

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การประเมินผลการดำเนินงานการคัดกรอง บำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมาย พ.ศ. 2564 ในพื้นที่ต้นแบบ 5 จังหวัด

ภัทรพล จิงสมเจตไพศาล พ.บ., วว. (ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์) *

วไลลักษณ์ พุ่มพวง ปร.ด.**

อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ พย.ด.**

รภัสพิศา ธนสิขจุฑารุญ พย.ม.*

* สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ: 14 ธ.ค. 2565

วันแก้ไข: 21 เม.ย. 2566

วันตอบรับ: 30 เม.ย. 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การดำเนินงานด้านการคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การฟื้นฟูสภาพทางสังคมผู้ติดยาเสพติด ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยเอื้อสนับสนุนในพื้นที่ต้นแบบ 5 จังหวัด เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มด้วยคำถามกึ่งโครงสร้าง มีผู้ให้ข้อมูลหลัก 44 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา และบุคลากรในสำนักงานมหาดไทยและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ ปลัดอำเภอ ตำรวจ ผู้นำชุมชน ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมาย พ.ศ. 2564 ในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส อุบลราชธานี แม่ฮ่องสอน กาญจนบุรี และกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษา หลังจากมีนโยบายในการดำเนินงานให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายใหม่ พบแก่นสาระสำคัญในการดำเนินงานของพื้นที่ต้นแบบทั้ง 5 จังหวัด สามารถแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ (1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การบริหารจัดการเชิงบูรณาการ การพัฒนาบุคลากร การเตรียมพื้นที่ (2) กระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ ช่วงเปลี่ยนผ่าน การทำงานเชิงรุก การประสานภาคีเครือข่าย และการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (3) ผลการดำเนินงาน พบว่า มีการดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีความพร้อมเป็นศูนย์คัดกรองในทุกจังหวัดและขยายการจัดตั้งทุก รพ.สต. เป็นศูนย์คัดกรองให้ครบทั้งจังหวัด แต่การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในจังหวัดยังอยู่ในระหว่างดำเนินการ ยกเว้นกรุงเทพมหานครมีการจัดตั้งในทว่าการเขตของกรุงเทพมหานคร การนำส่งเข้าสู่ระบบมีเพิ่มขึ้นจากโครงการ re-X ray แต่ผู้ที่สมัครใจมารับบริการเองมีจำนวนน้อย และพบปัจจัยอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ ความไม่เข้าใจในกฎหมายในการนำไปปฏิบัติงาน ความไม่พร้อมของบุคลากรในการจัดบริการใน รพ.สต. การจัดระบบการส่งต่อและติดตามผู้รับบริการการประสานงานระหว่างสำนักงาน เป็นต้น ข้อเสนอเชิงนโยบายควรส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม ขึ้นทะเบียนศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ให้ครอบคลุมทุกตำบล และขึ้นทะเบียนผู้จัดการรายกรณี (case manager) เพื่อเชื่อมโยงระหว่างการคัดกรอง การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคม โดยจัดทำหลักสูตร

การประเมินผลการดำเนินงานการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ต้นแบบ 5 จังหวัด

E-learning สำหรับพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม และ case manager และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควบคุมการ การทำงานระหว่าง ศูนย์คัดกรอง และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่ให้มีบทบาทร่วมกันในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน หรือ community-based treatment (CBTx)

คำสำคัญ: การคัดกรอง; การบำบัดรักษาและฟื้นฟู; ประมวลกฎหมาย พ.ศ. 2564; พื้นที่ต้นแบบ

บทนำ

ยาเสพติดเป็นประเด็นปัญหาสำคัญของชาติที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561-2580) ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติมีการจัดทำแผนแม่บทเพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง ปลายทาง และมีการจัดทำนโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาเสพติด คือ การดูแลผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ให้เข้าถึงการบำบัดรักษาและการลดอันตรายหรือผลกระทบจากยาเสพติด⁽¹⁾ นับตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยได้มีการออกพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564⁽²⁾ โดยเน้นการแก้ไขปัญหาผู้เสพหรือผู้ติดในมิติทางสาธารณสุขและสุขภาพ นั่นคือ ผู้เสพหรือผู้ที่ครอบครองยาเสพติดในจำนวนเล็กน้อย สามารถสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาได้โดยไม่ต้องถูกดำเนินคดี โดยถือว่า “ผู้เสพ ผู้ติด คือ ผู้ป่วย” เน้นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรม และสังคม ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษา โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักด้านการบำบัดยาเสพติด และรับผิดชอบดูแลการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดจากระบบสมัครใจทั้งหมด⁽³⁾ ดังนั้น งานทางด้านสาธารณสุขในทุกจังหวัดทั่วประเทศต่างมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายใหม่นี้ ซึ่งความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ทั้งในลักษณะภูมิศาสตร์ การแพร่ระบาดของยาเสพติด การดำเนินอย่างเป็นระบบในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในจังหวัดอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน จึงมีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงปัจจัยเหล่านั้นในการดำเนินงานของแต่ละจังหวัด โดยเฉพาะในจังหวัดที่เลือกสรรเป็นจังหวัดพื้นที่

ต้นแบบเพื่อที่จะนำไปสู่การวางแผนเชิงนโยบายต่อไป

จังหวัดที่เลือกสรรเป็นพื้นที่ต้นแบบ ได้แก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดนราธิวาส จังหวัดกาญจนบุรี และกรุงเทพมหานคร เป็นจังหวัดที่มีลักษณะเฉพาะของพื้นที่ในการเกิดปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยจังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นจังหวัดในพื้นที่ภาคเหนือที่อยู่ตามแนวชายแดน อยู่ใกล้กับแหล่งพักยาเสพติด มีช่องทางธรรมชาติเข้าสู่พื้นที่ส่วนกลางหลายเส้นทาง เป็นพื้นที่ทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงของเจ้าหน้าที่ และมีการลักลอบนำเข้ายาเสพติดหลายชนิด จังหวัดอุบลราชธานี เป็นจังหวัดในพื้นที่ชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการลักลอบนำเข้ายาเสพติดด้วยมีชายแดนธรรมชาติ เช่น แม่น้ำโขง เป็นต้น จังหวัดนราธิวาส เป็นพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนในพื้นที่ภาคใต้ที่มีการลักลอบนำเข้าจากประเทศเพื่อนบ้าน จังหวัดกาญจนบุรี เป็นพื้นที่ภาคตะวันตกที่มีการลักลอบและกระจายยาเสพติดไปยังพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่สำคัญในการรับส่งและเก็บพักยาเพื่อนำไปจำหน่ายให้กับผู้ค้าที่อยู่ในพื้นที่จังหวัด^(4,5) ซึ่งจังหวัดในพื้นที่ชายแดนทั้ง 4 จังหวัดและกรุงเทพมหานครที่กล่าวมา เป็นจังหวัดที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด และมีความแตกต่างในบริบทพื้นที่ของประเทศ ในการดำเนินการขับเคลื่อนงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูให้สอดคล้องกับประมวลกฎหมายใหม่นี้ ในแต่ละพื้นที่จะต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟู เช่น มีการจัดตั้งศูนย์คัดกรองและการรับส่งต่อ การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม เป็นต้น ซึ่งอาจต้องมีการปรับกลไกในการดำเนินงานหรือระบบการประสานงานของบุคลากรและเจ้าหน้าที่

ให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เช่น ระหว่างภาคี เครือข่ายในชุมชน ระหว่างหน่วยงานของรัฐกับรัฐ หรือ ระหว่างหน่วยงานของรัฐกับเอกชนที่เกี่ยวข้องกับงาน การคัดกรอง การส่งต่อผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่ระบบ การบำบัดรักษาและฟื้นฟู เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการ ลด ละ เลิกยาเสพติด และการลดอันตรายจากยาเสพติด⁽⁶⁾ ซึ่งความแตกต่างของบริบทพื้นที่ที่กล่าวมาตลอดจนอาจมีลักษณะที่แตกต่างกันของระบบในการดำเนินงานทั้ง ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์การดำเนินงานของแต่ละจังหวัดที่อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของแต่ละจังหวัดได้

คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นคณะทำงานในโครงการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ต้นแบบด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามพรบ. ให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 รับผิดชอบโดยสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข จึงเล็งเห็นว่า นับจากที่ได้มีการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติดเมื่อปี พ.ศ. 2564⁽²⁾ นั้น การดำเนินงานของบุคลากรในขณะนี้ เป็นช่วงรอยต่อของการปรับเปลี่ยนนโยบายตามแผนงานระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ และแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564⁽²⁾ ซึ่งถือเป็นรูปแบบและวิธีการใหม่ที่แตกต่างไปจากวิธีเดิมที่เคยปฏิบัติ⁽⁷⁾ ทำให้ในแต่ละพื้นที่ของจังหวัดต้องมีการปรับหรือบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ให้สอดคล้องและไปในทิศทางเดียวกันตามกฎหมายใหม่นี้ ตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และฟื้นฟูสภาพทางสังคมของผู้ติดยาเสพติดให้เหมาะสมตามแต่ละพื้นที่จึงมีความสนใจที่ศึกษาช่วงรอยต่อนี้โดยมีจังหวัดพื้นที่ต้นแบบนำร่อง ได้แก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน อุบลราชธานี นครราชสีมา กาญจนบุรี และกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดได้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการพื้นที่ต้นแบบจังหวัดละ 100,000 บาท เพื่อนำไปสู่การค้นหากระบวนการดำเนินงานในพื้นที่ ตลอดจนจนปัญหาและ

อุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน ซึ่งความรู้ที่ได้รับจะสามารถใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถนำไปขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ หลังผู้วิจัยประสานกับบุคลากรในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ต้นแบบด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564⁽²⁾ โดยนัดหมายบุคลากรที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักผ่านโปรแกรมออนไลน์เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และส่งเอกสารให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้อ่านเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยและแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนัดสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคลหรือนัดผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อเข้าร่วมการสนทนากลุ่มตามเวลาที่สะดวก ใช้เวลาประมาณ 40 - 50 นาที ผ่านโปรแกรม Cisco Webex meeting จำนวน 1 ครั้ง หากพบว่าไม่มีข้อมูลไม่อึดตัว จะใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลในรายที่เกี่ยวข้องจนได้ข้อมูลอึดตัว เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2565

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คือ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านยาเสพติดจากส่วนงานสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ส่วนงานมหาดไทย

ได้แก่ ปลัดอำเภอ/จังหวัด ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์ และเจ้าหน้าที่ตำรวจ โดยมีประสบการณ์การทำงานด้านยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564⁽²⁾ มาอย่างน้อย 3 เดือน ไม่จำกัดเพศและอายุ และทำงานด้านยาเสพติดในจังหวัดต้นแบบ ได้แก่ นราธิวาส อุบลราชธานี แม่ฮ่องสอน กาญจนบุรี และกรุงเทพมหานคร จำนวน 44 คน โดยส่วนใหญ่เป็นบุคลากร จากส่วนงานสาธารณสุข ได้แก่ พยาบาล แพทย์ สาธารณสุข เจ้าหน้าที่พนักงานสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ร้อยละ 88.63 และจากส่วนงานปกครองและมหาดไทย ได้แก่ ปลัดอำเภอ เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้นำชุมชน ร้อยละ 11.36

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้ข้อความแบบกึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิด Com-B model⁽⁸⁾ ที่อธิบายถึงสมรรถนะการทำงาน แรงจูงใจในการทำงาน และโอกาสสนับสนุนการทำงาน ลักษณะข้อความเป็นคำถามปลายเปิดสำหรับบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่าง เช่น “จากการนำนโยบายด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มาใช้ในพื้นที่ของท่านในการจัดตั้งศูนย์คัดกรองผู้ใช้สารเสพติด มีกระบวนการดำเนินงานอย่างไร มีสิ่งสนับสนุน/ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไร และผลลัพธ์เป็นอย่างไร” “ท่านมีข้อเสนอแนะในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มาใช้ในพื้นที่ของท่านอย่างไร” “ท่านมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานอย่างไร หลังมีการประกาศให้ใช้พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 อย่างไร” “มีสมรรถนะหรือทักษะใดที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ความรับผิดชอบของท่าน ตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 เพียงพอหรือไม่ ต้องการฝึกอบรมเพิ่มเติมอะไรบ้าง” “ท่านมีแรงจูงใจอะไร ในการทำงานการคัดกรองผู้ใช้สารเสพติด การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการ

ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564” เป็นต้น โดยข้อความได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่ทำงานด้านยาเสพติดจำนวน 3 ท่าน และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดใน 4 จังหวัดพื้นที่ชายแดนและกรุงเทพมหานคร นำมาวิเคราะห์กระบวนการเชิงระบบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ การดำเนินงาน สามารถสรุปแนวคิดหลัก ได้ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรต่าง ๆ ที่จังหวัดพื้นที่ต้นแบบจำเป็นต้องใช้ในกระบวนการดำเนินงาน โดยแต่ละจังหวัดจะได้รับนโยบายจากส่วนกลางและงบประมาณเป็นเงิน 100,000 บาทในการนำไปใช้ดำเนินการ ซึ่งแต่ละจังหวัดอาศัยทรัพยากรที่จำเป็น สรุปเป็นแนวคิดสำคัญ ได้ดังนี้

1.1 บริหารจัดการเชิงบูรณาการ จังหวัดพื้นที่ต้นแบบทุกจังหวัดมีนโยบายการดำเนินงานให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายใหม่ โดยมีผู้บริหารส่วนจังหวัด ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นผู้ให้นโยบายให้การสนับสนุนและร่วมติดตามการดำเนินงานเป็นระยะ มีการจัดตั้งคณะทำงานที่บูรณาการการทำงาน จากหลายภาคส่วนทั้งส่วนสาธารณสุข ส่วนปกครอง เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้นำชุมชน เป็นต้น มีผู้บริหารส่วนท้องถิ่นเป็นผู้นำหรือส่วนงานปกครองเป็นประธานในการดำเนินงาน มีการประชุมปรึกษาหารือและวางแผนแก้ไขปัญหา ร่วมกันในการดำเนินงานเป็นประจำทุกเดือน ซึ่งการบริหารจัดการเชิงบูรณาการในการดำเนินการของแต่ละจังหวัด ดังเช่น

- จังหวัดนราธิวาส มีทีมคณะทำงานที่บูรณาการทำงานจากหลายภาคส่วน เช่น ปลัดอำเภอ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน รวมทั้ง ผู้นำศาสนา โดยจัดเป็น

ระบบ take care team ในการติดตามเยี่ยม

- จังหวัดอุบลราชธานี มีการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอนใน 3 ระยะ ขั้นที่ 1 การเตรียมการ แสวงหาความร่วมมือ ทำข้อตกลง MOU กับหน่วยงานต่างๆ เพื่อร่วมกันแก้ปัญหา ขั้นที่ 2 Action เป็นการสร้างแนวร่วม ค้นหาผู้เสพยาเสพติด และคัดแยกเพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษา และขั้นตอนที่ 3 ส่งต่อความยั่งยืน ติดตามตรวจปัสสาวะต่อเนื่อง เยี่ยมเดือนละ 2 ครั้ง และให้รายงานตัว รวมทั้งบันทึกผล

- จังหวัดกาญจนบุรี ให้ทุกภาคส่วนมาร่วมปรึกษาหารือและวางแผนร่วมกันในการดำเนินการด้านยาเสพติดในพื้นที่โดยแต่ละส่วนงานจะมีบทบาทความรับผิดชอบในงาน ได้แก่ ส่วนงานปกครอง อาศัยเจ้าหน้าที่หลายระดับ ทั้งปลัดอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่ อสม. ชุมชน มีส่วนร่วมค้นหากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ส่วนเจ้าหน้าที่ตำรวจดำเนินการโดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด หรือการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (community-based treatment - CBTx) มีการ re x-ray กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่และจับกุมผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา ส่วนงานสาธารณสุข ดำเนินการจัดตั้งศูนย์คัดกรองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการให้กับเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ให้การบำบัดรักษาในโรงพยาบาล และติดตามคนไข้เป็นต้น

1.2 พัฒนาบุคลากร โดยแต่ละจังหวัดมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับประมวลกฎหมายใหม่ ทักษะในการคัดกรองและการบำบัดพื้นฐานที่จำเป็น เช่น brief advice, brief intervention, motivational interviewing แก่บุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่จะเป็นศูนย์คัดกรอง เป็นต้น รวมทั้งมีการจัดโครงการขยาย ครู ข เพิ่มเติมเพื่อพัฒนาทีมงานสหวิชาชีพในการทำงานเพิ่มขึ้น เช่น

- จังหวัดแม่ฮ่องสอน หน่วยงานในโรงพยาบาลมีการรับฟังความคิดเห็นของกฎหมายฉบับใหม่จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐราษฎร์เป็นระยะๆ และเพิ่มพูนความ

รู้และสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่จะให้บริการในศูนย์คัดกรองที่จัดตั้งขึ้นตามประมวลกฎหมายเสพติฉบับใหม่

1.3 เตรียมพื้นที่ โดยส่วนใหญ่จังหวัดพื้นที่ต้นแบบเลือกพื้นที่ รพ.สต.ที่มีความพร้อมในการจัดตั้งเป็นศูนย์คัดกรองก่อนโดยอาศัยการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายเป็นหลัก ในบางจังหวัด เช่น จังหวัดอุบลราชธานี อาศัยต้นทุนเดิมในโครงการป้องกันและแก้ปัญหาเสพติตัวอย่างครบวงจร นำมาบูรณาการ ต่อยอดให้มีการดำเนินงานในพื้นที่ เป็นต้น

ในส่วนของกรุงเทพมหานคร เป็นจังหวัดที่มีทรัพยากรที่มีความพร้อมในด้านเจ้าหน้าที่และบุคลากรในพื้นที่ที่มีความสามารถในการคัดกรองและให้การบำบัดรักษา มีตัวอย่างของความสำเร็จในการดำเนินงานด้านยาเสพติดในพื้นที่ มีความร่วมมือของเครือข่ายที่มาช่วยกันวางแนวทางการดำเนินงานให้เป็นระบบชัดเจน ทำให้การดำเนินงานที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการหรือการเตรียมทรัพยากรที่จำเป็นไม่มีความแตกต่างไปจากก่อนมีการประกาศให้ใช้ประมวลกฎหมายใหม่

2. กระบวนการดำเนินงาน เป็นการนำทรัพยากรต่างๆ เช่น นโยบาย การบริหารจัดการ งบประมาณ บุคลากร เป็นต้น มาใช้ดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กระบวนการดำเนินงานที่พบในจังหวัดพื้นที่ต้นแบบ สรุปได้ดังนี้

2.1 ช่วงเปลี่ยนผ่าน ในระยะแรกของการดำเนินงานหลังมีการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญในประมวลกฎหมายใหม่และการเน้นมิติทางสาธารณสุข บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยส่วนใหญ่ยังมีความสับสนและไม่เข้าใจในแนวทางการดำเนินงานตามประมวลกฎหมายฉบับใหม่ แต่เมื่อทุกภาคส่วนมีการประชุมปรึกษาหารือและร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ภายใต้ประมวลกฎหมายใหม่นี้ ทำให้บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินงานจัดตั้งศูนย์คัดกรองและให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายในพื้นที่ได้ชัดเจนขึ้น

2.2 ทำงานเชิงรุก แต่ละจังหวัดมีการทำงานเชิงรุก โดยเริ่มจากการค้นหากลุ่มเป้าหมายเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยง ภายในจังหวัด มีการตั้งด่านตรวจของเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ร่วมกับเจ้าหน้าที่ทหาร บางจังหวัด มีการจัดตั้งด่านในชุมชนเพิ่มเติม เช่น จังหวัดนราธิวาส มีการตั้งด่านในหมู่บ้านเพื่อค้นหาเป้าหมาย รวมทั้งการมีนโยบาย re x-ray ในการค้นหาเป้าหมายในพื้นที่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ทำให้สามารถค้นหาและนำส่งผู้ใช้ผู้เสพติดเข้าสู่ศูนย์คัดกรองใน รพ.สต. หรือในโรงพยาบาลมากขึ้น

2.3 ประสานงานภาคีเครือข่าย กระบวนการดำเนินงาน หลังจากมีการค้นหาเป้าหมายเชิงรุกโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ส่วนการปกครองหรือผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจหรือส่วนปกครอง จะเป็นผู้นำส่งศูนย์คัดกรองใน รพ.สต. หรือในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อเข้าสู่ระบบการคัดกรองและบำบัดรักษา โดยพื้นที่ รพ.สต. เป็นศูนย์คัดกรองจะทำการประเมินคัดกรอง จำแนกเป็นผู้ใช้ ผู้เสพติด และส่งต่อการบำบัดรักษา มีการเก็บตรวจปัสสาวะทุกรายในผู้มารับการบำบัด รวมทั้งให้บริการแก่คนไข้ที่ walk in แบบสมัครใจ โรงพยาบาลชุมชนเป็นศูนย์คัดกรองและหน่วยบำบัดรักษาและฟื้นฟู โดยให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูในลักษณะเดิมก่อนมีการให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่ มีให้บริการคลินิก methadone ในบางโรงพยาบาล และหากมีอาการรุนแรงหรือวุ่นวายมากส่งต่อให้โรงพยาบาลเฉพาะทางทางจิตเวช เช่น สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ หรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน เป็นต้น ทั้งนี้มีการกำหนดกติกาในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่/บุคลากรในการนำส่ง เช่น ไม่นำส่งนอกเวลาราชการหรือวันหยุดราชการ ยกเว้นในรายที่ก่อความวุ่นวาย หรือมีอาการทางจิตให้นำส่งโรงพยาบาล ในการติดตามเคสให้มารายงานตัวในการบำบัดรักษา หากติดตามไม่ได้ในระยะเวลาที่กำหนด จะประสานให้เจ้าหน้าที่ตำรวจดำเนินคดีทางกฎหมายต่อไป หรือมีคำสั่งศาลต่อไป หรือมีการประสานให้ รพ.สต. และ อสม. เข้าไปติดตามในพื้นที่ โดยมีการติดตามคนไข้จนครบ 1 ปี ในทุกจังหวัดพบว่า

รอดำเนินการประสานงานกับศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการให้เป็นรูปธรรม

2.4 ใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ในทุกจังหวัดให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งแต่ละจังหวัดมีตัวอย่างความสำเร็จในการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ CBTx ภายใต้ประมวลกฎหมายใหม่ โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น ผู้นำชุมชน อสม. นายอำเภอ ฝ่ายปกครอง ตำรวจ รพ.สต. โรงพยาบาลเครือข่าย เป็นต้น ซึ่งสามารถนำมาเป็นต้นแบบและนำมาขยายผลการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูภายในจังหวัดได้

3. ผลลัพธ์การดำเนินงาน แต่ละจังหวัดมีผลลัพธ์ในการดำเนินการในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติงานในพื้นที่ให้สอดคล้องกับประมวลกฎหมายใหม่ คือ มีจัดตั้งศูนย์คัดกรองใน รพ.สต. และในโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัด ซึ่งแต่ละพื้นที่เริ่มจากคัดเลือก รพ.สต. ต้นแบบ และขยายผลการลงทะเบียน รพ.สต. เป็นศูนย์คัดกรองให้ครบทั้งจังหวัด อย่างไรก็ตามในพื้นที่จังหวัดจำนวนของคนไข้ที่มารับการบำบัด แบบสมัครใจเองน้อยมาก ส่วนใหญ่มักผ่านกระบวนการค้นหาเป้าหมายโดยการ re-x ray อาจมีการนำส่งจากศาลน้อยมาก ในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้รับบริการนำส่งเข้าสู่บริการการรักษามากขึ้นจากการนำส่งของเจ้าหน้าที่ตำรวจ และมีการสมัครใจมารับการบำบัด ดังนี้

- จังหวัดนราธิวาส ผลการดำเนินการ มีจำนวนของคนไข้ที่มารับการบำบัดแบบสมัครใจน้อยมาก มีการนำส่งคนไข้จากศาลส่งมารับการบำบัด 1 ราย

- จังหวัดอุบลราชธานี มีผลการดำเนินงาน พบว่า (1) การดำเนินการที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน มีการจัดตั้งศูนย์คัดกรองในพื้นที่ของ รพ.สต. โดยเริ่มจาก รพ.สต. ที่คัดเลือกเป็นต้นแบบในการดำเนินงานเป็นศูนย์คัดกรอง และในบางพื้นที่ดำเนินการลงทะเบียน รพ.สต. เป็นศูนย์คัดกรองครบแล้ว และจังหวัดมีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่และบุคลากรของ รพ.สต. ให้มีความรู้และทักษะสำคัญในการดำเนิน

งานศูนย์คัดกรอง และ (2) การดำเนินงานด้านผู้รับบริการ อาจยังไม่เห็นผลลัพธ์เชิงตัวเลขที่ชัดเจน แต่เห็นแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงบางอย่าง เช่น ในด้านการบำบัดรักษา บางพื้นที่รายงานว่าจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาน้อยลง ด้วยอาศัยความสมัครใจของคนไข้ ไม่สามารถบังคับรักษาได้ มีปัญหาของการติดตามคนไข้ไม่ได้ หรือคนไข้ไม่มาตามนัด จากหลายสาเหตุ เช่น ไปทำงานที่อื่น ไม่รับสาย เปลี่ยนใจ ปฏิเสธที่จะมารับการรักษา เป็นต้น ในด้านผู้รับบริการ เป็นการเปิดโอกาสหรือเปิดใจให้กับชุมชน หรือผู้ปกครองที่จะนำลูกบ้านหรือลูกตนเองเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา โดยที่ไม่มีความผิดทางกฎหมาย

- จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการดำเนินการ จากการ re x-ray พื้นที่มีกลุ่มเป้าหมายนำส่งเข้าระบบการบำบัดรักษาแบบสมัครใจเพิ่มขึ้น มีการจัดตั้งศูนย์คัดกรองใน

รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นให้ครบทุกแห่ง เจ้าหน้าที่และบุคลากรสามารถนำนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นระบบมากขึ้นและสามารถ ที่จะบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายได้ชัดเจนขึ้น

- จังหวัดกาญจนบุรี ผลการดำเนินงาน มีผู้เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจจำนวนน้อย แต่เมื่อมีโครงการ re x-ray ในการค้นหากลุ่มเป้าหมายทำให้มีจำนวนของผู้เข้ารับการบำบัดเพิ่มมากขึ้น

- กรุงเทพมหานคร ผลการดำเนินการ มีจำนวนผู้รับบริการที่มาคัดกรองมากขึ้นจากการนำส่งของเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือได้รับแจ้งจากชาวบ้านที่สมัครใจรับการบำบัด จากการวิเคราะห์กระบวนการเชิงระบบ สามารถสรุปเปรียบเทียบแก่นสาระของการดำเนินงานการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในแต่ละจังหวัดได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แก่นสาระของการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในแต่ละจังหวัด

แก่นสาระ	พื้นที่: นราธิวาส	อุบลราชธานี	แม่ฮ่องสอน	กาญจนบุรี	กรุงเทพมหานคร
ปัจจัยนำเข้า	<ul style="list-style-type: none"> - มีนโยบายและการบริหารจัดการในพื้นที่ - เตรียมบุคลากรและผู้นำชุมชน - เตรียมพื้นที่จัดตั้งศูนย์คัดกรอง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีนโยบายและการบริหารจัดการในพื้นที่ - จัดเตรียมบุคลากร - เตรียมพื้นที่จัดตั้งศูนย์คัดกรอง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีนโยบายและการบริหารจัดการในพื้นที่ - จัดเตรียมบุคลากร - เตรียมพื้นที่จัดตั้งศูนย์คัดกรอง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีนโยบายและการบริหารจัดการในพื้นที่ - จัดเตรียมบุคลากร - เตรียมพื้นที่จัดตั้งศูนย์คัดกรอง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีนโยบายและการบริหารจัดการในพื้นที่ - จัดตั้งศูนย์คัดกรอง
กระบวนการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. บูรณาการการทำงานร่วมกัน 2. ลงพื้นที่ค้นหากลุ่มเป้าหมาย 3. ติดตามและลงพื้นที่ในชุมชน 4. บำบัดฟื้นฟูด้วยชุมชนโดยมีผู้นำศาสนามีส่วนร่วม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้ภาคีเครือข่าย/บูรณาการการทำงาน 2. ลงพื้นที่ค้นหากลุ่มเป้าหมาย 3. ใช้รูปแบบการบำบัดเดิมภายใต้กฎหมายใหม่ 4. บำบัดฟื้นฟูด้วยชุมชน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้ภาคีเครือข่าย 2. ลงพื้นที่ค้นหากลุ่มเป้าหมาย 3. ใช้แนวทางการบำบัดเดิมและตั้งรับในโรงพยาบาล 4. บำบัดฟื้นฟูด้วยชุมชน 5. นำระบบการแพทย์ทางไกลมาช่วยในงาน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. บูรณาการทุกภาคส่วนในการทำงาน 2. ลงพื้นที่ค้นหากลุ่มเป้าหมาย 3. ใช้แนวทางการบำบัดเดิมและตั้งรับในโรงพยาบาล 4. บำบัดฟื้นฟูด้วยชุมชน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. บูรณาการการทำงานร่วมกัน 2. ลงพื้นที่ค้นหากลุ่มเป้าหมาย 3. บำบัดฟื้นฟูด้วยชุมชนโดยสร้างความไว้วางใจและเข้าใจปัญหา 4. ส่งต่อศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

การประเมินผลการดำเนินงานการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ต้นแบบ 5 จังหวัด

ตารางที่ 1 แก่นสาระของการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในแต่ละจังหวัด (ต่อ)

แก่นสาระ	พื้นที่: นราธิวาส	อุบลราชธานี	แม่ฮ่องสอน	กาญจนบุรี	กรุงเทพมหานคร
ผลการดำเนินการ	- ผู้รับบริการแบบสมัครใจมีน้อยราย	- ผู้รับบริการแบบสมัครใจมีน้อยราย	- ผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน ยังอยู่ในระหว่างการบำบัด - บางพื้นที่มีจำนวนผู้รับบริการนำส่งเพิ่มขึ้น แต่มีผู้ที่สมัครใจมาเองน้อยมาก	- มีจำนวนนำส่งผู้รับบริการมากขึ้น - มีบุคลากรที่มีสมรรถนะในการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลชุมชน	- นำส่งผู้รับบริการมากขึ้น - สังคมยังมีอคติกับผู้เสพ - มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม
ปัญหาอุปสรรค	1. การไม่ยอมรับและเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย 2. ความต่อเนื่องในการค้นหากลุ่มเป้าหมาย	1. การประสานไม่ต่อเนื่อง 2. ขาดแคลนทรัพยากร 3. ติดตามผู้รับบริการไม่ได้ 4. ช่องโหว่กฎหมายใหม่ 5. อคติเดิมต่อผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงาน 6. ระยะเวลาฟื้นฟูจำกัด 7. ความถูกต้องในการจำแนกประเภท 8. ยาเสพติดเข้าถึงง่ายราคาถูก	1. ขาดแคลนทรัพยากร ความไม่พร้อม ภาระงานหนัก 2. ความไม่ชัดเจนในแนวปฏิบัติ 3. มีค่าใช้จ่ายจากการส่งต่อในพื้นที่ห่างไกล 4. การประสานงานไม่ทั่วถึง 5. ความปลอดภัยในการทำงาน	1. ความท้อหมดกำลังใจ 2. ความไม่พร้อมของผู้นำชุมชน 3. ภาระงานหนัก 4. ขาดระบบส่งต่อที่ชัดเจน 5. ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วย 6. ความไม่ชัดเจนของนโยบายสู่การปฏิบัติงาน	1. ความเสี่ยงภัย 2. ติดต่อผู้รับบริการไม่ได้
ปัจจัยเอื้อสนับสนุน	1. การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร 2. มีภาคีเครือข่ายและทำงานเป็นทีม	1. มีภาคีเครือข่าย 2. ใช้ชุมชนบำบัดแบบมีส่วนร่วม	1. มีเครือข่าย 2. มีโรงพยาบาล- วิทยาลัยในพื้นที่	1. มีเครือข่ายและเพื่อนร่วมงานที่ดี 2. ได้รับสนับสนุนงบประมาณ	1. มีเครือข่าย 2. ความร่วมมือของชุมชน 3. มีตัวอย่างความสำเร็จ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การดำเนินการคัดกรองตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ฉบับ พ.ศ. 2564 ทุกจังหวัดมีปัจจัยการนำเข้าที่คล้ายกัน คือ การนำนโยบายจากส่วนกลางสู่การปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยพื้นที่จังหวัดมีการจดทะเบียนจัดตั้งศูนย์คัดกรอง ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นใช้ ร.สต. เป็นศูนย์คัดกรองเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ที่มีสมรรถนะอยู่แล้ว และง่ายต่อการส่งต่อรับการบำบัด จังหวัดได้มีการจัดอบรมเพื่อเสริมสมรรถนะให้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.

ที่น่าร้องในการให้บริการการคัดกรองและบำบัดเบื้องต้น ในกระบวนการดำเนินงาน การบำบัดยาเสพติดและฟื้นฟูสมรรถภาพยังคงใช้แนวทางและรูปแบบเดิมในการให้บริการ ด้วยทางโรงพยาบาลชุมชนมีแนวทางการบำบัดแบบ matrix program และการส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชในผู้ที่มีอาการทางจิต และส่งต่อผู้ติดยาเสพติดรับการบำบัดจากโรงพยาบาลอภัยภูธรในเครือข่าย และเมื่อบำบัดฟื้นฟูแล้วก็ส่งกลับให้โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่

ติดตามการคงอยู่ในระบบบำบัดและไม่กลับเสพยาเสพติด ครบ 1 ปี ส่วนการฟื้นฟูสภาพทางสังคม การขับเคลื่อนในการดำเนินการยังค่อนข้างล่าช้า ด้วยยังขาดความชัดเจนในการดำเนินการ และการประสานเครือข่ายหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ ผลการดำเนินงานส่วนใหญ่มีการค้นหากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ด้วยโครงการ re x-ray เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา แต่จำนวนผู้ที่สมัครใจมารับการบำบัดเองมีจำนวนน้อย

วิจารณ์

พระราชบัญญัติประกาศให้ใช้ประมวลกฎหมาย พ.ศ. 2564⁽²⁾ ให้ความสำคัญกับการมอง “ผู้เสพ ผู้ติด เป็นผู้ป่วย” จึงมีการปรับรูปแบบการบำบัดรักษาจากเดิมเป็นการบำบัดรักษาแบบสมัครใจ โดยมีช่องทาง ในการเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาใน 3 ช่องทางได้แก่ การเข้ามารับการบำบัดด้วยตนเอง การนำส่งผู้ต้องสงสัยที่สมัครใจ โดยเจ้าหน้าที่พนักงาน และการที่ศาลสั่งให้ผู้ต้องสงสัยที่สมัครใจเข้าสู่การบำบัดรักษา⁽⁹⁾ ซึ่งหลังจากกฎหมายมีการบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟู โดยอาศัยผู้บริหารของพื้นที่ ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายอำเภอ ผู้กำกับสถานีตำรวจ เป็นต้น เป็นผู้ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ ซึ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับทราบนโยบายผ่านผู้นำน้องการ และสาธารณสุขอำเภอ/จังหวัดที่รับผิดชอบงานในพื้นที่ และนำมาวางแผนการดำเนินงานโดยมีส่วนร่วมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมปรึกษาหารือเป็นระยะๆ และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการบูรณาการของหน่วยงานทุกภาคส่วน รวมทั้งภาคประชาชนมาร่วมกันทำงานในเป้าหมายเดียวกัน คือ การแก้ไขปัญหายาเสพติดของพื้นที่ จะเป็นการทำงานที่เปิดโอกาสให้แต่ละส่วนงานนำความรู้ทักษะความสามารถที่เฉพาะทางจากหลายสาขาวิชามาแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

ที่ต้องการ ซึ่งการทำงานแบบบูรณาการนั้นเป็นกลยุทธ์สำคัญที่สร้างความเห็นพ้องต้องกันของทุกภาคส่วน สร้างเครือข่ายการพัฒนาในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาพื้นที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง และช่วยผลักดันนโยบายของรัฐให้เกิดผลสำเร็จได้^(10,11) แม้ว่าการดำเนินงานในส่วนการคัดกรอง การส่งต่อระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพการฟื้นฟูสภาพทางสังคมในพื้นที่ของแต่ละจังหวัด ยังมีการติดขัดไม่คล่องตัวในการดำเนินงานจากในหลายปัจจัยก็ตาม แต่การขับเคลื่อนให้งานต่างๆ ดำเนินไปได้ต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานจากทุกภาคส่วนมาเป็นเครือข่ายในการดำเนินงานจึงจะเกิดผลสำเร็จ

ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564⁽²⁾ คือ มีช่องทางการนำเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาใน 3 มาตรา ได้แก่ มาตรา 113 มาตรา 114 และมาตรา 168 ในการดำเนินงานของพื้นที่ ส่วนใหญ่ใช้การค้นหาผู้ต้องสงสัยหรือกลุ่มเป้าหมาย โดยตำรวจ และชุมชนร่วมกันค้นหาจากโครงการ re X-ray พื้นที่ที่มีความเสี่ยง และสอบถามความสมัครใจของผู้ต้องสงสัยก่อนนำส่งเข้าสู่การบำบัดรักษา หรือในบางพื้นที่ใช้การตั้งด่านตรวจร่วมกับเครือข่ายในการค้นหาผู้ต้องสงสัยและนำส่งโรงพยาบาล หรือรพ.สต. เพื่อคัดกรองผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ทั้งนี้ตามสภาพจริงของพื้นที่ ผู้ที่สมัครใจ ที่เดินเข้ามารับการบำบัดรักษาด้วยตนเอง (walk in) พบน้อยราย แต่อาจมีในรายที่มีการใช้/ติดเฮโรอีนที่มีเข้ามาติดต่อเพื่อรับการบริการในคลินิก methadone ทั้งนี้ในพื้นที่ชุมชน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ หรืออาสาสมัครหมู่บ้าน ต้องใช้การลงพื้นที่หลายครั้ง เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจกฎหมายยาเสพติดใหม่ ความไว้วางใจในการเปิดเผยข้อมูลการใช้/ติดยาเสพติด และความต้องการบำบัดรักษาของสมาชิกในครอบครัว หรือของลูกบ้าน ซึ่งจะเห็นว่า การที่จะมารับบริการบำบัดรักษาด้วยตนเองต้องอาศัยความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองและการบำบัดรักษา ทักษะของสังคมที่มีต่อการใช้/เสพยาเสพติด และความเข้าใจเกี่ยวกับ

กฎหมาย โดยเจตนารมณ์ของกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่เพื่อให้โอกาสแก่ผู้ต้องสงสัยว่าใช้ยาเสพติดสามารถเข้ารับการรักษาฟื้นฟู โดยไม่ถือเป็นความผิด และมุ่งเน้นการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขเพื่อช่วยให้ผู้เสพได้รับการรักษาทางการแพทย์ และต่อเนื่องกับการฟื้นฟูสภาพทางสังคม เพื่อให้เลิกยาเสพติด กลับคืนสู่สังคมในฐานะคนปกติดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่กลับมาก่อทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอีก ดังนั้น กลไกทางสาธารณสุขจะต้องสามารถรองรับผู้เสพยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยศูนย์คัดกรองที่มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยยาเสพติด มีระบบการคัดกรองและส่งเข้าสู่การบำบัดที่ได้มาตรฐานเหมาะสมกับสภาพการเสพติดและการดำรงชีวิตของผู้เสพติด มีมาตรฐานของสถานบำบัดฟื้นฟูทุกรูปแบบตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และมีมาตรการในการดำเนินการกับผู้เสพติดที่ไม่เข้ารับการรักษาตามเงื่อนไข⁽¹²⁾ ซึ่งจะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบการบำบัดรักษาจะต้องทำให้สังคมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายที่มีแนวคิดที่ว่า “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” และกระตุ้นแรงจูงใจหรือส่งเสริมให้ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการรักษาโดยไม่มี ความผิด จึงเป็นความท้าทายทางสาธารณสุขจะผลักดันให้สังคมมองเห็นโอกาสที่ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดจะเปลี่ยนเป็นคนใหม่และพ้นจากภัยยาเสพติด โดยเริ่มจากการยอมรับความจริง เข้าใจสถานการณ์การเสพติดว่าเป็นอาการเจ็บป่วย ยอมรับตนเองว่าเป็นผู้ป่วย และหาทางเข้าสู่บำบัดรักษา จึงจะเป็นการสอดคล้องกับ “สมัครงใจเข้าบำบัด ไม่เสียประวัติ ไม่มีความผิด” ดังนั้นการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ของเจ้าหน้าที่/บุคลากรจึงเป็นภารกิจสำคัญที่จะช่วยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติของชุมชนหรือในสังคม

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักมีมุมมองว่าชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูที่ยั่งยืน ด้วยผู้ที่ได้รับการบำบัดเมื่อกลับเข้าสู่พื้นที่มักมีการกลับเป็นซ้ำด้วยยังเป็นสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมเดิมที่มีความเสี่ยงหรือกระตุ้นให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ การนำชุมชนเข้ามามี

ส่วนร่วมในการบำบัด หรือการบำบัด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) เป็นการบำบัดรักษาเชิงบูรณาการโดยเฉพาะต่อผู้ใช้ยาเสพติดและติดยาในชุมชน เพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การรักษาในระยะเริ่มต้นจนถึงการบำบัดรักษาฟื้นฟู ด้วยระบบการดูแลต่อเนื่องจนถึงการติดตามผลการรักษา ซึ่งการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง จะส่งเสริมให้เข้าถึงบริการได้สะดวก ใกล้บ้านใกล้ใจ ลดการตีตรา เพิ่มการยอมรับและอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน สังคมอย่างเป็นปกติสุข ตอบสนองต่อความต้องการแบบรายบุคคลได้มากและเกิดผลลัพธ์ที่ดี^(13,14) ตามแนวคิดการคืนผู้ป่วยสู่สังคม จึงควรมีผู้จัดการรายกรณี (case manager) ซึ่งเป็นผู้ที่มีทักษะทางคลินิกในการดูแลผู้ติดยาเสพติด มีทักษะการสื่อสาร ทักษะการบริหารจัดการ และมีความรอบรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง เช่น กฎหมาย เป็นต้น เพื่อให้เกิดการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งด้านสุขภาพ สังคมและการบริการอื่น ๆ โดยอาศัยพื้นฐานของความเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย ให้การสนับสนุนครอบครัว และชุมชนอย่างจริงจังในการแก้ปัญหาและสารเสพติด เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม รวมถึงผู้ป่วยได้รับรู้ถึงผลเสีย ปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเสพติดอย่างครอบคลุม รวมทั้งอุปสรรคการบำบัดรักษาที่นำไปสู่การเสพยาเสพติดซ้ำ⁽¹⁵⁾ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการดูแลผู้เสพยาและสารเสพติดอย่างคุ้มค่า คุ้มทุน ครอบคลุม เข้าถึงง่าย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการเรียนรู้และมีวิถีในการป้องกันแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตสามารถกลับไปทำประโยชน์ให้เกิดแก่ตนเอง ครอบครัว และสังคมได้ ทั้งนี้ในทุกจังหวัดได้ให้ความสำคัญและมีการดำเนินการใช้ชุมชนบำบัดในพื้นที่นำร่องของจังหวัด ซึ่งในแต่ละพื้นที่จะมีกลไกในการดำเนินงานที่ปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่ เช่น การให้ผู้นำทางจิตวิญญาณ/ทางศาสนามามีส่วนร่วมในการบำบัด เป็นต้น โดยอาศัยผู้นำชุมชน และเครือข่ายที่จะผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานชุมชนบำบัดให้มีความต่อเนื่องในชุมชน นอกจากนี้แม้ว่าพื้นที่จังหวัดที่ศึกษาจะมีความแตกต่างในลักษณะ

ทางภูมิศาสตร์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นจังหวัดชายแดนของประเทศไทย แต่สิ่งสำคัญที่ช่วยในการขับเคลื่อนงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด คือ บุคลากรที่ทำงานด้านนี้ ส่วนหนึ่งทำงานมาระยะหนึ่งแล้วทำให้มีสมรรถนะมีทักษะความรู้ มีแรงจูงใจ และได้รับโอกาสที่ดีสนับสนุนในการทำงานอย่างต่อเนื่อง⁽⁸⁾ จึงสามารถที่จะสร้างความไว้วางใจกับชุมชนและผู้ติดยาเสพติดได้ และช่วยให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษาและฟื้นฟู

อย่างไรก็ตาม ในทุกจังหวัดยังต้องพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ด้วยพบความไม่พร้อมของบุคลากร ไม่พอเพียงของอุปกรณ์ อัตรากำลัง ไม่ชัดเจนในการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงาน การส่งต่อมีความล่าช้า ในด้านการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากร/เจ้าหน้าที่ในศูนย์คัดกรองจะต้องเป็นผู้ที่สามารถคัดกรองผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด ใช้อุปกรณ์ในการตรวจปัสสาวะ และให้การบำบัดเบื้องต้นได้ ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานศูนย์คัดกรองทั่วประเทศ แต่ยังคงไม่เพียงพอต่อการที่ต้องมีศูนย์คัดกรองครอบคลุมในระดับตำบล จึงควรวางแผนพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่อง เพราะหากพื้นที่ให้บริการในระดับตำบลมีความพร้อมและเจ้าหน้าที่มีศักยภาพในการคัดกรอง การตรวจร่างกาย และการบำบัดดูแลเบื้องต้นได้ จะช่วยลดการนำส่งผู้รับบริการ ไปยังโรงพยาบาลชุมชน/ศูนย์ที่ให้บริการทั้งการคัดกรอง และการบำบัดรักษาอยู่แล้ว รวมทั้งเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดจากการนำส่งระหว่างพื้นที่ได้ วางแผนแก้ไขการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ หรือเฉพาะทางในสาขาเสพติด ที่จะช่วยให้พื้นที่มีผู้ที่สามารถให้การปรึกษาทางวิชาการในพื้นที่ หรือให้การบำบัดรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจน รพ.สต.ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัศวินพรคุรุศาสตร์⁽¹⁶⁾ และวนิตตา พิทยาเรืองนนท์ และอารณีย์ วิวัฒนาภรณ์⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวถึงปัญหาด้านการขาดแคลน

บุคลากรในระบบบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข โดยเสนอแนะให้มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรให้มีความรู้ความชำนาญด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับการค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามหลังบำบัดฟื้นฟู ตลอดจนปรับกรอบโครงสร้างอัตรากำลังให้เหมาะสมกับปริมาณงาน เพิ่มอัตรากำลังในงานที่เกี่ยวข้องกับงานยาเสพติดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดทั้งระบบ ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่/บุคลากรภายใต้ความไม่ชัดเจนของกฎหมายยาเสพติดสำหรับผู้ปฏิบัติ นั้น อาจมีความไม่ชัดเจนของการปฏิบัติงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจ และปรึกษาหารือกันในการที่จะลดอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งในบางพื้นที่ยังมีรอยต่อระหว่างการส่งต่อ เช่น มีการค้นหาและนำส่งกลุ่มเป้าหมายในวันหยุดราชการหรือนอกเวลาราชการ แต่การให้บริการของศูนย์คัดกรองเปิดทำการในเวลาราชการ ระบบการส่งต่อหรือการเปิดเผยข้อมูลการบำบัดรักษาของผู้รับบริการระหว่างส่วนงานที่เกี่ยวข้องเป็นต้น ในการปฏิบัติงานกับผู้ติดยาเสพติดอาจไม่พบความสำเร็จ ที่เห็นผลชัดเจน และอาจใช้เวลานานที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการพบปัญหาการเสพยาซ้ำของผู้ป่วยรายเดิม ที่อาจส่งผลกระทบต่อแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร หน่วยงานต้นสังกัดจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยที่จะช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านยาเสพติดของบุคลากร ได้แก่ กำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการ ด้านขวัญกำลังใจในการทำงาน และด้านเวลา เพื่อเอื้ออำนวยให้เจ้าหน้าที่/บุคลากรสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลบรรลุตามเป้าหมาย⁽¹⁸⁾ ตลอดจนเปิดโอกาสให้บุคลากรได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และจัดการความรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงานที่จะนำไปสู่ต้นแบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพตามบริบทของแต่ละพื้นที่ในการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ใช้/ผู้ติดยาเสพติดต่อไป

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) ควรส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม ขึ้นทะเบียนศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ให้ครอบคลุมทุกตำบล

2) กระทรวงสาธารณสุข ควรเพิ่มกลไกการเชื่อมโยงระหว่างภาคคัดกรอง การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคม โดยขึ้นทะเบียนผู้จัดการรายกรณี (case manager) ทั้งกลุ่มด้านสาธารณสุข และกลุ่มด้านสังคมและความมั่นคง

3) กระทรวงสาธารณสุข ควรดำเนินการ จัดทำหลักสูตร E-learning สำหรับพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในศูนย์คัดกรอง ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม และ case manager และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

4) บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรบูรณาการ การทำงานระหว่าง ศูนย์คัดกรอง และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่ให้มีบทบาท ร่วมกันในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน

ข้อเสนอแนะการทําวิจัย

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ในมุมมองของผู้รับบริการ ทั้งผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ครอบครัว และชุมชน เกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อการเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ หรือกฎหมายยาเสพติดในมุมมองของ “ผู้เสพ คือผู้ป่วย” เพื่อให้เกิดการต่อยอดความรู้ และการมุมมองที่หลากหลายจากผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียจากการนำกฎหมายยาเสพติดฉบับนี้มาใช้ในแต่ละบริบทของพื้นที่ รวมทั้งการศึกษาการวิจัยการขับเคลื่อนการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในจังหวัดอื่น ๆ เพื่อให้เห็นปัญหาอุปสรรคในแต่ละพื้นที่จังหวัดที่มีสภาพความเป็นอยู่และสภาพทางภูมิศาสตร์ที่มีความเฉพาะตัวของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด บุคลากรวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในจังหวัดนราธิวาส แม่ฮ่องสอน อุบลราชธานี กาญจนบุรี และกรุงเทพมหานคร ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย และช่วยให้การวิจัยสำเร็จลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, กระทรวงยุติธรรม. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2563-2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ProgramsandActivities>
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, กระทรวงสาธารณสุข. ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://mnfda.fda.moph.go.th/narcotic/wp-content/uploads/2021/11/Act_Narcotic64_091164.pdf
3. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, กระทรวงยุติธรรม. ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ รายงานประจำปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.oncb.go.th/DocLib/ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ%20ปี%202564.pdf>
4. บุรฉัตร จันท์แดง. บทวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเสพติดในปัจจุบัน. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 2560;4(2):37-56.
5. ฉัตรชัย ศรีเมืองกาญจน. ยาเสพติด: ปัญหาภัยแทรกซ้อนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_dl_link.php?nid=45110
6. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, กองบริหารการสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา-

- เสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://phdb.moph.go.th/main/upload/ebook/web/20220502112432/mobile/index.html>
7. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://nmc.moph.go.th/home/upload/web_download/1doxcsiqctdwos4w4g.pdf
 8. Michie S, Atkins L, West R. The behavior change wheel: a guide to designing interventions. London: Silverback Publishing; 2014.
 9. สำนักงาน ปปส. กระทรวงยุติธรรม. ที่มาของนโยบายยาเสพติดแนวใหม่ “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: [https://www.oncb.go.th/PublishingImages/Lists/ONCBNews1/AllItems/book-%20\(1\).pdf](https://www.oncb.go.th/PublishingImages/Lists/ONCBNews1/AllItems/book-%20(1).pdf)
 10. ชรัส บุญผสะ. ปัญหาในการบูรณาการการแก้ไขปัญหายาเสพติดของผู้ว่าราชการจังหวัด. วารสารดำรงราชานุภาพ 2561;18(57):14-25.
 11. ศศิวิมล คำเมือง, สระเกตุ ปานเถื่อน, ธีรตนย์ คงสิทธิ์รัตนตระกูล. การศึกษามีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการนำนโยบายป้องกันและปราบปรามยาเสพติดไปสู่การปฏิบัติ กรณีศึกษา โครงการชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ. สถาบันพัฒนาการเรียนรู้อาจารย์สมัยใหม่ 2565;7(6):367-76.
 12. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรองการประเมินความรุนแรง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://drive.google.com/drive/folders/1X7Riv5ISDG-9CuLdD8fEBIKE4xBX1qBeB>
 13. อัครพล ครุศาสตร์, บรรณาธิการ. แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง. นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
 14. อภาศิริ สุวรรณานนท์. การศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต 2560;11(2): 213-222.
 15. กุลนรี หมายพัฒนชัยกูร, เนาวรัตน์ เกษมพร, ภาสินี โทอินทร์, นวลละออง ทองโคตร. ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดรักษายาเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติด. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์-สุขภาพ 2564;15(2):1-12.
 16. อัครพล ครุศาสตร์. การปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด แนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2562;15(2):6-10.
 17. วณิตตา พิทยาเรืองนนท์, อารณีย์ วิวัฒนภรณ์. ปัญหาในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด: กรณีศึกษาในสถานพยาบาลของรัฐ. วารสารวิจัยธรรมศึกษา 2565;5(2):94-102.
 18. ทิพรถาวร คุยแก้วพะเนา, ชนะพล ศรีฤาชา. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2561; 11(4):47-57.

Abstract: Evaluating the Implementation of Drug Abuse Screening, Treatment and Rehabilitation for Abusers according to the Narcotics Bill B.E.2564 in 5 Selected Provinces in Thailand

Pattarapol Jungsomjatepaisal, M.D.*; Walailak Pumpuang, Ph.D.; Acharaporn Seehirunwong, D.N.S.**; Rapatpisa Thanasitchamroon, M.N.S.***

** Office of Secretary of National Addiction Treatment & Rehabilitation Committee, Ministry of Public Health; ** Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand*

Journal of Health Science 2023;32(3):488-501.

This qualitative study aimed to examine the implementation related to drug abuse screening, treatment, rehabilitation, and social rehabilitation for abusers and explored the obstacle and supportive factors in 5 selected provinces. Collected data by using in depth interview and focus group. There were 44 key informants recruited with purposive sampling including professional staff from public health segments such as physicians, nurses, public health officers, social workers, psychologists and staff from interior segments and national policy agencies such as district clerks, polices, and community leaders who involved in implementation of treatment and rehabilitation for drug abusers according to the Narcotics Bill B.E. 2564 in the 5 selected provinces of Thailand including Narathiwat, Ubon Ratchathani, Mae Hong Son, Kanchanaburi, and Bangkok. Data were analyzed by using content analysis. It was found that after the enforcement of the new law, there were key findings in the 5 pilot provinces, which were categorized into 3 areas as follow: (1) inputs: integrated management, personal development, and selected area preparation, (2) process: transitional phase, active work, collaboration networks, and community based treatment (CBTx) implementation, and (3) outputs: establishing the screening centers by selecting sub-district health promoting hospitals where there were proper staff to implement the care service care, increase in the number of patients receiving care from re-X ray project, but the number of volunteer was low. Most provinces were on the process of setting up the social rehabilitation center except in Bangkok where the services were provided at district offices. The obstacle factors included limited understanding on the implementation of the new law; and the staff of sub-district health promoting hospitals did not feel convenient to refer and following up the abusers. In addition, coordinating between segments was almost absent. It is recommended that government agencies and civil societies be supported to register as screening and social rehabilitation centers covering every subdistrict and register to become case managers in order to cross-link among various segments including screening, treatment, and social rehabilitation for providing care services. In addition, e-learning courses should be developed to build capacity of professional staff to work in screening and social rehabilitation centers, and also work as case managers. Learning exchange forum should be established. Finally, local government organizations of each province should emphasize their roles to integrate the work between screening centers and social rehabilitation centers to implement CBTx in their areas.

Keywords: screening; treatment; Narcotics Bill B.E. 2564; selected areas