต่อมาตรฐานในการดำเนินการ อีกทั้งปัญหาการลำดับความสำคัญของการลดอันตรายจากยาเสพติดภายในการบัญญัตินิยามหรือการดำเนินการภายในกฎหมาย นอกจากจะไม่มีนิยามความหมายหรือกรอบการดำเนินการที่ชัดเจนในกฎหมายแล้ว การลดอันตรายของยาเสพติดยังเป็นการแนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดลำดับสุดท้ายที่จะให้ผู้ปฏิบัติใช้งาน มีสาเหตุมาจกบทบัญญัติของการลดอันตรายจากยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด เน้นการการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดมากกว่าการลดอันตรายจากยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายนี้ได้ 2 ประเภทคือ 1) การบำบัดฟื้นฟูทางด้านสาธารณสุข โดยให้กระทรวงสาธารณสุข

ประกาศกำหนดสถานที่ที่เป็นศูนย์กลางคัดกรองและยังมีอำนาจหน้าที่ในการตรวจหาสารเสพติด คัดกรองและประเมินความรุนแรงของการติดยาเสพติด และสภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งส่งต่อผู้เข้ารับการรักษาไปยังสถานพยาบาลยาเสพติดหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และให้สถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีหน้าที่และอำนาจดำเนินการบำบัดรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเมินผล ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง จัดทำและเก็บข้อมูลประวัติของผู้เข้ารับการรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด แล้วแต่กรณี และ 2) การบำบัดฟื้นฟูทางด้านสังคม ที่มีกระทรวงมหาดไทยเป็นเจ้าภาพหลัก ในการดำเนินการจัดตั้งศูนย์บำบัดฟื้นฟูทางสังคม หากตีความตามตัวบทกฎหมาย จะพบว่าการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นทางเลือกสุดท้ายที่จะถูกเลือกมาใช้ในการบำบัดฟื้นฟูทางด้านสาธารณสุข อันเป็นผลเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการให้ผู้ติดยาเสพติดหายขาดจากยาเสพติด หรือป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำด้วยการใช้หลักการฟื้นฟูทางสังคม ซึ่งเป็นการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation : CBTx) ให้ได้รับการดูแลตั้งแต่การป้องกัน การค้นหา การคัดกรอง จูงใจให้เข้ารับการรักษา รวมทั้งติดตามช่วยเหลือทางสังคมตามคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 11/2565 เรื่อง ปฏิบัติการป้องกัน ปราบปราม และแก้ปัญหายาเสพติด ตามนโยบายรัฐบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระยะเวลาเร่งด่วน 3 เดือน (1 พฤศจิกายน 2565 – 31 มกราคม 2566) ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565

2) ปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมาย พบว่า หลังจากมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้เกิดปัญหาในห้วงเวลาที่ยังไม่มีกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานหน่วยงานด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดและภาคีเครือข่ายเกิดความไม่ชัดเจนในการดำเนินงานคัดกรองและส่งต่อผู้ติดยาเสพติด บางหน่วยบริการต้องยุติการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพราะไม่มั่นใจในนโยบาย ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สามารถอภิปรายผลได้ว่าประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมาย ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากความล่าช้าของระบบราชการทำให้เกิดรอยต่อในช่วงของการกำหนดแผนปฏิบัติการในห้วงเวลาที่พระราชบัญญัติเริ่มมีผลใช้บังคับ โดยคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 11/2565 เรื่อง ปฏิบัติการป้องกัน ปราบปราม และแก้ปัญหายาเสพติด ตามนโยบายรัฐบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระยะเวลาเร่งด่วน 3 เดือน (1 พฤศจิกายน 2565 – 31 มกราคม 2566) ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 และได้มีการขยายเวลาปฏิบัติเพิ่มเติมจนถึงวันประกาศใช้แผนปฏิบัติการภายใต้นโยบายและแผนระดับชาติว่า

ด้วยการป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2566 ให้มีผลตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 จนถึงวันที่มีการประกาศใช้แผนปฏิบัติการภายใต้นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ. 2566 – 2570) ที่ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีแล้วและอยู่ในระหว่างการประกาศในราชกิจจานุเบกษา ตามคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 5/2566 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2566 เรื่อง ขยายระยะเวลาปฏิบัติการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด ตามนโยบายรัฐบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ, 2566)

5.1.1.2 ประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนนโยบาย พบว่า ไม่มีการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนนโยบายภายใต้การดำเนินการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ โดยกลไกการขับเคลื่อนนโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นการดำเนินการในรูปแบบของคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ โดยไม่มีการกล่าวถึงแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม ซึ่งได้กำหนดให้มีจุดเน้นการปฏิบัติในการตรวจสอบ ควบคุมการนำเข้าและส่งออกสารตั้งต้นและเคมีภัณฑ์ที่นำไปใช้ในกระบวนการผลิต การสืบสวนขยายผล ทำลายเครือข่ายนักค้ายาเสพติด และยึด อาชญากรรม หรือดำเนินการเชิงรุกที่มุ่งเน้นการป้องกันปราบปรามเป็นหลัก และไม่ได้กำหนดแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างชัดเจน และนำไปสู่การปฏิบัติไม่ได้ ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สามารถอภิปรายผลได้ว่า ประเด็นปัญหาด้านการขับเคลื่อนนโยบาย เกิดจากการกำหนดนโยบายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดยังไม่ใช้การลดอันตรายจากยาเสพติดที่เป็นนโยบายหลัก แต่เป็นการดำเนินนโยบายทางอาญาที่ต้องใช้การแก้ปัญหาแบบบูรณาการ ทั้งการลดอุปทาน (Supply) และอุปสงค์ (Demand) ของยาเสพติด การป้องกันไม่ให้กลุ่มเสี่ยงไปติดยาเสพติดเพิ่มเติม อีกทั้งในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยใช้นโยบายการทำสงครามกับยาเสพติด ด้วยมาตรการทางกฎหมายมากกว่ามาตรการทางด้านสาธารณสุข มุ่งปราบปรามยาเสพติดผิดกฎหมายแบบ “Zero-tolerance” โดยเน้นที่มาตรการการปราบปรามการผลิต และการเสพยาเสพติด ด้วยวิธีการลงโทษที่รุนแรงกับทุกกรณีที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดตั้งแต่การลงโทษด้วยการกักขังควบคุมตัวไปจนถึงการประหารชีวิต โดยการกำหนดโทษที่รุนแรง เพื่อมุ่งหวังจะขจัดยาเสพติดในสูญสิ้นหมดไป จึงเป็นปัญหาอุปสรรคอย่างยิ่งที่จะใช้มาตรการการลดอันตรายจากยาเสพติดมาเพื่อกำหนดเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดหลักของประเทศไทย

## 5.1.2 การอภิปรายผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคด้านการบริหารจัดการและควบคุมมาตรฐาน

5.1.2.1 ประเด็นปัญหาและอุปสรรคด้านการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นบุคลากรจากหลากหลายหน่วยงาน หลากหลายสาขาวิชาชีพ และมีมุมมองที่หลากหลายแตกต่างกัน ทำให้ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติในการลดอันตรายจากยาเสพติดไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน บุคลากรที่มีหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากยาเสพติดก็มีความแตกต่างกัน อีกทั้งบุคลากรด้านการบังคับใช้กฎหมายมีความรู้ความเข้าใจในการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติดในระดับต่ำ ทำให้การดำเนินการอื่นใดที่เป็นแนวทางใหม่ไม่ไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สามารถอภิปรายผลได้ว่า ประเด็นปัญหาและอุปสรรคด้านความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติในการลดอันตรายจากยาเสพติด ทักษะ ความชำนาญในการลดอันตรายจากยาเสพติดที่แตกต่างกันอย่างมากระหว่างเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ส่วนสนับสนุนอื่น ๆ อันเกิดขึ้นจากในอดีต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยใช้นโยบายการทำสงครามกับยาเสพติด ด้วยมาตรการทางกฎหมาย มากกว่ามาตรการทางด้านสาธารณสุข มุ่งปราบปรามยาเสพติดผิดกฎหมายแบบ “Zero-tolerance” โดยเน้นที่มาตรการการปราบปรามการผลิต และการเสพยาเสพติด ด้วยวิธีการลงโทษที่รุนแรงกับทุกกรณีที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดตั้งแต่การลงโทษด้วยการกักขังควบคุมตัวไปจนถึงการประหารชีวิต โดยการกำหนดโทษที่รุนแรง เพื่อมุ่งหวังจะขจัดยาเสพติดในสูญสิ้นหมดไป และการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติดเพิ่งได้เริ่มดำเนินการเมื่อปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทุกหน่วยงานอาจจะเข้าใจภาพการแก้ไขปัญหายาเสพติดในรูปแบบ ปราบปรามยาเสพติดผิดกฎหมายแบบ (Zero-tolerance) ทำให้การนำวิธีการแนวทางในการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ใช้การสาธารณสุขนำ หรือแนวทางเลือกใหม่ๆ ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์เท่าที่ควร

5.1.2.2 ประเด็นปัญหาและอุปสรรคด้านการกำกับควบคุมและการสร้างมาตรฐาน ในการดำเนินการ พบว่ามีการดำเนินการเฉพาะการรายงานผลการดำเนินการตามวงจรรอบ ในด้านของการควบคุมมาตรฐานการดำเนินการของศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure) การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยเดียว และยังไม่ถูกนำไปปฏิบัติ หรือเข้าถึงได้จากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สามารถอภิปรายผลประเด็นปัญหาและ

อุปสรรคด้านการบริหารจัดการ ที่มีปัญหาและอุปสรรคที่การบริหารจัดการจากหน่วยงานด้านการบูรณาการข้อมูลและปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นหลังจากเนื้อหาและวิธีการในการดำเนินการซึ่งมีความจำเป็นต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไขเป็นอย่างมาก โดยเมื่อพิจารณาจากแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศของประเทศแคนาดาให้ความสำคัญกับเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างมาก นอกจากจะมีโปรแกรมลดอันตรายจากยาเสพติดครอบคลุมแล้ว ยังมีบริการลดอันตรายจากยาเสพติดที่หลากหลายชนิด รวมถึงการสร้างแนวปฏิบัติที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะปรับปรุงประสิทธิผลของโปรแกรมลดอันตราย ได้แก่ ลดการแพร่เชื้อ HIV HCV HBV และอันตรายอื่นๆ ปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการ ให้แนวทางการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรสำหรับการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สนับสนุนทรัพยากรที่ดีกว่าในบริการลดอันตราย จัดทำเกณฑ์มาตรฐานเพื่อประเมินบริการของตน ระบุเป้าหมายสำหรับการปรับปรุงโปรแกรมส่วนบุคคลและทั้งระบบ

อีกทั้งการกำกับควบคุม และสร้างมาตรฐานตามแผนการปฏิบัติการดังกล่าว เป็นการดำเนินการเฉพาะการรายงานผลการดำเนินการ แต่ในด้านของการควบคุมมาตรฐาน ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure) การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยเดียว และยังไม่ถูกนำไปปฏิบัติ หรือเข้าถึงได้จากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ และผลการวิจัยยังแตกต่างจากแนวทางการปฏิบัติของประเทศที่มีการประยุกต์ใช้แนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดได้ผลสำเร็จ ตามเอกสารการประชุม ประชุมสร้างความรู้เท่าทันต่อพลวัตการควบคุมยาเสพติดครั้งที่ 1 เรื่อง การสร้างองค์ความรู้ยาเสพติด (เมทแอมเฟตามีน) ทักษะสังคมเพื่อลดอันตราย (Drug Education: Social Skills for Harm Reduction) ซึ่งจัดโดยสำนักงานกิจการในพระดำริพลเอกหญิง สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าพัชรกิติยาภา นเรนทิราเทพยวดี กรมหลวงราชสาริณีสิริพัชร มหาวัชรราชธิดา ศาลฎีกา สำนักงาน ป.ป.ส. สสส. IDPC (International Drug Policy Consortium) และศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 5 ถึง 6 มกราคม 2560 ที่ได้มีเอกสารการประเมินประโยชน์ของการลดทอนความเป็นอาชญากรรมจากหลักฐานและบทเรียนต่างๆ เพื่อการแก้ปัญหายาเสพติดในประเทศไทยอย่างยั่งยืน จัดทำโดย วีระพันธ์ งามมี และปาสกาล ดันกวย ซึ่งเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องหลักการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด สรุปการศึกษาผลที่เกิดจากการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการใช้และครอบครองยาเสพติดของ 5 ประเทศในทวีปยุโรป อันประกอบไปด้วย สาธารณรัฐเช็ก เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส และสวิตเซอร์แลนด์ ได้นำเสนอการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการใช้และครอบครองยาเสพติด ดำเนินการไปในทิศทางทำให้โอกาสบำบัดฟื้นฟู

หรือลดอันตรายจากการใช้ยา โดยมีแนวคิดทางสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชนเป็นพื้นฐานมากกว่า การบังคับใช้กฎหมายที่จะยืนยันว่าการใช้และครอบครองยาเสพติดเป็นความผิดชั่วร้ายที่ต้องกำจัด ให้หมดไปด้วยความรุนแรงของกฎหมายอาญา หน่วยงานที่มีหน้าที่บังคับใช้กฎหมายในสาธารณรัฐ เช็ก เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ และ โปรตุเกส สามารถหันเหคดีออกไปจากกระบวนการยุติธรรมทาง อาญา โดยสามารถใช้ดุลพินิจได้เต็มที่โดยไม่ต้องผ่านคำพิพากษาของศาล ไม่ว่าจะเป็นการยกฟ้อง คดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด พิจารณาให้รอลงอาญา หรือกระทำการอื่นใด เช่น กรณีของประเทศ โปรตุเกส ผู้ต้องหาที่ถูกจับกุมในกรณีของการครอบครองและเป็นผู้ใช้ยาแต่ไม่เกี่ยวข้องกับ อาชญากรรม ก็จะไม่ถูกนำไปขึ้นศาล แต่ถูกส่งตัวไปยังคณะกรรมการป้องกันยาเสพติดแทน หรือกรณีของสาธารณรัฐเช็กและเนเธอร์แลนด์ ที่ยึดหลักกว่าจะใช้กฎหมายอาญาเป็นที่สุดท้าย ขณะที่เยอรมันและสวิตเซอร์แลนด์ก็สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ยาเสพติดและภาคประชา สังคม ซึ่งการดำเนินนโยบายยาเสพติดของประเทศเหล่านี้เป็นไปอย่างยึดถือข้อมูลหลักฐานเชิง ประจักษ์จากผู้เชี่ยวชาญ และมีการศึกษา การจัดทำรายงาน รวมทั้งมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ ในด้านปริมาณการใช้ยาเสพติด หลังจากมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการใช้และ ครอบครองยาเสพติด ปริมาณการใช้ยาเสพติดในหลายประเทศเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง แต่หลังจาก นั้นก็ลดลงไปอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าประเทศที่ยังใช้การปราบปรามด้วยกฎหมาย และในขณะเดียวกัน การเพิ่มขึ้นดังกล่าวในช่วงแรกนั้นก็เกิดขึ้นในประเทศที่ไม่ได้มีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ของการใช้และครอบครองยาเสพติดด้วย แต่อย่างไรก็ดี ไม่มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าการลดทอนความเป็น อาชญากรรมของการใช้และครอบครองยาเสพติดรวมทั้งการให้บริการด้านยาเสพติด เช่น การบำบัด ด้วยการจ่ายเฮโรอีนเป็นสารทดแทน หรือการแจกจ่ายอุปกรณ์ที่ใช้ในการเสพยาอย่างเข็มฉีดยาและ กระบอกฉีด จะสนับสนุนให้เกิดผู้ใช้ยาหน้าใหม่ รวมทั้งไม่พบว่าเป็นเหตุให้มีการก่ออาชญากรรม เพิ่มขึ้นดังที่มักหวาดกลัวกัน

### 5.1.3 การอภิปรายผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคด้านการบูรณาการความร่วมมือ

5.1.3.1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญชี้ให้เห็นถึงปัญหาเชิงโครงสร้างในการบูรณาการความ ร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ขาดเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการอย่างบูรณาการ ในปัจจุบัน เป็นการดำเนินการแบบต่างคนต่างทำตามความคิดตามประสบการณ์ในแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เคย ดำเนินการ นำไปสู่ปัญหาด้านต่าง ๆ ในการบริหารจัดการ เช่น ปัญหาการเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำ ของผู้รับการบำบัดรักษา ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สามารถอภิปรายผล ประเด็นปัญหาเชิง โครงสร้างในการบูรณาการความร่วมมือ ในปัจจุบันการลดอันตรายจากยาเสพติดมีสำนักงาน

คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเป็นเจ้าภาพในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเป็นหลักในการกำหนดนโยบาย ทิศทางการขับเคลื่อนนโยบาย ทั้งหน้าที่โดยตรง และตามคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา ซึ่งมีการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นส่วนหนึ่งอยู่ในนั้นด้วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมนั้นโดยรูปแบบบูรณาการควรเป็นการบูรณาการในหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อด้านมนุษยชาติเป็นสำคัญ 1) สุขภาพและความปลอดภัยของมนุษย์ต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก 2) การบัญญัติกฎหมายเพื่อกำหนดประเภทของยาเสพติดให้โทษ 3) การเข้าถึงยาที่จำเป็นเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ 4) การลดความเป็นอาชญากรรมและการคุมขังบุคคลผู้ใช้ยาเสพติด และ 5) การปรับเปลี่ยนมุมมองของการปราบปรามการลักลอบค้ายาเสพติดและองค์กรอาชญากรรม 6) รัฐบาลเข้าควบคุมตลาดยาเสพติด ซึ่งการบูรณาการทั้งหมดนี้ หน่วยงานของรัฐจำเป็นต้องแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อการลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศ ซึ่งยังไม่เห็นผลเป็นรูปธรรม เพราะนโยบายของรัฐยังเน้นการปราบปรามและกำจัดยาเสพติดทั้งหมดไปจากสังคมในปัจจุบัน อีกทั้งในการบริหารงานยังพบว่า กระทรวงสาธารณสุขเองก็มีฐานข้อมูลภายในที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษายาเสพติดของผู้ป่วยอยู่หลากหลายฐานข้อมูลที่ไม่ได้เชื่อมต่อกันเป็นเนื้อเดียว ทำให้การส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงยังเป็นปัญหาอยู่

5.1.3.2 จัดกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มของผู้บำบัดยาเสพติดที่เกิดขึ้นจะเป็นการเสริมสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ให้กับกลุ่มผู้บำบัดยาเสพติด และทำให้การเข้าถึงยาเสพติดสำหรับผู้เข้ารับกิจกรรมบำบัดเป็นไปได้ง่ายขึ้น เป็นเหมือนการสร้างเครือข่ายของผู้ใช้ยาเสพติดให้มีความแข็งแรงขึ้น ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สามารถอภิปรายผล ประเด็นปัญหาจัดกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มของผู้บำบัดยาเสพติด มีความจำเป็นต้องมีการปรับปรุงเนื้อหาและรูปแบบการบำบัดแก้ไข ซึ่งในปัจจุบันขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) คือ การปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เลิกยาให้มีความแข็งแรง ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ ความคิดและพฤติกรรม ให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างปกติ มีระยะเวลาดำเนินการภายใน 180 วัน ประกอบด้วยกิจกรรมหลากหลาย เช่น จิตบำบัด กิจกรรมบำบัด อาชีวบำบัด ศาสนา นันทนาการ การฝึกวินัย เป็นต้น เพื่อฝึกทักษะต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดไม่กลับไปใช้สารเสพติดอีกในอนาคต นอกจากนี้ยังมีรูปแบบอื่นๆ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ "ชุมชนบำบัด" ซึ่งเป็นการสร้างชุมชน หรือสังคมจำลองให้ผู้เลิกยาเสพติดมาอยู่รวมกัน เพื่อให้การช่วยเหลือกัน เลียนแบบแปลงพฤติกรรม ฝึกความรับผิดชอบการรู้จักตนเอง และแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม และตามด้วยขั้นการติดตามดูแล (After-Care) คือ การ

ติดตามดูแลผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาทั้ง 3 ขั้นตอนข้างต้น มีกำหนดระยะเวลา 1 ปี โดยมีการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำการสร้างกำลังใจ และการป้องกันการติดเชื้อ มีการเยี่ยมบ้านและนัดติดตามเป็นระยะ เช่น ทุกเดือนที่ 1 3 6 และ 12 เป็นต้น (รัช ลาภินี, 2564) ซึ่งช่วงเวลาในการเข้ารับการบำบัดที่มีระยะเวลานานนั้นทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีปฏิสัมพันธ์กับใกล้ชิดในไปสู่การสร้างเครือข่ายผู้เสพยาเสพติดที่กว้างขวางขึ้นได้

## 5.2 การอภิปรายผลการศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด

### 5.2.1 การอภิปรายผลการศึกษาเปรียบเทียบการลดอันตรายจากยาเสพติดของไทยและต่างประเทศ

ในการเปรียบเทียบการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เป็นผู้ให้ข้อมูลจากฝั่งสาธารณสุขและด้านประชาสังคมที่ปฏิบัติหน้าที่โดยตรง ซึ่งส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าผู้เสพยาเสพติดของไทยส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการทางสาธารณสุขจะเป็นผู้ใช้อิธและยาบ้าเป็นหลัก ผู้ใช้ฝิ่นหรือเฮโรอีนมีจำนวนน้อยมากทำให้การลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศไทยมีลักษณะที่แตกต่างจากต่างประเทศโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สามารถอภิปรายผล ประเด็นการเปรียบเทียบการลดอันตรายจากยาเสพติดของไทยและต่างประเทศ พบว่าผลการศึกษาวิจัยที่ได้ไม่สอดคล้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติดของสหภาพยุโรป ที่กำหนดให้การลดอันตรายจากยาเสพติดคือเสาหลักของยุทธศาสตร์ด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด ภูมิภาคนี้มีการตอบสนองต่อการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างกว้างขวาง ในแต่ละปีมีความก้าวหน้าทางนโยบายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีการให้บริการในหลายรูปแบบซึ่งปรับให้เข้ากับความต้องการของผู้เสพยาเสพติด เป็นหนึ่งในไม่กี่ภูมิภาคที่มีความพร้อมของบริการลดอันตรายขั้นพื้นฐานในประเทศยุโรปตะวันตก ได้แก่ เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ สเปน สวีเดน สวิสเซอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร เป็นต้น การตอบสนองการลดอันตรายต่อการใช้แอมเฟตามีน สารกระตุ้น โคเคน และอนุพันธ์ของโคเคนและสารใหม่สารออกฤทธิ์ทางจิตในภูมิภาคนี้จะน้อยกว่าพวกเขาจากพื้นฐาน อย่างไรก็ตาม ความท้าทายในการใช้งาน (Opioid Substitution Therapy (OST)) ยังคงมีอยู่ อุปสรรคในการลงทะเบียนทั่วภูมิภาค ได้แก่ ต้นทุน การติดตาม การเลือกปฏิบัติ ข้อจำกัดตามแนวทางทางคลินิก ภูมิศาสตร์ความเข้มข้นของบริการและในบางกรณี โดยได้มีการดำเนินการลดอันตราย (Cross-Cutting Harm Reduction Interventions) ในรูปแบบเข็มและกระบอกฉีดยา Needle and

Syringe Programs (NSPs) การจัดห้องเสพยา Drug Consumption Rooms (DCRs) ที่อยู่อาศัยเพื่อลดอันตราย (Housing as Harm Reduction) ดูแลสุขภาพคนติดยา (Health Care for People Who Use Drugs) รวมถึงการลดอันตรายจากยาเสพติดในเรือนจำ (Harm Reduction in Prisons)

อีกทั้งประเทศในทวีปยุโรป คือ สาธารณรัฐเช็ก เยอรมัน เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส และสวิตเซอร์แลนด์ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ 4 เสาหลัก (Four Pillars) ในการลดแก้ไขปัญหายาเสพติด ซึ่งประกอบด้วย 1) การป้องกัน (Prevention) การป้องกันในโรงเรียนเป็นหัวใจสำคัญ โดยการปฏิบัติบนพื้นฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์และการวิจัยทางสังคม โครงการป้องกันปัญหายาเสพติด “Youth in Europe” ในประเทศเยอรมนี พบว่า การใช้เวลาร่วมกับพ่อแม่เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดโอกาสการใช้ยาเสพติด ขณะเดียวกันการมีเพื่อนที่ชั่วทำให้เด็กมีโอกาสใช้ยามากขึ้น ส่วนเด็กที่เล่นกีฬา เข้าชมรม และทำกิจกรรมนอกหลักสูตรต่างๆ มีแนวโน้มใช้น้อยกว่าเด็กกลุ่มอื่น ดังนั้น การป้องกันต้องทำร่วมกันทั้งครอบครัว กลุ่มเพื่อน โรงเรียน ผู้จัดกิจกรรมเพื่อเยาวชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การต่อสู้กับยาเสพติดประสบผลสำเร็จ (The Icelandic Centre for Social Research and Analysis [ICSRA], 2015) 2) การลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction) สนับสนุนนโยบายอย่างเป็นทางการให้กับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยส่วนใหญ่แล้ว มักจะเป็นการจัดสรรงบประมาณให้กับภาคประชาสังคมเพื่อเข้าถึงกลุ่มผู้รับบริการ รวมถึงให้บริการและช่วยเหลือเพื่อสามารถเข้าสู่ระบบบำบัดยาเสพติดและเข้าสู่ระบบดูแลสุขภาพแห่งชาติ 3) การบำบัดรักษา (Treatment) จัดให้มีบริการที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งให้ความเคารพด้านสิทธิมนุษยชนและสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้รับบริการ อนึ่ง วัตถุประสงค์หลักของการบำบัดรักษานั้น ไม่ใช่การเลิกใช้ยาเสพติดเพียงอย่างเดียว แต่สามารถจัดการกับความจำเป็นต่อพึ่งพาเสพติดของตนได้ และ 4) การบังคับใช้กฎหมาย (Enforcement) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะเลือกใช้ (วิระพันธ์ งามมี และปาสกาล ตันกาย, 2560)

### 5.2.2 การอภิปรายผลการศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหายาและอุปสรรคด้านบทบัญญัติทางกฎหมาย การบังคับใช้ และการขับเคลื่อน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความเห็นพ้องต้องกันว่าคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดสามารถแก้ไขด้วยปัญหาด้วยการกำหนดให้มีประกาศให้กำหนดนิยามการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ชัดเจน มีการกำหนดกรอบการดำเนินการที่ชัดเจน และให้มีการกำหนดขอบเขตการดำเนินการของการลดอันตรายจากยาเสพติด อย่างเหมาะสมครอบคลุมการลดอันตรายจากยาเสพติด

ทุกประเภท ไม่เฉพาะยาเสพติดที่ใช้การฉีดเข้าเส้น แต่เน้นการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด ด้วยแนวคิดที่เป็นเนื้อหาหลักของอันตรายจากยาเสพติดทุกด้านของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สามารถอภิปรายผล ประเด็นรูปแบบการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคด้าน บทบัญญัติทางกฎหมาย การบังคับใช้ และการขับเคลื่อน ควรดำเนินการบัญญัติกฎหมายตามแนวทางการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของ ของ United Nations Office on Drug and Crime ที่ได้ให้ความหมายไว้ว่า การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) คือกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายเพื่อให้การกระทำบางอย่างที่เป็นอาชญากรรมถือว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ไม่มีความผิดทางอาญา (UNODC, 2007) และบัญญัติกฎหมายที่ให้คำนึงถึงการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) ซึ่งเป็นการถอดถอนความผิดออกจากการกระทำที่ละเมิดกฎหมายอาญาและไม่ต้องถูกดำเนินคดีโดยกระบวนการยุติธรรมแต่ยังคงต้องรับการลงโทษทางบริหาร เช่น การเข้ารับการรักษา หรือการเสียค่าปรับ (Greenwald, 2009) พร้อมทั้งดำเนินการกำหนดนโยบายที่ยกเลิกบทลงโทษทางอาญาจากการกระทำผิดบางอย่าง เช่น กรณีของยาเสพติดจะลดทอนความเป็นอาชญากรรมในกรณีที่ครอบครองยาเสพติดไว้ในปริมาณที่เล็กน้อยโดยไม่ต้องรับโทษทางอาญาหากแต่ยังต้องรับโทษทางปกครองอยู่ (Favpel et al., 2004) ให้มีบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจของผู้เสพหรือผู้ที่ครอบครองยาเสพติดในปริมาณน้อยที่มีไว้เพื่อใช้เสพส่วนตัว (เรื่องสิทธิ เนตรนวลใจ และคณะ, 2557)

อีกทั้งการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการใช้และครอบครองยาเสพติด ดำเนินการไปในทิศทางทำให้โอกาสบำบัดฟื้นฟู หรือลดอันตรายจากการใช้ยา โดยมีแนวคิดทางสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชนเป็นพื้นฐานมากกว่าการบังคับใช้กฎหมายที่จะยืนยันว่าการใช้และครอบครองยาเสพติดเป็นความผิดชั่วร้ายที่ต้องกำจัดให้หมดไปด้วยความรุนแรงของกฎหมายอาญาหน่วยงานที่มีหน้าที่บังคับใช้กฎหมายในสาธารณรัฐเช็ก เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ และโปรตุเกส สามารถหันเหคืบออกไปจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญา โดยสามารถใช้ดุลพินิจได้เต็มที่โดยไม่ต้องผ่านคำพิพากษาของศาล ไม่ว่าจะเป็นการยกฟ้องคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด พิจารณาให้รอลงอาญา หรือกระทำการอื่นใด เช่น กรณีของประเทศโปรตุเกส ผู้ต้องหาที่ถูกจับกุมในกรณีของการครอบครองและเป็นผู้ใช้ยาแต่ไม่เกี่ยวข้องกับอาชญากรรม ก็จะไม่ถูกนำตัวไปขึ้นศาล แต่ถูกส่งตัวไปยังคณะกรรมการป้องกันยาเสพติดแทน หรือกรณีของสาธารณรัฐเช็กและเนเธอร์แลนด์ ที่ยึดหลักว่าจะใช้กฎหมายอาญาเป็นที่สุดท้าย ขณะที่เยอรมันและสวิตเซอร์แลนด์ก็สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ยาเสพติดและภาคประชาสังคม ซึ่งการดำเนินนโยบายยาเสพติดของประเทศเหล่านี้

เป็นไปอย่างยืดถือข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์จากผู้เชี่ยวชาญ และมีการศึกษา การจัดทำรายงาน รวมทั้งมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบด้วย (วีระพันธ์ งามมี และปาสกาล ต้นกวย, 2560)

### 5.2.3 การอภิปรายผลการศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคด้านการบริหารจัดการและควบคุมมาตรฐาน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ข้อเสนอแนะควรจัดให้มีการเข้าถึงการเรียนรู้จากกระทรวงสาธารณสุข รวมไปถึงการให้แรงจูงใจในการเรียนรู้ รวมถึงการเข้าถึงกองทุนป้องกัน ปรามปราม และแก้ไขปัญหาสุขภาพที่จัดตั้งขึ้นในสำนักงาน ป.ป.ส. เพื่อขอรับทุนสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติดในทุกภาคส่วนอีกด้วย ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สามารถอภิปรายผล ประเด็นรูปแบบการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคด้านการบริหารจัดการและควบคุมมาตรฐาน ดำเนินการให้เป็นไปตามแนวคิดของไอส์เนอร์ ได้เสนอแนวคิดของการทดสอบหรือประเมินรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ไว้ว่า 1) การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เน้นการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างลึกซึ้งเฉพาะประเด็น ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไป แต่อาจจะผสมผสานกับปัจจัยอื่นๆ ในการพิจารณาตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อมูลคุณภาพ มีประสิทธิภาพและความเหมาะสมของสิ่งที่จะทำการประเมิน 2) การประเมินรูปแบบที่เป็นความชำนาญเฉพาะทาง (Specialization) ซึ่งพัฒนามาจากแบบการวิจารณ์งานศิลปะ (Art Criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้ง และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากเป็นการวัดคุณค่าที่ไม่อาจประเมินด้วยเครื่องมือวัดใดๆ และต้องใช้ความรู้ความสามารถของผู้ประเมินอย่างแท้จริง แนวคิดนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้ในทางการศึกษาระดับสูงมากขึ้น ทั้งนี้เพราะเป็นองค์ความรู้เฉพาะสาขา ผู้ที่ศึกษาเรื่องนั้นจริงๆ จึงจะทราบและเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ดังนั้นในวงการศึกษานิยมนำรูปแบบนี้มาใช้ในเรื่องที่ต้องการความลึกซึ้งและความเชี่ยวชาญเฉพาะ 3) การประเมินรูปแบบที่ใช้ตัวบุคคล ซึ่งตัวผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมิน โดยให้ความเชื่อถือกับผู้ทรงคุณวุฒินั้นเพียงกรรมและมีดุลพินิจที่ดี ส่วนมาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่างๆ ที่นำมาใช้ประเมินจะมาจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒิเอง และ 4) การประเมินรูปแบบที่ยอมให้มีความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงาน ตั้งแต่กระบวนการกำหนดประเด็นสำคัญ การบ่งชี้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การวินิจฉัยข้อมูล ตลอดจนวิธีการนำเสนอ สามารถยืดหยุ่นได้ตามอรรถาธิบายและความถนัดของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน (Eisner, 1976)

## 5.2.4 การอภิปรายผลการศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดและอุปสรรคด้านการบูรณาการความร่วมมือ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ความเห็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ว่าควรจัดให้มีเวทีในการพูดคุยประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการเพื่อซักซ้อมความเข้าใจและการประสานงานอย่างไร้รอยต่อและจัดให้มีการบูรณาการข้อมูลที่เหมาะสม ซึ่งปัจจุบันที่หน่วยงานของรัฐและภาคประชาสังคมได้จัดทำฐานข้อมูลไว้แล้ว ก็จะช่วยให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สามารถอภิปรายผล ประเด็นรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดและอุปสรรคด้านการบูรณาการความร่วมมือ โดยหลักการวางนโยบายยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพให้ความสำคัญและตระหนักถึง “สุขภาพและสวัสดิภาพของมนุษยชาติ (Health and Welfare of Mankind) ความสัมพันธ์ระหว่างนโยบาย และการพัฒนามนุษย์มีความซับซ้อน ประกอบด้วยหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ การคุกคามสิทธิมนุษยชน ความมั่นคงปลอดภัย การสาธารณสุข อาชญากรรม กระบวนการยุติธรรม การสูญเสียพลเมือง ส่งผลให้ความสามารถในการผลิตลดลง การว่างงาน และความยากจน เป็นต้น นโยบายการควบคุมยาเสพติดแบบการทำสงครามกับยาเสพติด (War on Drugs) ไม่สามารถแก้ไขปัญหายาเสพติดได้ ยังเกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในวงกว้าง กลายเป็นต้นตอให้เกิดแก๊งอาชญากรรมอันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา ดังนั้นนโยบายยาเสพติดที่มีความเป็นมนุษยธรรม (Human Drug Policy) บนฐานคิดแห่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ซึ่งให้ความสำคัญใน 3 ด้าน คือ การสาธารณสุข การพัฒนา และความมั่นคงของมนุษย์ น่าจะเป็นคำตอบของการแก้ปัญหายาเสพติด ทั้งในด้านของการลดอันตราย (Harm Reduction) และความรุนแรงในตลาดการค้ายาเสพติด (Drug Market Violence) ได้อย่างยั่งยืน โดยผ่านการพัฒนา (UNDP, 2015) โดยรูปแบบบูรณาการควรเป็นการบูรณาการในหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อด้านมนุษยชาติเป็นสำคัญ

- 1) สุขภาพและความปลอดภัยของมนุษย์ต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก
- 2) การบัญญัติกฎหมายเพื่อกำหนดประเภทของยาเสพติดให้โทษ
- 3) การเข้าถึงยาที่จำเป็นเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์
- 4) การลดความเป็นอาชญากรรมและการคุมขังบุคคลผู้ใช้น้ำยาเสพติด และ
- 5) การปรับเปลี่ยนมุมมองของการปราบปรามการลักลอบค้ายาเสพติดและองค์กรอาชญากรรม
- 6) รัฐบาลเข้าควบคุมตลาดยาเสพติด ซึ่งการบูรณาการทั้งหมดนี้ หน่วยงานของรัฐจำเป็นต้องแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อการลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศ

### 5.3 การอภิปรายผลการศึกษานโยบายที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด

#### 5.3.1 การอภิปรายผลการศึกษากำหนดมุมมองในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

ในการกำหนดมุมมองในการแก้ไขปัญหายาเสพติดควรกำหนดมุมมองต่อแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดที่เป็นเนื้อหาหลักของอันตรายจากยาเสพติดทุกมิติของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่ส่งผลต่อผู้ใช้ยาเสพติด คือการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต กำหนดมุมมองในการลดอันตรายของยาเสพติดที่มีต่อสังคม ชุมชน รวมถึงกำหนดมุมมองของการอันตรายจากยาเสพติดที่ส่งผลต่อผู้บังคับใช้กฎหมาย การบังคับใช้กฎหมายหรือกระบวนการที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยการเปรียบเทียบแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดของต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จ ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สามารถอภิปรายผลได้ว่าประเด็นการกำหนดมุมมองในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ควรกำหนดมุมมองในการลดอันตรายของยาเสพติดที่มีต่อสังคม ชุมชน รวมถึงกำหนดมุมมองของการอันตรายจากยาเสพติดที่ส่งผลต่อการบังคับใช้กฎหมาย ผู้บังคับใช้ หรือกระบวนการที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยตัวอย่าง การลดอันตรายจากยาเสพติดของสหภาพยุโรป ที่กำหนดให้การลดอันตรายจากยาเสพติดคือเสาหลักของยุทธศาสตร์ด้านยาเสพติด ในภูมิภาคนี้มีการตอบสนองการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างกว้างขวาง ในแต่ละปีมีความก้าวหน้าทางนโยบายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีการให้บริการในหลายรูปแบบซึ่งปรับให้เข้ากับความต้องการของผู้ใช้ยาเสพติด เป็นหนึ่งในไม่กี่ภูมิภาคที่มีความพร้อมของบริการลดอันตรายขั้นพื้นฐานในประเทศยุโรปตะวันตก ได้แก่ เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ สเปน สวีเดน สวิสเซอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร เป็นต้น การตอบสนองการลดอันตรายต่อการใช้แอมเฟตามีน สารกระตุ้น โคเคน และอนุพันธ์ของโคเคนและสารใหม่สารออกฤทธิ์ทางจิตในภูมิภาคนี้จะน้อยกว่าพวกสารจากฝิ่น อย่างไรก็ตาม ความท้าทายในการใช้งาน (Opioid Substitution Therapy [OST]) ยังคงมีอยู่ อุปสรรคในการลงทะเบียนทั่วภูมิภาค ได้แก่ ต้นทุน การติดตาม การเลือกปฏิบัติ ข้อจำกัดตามแนวทางทางคลินิก ภูมิศาสตร์ความเข้มข้นของบริการและในบางกรณี โดยได้มีการดำเนินการลดอันตราย (Cross-Cutting Harm Reduction Interventions) ในรูปแบบเข็มและกระบอกฉีดยา Needle and Syringe Programs (NSPs) การจัดห้องเสพยา Drug Consumption Rooms (DCRs) ที่อยู่อาศัยเพื่อลดอันตราย (Housing as Harm Reduction) ดูแลสุขภาพคนติดยา (Health Care for People Who Use Drugs) ลดอันตรายจากยาเสพติดในเรือนจำ (Harm Reduction in Prisons) และการตรวจสอบยาในยุโรปตะวันตกดำเนินการหลายวิธี รูปแบบที่แพร่หลายที่สุดคือการบริการตรวจสารเสพติดเคลื่อนที่

ในไนท์คลับและงานเทศกาล สำหรับหน่วยบริการในที่ตั้งก็จัดให้มีการเข้าถึงที่สะดวก เช่น The Drug Information and Monitoring System (DIMS) ในเนเธอร์แลนด์ก็มีการให้บริการทางไปรษณีย์ ซึ่งหน้าที่หลักของโครงการตรวจสอบสารเสพติด นอกจากบริการลดอันตรายโดยตรงให้กับผู้เสพยา ยังมี ส่วนในการเฝ้าระวังระดับชาติและระบบเตือนภัยล่วงหน้า เช่น DIMS ในเนเธอร์แลนด์ มี จุดประสงค์ในการเฝ้าติดตามตลาดยาใหม่และที่มีอยู่ จะออกคำเตือนเมื่อตรวจพบสารอันตราย รวมถึงการแบ่งปันข้อมูลเพื่อเผยแพร่คำเตือน

อีกทั้งประเทศแคนาดาให้ความสำคัญกับเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างมาก นอกจากจะมีโปรแกรมลดอันตรายจากยาเสพติดครอบคลุมแล้ว ยังมีบริการลดอันตรายจากยาเสพติดที่หลากหลายชนิด รวมถึงการสร้างแนวปฏิบัติที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะปรับปรุง ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดอันตราย ได้แก่ ลดการแพร่เชื้อ HIV HCV HBV และอันตรายอื่นๆ ปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการ ให้แนวทางการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรสำหรับการ ปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สนับสนุนทรัพยากรที่ดีกว่าในบริการลดอันตราย จัดทำ เกณฑ์มาตรฐานเพื่อประเมินบริการของตน ระบุเป้าหมายสำหรับการปรับปรุงโปรแกรมส่วนบุคคล และทั้งระบบ โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 1) การให้คำแนะนำแนวปฏิบัติในระดับชาติตาม หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการแจกจ่ายเข็มและอุปกรณ์ใช้สุบยา และการป้องกันการ ใช้ยาเกินขนาด 2) เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพ ได้แก่ การให้บริการแจกจ่าย (The Delivery of Needle and Syringe Program : NSP) โดยใช้รูปแบบการนำส่งโปรแกรมที่หลากหลาย เช่น แบบ ประจำที่ ร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่นในเรื่องสถานที่ให้บริการแบบประจำหน่วย การบริการแบบ รถเคลื่อนที่ การแจกจ่ายที่ร้านขายยา และเครื่องจำหน่ายสินค้าอัตโนมัติ การกระจายการเข้าถึงแบบ เพื่อนถึงเพื่อน และเครื่องจำหน่ายสินค้าอัตโนมัติ ที่สะดวกสำหรับผู้รับบริการในแง่ของภูมิศาสตร์ ที่ตั้ง (เช่น ในเมือง พื้นที่ชนบท) และช่วงเวลาของวัน และปรับให้เข้ากับกลุ่มประชากรย่อย

### 5.3.2 การอภิปรายผลการศึกษการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ขัดต่อแนวทางการแก้ไข ปัญหา

ในการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ขัดต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาคอร์มีการแก้ไข กฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ขัดต่อแนวทางการปฏิบัติ ควรเปิดช่องให้มีช่องทางให้มีการกำหนดแนวทางที่ เหมาะสมในการเปิดรับข้อคิดเห็นและนโยบายหรือการปฏิบัติจากชุมชนในการดำเนินการลด อันตรายจากยาเสพติด หรือมอบสิทธิให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับท้องถิ่นสามารถกำหนด

วิธีดำเนินการและตัวชี้วัดในการลดอันตรายจากยาเสพติดได้ด้วยตนเอง สร้างความชัดเจนในการกำหนดข้อกำหนดให้สอดคล้องการแนวทางลดอันตรายจากยาเสพติด เช่น การปรับปรุงบทกำหนดโทษสำหรับผู้ขายยาเสพติด เป็นต้น ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สามารถอภิปรายผลได้ว่าประเด็นการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ขัดต่อแนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยใช้แนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด เป็นแนวคิดใหม่ที่ผู้เชี่ยวชาญได้นำเสนอแนวทางในการกำหนดนโยบายว่าควรเปิดช่องให้มีช่องทางให้มีการกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในการเปิดรับข้อคิดเห็นและนโยบายหรือการปฏิบัติจากชุมชนในการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด หรือมอบสิทธิให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับท้องถิ่นสามารถกำหนดวิธีดำเนินการและตัวชี้วัดในการลดอันตรายจากยาเสพติดได้ด้วยตนเอง แต่ในการกำหนดนโยบายจากท้องถิ่นควรจัดให้มีการรอบดำเนินการกำหนดนโยบายที่สำคัญในการจัดทำนโยบาย ควรประกอบด้วย 3 แนวคิดดังต่อไปนี้ 1) แนวคิดสังคมปลอดยาเสพติด (Zero-tolerance/ Prohibition/Criminalization) 2) แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด (Decriminalization) และ 3) แนวคิดการทำให้ไม่ผิดกฎหมาย (Legalization) (มนัญญา ไวยัฒนา, 2553)

### 5.3.3 การอภิปรายผลการศึกษาการประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้

ในการประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้ ควรกำหนดให้มีการประชาสัมพันธ์และขอความร่วมมือจากสื่อมวลชนในการนำเสนอข่าว รวมไปถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายการแก้ปัญหายาเสพติดเป็นการลดอันตรายจากยาเสพติด ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สามารถอภิปรายผลได้ว่าประเด็นการประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้ เป็นข้อค้นพบเพิ่มเติมจากการสนทนากลุ่มเพื่อเป็นการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับการลดอันตรายจากยาเสพติดให้สังคมไทยในภาพรวมเข้าใจรูปแบบการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การสร้างทัศนคติที่ดีในการลดอันตรายจากยาเสพติด และยังคงสอดคล้องกับการตรวจสอบยาเสพติดในยุโรปตะวันตกดำเนินการหลายวิธีรูปแบบที่แพร่หลายที่สุดคือการบริการตรวจสอบยาเสพติดเคลื่อนที่ในไนท์คลับและงานเทศกาลสำหรับหน่วยบริการในที่ตั้งก็จัดให้มีการเข้าถึงที่สะดวก เช่น The Drug Information and Monitoring System (DIMS) ในเนเธอร์แลนด์ก็มีการให้บริการทางไปรษณีย์ด้วย ซึ่งมีหน้าที่หลักของโครงการตรวจสอบยาเสพติด นอกจากบริการลดอันตรายโดยตรงให้กับผู้เสพยา ยังมีส่วนในการเฝ้าระวังระดับชาติและระบบเตือนภัยล่วงหน้า เช่น DIMS ในเนเธอร์แลนด์ มีจุดประสงค์ในการเฝ้าติดตามตลาดยาใหม่และที่มีอยู่ จะออกคำเตือนเมื่อตรวจพบสารอันตราย รวมถึงการแบ่งปันข้อมูลเพื่อเผยแพร่คำเตือน

### 5.3.4 การอภิปรายผลการศึกษาการบูรณาการข้อมูล

ในการบูรณาการข้อมูล ควรกำหนดให้มีการบูรณาการข้อมูลผู้ขายเสพติดที่เข้ารับบริการลดอันตรายจากยาเสพติดให้หน่วยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทั้งผู้บังคับใช้กฎหมายและการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดเข้าถึงได้เช่นเดียวกัน ทั้งนี้จากข้อเท็จจริงดังกล่าว สามารถอภิปรายผลได้ว่าการบูรณาการข้อมูลในการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นจุดอ่อนอีกจุดหนึ่งในการดำเนินการนโยบายสำหรับการแก้ปัญหาเสพติดของประเทศไทย โดยสอดคล้องกับหลักในการแก้ไขปัญหาเสพติดในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหาเสพติดโลก ค.ศ. 2016 หรือ UNGASS 2016 (United Nation General Assembly Special Session) ระหว่างวันที่ 19-21 เมษายน 2559 ณ ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกาที่ประชุมสรุปแนวทาง 5 หัวข้อหลักในการแก้ไขปัญหาเสพติด ในส่วนของหัวข้อ ยาเสพติดและอาชญากรรมทุกประเทศยอมรับว่ายาเสพติดเป็นปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติ ที่ทุกส่วนต้องร่วมมือกันปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบและประสานงานข้ามพรมแดน โดยสิ่งสำคัญคือ การมีข้อมูลที่ทันสมัย การมีส่วนร่วมด้านข้อมูลต่างๆ การควบคุมสารตั้งต้น นอกจากนี้ ประเทศไทยยังได้เสนอเกี่ยวกับการตรวจพิสูจน์ สารเสพติดสำหรับการค้นหาแหล่งผลิตจากตราสัญลักษณ์และการตรวจพิสูจน์ความบริสุทธิ์ของยาเสพติด

### 5.3.5 โมเดลแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

โมเดลแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศไทย คือ หลักทริปเปิลอาร์ (Triple R) ประกอบด้วย การทบทวน (Review) การปรับปรุงแก้ไข (Remedy) และ การเปลี่ยนโฉม (Rebrand) เกิดจากข้อค้นพบการวิจัยในครั้งนี้และมีขอบเขตในการแก้ไขปัญหาเสพติดในส่วนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยกำหนดนโยบาย และผู้วางแนวทางปฏิบัติ เพื่อใช้เป็นกรอบในการกำหนดนโยบายในการแก้ไขปัญหาเสพติด ในช่วงเวลาที่ได้ทำการวิจัยในครั้งนี้ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.3.5.1 Review คือ การทบทวน รูปแบบ วิธีการ แนวทางในการแก้ไขปัญหาเสพติดด้วยการประเมินผลสัมฤทธิ์ในการบังคับใช้กฎหมาย หรือการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ในการวัด

ความคุ้มค่าของแนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในรูปแบบเดิม อีกทั้งยังต้องทบทวนความรู้ ทักษะ ทศนคติของผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติด เพื่อสังเคราะห์ความ จำเป็นในการปรับปรุงแก้ไข และกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ โดยใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติ หลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 ที่ให้ หน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบการบังคับใช้กฎหมายฉบับใด จะเป็นผู้รับผิดชอบการประเมินผล สัมฤทธิ์ของกฎหมายฉบับนั้น ทุก 5 ปี หรือ ที่เป็นไปตามกฎกระทรวงกำหนดและข้อยกเว้นตาม กฎหมาย (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2562)

ซึ่งแนวคิดการ Review หรือ ทบทวนรูปแบบ วิธีการ แนวทางในการแก้ไข ปัญหายาเสพติด สามารถอภิปรายผลได้ว่า ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยใช้นโยบายการทำสงคราม กับยาเสพติด ด้วยมาตรการทางกฎหมาย มากกว่ามาตรการทางด้านสาธารณสุข มุ่งปราบปรามยา เสพติดผิดกฎหมายแบบ “Zero-tolerance” โดยเน้นที่มาตรการการปราบปรามการผลิต และการเสพ ยาเสพติด ด้วยวิธีการลงโทษที่รุนแรงกับทุกกรณีที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดตั้งแต่การลงโทษด้วย การกักขังควบคุมตัวไปจนถึงการประหารชีวิต โดยการกำหนดโทษที่รุนแรง เพื่อมุ่งหวังจะขจัดยา เสพติดในสูญสิ้นหมดไป โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2546 ในช่วงรัฐบาลของอดีตนายกรัฐมนตรี พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร ซึ่งมีการประกาศ “สงครามยาเสพติด” การประกาศนโยบายยาเสพติด ดังกล่าวนี กลายเป็นจุดเปลี่ยนในการปราบปรามยาเสพติดและการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทย ด้วย วัตถุประสงค์ของนโยบายฯ ที่ต้องการลดจำนวนยาเสพติด และความต้องการการใช้ยาเสพติด พ.ต.ท.ทักษิณฯ ได้แถลงจุดยืนในการกวาดล้างยาเสพติดให้หมดไปจากทุกตารางนิ้วของประเทศ ไทยภายในเวลา 4 เดือน ซึ่งความสำเร็จ ที่ได้เกิดมาจากการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด รวมถึงการให้อำนาจพิเศษแก่ตำรวจและเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย ในการปฏิบัติหน้าที่ กรณีพบ เจอผู้ที่ต้องสงสัยว่าจะใช้ยาเสพติดหรือเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ส่งผลให้เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชน เป็นจำนวนมาก กลุ่มปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชน (Human Rights Watch) ได้รายงานว่ามีการ ละเมิดสิทธิมนุษยชนต่างๆ ในประเทศไทย รวมถึงการสนับสนุนการกระทำการรุนแรงกับผู้ต้อง สงสัยที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของรัฐบาล การวิสามัญฆาตกรรม การขึ้นบัญชีดำผู้ต้องสงสัยว่า เกี่ยวข้องกับยาเสพติดโดยไม่มีกระบวนการการตรวจสอบใดๆ การข่มขู่คุกคามสิทธิฯ ต่างๆ ของ ผู้ต้องหา และการละเมิดฯ และฝ่าฝืนกระบวนการทางกฎหมายโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ รวมถึงมีการฆ่า ดัดตอนกันในกลุ่มผู้ค้ายาเสพติดด้วยกัน เพื่อไม่ให้สืบสวนไปถึงต้นตอของผู้ค้ายาเสพติดรายใหญ่ มี ผู้หญิง เด็ก และผู้บริสุทธิ์เสียชีวิตไปหลายราย ตัวเลขจากการคาดการณ์พบว่ามีผู้เสียชีวิต 2,800 ราย และบาดเจ็บ 7,000 รายจากการประกาศสงครามยาเสพติด ซึ่งขณะนั้นได้รับการสนับสนุนอย่างมาก

(เวอร์จิเนีย แมคโดนัลด์ และสุภัทรา นาคะผิว, 2556) นโยบายการทำสงครามกับยาเสพติดดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขปัญหายาเสพติดได้อย่างยั่งยืน แม้ว่าการประกาศทำสงครามกับยาเสพติดในช่วงแรก ทำให้แนวโน้มการแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศลดลงได้อย่างชัดเจน แต่สถานการณ์ปัญหายาเสพติดที่ขยายวงกลับมีแนวโน้มของการลักลอบและนำเข้ายาเสพติดที่สูงขึ้น (การประชุมทวิภาคีว่าด้วยความร่วมมือด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2548) อีกทั้งยังส่งผลกระทบทางลบตามอีกมากมาย เช่น ปัญหาการปฏิบัติต่อผู้ติดยาเสพติด ปัญหาและผลกระทบจากการยึดทรัพย์ผู้ค้ายาเสพติด ปัญหาการจัดต่อหลักศาสนา ปัญหาต่อหลักนิติรัฐและกระบวนการยุติธรรม ปัญหาด้านการต่างประเทศ เป็นต้น (สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2546) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการทบทวนนโยบาย และปรับเปลี่ยนมุมมองต่อยาเสพติดใหม่

อีกทั้งควรมีการทบทวนความเชื่อที่ว่า การจับกุมและลงโทษรุนแรงจะข่มขู่ผู้กระทำผิดได้ นักวิชาการบางท่านจึงได้เสนอให้มีรักษาด้วยการใช้ยาทดแทนยาเสพติดแทนที่จะใช้กฎหมายบังคับซึ่งน่าจะให้ผลดีมากกว่า โดยนโยบาย/ เจตนารมณ์ของกฎหมาย ประเทศในแถบตะวันตกได้แก่ ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมนี โปรตุเกส รวมถึงอังกฤษและสหรัฐอเมริกา ยังคงนโยบายให้ยาเสพติดเป็นสิ่งผิดกฎหมาย แต่มีนโยบายที่ผ่อนปรนมากขึ้น นอกจากนี้ กลุ่มประเทศในทวีปยุโรป เช่น เยอรมนี ก่อนข้างเน้นกระบวนการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด (Harm Reduction) อย่างมาก นอกจากจะใช้เมธาโดนทดแทนการเสพยาเฮโรอีนแล้ว ยังมีมาตรการอื่นๆ อีก เช่น การแลกเปลี่ยนเข็มใหม่ ป้องกันการติดเชื้อ HIV การใช้เฮโรอีน โคลเคนในการบำบัดรักษา ทำให้เห็นว่าชาติตะวันตกค่อนข้างจะให้น้ำหนักในทางตัวแบบทางการแพทย์ (Medical Model) กับปัญหายาเสพติดมาก โดยมองผู้เสพยาเป็นผู้ป่วยมากกว่าจะเป็นอาชญากร ตรงกันข้ามกับประเทศทางฝั่งตะวันออกอย่างประเทศญี่ปุ่น ยังคงมีนโยบายมุ่งปราบปรามการเสพยาเสพติดอย่างหนักเป็นไปตามตัวแบบทางงานยุติธรรม (Justice Model) ที่เน้นการใช้กฎหมายนำหน้า โดยไม่ได้ใช้นโยบายลดทอนความผิดติดยาเสพติด (Decriminalization) หรือการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด (Harm Reduction) (ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์, 2556)

5.3.5.2 Remedy คือ การปรับปรุงแก้ไข เป็นกระบวนการหลังจากการประเมินผลสัมฤทธิ์ในการบังคับใช้กฎหมาย หรือการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ในการวัดความคุ้มค่าของแนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในรูปแบบเดิม และวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยวิธีการลดอันตรายจากยาเสพติด แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1) การปรับปรุงแก้ไขแนวการขับเคลื่อนนโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติด ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ควรมีการปรับปรุงแนวทางการกำหนดนโยบายให้มีการรับฟังความเห็นและเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นสามารถแก้ไขปัญหายาเสพติดในทุกมิติได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังมีความเห็นให้มีการใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการใช้ยาเสพติดอย่างเหมาะสมด้วยมีกรอบและมาตรวัดที่ชัดเจน โดยอาศัยอำนาจของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่กำหนดให้คณะกรรมการชุดดังกล่าว เสนอความเห็นต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้มีการปรับปรุงการปฏิบัติราชการหรืองาน แผนงาน หรือโครงการของหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่และอำนาจในการปฏิบัติการตามประมวลกฎหมายนี้ รวมทั้งการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติดอีกด้วย

2) การปรับปรุงแก้ไขโครงสร้างการบริหารจัดการทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติด อันประกอบด้วย ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ ข้อมูล ควรจัดโครงสร้างหน่วยงานรัฐขึ้นมาหน่วยงานหนึ่งโดยเฉพาะให้มีหน้าที่ในการจัดทำนโยบาย แผนงาน กำกับติดตาม ประเมินผลการลดอันตรายจากยาเสพติด เพื่อบริหารทรัพยากรต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการลดอันตรายจากยาเสพติด และทำหน้าที่การปรับปรุงแก้ไขแนวทางการประสานความร่วมมือ ทั้งการบูรณาการข้อมูลผ่านภาคีเครือข่ายเพื่อกระจายข่าวสาร สร้างการรับรู้ และเป็นหน่วยงานหลักในการรวบรวมข้อมูลของผู้เข้ารับบริการในการลดอันตรายจากยาเสพติดด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เข้าถึงและใช้งานได้ง่ายจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกัน รวมถึงการพัฒนาบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดให้มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และความชำนาญ ในการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 87 ได้กำหนดให้ตั้งกองทุนป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติดขึ้น ในสำนักงาน ป.ป.ส.มีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ในการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด จึงสามารถใช้งบประมาณในส่วนนี้การดำเนินการนี้สามารถใช้เงินงบประมาณจากกองทุนป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด

ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของ United Nations Office on Drug and Crime ที่ได้ให้ความหมายไว้ว่า การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) คือกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายเพื่อให้การกระทำความผิดที่เป็นอาชญากรรมถือว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ไม่มีความผิดทางอาญา (UNODC, 2007) และ

บัญญัติกฎหมายที่ทำให้คำนึงถึงการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) ซึ่งเป็นการลดทอนความผิดออกจากการกระทำที่ละเมิดกฎหมายอาญาและไม่ต้องถูกดำเนินคดีโดยกระบวนการยุติธรรมแต่ยังคงต้องรับการลงโทษทางบริหาร เช่น การเข้ารับการบำบัด หรือการเสียค่าปรับ (Greenwald, 2009) พร้อมทั้งดำเนินการกำหนดนโยบายที่ยกเลิกบทลงโทษทางอาญาจากการกระทำผิดบางอย่าง เช่น กรณีของยาเสพติดจะลดทอนความเป็นอาชญากรรมในกรณีที่ครอบครองยาเสพติดไว้ในปริมาณที่เล็กน้อยโดยไม่ต้องรับโทษทางอาญาหากแต่ยังต้องรับโทษทางปกครองอยู่ (Favpel et al., 2004) ให้มีบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจของผู้เสพหรือผู้ที่ครอบครองยาเสพติดในปริมาณน้อยที่มีไว้เพื่อใช้เสฟส่วนตัว (เรื่องสิทธิ เนตรนวลใย และคณะ, 2557)

โดยในการกำหนดนโยบายควรเปิดช่องให้มีช่องทางให้มีการกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในการเปิดรับข้อคิดเห็นและนโยบายหรือการปฏิบัติจากชุมชนในการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด หรือมอบสิทธิ์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับท้องถิ่นสามารถกำหนดวิธีดำเนินการและตัวชี้วัดในการลดอันตรายจากยาเสพติดได้ด้วยตนเอง แต่ในการกำหนดนโยบายจากท้องถิ่นควรจัดให้มีกรอบดำเนินการกำหนดนโยบายที่สำคัญในการจัดทำนโยบาย ควรประกอบด้วย 3 แนวคิดดังต่อไปนี้ 1) แนวคิดสังคมปลอดยาเสพติด (Zero-tolerance/Prohibition/Criminalization) 2) แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด (Decriminalization) และ 3) แนวคิดการทำให้ไม่ผิดกฎหมาย (Legalization) (มณัญญา ไวอัมภา, 2553)

5.3.5.3 Rebrand คือ การพลิกโฉม รูปแบบการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศไทย โดยทำให้การลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นแนวทางหลักใหม่ที่ใช้แก้ปัญหาเสพติดของไทย ให้มีรูปแบบการบริการที่หลากหลาย เข้าถึงการลดอันตรายจากยาเสพติดทุกกลุ่มที่ใช้ยาเสพติด และมีการดำเนินการที่ครอบคลุมทุกมิติ

1) ด้านยาเสพติด เป็นการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การให้ความรู้ด้านยาเสพติด การให้สารเมทาโดนบำบัด การป้องกันและการจัดการใช้ยาเกินขนาด การตรวจวิเคราะห์สารเสพติด ห้องบริโภคนยาที่ปลอดภัยหรือห้องสำหรับเสพยา ควบคู่ไปกับการลดการเข้าถึงยาเสพติดตามนโยบายที่เคยทำมา ในการกำหนดนโยบายยาเสพติดรูปแบบใหม่จะเป็นการดำเนินการที่อาศัยอำนาจของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่กำหนดให้คณะกรรมการชุดดังกล่าว เสนอความเห็นต่อ

คณะรัฐมนตรีเพื่อให้มีการปรับปรุงการปฏิบัติราชการหรืองาน แผนงานหรือโครงการของหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่และอำนาจในการปฏิบัติตามประมวลกฎหมายนี้ รวมทั้งการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยเน้นการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ส่วนใหญ่เป็นสารเสพติดประเภทสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน Amphetamine-Type Stimulants (ATS) การใช้สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (ATS) ในยุโรปตะวันตกมีการให้บริการลดอันตรายรูปแบบอื่นทดแทน ได้แก่ การใช้สารทดแทนทั้งแบบสารธรรมชาติ เช่น กัญชา กัต และใบโคคา และสารสังเคราะห์ เช่น โมดาฟินิลและเมทิลเฟนิเคต การแจกจ่ายอุปกรณ์การสูบบุหรี่ปลอดภัย การป้องกันการขาดน้ำและการจัดให้มีพื้นที่สงบ ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ในงานปาร์ตี้หรืองานเทศกาลเฉลิมฉลองต่างๆ ในอิตาลีมีบริการชุดอุปกรณ์ดมกลืนที่ปลอดภัยกว่า ได้แก่ กระดาษหลอดดูดที่ปลอดภัยกับทางเดินหายใจ หมากฝรั่งและขนมเพื่อป้องกันฟันบดมากเกินไป น้ำและน้ำผลไม้เพื่อป้องกันการขาดน้ำ อย่างไรก็ตามองค์การภาคประชาสังคมในโปรตุเกสและสหราชอาณาจักรรายงานว่า การลดอันตรายมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ที่ใช้ยา Opioids แต่สามารถกีดกันคนที่ฉีด ATS ไม่ให้เข้าถึง แสดงว่ามีความจำเป็นในการให้บริการลดอันตรายสำหรับผู้ที่ใช้ ATS โดยเฉพาะ

2) ด้านสุขภาพ แบ่งการบริการเป็น 2 ด้าน คือ 1) การให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดที่มีผลต่อสุขภาพกาย จัดให้มีโปรแกรมแจกเข็มและกระบอกฉีดยา การแจกกระบอกสูบบุหรี่ การตรวจเลือดและการให้คำปรึกษาโรคเอดส์ การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ การป้องกันและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การแจกถุงยางอนามัย การให้วัคซีนป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย และการรักษาไวรัสตับอักเสบบี การป้องกัน วัคซีนและรักษาวัณโรค 2) การให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดที่มีผลต่อสุขภาพจิต เป็นการให้การลดอันตรายจากยาเสพติดสำหรับผู้ที่ใช้ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวช โดยอาศัยอำนาจของคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามมาตรา 109 ของประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่มีอำนาจดำเนินการเกี่ยวกับการบำบัดรักษา ให้มีความสอดคล้องกับ โดยให้รายละเอียดการดำเนินการสามารถดำเนินการได้ ดังนี้

2.1) รูปแบบเข็มและกระบอกฉีดยา Needle and Syringe Programs (NSPs) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2014 ยุโรปตะวันตกดำเนินการทั่วประเทศ ยกเว้นตุรกีที่ยังขาดข้อมูลจากบางเมือง ในปัจจุบันประเทศส่วนใหญ่พบตัวเลขการใช้บริการที่เพิ่มขึ้น บริการเหล่านี้อยู่ในรูปแบบของการจำหน่ายเข็มฉีดยาตามร้านขายยา โปรแกรมการแลกเปลี่ยนเข็ม โปรแกรมการเข้าถึงผู้ติดยา และเครื่องจ่ายเข็มฉีดยาอัตโนมัติ (Syringe Dispensing Machines) รวมถึงอุปกรณ์ฉีด

ฆ่าเชื้อ เครื่องจ่ายเข็มฉีดยา (Syringe Dispensing Machines) มีจำหน่ายแล้วอย่างน้อย 7 ประเทศ ได้แก่ ไชปรัส เดนมาร์ก ฝรั่งเศส เยอรมนี ลักเซมเบิร์ก สวิตเซอร์แลนด์และสหราชอาณาจักร เป็นนวัตกรรมเครื่องมือที่เพิ่มขึ้นในการช่วยจำหน่ายกระบอกฉีดยา อำนวยความสะดวกเหมือนเครื่องขายของแต่มีค่าใช้จ่ายเล็กน้อยหรือไม่มีเลย ซึ่งพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพช่วยกลุ่มประชากรที่เข้าถึงอุปกรณ์ฉีดฆ่าเชื้อได้ยาก และด้วยระบบอัตโนมัติที่ไม่ต้องเปิดเผยตัวตนและการรักษาความลับให้มากขึ้นจึงเป็นที่ยอมรับในการลดการติดเชื้อด้วย

2.2) ห้องเสพยา Drug Consumption Rooms (DCRs) มีให้บริการ 8 ประเทศ ได้แก่ เบลเยียม เดนมาร์ก ฝรั่งเศส เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ สเปน และ สวิตเซอร์แลนด์ มีหลักฐานมากมายแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ด้านสุขภาพและสังคมของห้องเสพยา เพื่อตอบสนองต่อจำนวนผู้เสียชีวิตจากการเสพยา ลดความชุกของเชื้อ HIV ความกังวลเกี่ยวกับการฉีดในที่สาธารณะ และการทิ้งอุปกรณ์ฉีด แต่ยังคงเป็นนโยบายการโต้เถียงทางการเมืองในหลายประเทศในยุโรปตะวันตก

2.3) ที่อยู่อาศัยเพื่อลดอันตราย (Housing as Harm Reduction) มีความเชื่อมโยงระหว่างผู้ไร้บ้าน ความเป็นอยู่ที่ไม่ปลอดภัยซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ไร้บ้าน คนไร้บ้านไม่เพียงแต่เป็นผู้ไร้บ้าน แต่ยังเป็นผู้มีความเสี่ยงในพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การฉีดในที่สาธารณะ และการติดเชื้อ HIV การจัดหาที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนสำหรับคนไร้บ้าน และเป็น 1 ใน 8 เสาหลักของการลดอันตราย เริ่มดำเนินการแล้วใน 13 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย เบลเยียม เดนมาร์ก ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส ไอร์แลนด์ อิตาลี เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ โปรตุเกส สเปน สวีเดน และ สหราชอาณาจักร

2.4) ดูแลสุขภาพคนติดยา (Health Care for People Who Use Drugs) ประกอบด้วย (1) การจัดการกับไวรัสตับอักเสบบี (2) การจัดการกับวัณโรค (Tuberculosis) (3) การรักษา HIV และยาต้านไวรัส (HIV and Antiretroviral Therapy)

3) ด้านสังคม เป็นลดอันตรายจากยาเสพติดที่เกิดจากผู้ไร้บ้านเสพยาเสพติดสร้างความรุนแรงไปสู่สังคม ด้วยใช้แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation : CBTx) และลดอันตรายจากสังคมไปสู่ผู้ไร้บ้านเสพยาเสพติดด้วยการลดการตีตราผู้ไร้บ้านเสพยาเสพติด ให้การช่วยเหลือทางจิตสังคมและการเงิน การ

เข้าถึงบริการด้านกฎหมายและความยุติธรรม โปรแกรมเฉพาะสำหรับเด็กและเยาวชน การให้บริการแก่เพศที่อ่อนไหว การสนับสนุนด้านการศึกษา ฝึกออาชีพและการเงิน การให้การสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ เช่น บ้าน ที่พักพิง การจ้างงาน ที่ต้องใช้หน่วยงานภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และชุมชนร่วมกันให้โอกาสผู้ขายยาเสพติดได้เข้าถึงบริการ สอดคล้องกับประเทศทางฝั่งยุโรป เช่น เยอรมนี สเปน เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ โปรตุเกส สเปน สวิตเซอร์แลนด์ มีรูปแบบการให้บริการมากกว่าประเทศไทย รวมถึงการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดในเรือนจำด้วย ประกอบด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด 3 ด้าน คือ การสาธารณสุข การพัฒนา และความมั่นคงของมนุษย์ น่าจะเป็นคำตอบของการแก้ปัญหาเสพติด ทั้งในด้านการลดอันตราย (Harm Reduction) และความรุนแรงในตลาดการค้ายาเสพติด (Drug Market Violence) ได้อย่างยั่งยืน โดยผ่านการพัฒนา (UNDP, 2015) โดยพบว่ากระบวนการดำเนินคดีและการลงโทษ ในประเทศสหรัฐอเมริกา บางมณฑลตีตราว่าการเสพติดเป็นอาชญากรรม (ผู้เสพเป็นอาชญากร) บางมณฑลถือว่าผู้เสพเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาทางยา (Donald J. Cantor, 1961) ส่วนปัจจุบันบางรัฐกำหนดให้การเสพยาบางอย่างในปริมาณน้อย เช่น กัญชาเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย ในบางมณฑลของสหรัฐอเมริกา และแนวคิดของผู้พิพากษาในคดีได้เปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน โดยคณะทำงานของศาลฎีกามลรัฐ Massachusetts (Special Taskforce of Massachusetts Supreme Judicial Court) เสนอความเห็นว่าการใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดไม่ได้ผลเท่าที่ควร แต่ควรส่งเสริมการบำบัดรักษามากกว่าการฟ้องคดีการบัญญัติกฎหมายยาเสพติดเพื่อลงโทษผู้เสพเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการระงับยับยั้งการติดยา แต่จะต้องเข้าใจธรรมชาติของการติดยา (Nature of Addiction) ด้วย

## บทที่ 6

### สรุปและข้อเสนอแนะ

งานวิจัยเรื่อง “รูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด” สามารถสรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

#### 6.1 สรุปผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการนโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด

##### 6.1.1 สรุปผลการการศึกษาปัญหาและอุปสรรคด้านบทบัญญัติทางกฎหมาย การบังคับใช้ และการขับเคลื่อนนโยบาย

6.1.1.1 ประเด็นปัญหาและอุปสรรคในการตีความบทบัญญัติทางกฎหมายและการบังคับใช้ พบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีความเห็นว่าปัญหาในการปฏิบัติงานเกิดขึ้นจากการตีความการลดอันตรายจากยาเสพติดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ ประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน อันเป็นผลมาจากการที่ไม่ได้มีการบัญญัตินิยามและแนวทางในการดำเนินการของการลดอันตรายจากยาเสพติดที่เฉพาะเจาะจงไว้ในประมวลกฎหมายยาเสพติด และส่งผลต่อมาตรฐานในการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยสามารถจำแนกรายละเอียดเป็น 2 ส่วนได้ดังนี้

1) ปัญหาการตีความการลดอันตรายจากยาเสพติดที่แตกต่างจากการที่ไม่ได้มีการบัญญัตินิยามและแนวทางในการดำเนินการของการลดอันตรายจากยาเสพติดที่เฉพาะเจาะจงไว้ในประมวลกฎหมายยาเสพติด หรือ อนุบัญญัติซึ่งอาศัยอำนาจจากประมวลกฎหมายยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยการไม่ได้บัญญัตินิยามหรือกรอบการดำเนินการไว้ ก่อให้เกิดปัญหาการรูปแบบการดำเนินการของการลดอันตรายจากยาเสพติดมีการดำเนินการได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ ประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน และส่งผลต่อมาตรฐานในการดำเนินการ

2) ปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมาย พบว่า หลังจากมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ได้เกิดปัญหาในห้วงเวลาที่ยังไม่มีกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานบางหน่วยงานด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดและภาคีเครือข่ายเกิดความไม่ชัดเจนในการดำเนินงานคัดกรองและส่งต่อผู้เข้ายาเสพติด บางหน่วยบริการต้องยุติการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพราะไม่มั่นใจในนโยบาย

6.1.1.2 ประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนนโยบาย พบว่า ไม่มีการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนนโยบายภายใต้การดำเนินการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ โดยกลไกการขับเคลื่อนนโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นการดำเนินการในรูปแบบของคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ โดยไม่มีการกล่าวถึงแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม ซึ่งได้กำหนดให้มีจุดเน้นการปฏิบัติในการตรวจสอบ ควบคุมการนำเข้าและส่งออกสารตั้งต้นและเคมีภัณฑ์ที่นำไปใช้ในกระบวนการผลิต การสืบสวนขยายผล ทำลายเครือข่ายนักค้ายาเสพติด และยึด อาชดทรัพย์สิน หรือดำเนินการเชิงรุกที่มุ่งเน้นการป้องกันปราบปรามเป็นหลัก และไม่ได้กำหนดแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างชัดเจน และนำไปสู่การปฏิบัติไม่ได้

#### 6.1.2 สรุปผลการการศึกษาปัญหาและอุปสรรคด้านการบริหารจัดการและควบคุมมาตรฐาน

6.1.2.1 ประเด็นปัญหาและอุปสรรคด้านการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นบุคลากรจากหลากหลายหน่วยงาน หลากหลายสาขาวิชาชีพ และมีมุมมองที่หลากหลายแตกต่างกัน ทำให้ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติในการลดอันตรายจากยาเสพติดไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน บุคลากรที่มีหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการลดอันตรายจากยาเสพติดก็มีความแตกต่างกัน อีกทั้งบุคลากรด้านการบังคับใช้กฎหมายมีความรู้ความเข้าใจในการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติดในระดับต่ำ ทำให้การดำเนินการอื่นใดที่เป็นแนวทางใหม่ไม่ไปสู่การปฏิบัติ

6.1.2.2 ประเด็นปัญหาและอุปสรรคด้านการกำกับควบคุมและการสร้างมาตรฐานในการดำเนินการ พบว่า มีการดำเนินการเฉพาะการรายงานผลการดำเนินการตามวงรอบ ในด้านของการควบคุมมาตรฐานการดำเนินการของศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure) การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยเดียว และยังไม่ถูกนำไปปฏิบัติหรือเข้าถึงได้จากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

### 6.1.3 ปัญหาและอุปสรรคด้านการบูรณาการความร่วมมือ

6.1.3.1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญชี้ให้เห็นถึงปัญหาเชิงโครงสร้างในการบูรณาการความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดว่าขาดเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการอย่างบูรณาการ ในปัจจุบันเป็นการดำเนินการแบบต่างคนต่างทำตามความคิด ตามประสบการณ์ในแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เคยดำเนินการ นำไปสู่ปัญหาด้านต่าง ๆ ในการบริหารจัดการ เช่น ปัญหาการเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำของผู้รับการบำบัดรักษา

6.1.3.2 จัดกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มของผู้บำบัดยาเสพติดที่เกิดขึ้นจะเป็นการเสริมสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ให้กับกลุ่มผู้บำบัดยาเสพติด และทำให้การเข้าถึงยาเสพติดสำหรับผู้เข้ารับกิจกรรมบำบัดเป็นไปได้ง่ายขึ้น เป็นเหมือนการสร้างเครือข่ายของผู้ใช้ยาเสพติดให้มีความแข็งแรงขึ้นสามารถ

## 6.2 สรุปผลการศึกษารูปแบบการแก้ปัญหายาเสพติด ด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด

### 6.2.1 สรุปผลการศึกษาเปรียบเทียบการลดอันตรายจากยาเสพติดของไทยและต่างประเทศ

ในการเปรียบเทียบการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่เป็นผู้ให้ข้อมูลจากฝั่งสาธารณสุขและด้านประชาสังคมที่ปฏิบัติหน้าที่โดยตรง ซึ่งส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าผู้ใช้นายาเสพติดของไทยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการบริการทางสาธารณสุขจะเป็นผู้ใช้ยาไอซ์และยาบ้าเป็นหลัก ผู้ใช้ฝิ่นหรือเฮโรอีนมีจำนวนน้อยมากทำให้การลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศไทยมีลักษณะที่แตกต่างจากต่างประเทศโดยสิ้นเชิง

## 6.2.2 สรุปผลการศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหและอุปสรรคด้านบทบัญญัติทางกฎหมาย การบังคับใช้ และการขับเคลื่อน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีความเห็นพ้องต้องกันว่าคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดสามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยกำหนัดให้มีกำหนดนิยามการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ชัดเจน มีการกำหนดกรอบการดำเนินการที่ชัดเจน และให้มีการกำหนดขอบเขตการดำเนินการของการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างเหมาะสม กรอบคลุมการลดอันตรายจากยาเสพติดทุกประเภท ไม่เฉพาะยาเสพติดที่ใช้การฉีดเข้าเส้น แต่เน้นการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติดด้วยแนวคิดที่เป็นเนื้อหาหลักของอันตรายจากยาเสพติดทุกด้านของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกัยาเสพติด

## 6.2.3 สรุปผลการศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหและอุปสรรคด้านบริหารจัดการและควบคุมมาตรฐาน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ข้อเสนอแนะควรจัดให้มีการเข้าถึงการเรียนรู้จากกระทรวงสาธารณสุข รวมไปถึงการให้แรงจูงใจในการเรียนรู้ รวมถึงการเข้าถึงกองทุนป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ที่จัดตั้งขึ้นในสำนักงาน ป.ป.ส. เพื่อขอรับทุนสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติดในทุกภาคส่วนอีกด้วย

## 6.2.4 สรุปผลการศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหและอุปสรรคด้านการบูรณาการความร่วมมือ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ความเห็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันว่า ควรจัดให้มีเวทีในการพูดคุยประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ เพื่อซักซ้อมความเข้าใจและการประสานงานอย่างไรร้อยต่อ และจัดให้มีการบูรณาการข้อมูลทีสมบูรณ์ ซึ่งปัจจุบันนี้หน่วยงานของรัฐและภาคประชาสังคมได้จัดทำฐานข้อมูลไว้บ้างแล้ว ก็จะช่วยให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### 6.3 สรุปผลการศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด

ผลการศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นการจัดสนทนากลุ่มโดยเชิญผู้เกี่ยวข้องประกอบไปด้วย นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ระดับผู้บริหาร และผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด รวม 8 คน เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

#### 6.3.1 สรุปผลการศึกษาการกำหนดมุมมองในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

ในการกำหนดมุมมองในการแก้ไขปัญหายาเสพติดควรกำหนดมุมมองต่อแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดที่เป็นเนื้อหาหลักของอันตรายจากยาเสพติดทุกมิติของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่ส่งผลต่อผู้ใช้น้ำยาเสพติด คือการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต กำหนดมุมมองในการลดอันตรายของยาเสพติดที่มีต่อสังคม ชุมชน รวมถึงกำหนดมุมมองของการอันตรายจากยาเสพติดที่ส่งผลต่อผู้บังคับใช้กฎหมาย การบังคับใช้กฎหมายหรือกระบวนการที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยการเปรียบเทียบกับแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดของต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จ

#### 6.3.2 สรุปผลการศึกษาการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ขัดต่อแนวทางการแก้ไขปัญหายา

ในการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ขัดต่อแนวทางการแก้ไขปัญหายา ควรมีการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ขัดต่อแนวทางการปฏิบัติ ควรเปิดช่องให้มีช่องทางในการกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในการเปิดรับข้อคิดเห็นและนโยบาย หรือการปฏิบัติจากชุมชนในการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด หรือมอบสิทธิให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับท้องถิ่นสามารถกำหนดวิธีดำเนินการและตัวชี้วัดในการลดอันตรายจากยาเสพติดได้ด้วยตนเอง สร้างความชัดเจนในการกำหนดข้อกฎหมายให้สอดคล้องการแนวทางลดอันตรายจากยาเสพติด เช่น การปรับปรุงบทกำหนดโทษสำหรับผู้ใช้น้ำยาเสพติด เป็นต้น

### 6.3.3 สรุปผลการศึกษาการประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้

ในการประชาสัมพันธ์และสร้างการรับรู้ ควรกำหนดให้มีการประชาสัมพันธ์และขอความร่วมมือจากสื่อมวลชนในการนำเสนอข่าว รวมไปถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด

### 6.3.4 สรุปผลการศึกษาการบูรณาการข้อมูล

ในการบูรณาการข้อมูล ควรกำหนดให้มีการบูรณาการข้อมูลผู้ค้ายาเสพติดที่เข้ารับบริการลดอันตรายจากยาเสพติดให้หน่วยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทั้งผู้บังคับใช้กฎหมายและผู้ให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดเข้าถึงได้เช่นเดียวกัน

### 6.3.5 สรุปโมเดลในแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

โมเดลแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศไทย คือ หลักทริปเปิลอาร์ (Triple R) ประกอบด้วย การทบทวน (Review) การปรับปรุงแก้ไข (Remedy) และ การเปลี่ยนโฉม (Rebrand) เกิดจากข้อค้นพบการวิจัยในครั้งนี้ และมีขอบเขตในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในส่วนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยกำหนดนโยบาย และผู้วางแนวทางปฏิบัติ เพื่อใช้เป็นกรอบในการกำหนดนโยบายในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ในช่วงเวลาที่ได้ทำการวิจัยในครั้งนี้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.3.5.1 Review คือ การทบทวน รูปแบบ วิธีการ แนวทางในการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการประเมินผลสัมฤทธิ์ในการบังคับใช้กฎหมาย หรือการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ในการวัดความคุ้มค่าของแนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในรูปแบบเดิม อีกทั้งยังต้องทบทวนความรู้ ทักษะ ทศนคติของผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติด เพื่อสังเคราะห์ความจำเป็นในการปรับปรุงแก้ไข และกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ โดยใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 ที่ให้หน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบการบังคับใช้กฎหมายฉบับใดเป็นผู้รับผิดชอบการประเมินผลสัมฤทธิ์

ของกฎหมายฉบับนั้นทุก 5 ปี หรือเป็นไปตามกฎกระทรวงกำหนดและข้อยกเว้นตามกฎหมาย (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2562)

6.3.5.2 Remedy คือ การปรับปรุงแก้ไข เป็นกระบวนการหลังจากการประเมินผลสัมฤทธิ์ในการบังคับใช้กฎหมาย หรือการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ในการวัดความคุ้มค่าของแนวทางการแก้ไขปัญหาเสพติดในรูปแบบเดิม และวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาเสพติดด้วยวิธีการลดอันตรายจากยาเสพติด แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1) การปรับปรุงแก้ไขแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติด ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ควรมีการปรับปรุงแนวทางการกำหนดนโยบายให้มีการรับฟังความเห็นและเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นสามารถแก้ไขปัญหาเสพติดในทุกมิติได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังมีความเห็นให้มีการใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการใช้ยาเสพติดอย่างเหมาะสม ด้วยการมีกรอบและมาตรวัดที่ชัดเจน โดยอาศัยอำนาจของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่กำหนดให้คณะกรรมการชุดดังกล่าว เสนอความเห็นต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้มีการปรับปรุงการปฏิบัติราชการหรืองานแผนงานหรือโครงการของหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่และอำนาจในการปฏิบัติการตามประมวลกฎหมายนี้ รวมทั้งการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด

2) การปรับปรุงแก้ไขโครงสร้างการบริหารจัดการทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติด อันประกอบด้วยทรัพยากรบุคคล งบประมาณ ข้อมูล ควรจัดโครงสร้างหน่วยงานรัฐขึ้นมาหน่วยงานหนึ่งโดยเฉพาะ ให้มีหน้าที่ในการจัดทำนโยบาย แผนงาน กำกับติดตาม ประเมินผลการลดอันตรายจากยาเสพติด เพื่อบริหารทรัพยากรต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการลดอันตรายจากยาเสพติด และทำหน้าที่ในการปรับปรุงแก้ไขแนวทางการประสานความร่วมมือ ทั้งการบูรณาการข้อมูล ผ่านภาคีเครือข่ายเพื่อกระจายข่าวสาร สร้างการรับรู้ และเป็นหน่วยงานหลักในการรวบรวมข้อมูลของผู้เข้ารับบริการในการลดอันตรายจากยาเสพติดด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เข้าถึงและใช้งานได้ง่ายจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกัน รวมถึงการพัฒนาบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดให้มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และความชำนาญ ในการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 87 ได้กำหนดให้ตั้งกองทุนป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติดขึ้นในสำนักงาน

ป.ป.ส. มีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ในการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด จึงสามารถใช้งบประมาณในส่วนนี้จากกองทุนป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติดได้

6.3.5.3 Rebrand คือ การพลิกโฉม รูปแบบการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด ของประเทศไทย โดยทำให้การลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นแนวทางหลักใหม่ที่ใช้แก้ปัญหายาเสพติดของไทย ให้มีรูปแบบการบริการที่หลากหลาย เข้าถึงการลดอันตรายจากยาเสพติดทุกกลุ่มที่ใช้ยาเสพติด และมีการดำเนินการที่ครอบคลุมทุกมิติ

1) ด้านยาเสพติด เป็นการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การให้ความรู้ด้านยาเสพติด การให้สารเมทาโดนบำบัด การป้องกันและการจัดการใช้ยาเกินขนาด การตรวจวิเคราะห์สารเสพติด ห้องบริโภคนยาที่ปลอดภัยหรือห้องสำหรับเสพยา ควบคู่ไปกับการลดการเข้าถึงยาเสพติด ตามนโยบายที่เคยทำมาในการกำหนดนโยบายยาเสพติดรูปแบบใหม่จะเป็นการดำเนินการที่อาศัยอำนาจของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่กำหนดให้คณะกรรมการชุดดังกล่าว เสนอความเห็นต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้มีการปรับปรุงการปฏิบัติราชการหรืองาน แผนงานหรือโครงการของหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่และอำนาจในการปฏิบัติการ ตามประมวลกฎหมายนี้ รวมทั้งการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยเน้นการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ส่วนใหญ่เป็นการสารเสพติดประเภทสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตตามีนที่นิยมเสพยาอย่างแพร่หลายในประเทศไทย โดยยึดรูปแบบการลดอันตรายจากยาเสพติดในยุโรปตะวันตกมีการให้บริการลดอันตรายรูปแบบอื่นทดแทน ได้แก่ การใช้สารทดแทนทั้งแบบสารธรรมชาติ เช่น กัญชา กัด และใบโคคา และสารสังเคราะห์ เช่น โมดาฟินิลและเมทิลเฟนิเดต การแจกจ่ายอุปกรณ์การสูบที่ปลอดภัย การป้องกันการขาดน้ำและการจัดให้มีพื้นที่สงบ ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ในงานปาร์ตี้หรืองานเทศกาลเฉลิมฉลองต่างๆ ในอิตาลีมีบริการชุดอุปกรณ์ดมกลิ่นที่ปลอดภัยกว่า ได้แก่ กระดาษ หลอดดูดที่ปลอดภัยกับทางเดินหายใจ หมากฝรั่งและขนมเพื่อป้องกันฟันบดมากเกินไป น้ำและน้ำผลไม้เพื่อป้องกันการขาดน้ำ อย่างไรก็ตามองค์การภาคประชาสังคมในโปรตุเกสและสหราชอาณาจักรรายงานว่าเน้นการลดอันตรายสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ที่ใช้ยา Opioids สามารถกีดกันคนที่ฉีด ATS ไม่ให้เข้าถึง แสดงว่ามีความจำเป็นในการให้บริการลดอันตรายสำหรับผู้ที่ใช้ ATS โดยเฉพาะ

2) ด้านสุขภาพ แบ่งการบริการเป็น 2 ด้าน คือ (1) การให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดที่มีผลต่อสุขภาพกาย จัดให้มีโปรแกรมแจกเข็มและกระบอกฉีดยา การแจกกระบอกสูบยา การตรวจเลือดและการให้คำปรึกษาโรคเอดส์ การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ การป้องกัน และการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การแจกถุงยางอนามัย การให้วัคซีนป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยและการรักษาไวรัสตับอักเสบบี การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค (2) การให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดที่มีผลต่อสุขภาพจิต เป็นการให้การลดอันตรายจากยาเสพติดสำหรับผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวช โดยอาศัยอำนาจของคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดตามมาตรา 109 ของประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่มีอำนาจดำเนินการเกี่ยวกับการบำบัดรักษา

3) ด้านสังคม เป็นลดอันตรายจากยาเสพติดที่เกิดจากผู้ติดยาเสพติดสร้างความรุนแรงไปสู่สังคม ด้วยใช้แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation : CBTx) และลดอันตรายจากสังคมไปสู่ผู้ติดยาเสพติดด้วยการลดการตีตราผู้ติดยาเสพติด ให้การช่วยเหลือทางจิตสังคมและการเงิน การเข้าถึงบริการด้านกฎหมายและความยุติธรรม โปรแกรมเฉพาะสำหรับเด็กและเยาวชน การให้บริการแก่เพศที่อ่อนไหว การสนับสนุนด้านการศึกษา ฝึกอาชีพและการเงิน การให้การสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ เช่น บ้าน ที่พักพิง การจ้างงาน ที่ต้องใช้หน่วยงานภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และชุมชนร่วมกันให้โอกาสผู้ติดยาเสพติดได้เข้าถึงบริการ

โดยสามารถสรุปรูปแบบโมเดลแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) เป็นรูปภาพ (Infographic) ตามรูปที่ 6.1 ดังนี้



รูปที่ 6.1 แสดงรูปแบบโมเดลแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติด  
ด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

## 6.4 ข้อเสนอแนะ

### 6.4.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการ

6.4.1.1 ควรจัดโครงการหน่วยงานรัฐขึ้นมาหน่วยงานหนึ่งโดยเฉพาะให้มีหน้าที่ในการจัดทำนโยบาย แผนงาน กำกับ ติดตาม ประเมินผลการลดอันตรายจากยาเสพติด เพื่อบริหารทรัพยากรต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการลดอันตรายจากยาเสพติด และทำหน้าที่การปรับปรุงแก้ไขแนวทางการประสานความร่วมมือ ทั้งการบูรณาการข้อมูล ผ่านภาคีเครือข่ายเพื่อกระจายข่าวสาร สร้างการรับรู้ และเป็นหน่วยงานหลักในการรวบรวมข้อมูลของผู้ใช้บริการบริการในการลดอันตรายจากยาเสพติดด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เข้าถึงและใช้งานได้ง่ายจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกัน

6.4.1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีการทบทวน รูปแบบ วิธีการ แนวทางในการแก้ไขปัญหาเสพติดด้วยการประเมินผลสัมฤทธิ์ในการบังคับใช้กฎหมาย หรือการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ในการวัดความคุ้มค่าของแนวทางการแก้ไขปัญหาเสพติดในรูปแบบเดิม อีกทั้งยังต้องทบทวนความรู้ ทักษะ ทักษะของผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติด เพื่อสังเคราะห์ความจำเป็นในการปรับปรุงแก้ไข และกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ

6.4.1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการแก้ไขระเบียบ ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องที่ขัดต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ควรเปิดช่องให้มีช่องทางในการกำหนดแนวทางที่เหมาะสมในการเปิดรับข้อคิดเห็นและนโยบาย หรือการปฏิบัติจากชุมชนในการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด หรือมอบสิทธิ์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับท้องถิ่นสามารถกำหนดวิธีดำเนินการและตัวชี้วัดในการลดอันตรายจากยาเสพติดได้ด้วยตนเอง สร้างความชัดเจนในการกำหนดข้อกฎหมายให้สอดคล้องการแนวทางลดอันตรายจากยาเสพติด เช่น การปรับปรุงบทกำหนดโทษสำหรับผู้ค้ายาเสพติด เป็นต้น

6.4.1.4 ควรมีการปรับปรุงแนวทางการกำหนดนโยบายให้มีการรับฟังความเห็น และเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นสามารถแก้ไขปัญหาเสพติดในทุกมิติได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังมีความเห็นให้มีการใช้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของการใช้ยาเสพติดอย่างเหมาะสมด้วยการมีกรอบและมาตรวัดที่ชัดเจน

## 6.4.2 ข้อเสนอเชิงเทคนิคและการปฏิบัติการ

6.4.2.1 ควรจัดให้มีเวทีในการพูดคุยประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ เพื่อซักซ้อมความเข้าใจและการประสานงานอย่างไร้รอยต่อ เพื่อประโยชน์ต่อการลดอันตรายจากยาเสพติด

6.4.2.2 ควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์เชิงรุก ร่วมถึงการณรงค์เชิงรุกเพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐ ภาคประชาสังคม ชุมชน และประชาชนทั่วไป ได้รับรู้ และเข้าใจถึงความสำคัญของการลดอันตรายจากยาเสพติด

## 6.4.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

เนื่องจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาปัญหาและอุปสรรค รวมถึงรูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดผ่าน โมเดลแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหายาเสพติด ด้วยการลดอันตรายจากยาเสพติดของประเทศไทย ด้วยการใช้หลัก หลักทริปเปิลอาร์ (Triple R) ประกอบด้วย Review (การทบทวน) Remedy (การปรับปรุงแก้ไข) และ Rebrand (การเปลี่ยนโฉม) โดยโมเดลดังกล่าวเกิดจากข้อค้นพบการวิจัยในครั้งนี้ และมีขอบเขตในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในส่วนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในการลดอันตรายจากยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยกำหนดนโยบาย และผู้วางแนวทางปฏิบัติ เพื่อใช้เป็นกรอบในการกำหนดนโยบายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในช่วงเวลาที่ได้ทำการวิจัยในครั้งนี้

## 6.4.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

6.4.4.1 ควรดำเนินการศึกษา การทบทวน รูปแบบ วิธีการ แนวทางในการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการประเมินผลสัมฤทธิ์ในการบังคับใช้กฎหมาย หรือการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ ในการวัดความคุ้มค่าของแนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในรูปแบบเดิม อีกทั้งยังต้องทบทวนความรู้ ทักษะ ทศนคติของผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากยาเสพติด เพื่อสังเคราะห์ความจำเป็นในการปรับปรุงแก้ไข และกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ โดยใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ.

## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวทางการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด (*Harm Reduction*).  
สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2562). พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (ฉบับปลดล็อกกัญชา). สืบค้น  
จาก <https://www.thaidmh-elibrary.org/content/7561>
- กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวสังเกต 7 สัญญาณเตือนเฝ้าระวัง-อยู่ร่วมผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงจากยาเสพติด. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29768>.
- กิตติพงษ์ กิตยารักษ์. (2552). การคุมประพฤติในประเทศไทย: สามสิบปีแห่งการ “คืนคนดีสู่สังคม” ใน คุม ประพฤติ 30 ปี. กรุงเทพฯ: กรมคุมประพฤติ.
- เกษมสานต์ โชติชาครพันธุ์, อานุภาพ รักษ์สุวรรณ, ปรีชญาน์ นักพ็อน, สืบสกุล เข้มทอง, โกสินทร์  
เดชะนิยม, กะเมอ มณีเทพ, และธีรศักดิ์ ผสมทรัพย์. (2560). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์  
เรื่อง โครงการประเมินผลการดำเนินงาน ตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไข  
ปัญหาเสพติด. สืบค้นจาก <https://www.nccd.go.th/upload/news/ooo.pdf>.
- ข่าวสดออนไลน์. (2562). ผลผลิตฝิ่นของโลกพุ่งทำสถิติใหม่ ขณะการเสพยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์  
เพิ่มขึ้นทั่วโลก. สืบค้นจาก [https://www.khaosod.co.th/bbc-thai/news\\_1267358](https://www.khaosod.co.th/bbc-thai/news_1267358)
- จุฬารัตน์ เอื้ออำนาย และคณะ. (2553). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การพัฒนารอบแนวทางการวิจัย  
ชุด โครงการกระบวนการยุติธรรมทางเลือกในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ  
ยุติธรรม.
- ชาญชัย ชงพานิช. (2562). การบำบัดรักษาผู้ติดกัญชา. วารสารกรมการแพทย์, 44(1), 5-6.
- ไชยา ยิมวิไล. (2560). นโยบายสาธารณะ-นโยบายปฏิรูปประเทศไทย. สืบค้นจาก  
<https://siamrath.co.th/n/23896>
- ณกรณ์ กิติธนเดชาพล. (2556). มาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติด  
(Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, กรุงเทพฯ.
- ณัฐเมธี สัยเวช. (2560). แนวทางการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด ว่าด้วยผล  
การศึกษาจาก 5 ประเทศในยุโรป. สืบค้นจาก <https://thaipublica.org/2017/01/natmaytee-01/>
- ธวัช ลาพิณี. (2564). ระบบการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย. สืบค้นจาก  
<https://www.sdte.go.th/paper/14>
- ธีรเดช พรหมวาส, และธานี วรภัทร. (2560). การยกเลิกความผิดอาญา : ศึกษากรณีผู้เสพยาเสพติด.  
วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 5(2), 275-283.
- นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์. (2563). การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (*Harm Reduction*). สืบค้นจาก  
[https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho\\_web/document/180917153716747776.pdf](https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/180917153716747776.pdf)

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- นันทร์พัช ไซยอัครพงศ์. (2555). นโยบายและมาตรการทางเลือกในคดียาเสพติด: ศึกษาเฉพาะกรณีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Unpublished Master's thesis). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- นันทร์พัช ไซยอัครพงศ์. (2556). การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด: กรณีศึกษา นโยบายและมาตรการทางเลือกในต่างประเทศ. วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย, 5(3), 213-239.
- ประทุม รอดประเสริฐ. (2547). นโยบายและการวางแผนงานหลักการและทฤษฎี (พิมพ์ครั้งที่ 8). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปรีชญาณ์ นักพ่อน. (2559). โครงการประเมินการดำเนินงานตามมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ค้ายาเสพติดด้วยวิธีการนัด. วารสารการเมืองการปกครอง ธรรมาภิบาล (Good Governance), 6(2), 394-412.
- พรชัย ขันดี, จอมเดช ศรีเมฆ, และกฤษฎพงศ์ พุทธะกุล. (2558). ทฤษฎีอาชญาวิทยา : หลักการงานวิจัย และนโยบายประยุกต์. กรุงเทพฯ: ส.เจริญการพิมพ์.
- พรเทพ พิศาลเมธี. (2557). กรณีศึกษาการให้โอกาสผู้ติดยาเสพติดที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบังคับตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม.
- พลสุข หิงคานนท์. (2540). การพัฒนารูปแบบการจัดองค์การของวิทยาลัยพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (Unpublished Doctoral dissertation). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- มนัญญา ไวอัมภา. (2553). การลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติด: มิติการพัฒนาที่ใครได้ประโยชน์. วารสารสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 26(2), 18.
- มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี คณะพยาบาลศาสตร์. (2559). รูปแบบการป้องกันยาเสพติดโดยใช้มัสยิดเป็นศูนย์กลาง: กรณีศึกษาชุมชนมัสยิดบ้านเหนือ ตำบลคูเต่า อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และชุมชนมัสยิดบ้านลุ่ม ตำบลปะเสยะวอ อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รัตนะ บัวสนธ์. (2556). วิจัยเชิงคุณภาพการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ราชกิจจานุเบกษา. (2564ก). ประมวลกฎหมายยาเสพติด. เล่ม 138 ตอนที่ 73 ก วันที่ประกาศใช้ 8 พฤศจิกายน 2564.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2564ข). พระราชบัญญัติ ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. เล่ม 138 ตอนที่ 73 ก วันที่ประกาศใช้ 8 พฤศจิกายน 2564.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- ราชกิจจานุเบกษา. (2565ก). ประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจัดตั้งและรับรองคุณภาพศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม พ.ศ. 2565. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 197 ง วันที่ประกาศใช้ 24 สิงหาคม 2565.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2565ข). ประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการคัดกรอง การบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและการประเมินผลการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2565. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 197 ง วันที่ประกาศใช้ 24 สิงหาคม 2565.
- เรืองสิทธิ์ เนตรนวลไย, ชีรวัฒน์ นิเจนตร, สุธัญ ภู่ง, สุธาสิณี บุญญาพิทักษ์, และดรณี ภูขาว. (2557). กระบวนการเข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อเลิกใช้ยาบ้าด้วยความสมัครใจของเยาวชน ไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย, 19(2), 36-44.
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์. (2563). ข้อมูลสถิติ. สืบค้นจาก [http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=2&id=9&Itemid=53](http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=2&id=9&Itemid=53)
- วรพล หนู่น. (2556). การลดอันตราย (Harm reduction) และแนวทางการลดอุปสงค์ (Demand reduction) ยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาเสพติดในประเทศไทย. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 1(3), 1-16.
- วาโร เฟิงสวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, 2(4), กรกฎาคม – ธันวาคม 2553.
- วิจิตร ศรีสอ้าน และทองอินทร์ วงศ์โสธร. (2551) “แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับนโยบาย” ใน ประมวลสาระชุดวิชานโยบายและการวางแผนการศึกษา หน่วยที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วิโรจน์ วีรัชย์. (2553). รายงานการศึกษาส่วนบุคคล เรื่อง นโยบายลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ทางเลือกใหม่ของประเทศไทย. สืบค้นจาก [www.mfa.go.th/dvifa/contents/filemanager/files/nbt/IS2.html](http://www.mfa.go.th/dvifa/contents/filemanager/files/nbt/IS2.html)
- วิโรจน์ สารรัตน์. (2556). การวิจัยเชิงนโยบายแบบมีส่วนร่วม. สืบค้นจาก <http://phd.mbuisc.ac.th/powerpoint/Policy.pdf>
- วีระพันธ์ งามมี และปาสกาล ตันกวย. (2560). การประเมินประโยชน์ของการลดทอนความเป็นอาชญากรรมจากหลักฐานและบทเรียนต่างๆ เพื่อการแก้ปัญหาเสพติดในประเทศไทย อย่างยั่งยืน. สืบค้นจาก <https://thaipublica.org/2017/01/natmaytee-01/>

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- เวอร์จิเนีย แมคโดนัลด์ และสุภัทรา นาคะผิว. (2556). เอกสารสรุปการปราบปรามยาเสพติดและการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: United Nations Development Programme.
- ศรีสมบัติ โชคประจักษ์ชัด, อรรถพล ควรเลี้ยง, ศิริพล กุศลศิลป์วุฒิ, และทองใหญ่ อัยยะวรากุล. (2554). รายงานผลการวิจัยเรื่องการศึกษาวเคราะห์เพื่อนำแนวคิด การทำให้ถูกกฎหมาย การทำให้ไม่เป็นความผิดทางอาญาและการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ในการพัฒนานโยบายยาเสพติดของประเทศ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- ศักดิ์ชัย เลิศพานิชย์พันธุ์. (2556). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การศึกษากฎหมายยาเสพติดในต่างประเทศ: ศึกษาเฉพาะกรณี ประเทศญี่ปุ่น ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมัน โปรตุเกส อังกฤษและสหรัฐอเมริกา. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการในพระตำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา.
- ศูนย์วิจัยเพื่อความเป็นเลิศด้านเอชไอวี/เอดส์แห่งมหาวิทยาลัยบริติชโคลัมเบีย และมูลนิธิรณรงค์เพื่อการรณรงค์เอดส์. (2554). การลดอันตรายจากการใช้ยาในประเทศไทย: หลักฐานและข้อเสนอแนะจากโครงการวิจัยชุมชนมิตรสัมพันธ์. กรุงเทพฯ: Thai AIDS Treatment Action Group (TTAG).
- สำนักข่าวประชาไท. (2549). ชวนคิดกันอีกรอบกับเหตุการณ์ 19 ก.ย. 2549 ปฏิวัติ หรือ รัฐประหาร. สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/Prachatai/posts/10157800267691699/>
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2554). บันทึกเรื่อง การประกาศนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ เอชไอวี - คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 10). สืบค้นจาก [https://www.krisdika.go.th/data/comment/comment1/2554/c1\\_0663\\_2554.htm](https://www.krisdika.go.th/data/comment/comment1/2554/c1_0663_2554.htm)
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2562). พระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562. สืบค้นจาก <https://www.krisdika.go.th/21ocs02>
- สำนักงานคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ. (2557). คำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 165/2557 เรื่อง จัดตั้งศูนย์ป้องกันปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ. สืบค้นจาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER051/GENERAL/DA/TA0000/00000206.PDF>

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2560ก). คำสั่ง ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 2/2560 เรื่อง แนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction). สืบค้นจาก <https://www.oncb.go.th/Home/Pages/Drug-knowledge/fileupload/ศอ.ปส.%202-2560.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2560ข). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558 – 2562. สืบค้นจาก <http://ppb.moi.go.th/midev03/?catalogy=news&id=1419&flag=>.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ. (2562). คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 285/2562 เรื่อง จัดตั้งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ. สืบค้นจาก <https://www.oncb.go.th/Home/Pages/Drug-knowledge/fileupload/คำสั่งสำนักนายกฯ%20285-62%20จัดตั้ง%20ศอ.ปส.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2563). แผนปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ปี 2562. สืบค้นจาก <https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ProgramsandActivities.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ. (2565) คำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 11/2565 เรื่อง ปฏิบัติการป้องกันปราบปราม และแก้ปัญหายาเสพติด ตามนโยบายรัฐบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระยะเวลาเร่งด่วน 3 เดือน (1 พฤศจิกายน 2565 – 31 มกราคม 2566). สืบค้นจาก [https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ONCB\\_PLAN/NCMC-BoardOrder\\_2565/ศอ.ปส.%2011-65%20เรื่อง%20ป้องกัน%20ปราบปราม%20เร่งด่วน%203เดือน.pdf](https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ONCB_PLAN/NCMC-BoardOrder_2565/ศอ.ปส.%2011-65%20เรื่อง%20ป้องกัน%20ปราบปราม%20เร่งด่วน%203เดือน.pdf)
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ. (2566). คำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 5/2566 เรื่อง ขยายระยะเวลาปฏิบัติการป้องกัน ปราบปรามและแก้ปัญหายาเสพติด ตามนโยบายรัฐบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. สืบค้นจาก [https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ONCB\\_PLAN/NCMC-BoardOrder\\_2566/ศอ.ปส.%205-66%20ขยายระยะเวลาปฏิบัติการป้องกัน%20ปราบปรามและแก้ปัญหายาเสพติด%20ตามนโยบายรัฐบาล.pdf](https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ONCB_PLAN/NCMC-BoardOrder_2566/ศอ.ปส.%205-66%20ขยายระยะเวลาปฏิบัติการป้องกัน%20ปราบปรามและแก้ปัญหายาเสพติด%20ตามนโยบายรัฐบาล.pdf)

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560ก). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)*. สืบค้นจาก [http://www.nesdb.go.th/ewt\\_news.php?nid=6420](http://www.nesdb.go.th/ewt_news.php?nid=6420).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560ข). *ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560 - 2579)*. สืบค้นจาก [http://www.nesdb.go.th/ewt\\_news.php?nid=6420](http://www.nesdb.go.th/ewt_news.php?nid=6420).
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2554). *ระบบค้นหาคำศัพท์*. สืบค้นจาก <https://dictionary.orst.go.th>
- สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2546). *รายงานการสอบสวนศึกษา เรื่องปัญหาและผลกระทบของการดำเนินการตามนโยบายประกาศสงครามขึ้นแตกหักเพื่อเอาชนะยาเสพติด*. สืบค้นจาก <https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/76782>
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด(2564). *แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566*. สืบค้นจาก [https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web\\_download/rptk5fmp8q8sk0soko.pdf](https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/rptk5fmp8q8sk0soko.pdf)
- สำนักนายกรัฐมนตรี. (2557). *คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 146/2557 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2557 เรื่อง จัดตั้งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ศอ.ปส.)*. สืบค้นจาก <http://ppb.moi.go.th/midev03/?catalogy=news&id=1419&flag=>.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. (2557). *ระบบคลังความรู้*. สืบค้นจาก <http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/knowledge>
- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2557). *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา*. สืบค้นจาก <http://library.nhrc.or.th/ULIB/dublin.php?ID=8427>.
- สุดสงวน สุธีสร. (2558). *อาชญาวิทยา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุรศักดิ์ ชะมารัมย์. (2559). *แนวความคิด ตัวแบบ และทฤษฎีนโยบายสาธารณะ*. สืบค้นจาก [https://reru.ac.th/articles/images/vijai\\_19\\_09\\_59.pdf](https://reru.ac.th/articles/images/vijai_19_09_59.pdf)

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุริย์ บุญญานพวงศ์, วัชรพงศ์ พุ่มชื่น, กุติศรา กฤตวรกาญจน์, วิลาวัณย์ หงส์นคร และผจงจิต ตีปประสอน. (2551). *รูปแบบและกระบวนการสู่ความสำเร็จในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเสพติดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. เชียงใหม่: ศูนย์วิชาการสารเสพติด ภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2549). *การประเมินอภิมาน*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสกสัน เครือคำ. (2558). *อาชญากรรม อาชญาวิทยา และงานยุติธรรมทางอาญา*. นครปฐม: เพชรเกษมการพิมพ์.
- เอกนรินทร์ ปันยานะ. (2547) *มาตรการรักษาความปลอดภัยให้กับนักท่องเที่ยวจากต่างประเทศ : ศึกษากรณีสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. ด้านตรวจคนเข้าเมือง* เชียงของ สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง: เชียงราย.
- แอมเนสตี้ ประเทศไทย. (2561). *สิทธิมนุษยชนคืออะไร? สืบค้นจาก* <https://www.amnesty.or.th/latest/blog/62/>
- แอมเนสตี้ ประเทศไทย. (2562). *สิทธิมนุษยชน*. สืบค้นจาก <https://www.amnesty.or.th/>
- Becker, H.S. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press.
- Canadian AIDS Treatment Information Exchange (2015). *The Best Practice Recommendations for Canadian Harm Reduction Programs that Provide Service to People Who Use Drugs and are at Risk for HIV, HCV, and Other Harms: Part 2*. Retrieve by <https://multi.dopa.go.th/secofdopa/news/cate10/view207>
- Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA). (2018). *Harm Reduction: What's in a Name?*. Retrieved from <http://www.ccsa.ca>.
- Canadian Institutes for Health Research. (2013). *Best Practice Recommendations*. Retrieved from [https://www.catie.ca/gapdf.php?file=sites/default/files/BestPracticeRecommendations\\_HarmReductionProgramsCanada\\_Part1\\_August\\_15\\_2013.pdf](https://www.catie.ca/gapdf.php?file=sites/default/files/BestPracticeRecommendations_HarmReductionProgramsCanada_Part1_August_15_2013.pdf)
- Cantor, D. J., (1961). The Criminal Law and the Narcotics Problem. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 51(2), 512 – 527.
- Cooley, C.H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. New York: Scribner.
- Dorn, N., Jepsen, J., & Savona, E. (1996). *European Drug Policies and Enforcement*. London: Macmillan Press Ltd.
- Dye, T. R. (2017). *Understanding public policy*. New Jersey: Pearson Education.
- Eisner, E. (1976). Education Connoisseurship and Criticism: Their Form and Functions in Educational Evaluation. *Journal of Aesthetic Education*. 10(3), 135 – 150.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- EMCDDA. (2017). *Health and social responses to drug problems: a European guide*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Favpel, E. C., Horowitz, M.A., & Weaver, S.G. (2004). *The Sociology of American drug use*. New York: R.R. Donnelley and Sons.
- Gallagher A. C., Keehner R. J., Hervé-Claude P. L., Craig S. (2021) Health promotion and harm reduction attributes in One Health literature: A scoping review. *One Health, Volume 13*.
- Global Commission on Drugs Policy. (2014). *Taking control: Pathways to drug policies that work*. Retrieved from [https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/03/GCDP\\_2014\\_taking-control\\_EN.pdf](https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/03/GCDP_2014_taking-control_EN.pdf)
- Goode, E. (2005). *Drug in American society*. New York: R.R. Donnelley and Sons.
- Greenward, G. (2009). *Drug Decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies*. Washington D.C.: Cato Institute.
- Harm Reduction International. (2019). *The Global State of Harm Reduction*. London UK: Harm Reduction International.
- Hunter, C., Strike, C., Barnaby, L., Busch, A., Marshall, C., Shepherd, S., Hopkins, S. (2012). Reducing widespread pipe sharing and risky sex among crystal methamphetamine smokers in Toronto: do safer smoking kits have a potential role to play? *Harm Reduction Journal*, 9(9).
- Joyce, B., & Weil, M. (2000). *Models of Teaching*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall
- MacKenzie, D. L., & Uchida, C. D. (1994). *Drugs and Crime Evaluating Public Policy Initiatives*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Maslow, A. (1943). *Theory of human motivation: Psychological Review*. New York: McGraw-Hill
- McLeod, S. (2023). *Maslow's Hierarchy of Needs*. Retrieved from <https://www.simplypsychology.org/maslow.html>
- Nagel, S. S. (1984). Public Policy Goals, Means, and Methods, Review of Policy Research, *Policy Studies Organization*, 3(2), 192-192.
- Scott, J. (2006). *Documentary research*. London: Sage.
- Stufflebeam, D. L. (2000). The Methodology of Meta-evaluation as Reflected in Metavaluation by the Western Michigan University Evaluation Center. *Journal of Personnel Evaluation in Education*, 14(1), 95-125.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- Stoicescu, C., & Cook, C. (2017). *Harm Reduction in Europe: mapping coverage and civil society advocacy*. London: European Harm Reduction network.
- The Icelandic Centre for Social Research and Analysis (ICSRA). (2015). *Youth in Europe' Drug Prevention Programme*. Retrieved from <https://www.prnewswire.com/news-releases/youth-in-europe-drug-prevention-programme-sees-youth-drinking-drop-from-42-to-9-131505983.html>
- Tonry, M., & Wilson, J. Q. (1990). *Drugs and Crime*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- United Nations. (2020). *World drug report 2020*. Retrieved from <https://wdr.unodc.org/wdr2020/>
- United Nations Development Programme. (2015). *Addressing the development dimensions of drug policy*. Retrieved from [www.undp.org](http://www.undp.org) > dam > library > HIV-AIDS
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *Drug use prevention, treatment and care*. Retrieved from <https://www.unodc.org/unodc/en/drug-prevention-and-treatment/index.html>.
- Wolfe, D., & Csete, J. (2017). *Harm Reduction*. NY: Open Society Foundations.
- Willer, D. (1986). *Scientific Sociology: Theory and Method*. Englewood Cliff, N.J.: Prentice-Hall.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับงานวิจัย



ผู้รับบริการ

### แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structural Interview)

งานวิจัยเรื่อง รูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 เพศ.....
- 1.2 อายุ.....
- 1.3 ระดับการศึกษา.....
- 1.4 อาชีพ.....
- 1.5 รายได้.....
- 1.6 รายจ่ายเรื่องยาเสพติด.....
- 1.7 สถานภาพ/ความสัมพันธ์กับคู่.....
- 1.8 บุตร.....
- 1.9 โรคประจำตัว.....

#### 2. ข้อมูลการใช้ยาเสพติด

- 2.1 ชนิดของยาเสพติด.....
  - 2.2 วิธีการเสพ.....
  - 2.3 ระยะเวลาในการใช้ยาเสพติด.....
  - 2.4 ความถี่ในการเสพยา.....
  - 2.5 การใช้สารเสพติดที่ถูกกฎหมายอื่นๆ เช่น แอลกอฮอล์ บุหรี่ ยานอนหลับ.....
  - 2.6 พฤติกรรมในการเสพ เช่น เสพตอนเครียด เสพคนเดียว เสพกับเพื่อน.....
  - 2.7 สาเหตุของการติดยาหรือการใช้ยา.....
- \*หมายเหตุ ข้อมูลในส่วนนี้อาจได้รับประวัติการใช้ยาเสพติดเป็นอดีต และ/หรือ ปัจจุบัน

#### 3. ท่านเคยมีประสบการณ์การเกิดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดหรือไม่ อย่างไร

.....

ผู้รับบริการ

4. หากเกิดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ท่านแก้ไขอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างไร

.....

5. ท่านมีประสบการณ์ในการเข้ารับบริการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างไร

5.1 สถานที่.....

5.2 ระยะเวลา.....

5.3 โปรแกรม.....

5.4 ประสบการณ์ในการเข้ารับบริการ.....

6. เมื่อท่านเข้ารับบริการการลดอันตรายจากยาเสพติด ท่านพบปัญหา อุปสรรค ข้อขัดข้องหรือไม่ อย่างไร

.....

7. ท่านต้องการได้รับการบริการการลดอันตรายจากยาเสพติดในรูปแบบอื่นๆ อีกหรือไม่ อย่างไร

.....

8. ท่านได้รับการสนับสนุนเรื่องการลดอันตรายจากครอบครัว ชุมชน สังคมอย่างไร

.....

9. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

ผู้สัมภาษณ์

รหัสผู้ถูกสัมภาษณ์.....

วันที่สัมภาษณ์..... ใช้เวลา .....

ข้อสังเกต.....

กลุ่มผู้ให้บริการ

### แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structural Interview)

งานวิจัยเรื่อง รูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 เพศ.....
- 1.2 หน่วยงาน.....
- 1.3 วุฒิการศึกษา.....
- 1.4 ประสบการณ์ในการทำงานด้าน Harm reduction (ลักษณะงานและเวลา).....

#### 2. สถานการณ์ปัจจุบันของการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นอย่างไร

2.1 นโยบายเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นอย่างไร (การกำหนดนโยบาย การนำไปปฏิบัติ การประเมิน)

2.1.1 นโยบายจากรัฐบาล (โดย ป.ป.ส.).....

2.1.2 นโยบายจากหน่วยงานที่ท่านสังกัด.....

2.2 หน่วยงานของท่านมีคู่มือการปฏิบัติงานหรือการจัดการความรู้ในเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดหรือไม่ อย่างไร

2.3 ปัจจุบันท่านใช้ความรู้จากแหล่งใดบ้างในการปฏิบัติงานเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติด

2.4 ท่านคิดว่าแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดช่วยแก้ปัญหายาเสพติด ได้อย่างไร

#### 3. ท่านพบกับปัญหา ข้อบกพร่องและอุปสรรคใดบ้างจากการปฏิบัติงานด้านการลดอันตรายจากยาเสพติด

#### 4. ปัจจุบันหน่วยงานของท่านให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดในรูปแบบใดบ้าง อย่างไร

กลุ่มผู้ให้บริการ

5. ท่านคิดเห็นอย่างไร หากประเทศไทยจะมีการพัฒนาการให้บริการการลดอันตรายจากยาเสพติดที่หลากหลายมากขึ้นเหมือนในต่างประเทศ เช่น การแจกจ่ายอุปกรณ์สูดยา เครื่องจำหน่ายเข็มฉีดยาอัตโนมัติ การบริการตรวจสอบสารเสพติด ห้องสวดมนต์ รวมถึงการลดอันตรายจากยาเสพติดในเรือนจำด้วย

6. ในการปฏิบัติงานด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดของท่าน ท้องถิ่นหรือชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ อย่างไร

6.1 การเข้าถึงตัวผู้เสพยา.....

7. การประสานงานกับทุกภาคส่วน (หน่วยราชการอื่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคธุรกิจ เครือข่ายภาคประชาชน) เป็นอย่างไร

8. เวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดจากชุมชนท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่น มีหรือไม่ อย่างไร

9. ท่านมีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้านการลดอันตรายจากยาเสพติด อย่างไร

9.1 หน่วยงานของท่านได้มีการจัดอบรมในเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดหรือไม่ อย่างไร

9.2 หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการลดอันตรายจากยาเสพติด ท่านมีวิธีแก้ไขอย่างไร

9.3 ท่านพึงพอใจกับนโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติดที่มีอยู่หรือไม่ อย่างไร

9.4 ท่านคิดว่าท่านสามารถปฏิบัติงานด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดได้ตามที่ตั้งใจหรือบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เพราะเหตุใด

กลุ่มผู้ให้บริการ

.....

9.5 ท่านคิดว่าหน่วยงานใดควรเป็นเจ้าภาพในการพัฒนาเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติด เพราะเหตุใด

.....

10. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

ผู้สัมภาษณ์

รหัสผู้ถูกสัมภาษณ์.....

วันที่สัมภาษณ์..... ใช้เวลา .....

ข้อสังเกต.....



### แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structural Interview)

งานวิจัยเรื่อง รูปแบบการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด

#### ผู้ให้สัมภาษณ์

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 เพศ.....
- 1.2 หน่วยงาน.....
- 1.3 วุฒิการศึกษา.....
- 1.4 ประสบการณ์ในการทำงานด้าน Harm reduction (ลักษณะงานและเวลา).....

#### 2. สถานการณ์ปัจจุบันของการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นอย่างไร

.....

#### 3. สภาพปัญหา ข้อบกพร่องและอุปสรรคในการดำเนินการเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นอย่างไร

.....

#### 4. นโยบายในเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดที่มีอยู่ของประเทศไทยมีความชัดเจนหรือไม่ อย่างไร สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงหรือไม่ อย่างไร

.....

#### 5. หากเปรียบเทียบนโยบายการลดอันตรายจากยาเสพติดระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ (เช่น ฝรั่งเศส หรือ แคนาดา) หรือท่านคิดว่าเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

.....

#### 6. ภาครัฐได้ให้การสนับสนุนหรือจัดสรรงบประมาณด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างไร

.....

#### 7. มาตรการการลดอันตรายจากยาเสพติดที่ใช้อยู่คือ คำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติเป็นอย่างไร ควรยกระดับเพิ่มขึ้นเป็นมาตรการทางกฎหมายหรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

ระดับนโยบาย/แผน

8. หน่วยงานรับผิดชอบและหน่วยงานสนับสนุนด้านการลดอันตรายจากยาเสพติดตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2564 เหมาะสมแล้วหรือไม่อย่างไร

9. ท่านเห็นด้วยหรือไม่หากจะนำเรื่องการลดอันตรายจากยาเสพติดมาใช้เป็นหลักในการแก้ไขปัญหาเสพติด เพราะอะไร

10. หากจะมีการใช้แนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติดเป็นวิธีหลักในการแก้ไขปัญหาเสพติดเหมือนประเทศทางยุโรป แคนาดา ท่านเห็นด้วยหรือไม่อย่างไร

10.1 ด้านยาเสพติด.....

10.2 ด้านสุขภาพ.....

10.3 ด้านสังคม.....

11. ท่านคิดเห็นอย่างไรกับการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติดในรูปแบบหลากหลายมากขึ้น เช่น การบริการแบบรถเคลื่อนที่ การบริการที่ร้านขายยา การเข้าถึงเข็มโดยเพื่อน เครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ การแจกจ่ายอุปกรณ์ในการเสพยาบ้า ยาไอซ์ การจัดให้มีห้องเสพยา

12. เป็นไปได้หรือไม่ที่จะมีการลดอันตรายจากยาเสพติดในเรือนจำเหมือนต่างประเทศด้วย เพราะอะไร

13. ท่านคิดว่าท้องถิ่นหรือชุมชนควรเข้ามามีบทบาทกับการลดอันตรายจากยาเสพติดอย่างไร

14. ท่านคิดว่ารูปแบบหรือแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติดที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยควรเป็นอย่างไร

ระดับนโยบาย/แผน

14.1 ผู้รับผิดชอบ.....

14.2 วิธีการดำเนินการ.....

## 15. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

ผู้สัมภาษณ์

รหัสผู้ถูกสัมภาษณ์.....

วันที่สัมภาษณ์..... ใช้เวลา .....

ข้อสังเกต.....

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต





**ใบตอบรับการได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต**

ตามที่ท่านได้ส่งโครงงานวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ในการนี้โครงงานวิจัยของท่านได้ผ่านกระบวนการในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต ครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิตให้แก่ท่านจำนวน 1 ฉบับ รายละเอียดดังต่อไปนี้

เอกสารรับรองเลขที่ : COA. No. RSUERB2022-033

ชื่อโครงการวิจัย : รูปแบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด  
The Model of Reducing Substance Abuse by the Principles of Harm Reduction

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : พันตำรวจเอกหญิง นิรมล ชื่นสงวน

หน่วยงานที่สังกัด : คณะอาชีวศึกษาและการบริหารงานยุติธรรม มหาวิทยาลัยรังสิต

วิธีทบทวน : พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนประเภทเต็มคณะ (Full Board Review)

เอกสารที่รับรอง : 1. แบบเสนอโครงการวิจัย  
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย  
4. แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์

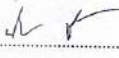
วันที่รับรอง : 29 มีนาคม 2565

วันที่หมดอายุ : 29 มีนาคม 2567

ทั้งนี้ หากท่านได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาในหนังสือรับรองดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว ขอความกรุณาท่านลงนามและส่งกลับมายังสำนักงานจริยธรรมการวิจัย เพื่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ จะได้ดำเนินการต่อไป

- ☒ ตรวจสอบแล้วถูกต้อง (สามารถ Scan เป็นไฟล์ ส่งกลับมาทาง Email: rsuethics@rsu.ac.th)
- ☐ ตรวจสอบแล้วมีแก้ไข (โปรดแก้ไขในใบรับรอง พร้อมส่งเอกสารทั้งหมดกลับสำนักงานจริยธรรมการวิจัย)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ ผ.ท.อ.หญิง   
(.....) **นิรมล ชื่นสงวน**  
วันที่ 5 มี.ย. 2565



**ใบตอบรับการได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต**

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการงานวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ในการนี้โครงการงานวิจัยของท่านได้ผ่านกระบวนการในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต ครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว จึงขอส่งหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิตให้แก่ท่านจำนวน 1 ฉบับ รายละเอียดดังต่อไปนี้

|                               |                                                                                                                                                         |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>COA. No.</b>               | <b>COA. No. RSUERB2022-033</b>                                                                                                                          |
| <b>Protocol Title</b>         | <b>The Model of Reducing Substance Abuse by the Principles of Harm Reduction</b>                                                                        |
| <b>Principle Investigator</b> | <b>Police Colonel Niramol Chunsanguan</b>                                                                                                               |
| <b>Affiliation</b>            | <b>Faculty of Criminology and Justice Administration, Rangsit University</b>                                                                            |
| <b>How to review</b>          | <b>Full Board Review</b>                                                                                                                                |
| <b>Approval includes</b>      | <b>1. Project proposal</b><br><b>2. Information sheet</b><br><b>3. Informed consent form</b><br><b>4. Data collection form/Program or Activity plan</b> |
| <b>Date of Approval:</b>      | <b>29 March 2022</b>                                                                                                                                    |
| <b>Date of Expiration:</b>    | <b>29 March 2024</b>                                                                                                                                    |

ทั้งนี้ หากท่านได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาในหนังสือรับรองดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว ขอความกรุณาท่านลงนามและส่งกลับมายังสำนักงานจริยธรรมการวิจัยเพื่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ จะได้ดำเนินการต่อไป

- ☒ ตรวจสอบแล้วถูกต้อง (สามารถ Scan เป็นไฟล์ ส่งกลับมาทาง Email: rsuethics@rsu.ac.th)
- ☐ ตรวจสอบแล้วมีแก้ไข (โปรดแก้ไขในใบรับรอง พร้อมส่งเอกสารทั้งหมดกลับสำนักงานจริยธรรมการวิจัย)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ พ.ต.อ.เฉลิม  
(..... นามสกุล .....)  
ลงวันที่ 5 / เม.ย. / 2565

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานจริยธรรมการวิจัย ห้อง 504, ชั้น 5, อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (ตึก 1), มหาวิทยาลัยรังสิต  
โทร. 0-2791-5687 Email: rsuethics@rsu.ac.th

## ประวัติผู้วิจัย

|                  |                                                                                                                                                                                            |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ             | พันตำรวจเอกหญิง นิรมล ชื่นสงวน                                                                                                                                                             |
| วัน เดือน ปีเกิด | 7 มีนาคม 2524                                                                                                                                                                              |
| สถานที่เกิด      | จังหวัดจันทบุรี ประเทศไทย                                                                                                                                                                  |
| ประวัติการศึกษา  | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย<br>ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, 2546<br>มหาวิทยาลัยรามคำแหง<br>ปริญญานิติศาสตรบัณฑิต, 2559<br>มหาวิทยาลัยรามคำแหง<br>ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต<br>สาขาวิชารัฐศาสตร์, 2551 |
| ทุนการศึกษา      | ทุนเรียนดี ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์                                                                                                                                                            |
| ที่อยู่ปัจจุบัน  | 90 ม. 7 ต.สามพราน อ.สามพราน จ.นครปฐม                                                                                                                                                       |
| สถานที่ทำงาน     | โรงเรียนนายร้อยตำรวจ                                                                                                                                                                       |
| ตำแหน่งปัจจุบัน  | อาจารย์ (สัญญาบัตร 4) กลุ่มงานคณาจารย์<br>คณะสังคมศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ                                                                                                              |