

สถานการณ์ของการบำบัด
ผู้ติดยาเสพติดของระบบบังคับบำบัด
ในประเทศไทย : กรณีสถานพยาบาล
สังกัดกรมการแพทย์

มานพ คณะโต
สุณิรัตน์ ยั่งยืน

สนับสนุนโดย

แผนกาศีวิชาการสารเสพติด (ภวส.)

ดำเนินการโดย

เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทสรุปผู้บริหาร

การดำเนินโครงการศึกษาสถานการณ์และผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ติดยาเสพติดของระบบบังคับบำบัดในประเทศไทย : กรณีสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการของการดำเนินงานและผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ติดยาเสพติดของระบบบังคับบำบัด รวมทั้งประเมินความเหมาะสมของการบังคับใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ซึ่งดำเนินการในพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่จังหวัด ปัตตานี สงขลา เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น อุดรธานี และปทุมธานี มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบ Integrated study design ประกอบด้วย Archival research, Prospective study Retrospective study และ Parallel cohort study ซึ่งอาศัยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณประกอบกัน โดยมีผู้เข้าบำบัดที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวนทั้งสิ้น 798 คน โดยแบ่งเป็นผู้เข้าบำบัดที่ส่งบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์จำนวน 386 คน และที่ส่งบำบัดหน่วยงานอื่นๆ จำนวน 412 คน

ผลการวิจัย พบว่ากระบวนการของการดำเนินงานของระบบบังคับบำบัด มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการจับกุมและการสอบสวน 2) ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ 3) ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และ 4) ขั้นตอนการติดตามผล ซึ่งจากกระบวนการดังกล่าวมีการดำเนินงานร่วมกันของหลายๆ หน่วยงานในลักษณะของพหุภาคี โดยมีการแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานชัดเจน โดยผลลัพธ์ของการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน พอสรุปได้ดังนี้

1. ขั้นตอนการจับกุมและการสอบสวน พบว่าผู้เข้าบำบัดทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 80.6%, หน่วยบำบัดอื่น 95.6%) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์เท่ากับ 27 , หน่วยบำบัดอื่น เท่ากับ 28) ส่วนใหญ่ถูกจับกุมในฐานความผิดเสพยาเสพติด ส่วนความล่าช้าในการนำตัวผู้ต้องหาไปศาลเพื่อส่งตรวจพิสูจน์ พบว่ากลุ่มผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และหน่วยบำบัดอื่นมีความล่าช้า คิดเป็น 20.0% เท่ากัน โดยมีระยะเวลาที่ล่าช้าเฉลี่ย 2 วัน ส่วนในกลุ่มผู้ต้องหาที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความล่าช้าเพียงเล็กน้อย โดยสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 9.1% ส่วนหน่วยบำบัดอื่น 8.5% โดยระยะเวลาที่ล่าช้าเฉลี่ย 4 และ 2.5 วันตามลำดับ

2. ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ พบว่ากลุ่มผู้เข้าบำบัดจะถูกควบคุมตัวระหว่างรอตรวจพิสูจน์ โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการควบคุมตัวใกล้เคียงกัน (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เท่ากับ 23.20 วัน , หน่วยบำบัดอื่น เท่ากับ 24.42 วัน) ทั้งนี้ผลการตรวจพิสูจน์พบว่าสารเสพติดส่วนมากที่พบคือเมทแอมเฟตามีน (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 85.5%, หน่วยบำบัดอื่น 84.0%) นอกจากนี้พบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการขยายเวลาตรวจพิสูจน์ และมีระยะเวลาเฉลี่ยการขยายเวลาใกล้เคียงกัน (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ใช้เวลาเฉลี่ย 12 วัน , หน่วยบำบัดอื่น ใช้เวลาเฉลี่ย 14 วัน) ซึ่งเหตุผลในการขยายเวลาส่วนใหญ่คือติดตามพยาน รองลงมาคือ ตรวจประวัติอาชญากร, ปริมาณคดีมีมาก, รอรวบรวมข้อมูลและรอสถานฟื้นฟูตามลำดับ

3. ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พบว่ามีจำนวนผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 386 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 80.6% มีอายุเฉลี่ย 27 ปี และสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (51.8%) ว่างาน (19.2%) และในครอบครัวมีคนใช้สารเสพติด 29.5% และมีเพื่อนใช้ยาเสพติดถึง 82.1% ผู้เข้ารับการฟื้นฟูส่วนใหญ่เป็นผู้ติดยาเสพติด (74.6%) ผู้เสพ (15.5%) ผู้ติดยาแรง (9.8%) โดยชนิดของสารเสพติดที่ใช้ก่อนเข้าบำบัดส่วนใหญ่เป็นเมทแอมเฟตามีน (77.7%) กัญชา (11.4%) ไอซ์ (6.0%) กระต้อม (5.4%) ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาใช้ยาเสพติดเฉลี่ย 5 ปี โดยเมื่อบำบัดครบ 120 วัน พบว่า เห็นควรส่งตัวเข้าโปรแกรมกลับคืนสู่สังคมของสำนักงานคุมประพฤติ (97.0%) เห็นควรขยายเวลาฟื้นฟู (0.5%) และผลฟื้นฟูเป็นที่น่าพอใจและเห็นสมควรให้พ้นจากความผิดที่ถูกกล่าวหา (2.5%)

4. ขั้นตอนการติดตามผล พบว่า จากจำนวนผู้เข้าร่วม โครงการทั้งหมด 798 คน มีจำนวนผู้ที่ฟื้นฟูครบ 6 เดือนและอยู่ในช่วงการติดตามผลทั้งสิ้น 336 คน แต่พบว่าสามารถติดตามผลได้เพียง 89 คน (ผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 49 คน และผู้เข้าบำบัดในสถานบำบัดแบบบังคับบำบัดอื่นๆ จำนวน 40 คน) คิดเป็นร้อยละ 26.48 ของจำนวนผู้ที่อยู่ในการติดตามทั้งหมด ซึ่งจำนวนผู้ผ่านการฟื้นฟูที่ได้รับการติดตามผล 89 คน พบว่าเป็นเพศชาย 79 คน (88.8%) เพศหญิง 10 คน (11.2%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-34 ปี (66.3%) โดยสามารถติดตามพบ 91.0% ไม่เสพยาเสพติด 71.9% ยังคงเสพยาเสพติด 19.1% และได้รับความช่วยเหลือแล้วเพียง 14.6%

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาก็ยังพบปัญหาในการดำเนินงาน อาทิเช่น ขั้นตอนการจับกุมและสอบสวน ปัญหาที่พบได้แก่งบประมาณไม่เพียงพอ เช่นขาดแคลนชุดตรวจหาสารเสพติดเบื้องต้น, ญาติผู้ต้องหายังไม่เข้าใจว่าอำนาจการให้ประกันตัวเป็นของเจ้าหน้าที่ตำรวจ, มีสำนวนคดีค้างเยอะ, ปัญหาการติดตามตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่ผ่านเกณฑ์มาดำเนินคดี เป็นต้น ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ ปัญหาที่พบได้แก่ปัญหามีคดีเข้ามาจำนวนมาก แต่จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ, ปัญหาด้านภาษา ในกรณีที่ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นแรงงานต่างด้าว, บางกรณีไม่มีผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดจากพนักงานสอบสวน เป็นต้น ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ปัญหาที่พบได้แก่ ปัญหาสถานฟื้นฟูไม่เพียงพอในการรองรับผู้เข้ารับการฟื้นฟู, ปัญหาการนับวันเริ่มต้นการฟื้นฟู, ปัญหาความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในการติดตามผู้เข้ารับการฟื้นฟู, ปัญหาภาษาในการสื่อสารกับผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่เป็นคนต่างด้าวและชาวไทภูเขา, ปัญหาคดีค้าง, ปัญหาการติดตามญาติ, ปัญหาพนักงานคุมประพฤดียังขาดทักษะในการคัดกรองสุขภาพของผู้เข้ารับการฟื้นฟู, ปัญหาผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการเข้าบำบัด, ปัญหาผู้ป่วยหลบหนี, ปัญหาผู้ค้ายาเสพติดเข้ามาในระบบการบำบัด เป็นต้น และขั้นตอนการติดตามผล ปัญหาที่พบได้แก่ หน่วยงานที่รับผิดชอบการติดตามผลผู้ผ่านการฟื้นฟูหลายหน่วยงานยังไม่ได้บูรณาการทำงานร่วมกัน, ไม่มีการรายงานข้อมูลผลการติดตามจากสำนักงานคุมประพฤดีย้อนกลับไปยังสถานฟื้นฟู ทำให้ไม่ทราบผลลัพธ์การบำบัดที่แท้จริงว่าผู้ผ่านการบำบัดสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้จริงหรือไม่ เป็นต้น

สำหรับข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน มีดังนี้

1. ขั้นตอนการจับกุมและการสอบสวน เช่น ควรระบุบุคคลที่มีอำนาจในการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดให้ชัดเจน และศาลควรเปิดทำการในวันเสาร์เต็มวัน

2. ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ เช่น คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ควรมอบอำนาจให้เลขาหรือคณะอนุกรรมการท่านใดท่านหนึ่งเป็นผู้มีอำนาจในการพิจารณาเพื่อปล่อยตัวชั่วคราวเพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการดำเนินงานและควรชี้แจงขั้นตอนการยื่นขอประกันตัวให้ญาติผู้เข้ารับบำบัดทราบอย่างชัดเจน และการติดตามผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้าการฟื้นฟูที่ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบการฟื้นฟูควรเป็นอำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ

3. ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เช่น ควรมีการปรับปรุงกฎหมายในมาตรา 19, จำกัดจำนวนครั้งของการเข้าฟื้นฟู, ผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่หลบหนีหรือไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบควรถูกดำเนินคดีในระบบต้องโทษ, ควรจัดสถานที่ฟื้นฟูให้เพียงพอ, การตรวจคัดกรองสุขภาพผู้เข้ารับการฟื้นฟูควรเป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์และพยาบาล, ควรส่งผู้เข้ารับการฟื้นฟูไปยังสถานฟื้นฟูที่อยู่ในภูมิภานาหรือใกล้เคียง, ควรมีการเตรียมความพร้อมให้กับผู้เข้ารับการฟื้นฟูก่อนส่งไปยังสถานฟื้นฟู และควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูและการกระบวนการบังคับบำบัดกับญาติด้วย

4. ขั้นตอนติดตามผล เช่น หน่วยงานที่รับผิดชอบการติดตามผลผู้ผ่านการฟื้นฟูควรบูรณาการทำงานร่วมกันเป็นทีม และควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลผลการติดตามผลแจ้งกลับไปยังสถานฟื้นฟูด้วย เพื่อจะได้ทราบผลลัพธ์ของการบำบัดที่แท้จริง

นอกจากนี้ควรมีการประเมินคุณภาพการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานในระบบบังคับบำบัด และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรหน่วยงานภาคีต่าง ๆ เพื่อให้ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัด ตาม พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบให้มากขึ้น

สารบัญ

บทนำ	1
การทบทวนองค์ความรู้	4
วิธีการศึกษา	53
ผลการศึกษา	59
สรุปและเสนอแนะ	104
บรรณานุกรม	106

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมา หลักการและเหตุผล

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด นับเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการลดความต้องการใช้ยาเสพติด ซึ่งจะส่งผลให้การแพร่ระบาดของยาเสพติดลดลง ปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะหน่วยงานในพื้นที่ได้พัฒนาการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างหลากหลาย ทั้งการพัฒนาการบริหารจัดการอย่างบูรณาการ การพัฒนาเทคนิควิธีการบำบัดรักษาที่มีคุณภาพ พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาที่หลากหลายเหมาะสมกับสารเสพติด ตลอดจนการพัฒนากระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู โดยครอบคลุมถึงการติดตามให้ความช่วยเหลือหลังจากผู้เสพผ่านการบำบัดรักษาแล้ว (นพดล วรรณิกา และคณะ, 2553) ซึ่งแนวคิดการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบสมัยใหม่ของประเทศไทยได้เกิดขึ้นจากประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 37 ลงวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2501 ได้มีคำสั่งให้เลิกการค้าและการสูบฝิ่นทั่วประเทศ โดยได้จัดตั้งสถานสงเคราะห์ผู้ติดยาฝิ่นสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทยขึ้น เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาฝิ่น ซึ่งต่อมาได้โอนให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ และต่อมาในปี 2509 คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ได้จัดสรรงบประมาณเพื่อก่อตั้งโรงพยาบาลยาเสพติดแห่งแรกของประเทศไทย “โรงพยาบาลธัญญารักษ์” สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดตั้งขึ้นในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2510 เพื่อดำเนินการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแผนปัจจุบัน ซึ่งปัจจุบันได้ยกฐานะเป็น “สถาบันธัญญารักษ์” แต่ ปัญหายาเสพติดก็ได้หมดสิ้นไป กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขยายการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดออกไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัดของกระทรวงให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ ส่วนผู้ติดยาเสพติดที่ถูกดำเนินคดีก็จะถูกส่งไปรับการบำบัดรักษาในเรือนจำและทัณฑสถานบำบัดพิเศษ หากเป็นผู้ติดยาเสพติดที่กระทำความผิดครั้งแรก ศาลอาจสั่งให้คุมประพฤติซึ่งจะต้องมารายงานตัวต่อผู้คุมความประพฤติตามที่ ศาลสั่ง ในกรณีที่ เป็นเด็กและเยาวชนต่ำกว่า 18 ปี ก็จะถูกส่งตัวไปยังสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก เป็นการให้การบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ แต่ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการบำบัดรักษาก็คือผู้ติดยาเสพติด ไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา จึงได้ออกพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ขึ้นเพื่อบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556)

การบังคับบำบัดยาเสพติดของไทยอยู่ใต้การดูแลของกรมคุมประพฤติ (กระทรวงยุติธรรม) ซึ่งระบบบังคับบำบัดดังกล่าว ที่เป็นระบบซึ่งพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้และการพึ่งพาสารเสพติดในประเทศไทย ซึ่งในประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา นโยบายยาเสพติดของไทยเน้นการนำตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษ และการคุมขังผู้เสพยาเสพติดเพื่อให้ประเทศ “ปลอดจากยาเสพติด” ดังนั้นผู้เสพหรือติดยาเสพติดมักตกเป็นผู้ต้องหา รัฐบาลได้มีแนวคิดในการพัฒนาระบบการบำบัดรักษาเพื่อหันเหผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดออกจากกระบวนการยุติธรรมเพื่อให้มีโอกาสเข้ารับการบำบัดรักษา โดยประเทศไทยมีนโยบายด้านการบังคับบำบัดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 โดยได้ออกกฎหมายที่สำคัญคือ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ฉบับ

พ.ศ. 2534 (ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด, 2553) ซึ่งกำหนดให้ผู้ต้องหาไม่ต้องถูกคุมขังไว้ในเรือนจำ/ทัณฑสถานก็ตาม แต่ผู้เสพยาเสพติดก็ไม่ได้ลดลง การศึกษาหลายชิ้นชี้ชัดว่าการแพร่ระบาดในกลุ่มผู้เสพเพิ่มสูงขึ้น หลังปี 2534 (กรมคุมประพฤติ, 2545) และแพร่ระบาดอย่างหนักในกลุ่มเยาวชนหลังปี 2540 (มานพคณะโต, 2545) ต่อมาในปี 2545 รัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ขึ้นมาอีกครั้ง ซึ่งผู้เสพหรือติดยาเสพติดจะไม่ถูกจับกุมในฐานะ “ผู้ต้องหา” อีกต่อไป แต่อยู่ในฐานะ “ผู้ป่วย” แทนที่จะมีการฟ้องร้องดำเนินคดี โดยบุคคลผู้ที่เข้าสู่ระบบบังคับบำบัดนี้จะเป็นผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่ถูกจับกุมฐานความผิดใดฐานความผิดหนึ่งใน 4 ฐานความผิด คือ ฐานความผิดเสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายยาเสพติดตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง โดยสามารถสรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ได้ว่า เมื่อมีผู้จับกุมผู้ต้องหาที่เข้าข่ายความผิดพนักงานสอบสวนจะต้องนำส่งศาลภายใน 48 ชั่วโมง และหากผู้ต้องหาอายุต่ำกว่า 18 ปี จะต้องนำส่งภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้ศาลพิจารณาสั่งให้ผู้ต้องหาไปตรวจพิสูจน์สารเสพติดและแจ้งให้คณะอนุกรรมการในเขตพื้นที่ทราบ จากนั้นอนุกรรมการจะต้องให้เจ้าหน้าที่บันทึกประวัติและตรวจพิสูจน์ให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน(ขยายได้ไม่เกิน 45 วัน) หากผลการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดอนุกรรมการจะกำหนดแผนการฟื้นฟู หากไม่พบสารต้องรายงานผลการตรวจและส่งผู้ต้องหาคืนพนักงานสอบสวน การดำเนินงานฟื้นฟูให้ดำเนินการได้ครั้งละไม่เกิน 6 เดือน แต่หากคณะอนุกรรมการไม่พอใจผลการฟื้นฟู สามารถขยายเวลาต่อไปได้อีก รวมแล้วไม่เกิน 3 ปี ทั้งนี้หากผลการฟื้นฟูเป็นที่พอใจให้ถือว่าผู้ต้องหาพ้นผิด หากเป็นที่ไม่พอใจให้รายงานความเห็นไปยังพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดี (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2545)

ดำเนินงานระบบการบังคับบำบัดเป็นไปในลักษณะพหุภาคี โดยดำเนินงานที่สำคัญใน 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ซึ่งเป็นการคัดกรองเบื้องต้นว่าผู้ต้องหาที่กระทำผิดและเข้าสู่กระบวนการของกฎหมายนี้เป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดหรือไม่ ขั้นตอนนี้ดำเนินการโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคุมประพฤติในสังกัดกรมคุมประพฤติ จากนั้นคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในแต่ละพื้นที่จะพิจารณาวินิจฉัยและกำหนดแผนการฟื้นฟูฯ ให้เหมาะสมกับผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเป็นรายบุคคล จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนต่อไป คือขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันในลักษณะพหุภาคี โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมี 2 รูปแบบ คือ การฟื้นฟูแบบควบคุมตัว และการฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัว แต่หลังจากการประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้ตั้งแต่วันที่ 3 มีนาคม 2546 เป็นเวลากว่า 10 ปี พบว่า ผู้เข้าสู่ระบบบังคับบำบัดเพิ่มขึ้นจาก 6,503 รายในปี 2546 เป็น 211,657 รายในปี/2557 และจากการศึกษาการแพร่ระบาดของสารเสพติดในกลุ่มประชากรที่อายุระหว่าง 12-65 ปี โดยการสำรวจครัวเรือนเพื่อประมาณการจำนวนผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า มีคนเคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งจำนวนประมาณ 3,500,000 คน และใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน 1 ปี ประมาณ 590,000 คน (คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด, 2555) จำนวนผู้เคยใช้สารเสพติดของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการบำบัดที่เพิ่มขึ้น

อย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่อัตราส่วนของเพศชายประมาณร้อยละ 90 และเพศหญิงเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น และอัตราส่วนของผู้เข้าบำบัดรายใหม่มากกว่าผู้เข้าบำบัดรายเก่าคงที่อยู่ประมาณร้อยละ 77-80 และระบบข้อมูลของสำนักงานตำรวจแห่งชาติระบุว่า ในปี 2556 มีการจับกุมคดีเกี่ยวกับยาเสพติดทั้งสิ้นจำนวน 440,853 ราย ในจำนวนนี้เป็นคดีเสพและครอบครองเพื่อเสพจำนวน 365,233 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 83 แต่มีผู้เข้าสู่พระราชบัญญัติฟื้นฟูฯ พ.ศ. 2545 โดยได้รับการตรวจพิสูจน์จำนวน 227,093 ราย และปรากฏข้อมูลว่าได้รับการฟื้นฟูฯ เพียง 203,961 ราย และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้เข้ารับการบำบัดในระบบอื่น พบว่า ผู้เสพ/ผู้ติดเข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดคิดเป็นร้อยละ 0.20 ในปี 2546 สูงขึ้นถึงร้อยละ 72.99 ในปี 2554 (ข้อมูลหลังปี 2554 ผู้เข้าบำบัดในระบบสมัครใจจำแนกให้ครอบคลุมผู้ถูกจับกุมแต่ยินยอมเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ หรือเรียกว่า“สมัครใจแกมบังคับ” เพื่อนำเข้าสู่ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐในระบบสมัครใจ โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการตรวจพิสูจน์ตามพระราชบัญญัติดังกล่าว) และจากข้อมูลของสำนักงานคุมประพฤติทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2557 พบว่า คดีเข้าสู่พระราชบัญญัติฟื้นฟูฯ พ.ศ. 2545 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยจากปี 2550 จำนวน 48,895 คดี เพิ่มขึ้นเป็น 179,331 คดี ในปี 2557 และเมื่อจำแนกคดีตามผลวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พบว่าการบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวมีส่วนที่มากกว่าการบำบัดแบบควบคุมตัว (เช่น ในปี 2550 บำบัดแบบไม่ควบคุมตัว 34,774 ราย แบบควบคุมตัว 14,121 ราย และปี 2557 บำบัดแบบไม่ควบคุมตัว 154,334 ราย ควบคุมตัว 24,997 ราย) นอกจากนี้ยังพบว่าการบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวในลักษณะผู้ป่วยนอกพบในสัดส่วนที่สูงกว่าลักษณะอื่นๆ (เช่นผู้ป่วยใน, โปรแกรมคุมประพฤติ) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากปี 2550 มีการบำบัดลักษณะผู้ป่วยนอก จำนวน 15,619 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 45,659 ราย ในปี 2557 (อดิศักดิ์ งามจรรย์วิวัฒน์, 2558) ซึ่งการบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวในลักษณะบริการผู้ป่วยนอกนี้มีหน่วยงานที่ให้บริการเช่น โรงพยาบาลของรัฐ สถาบันจิตเวชศาสตร์ หรือกรมคุมประพฤติ เป็นต้น

ผลจากการประชุมสัมมนาระหว่างผู้เกี่ยวข้องในช่วงปลายเดือนธันวาคม 2557 มีข้อคิดเห็นว่าการดำเนินงานในระบบบังคับบำบัดเป็น“การเบี่ยงเบนบุคคลจากการเข้าสู่เรือนจำ/ทัณฑสถานเพื่อไปยังศูนย์บำบัดยาเสพติดแบบบังคับบำบัด” เป็นประโยชน์ในแง่สุขภาพและสิทธิมนุษยชนของผู้ใช้ยาและอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีในระหว่างการคุมขัง แต่ปริมาณผู้ที่เข้าสู่กระบวนการตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูฯ เพิ่มขึ้น โดยผู้เข้ารับการฟื้นฟูฯ ส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ และบางส่วนมีพฤติการณ์เกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด ซึ่งที่ผ่านมาในขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ในระบบบังคับบำบัดจะมีการควบคุมตัวผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ไว้ในสถานที่ควบคุมตัวเพื่อรอตรวจพิสูจน์ของบริเวณของเรือนจำ/ทัณฑสถานของกรมราชทัณฑ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดผู้เสพติดเป็นผู้ป่วย เพราะต้องนำไปควบคุมตัวไว้รวมกันในระยะเวลา 15-45 วัน จากข้อมูลผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ในปี 2557 พบว่า มีการควบคุมตัวร้อยละ 46 และมีการควบคุมตัวและได้รับการประกันอีกร้อยละ 18 อันอาจจะส่งผลให้เกิดปัญหาการสร้างเครือข่ายการเสพและการค้าและผู้เสพติดรุนแรงไม่ได้รับการบำบัดฯ ทันทิ (ข้อมูลจากระบบสารสนเทศกรมคุมประพฤติ ณ วันที่ 4 พฤศจิกายน 2557) จะเห็นได้ว่าการบังคับใช้กฎหมายมีความหลากหลายในวิธีปฏิบัติในทุกขั้นตอน และยังไม่มีการ

ประเมินผลการบำบัดฟื้นฟูฯ ในระบบบังคับบำบัด ดังนั้น จึงควรมีการประเมินผลการบังคับบำบัดดังกล่าวอย่างกว้างขวางอันจะไปสู่การพัฒนาเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย และมีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการของการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของระบบบังคับบำบัด
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ติดยาเสพติดของระบบบังคับบำบัด
3. เพื่อประเมินความเหมาะสมของการบังคับใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทย
4. เพื่อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้เอื้อต่อการบำบัดยาเสพติดในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

1.3 ขอบเขตการวิจัย

ผู้วิจัยทำการศึกษาตามประเด็นต่อไปนี้

1. **ขอบเขตด้านพื้นที่** ดำเนินการศึกษาในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ทั้งหมด 7 แห่ง ได้แก่ สถาบันราชกุมารเวชศาสตร์ ปทุมธานี โรงพยาบาลราชกุมารเวชศาสตร์ ขอนแก่น อุดรธานี สงขลา บัตตานี แม่ฮ่องสอน และ เชียงใหม่ และสำนักงานคุมประพฤติของจังหวัด ปทุมธานี ขอนแก่น อุดรธานี สงขลา บัตตานี แม่ฮ่องสอน และ เชียงใหม่ ที่มีการส่งต่อผู้เข้าบำบัดมาที่ สถาบันราชกุมารเวชศาสตร์ และ โรงพยาบาลราชกุมารเวชศาสตร์
2. **ขอบเขตด้านเนื้อหา** ดำเนินการศึกษาระบบการศึกษาระบบบังคับบำบัดของประเทศไทยภายใต้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู
3. **ขอบเขตด้านประชากร** ดำเนินการศึกษาในกลุ่ม 1) ผู้เข้าบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัดแบบควบคุมตัว ในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 2) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานระบบบังคับบำบัด 3) กลุ่มครอบครัวและเพื่อนบ้านใกล้ชิดของผู้เข้าบำบัด 4) กลุ่มผู้นำชุมชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกับผู้เข้าบำบัด

2. ทบทวนองค์ความรู้

2.1 แนวความคิดในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

แนวความคิดในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นแนวคิดที่ต้องการจะแก้ไขปัญหาเสพติดอันเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทั่วโลก ซึ่งลักษณะของยาเสพติดในแต่ละประเทศมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป มีทั้งปัญหาในเรื่องการผลิต การขนส่งลำเลียง การค้าและการเสพยาเสพติด ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดหลักในการแก้ปัญหาเสพติดที่ ทั่วโลกได้ดำเนินการ 2 ประการคือ แนวคิดในการลดอุปทานของยาเสพติด (Supply Reduction) มีจุดประสงค์เพื่อลดปริมาณยาเสพติด และแนวความคิดในการลดอุปสงค์ (Demand Reduction) มีจุดประสงค์เพื่อลดความต้องการการใช้ยาเสพติดและลดปริมาณผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดโดยมุ่งเน้นวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดเพื่อช่วยให้ผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดเลิกจากพฤติกรรมการติดยาเสพติด ในต่างประเทศได้มีการลดอุปสงค์และอุปทานของยาเสพติดเป็นหลัก ในการประชุมสหประชาชาติ ปี ค . ศ. 1998 ว่าด้วยปัญหาเสพติดในระดับโลก ซึ่งกลุ่มประเทศสมาชิกได้ตระหนักถึงปัญหาในเรื่องผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติด ซึ่งกลุ่มประเทศสมาชิกได้ตกลงยอมรับการลดอุปสงค์และอุปทานของยาเสพติดใน The Political Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบสมัยใหม่ของประเทศไทยได้เกิดขึ้นจากการที่ จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้มีประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 37 ลงวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2501 โดยมีคำสั่งให้เลิกการค้าและการสูบฝิ่นทั่วประเทศ ได้มีการเผาทำลายอุปกรณ์ต่าง ๆ และทำการสำรวจผู้ติดยาฝิ่นทั่วประเทศ มีผู้ติดยาฝิ่น จำนวน 70,985 คน ได้มาจดทะเบียนไว้กับทางราชการ และจัดตั้งสถานสงเคราะห์ผู้ติดยาฝิ่นสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทยขึ้น เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาฝิ่น ซึ่งต่อมาได้โอนให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ จากการทำรัฐบาลมีนโยบายให้เลิกการสูบฝิ่นนั้นผลปรากฏว่าหนึ่งปีเศษหลังจากนั้นมีการแพร่ระบาดของเฮโรอีนเบอร์ 3 เข้ามาแทนที่ ทำให้ปัญหาเสพติดในประเทศไทยทวีความรุนแรงและซับซ้อนขึ้น ดังนั้นในปี 2509 คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ได้จัดสรรงบประมาณเพื่อก่อตั้งโรงพยาบาลยาเสพติดแห่งแรกของประเทศไทย “ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ”

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2510 เพื่อดำเนินการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแผนปัจจุบัน ซึ่งปัจจุบันได้ยกฐานะเป็น “สถาบันธัญญารักษ์” แต่ ปัญหายาเสพติดก็มีได้หมดสิ้นไป กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขยายการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดออกไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัดของกระทรวงให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ ส่วนผู้ติดยาเสพติดที่ถูกดำเนินคดีก็จะถูกส่งไปรับการบำบัดรักษาในเรือนจำและทัณฑสถานบำบัดพิเศษ หากเป็นผู้ติดยาเสพติดที่กระทำความผิดครั้งแรกศาลอาจสั่งให้คุมประพฤติซึ่งจะต้องมารายงานตัวต่อผู้คุมความประพฤติตามที่ศาลสั่ง ในกรณีที่ เป็นเด็กและเยาวชนต่ำกว่า 18 ปี ก็จะถูกส่งตัวไปยังสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก เป็นการให้การบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ แต่ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการบำบัดรักษาคือผู้ติดยาเสพติด ไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา จึงได้ออกพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ขึ้นเพื่อบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556)

2.3 ระบบบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

2.3.1 ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดได้มีการพัฒนารูปแบบในการดูแลช่วยเหลือและพัฒนาผู้เสพยา/ผู้ติดยาเสพติดมาโดยตลอด เพื่อให้การแก้ไขปัญหาผู้ติดยาเสพติดมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหายาเสพติดที่เกิดขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดอยู่ 3 ระบบได้แก่

1. ระบบสมัครใจ (Voluntary System) ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 94 ที่กำหนดให้ผู้เสพยา/ผู้ติดยาเสพติดที่ขอเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลที่กำหนด ครบถ้วนตามระเบียบข้อบังคับ และได้รับการรับรองจากพนักงานเจ้าหน้าที่ ก่อนที่ความผิดจะปรากฏให้ถือว่าพ้นจากความผิด ดังนั้นระบบสมัครใจจึงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการจะเลิกเสพยาเสพติดโดยสมัครใจ สามารถขอรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ ในโรงพยาบาลของภาครัฐ จำนวน 931 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 38 แห่ง และศูนย์ฟื้นฟูฯ ของรัฐร่วมกับเอกชนอีก 30 แห่ง (ข้อมูลปี พ.ศ. 2554) ซึ่งรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จะเป็นงานในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข (ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด, 2558; พรรณณี วาทีสุนทร และกฤติกา เฉ็ดโถม, 2552)

2. ระบบต้องโทษ (Correctional System) เป็นการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขังซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของ

กฎหมาย (ตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522) ซึ่งมีหน่วยงานที่รับผิดชอบได้แก่ กรมราชทัณฑ์ และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเป็นหน่วยรับผิดชอบหลัก (ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด, 2558; อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556)

3. ระบบบังคับ (Compulsory System) เป็นระบบที่เกิดขึ้น โดยพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพ พ.ศ. 2534 และต่อมาได้มีการปรับแก้ไขเพื่อแก้ไขข้อขัดข้อง ในการดำเนินงานจึงประกาศใช้เป็นพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายที่บังคับใช้บังคับผู้ติดยาเสพติด และสารเสพติดให้เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานที่ที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว (พรณณิ วาทีสุนทร และกฤติกา เนิดโณม, 2552) ภายใต้หลักการ ผู้เสพติดเป็นผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจให้กลับคืนสู่สภาพปกติ และในการบำบัดระบบนี้หากผู้เข้ารับการบำบัดฯ มีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ก็จะถูกลบปล่อยตัวโดยไม่ถูกดำเนินคดี (ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด, 2558)

2.3.2 ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในต่างประเทศ

ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในแต่ละประเทศจะมีความแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่มักจะให้ความสำคัญต่อรูปแบบและกระบวนการในการบำบัดที่อยู่บนความคิดที่ว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาแต่ละคนจะมีลักษณะเชิงบุคลิกภาพทั้งทางกายและจิตใจที่แตกต่างกัน ดังนั้นการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแต่ละคนจึงต้องมีความเหมาะสมกับบุคคลนั้น เพื่อให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูเกิดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการไม่กลับไปเสพซ้ำ ดังนั้นรูปแบบและขั้นตอนในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของแต่ละประเทศจึงมีความหลากหลาย

1. ประเทศสหรัฐอเมริกา

ได้กำหนดแนวทางการบำบัดยาเสพติดตามข้อกำหนดของสถาบันวิจัยด้านยาเสพติดแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Drug Abuse : NIDA) (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556; (National Institute on Drug Abuse, 2008) โดยมีรูปแบบของการบำบัดรักษา ดังนี้

1. การรักษาระยะยาวในสถานบำบัด (Long-Term Residential Treatment) จะเป็นการบำบัดที่ให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ในสถานบำบัดที่ไม่ใช่โรงพยาบาล ซึ่งรูปแบบการบำบัดส่วนใหญ่ที่ใช้คือชุมชนบำบัด ที่เน้นให้ผู้เข้าบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกลับเข้าสู่สังคม และเนื่องจากการติดยาเสพติด

คิดทำให้ผู้ติดยามีความผิดปกติทางด้านจิตใจและปัญหาปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม ดังนั้นการบำบัดแบบนี้ก็จะมุ่งให้ผู้ติดยาสรางความน่าเชื่อถือและความรับผิดชอบที่ดีของบุคคลต่อสังคม ซึ่งมีระยะเวลาการบำบัดประมาณ 6-12 เดือน

2. การรักษาระยะสั้นในสถานบำบัด (Short-Term Residential Treatment) เป็นรูปแบบการบำบัดอย่างเข้มข้นในระยะเวลาที่สั้น ซึ่งการบำบัดนี้เริ่มแรกใช้ในการบำบัดผู้ที่คิดแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปจะมีระยะเวลาการบำบัดประมาณ 3-6 สัปดาห์ ซึ่งจะเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล แล้วตามด้วยการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะกลับไปใช้ยาเสพติดใหม่หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว

3. การรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient Treatment Programs) การรักษาแบบนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละรูปแบบและความเข้มข้นของการบำบัด และมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาในสถานบำบัดหรือแบบผู้ป่วยใน ซึ่งเหมาะสำหรับผู้เข้าบำบัดที่มีงานทำหรือยังอยู่ในสังคมได้ โดยกิจกรรมที่ใช้บำบัดหลักที่ใช้คือการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หรือบางทีก็มีการให้บริการทางการแพทย์หรือปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย

4. การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individualized Drug Counseling) วิธีการนี้ไม่เพียงที่จะมุ่งเน้นให้มีการลดหรือเลิกการเสพยาเสพติดหรือดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น ยังมุ่งแก้ไขปัญหาด้านอื่นๆของผู้ติดยาด้วย เช่น การไม่มีงานทำ ปัญหาทางกฎหมาย ปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม โดยให้ความสำคัญที่การแก้ไขพฤติกรรมระยะสั้นและช่วยให้ผู้เข้าบำบัดพัฒนากลวิธีและเครื่องมือที่จะหยุดยาได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งระยะเวลาการบำบัดประมาณ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ และอาจจะมีการให้บริการอื่นๆร่วมด้วย เช่น บริการทางการแพทย์ และสุขภาพจิต

5. การรักษาผู้เสพยา/ผู้ติดยาเสพติดตามระบบยุติธรรมอาญา (Treating Criminal Justice-Involved Drug Abusers and Addicted Individuals) เป็นการบำบัดในกลุ่มผู้กระทำความผิดกฎหมาย ซึ่งมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการร่วมกันระหว่างการลงโทษตามระบบยุติธรรมทางอาญากับการบำบัดรักษายาเสพติดนั้นมีประสิทธิภาพ ทำให้ลดการใช้ยาเสพติดและอาชญากรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้เข้าบำบัดจะเข้าสู่การบำบัดภายใต้การบังคับทางกฎหมายและมีแนวโน้มการคงอยู่ในการรักษาที่ยาวนานมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าบำบัดตามการบังคับบำบัด

2. สาธารณรัฐประชาชนจีน

มีระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดทั้ง 2 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ (Voluntary System) และระบบบังคับ (Compulsory System) โดยข้อบังคับตาม Decision About the Prohibition of Drugs ซึ่งสภา

ประชาชนแห่งชาติได้ตีพิมพ์ขึ้นนั้น ผู้ติดยาเสพติดจะต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบบังคับ (Compulsory System) และจะถูกส่งตัวไปยังศูนย์ฝึกอาชีพและการศึกษา ซึ่งเป็นสถานที่เริ่มต้นการบำบัดรักษาในระบบบังคับ ส่วนข้อบังคับใหม่เกี่ยวกับวิธีการในระบบบังคับบำบัด (Method of Compulsory Treatment) ได้มีการตีพิมพ์ขึ้นในเดือนธันวาคม 1995 มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กระทรวงความมั่นคงสาธารณะ (Public Security) โดยจะมีการแจ้งข้อมูล และขั้นตอนของการขอความช่วยเหลือเพื่อดำเนินการยื่นอุทธรณ์ให้แก่ผู้ติดยาเสพติด, ครอบครัว, และที่ทำงานของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งมีการกำหนดช่วงระยะเวลาในการบำบัดรักษาตั้งแต่ 3-6 เดือน หรืออาจขยายถึง 1 ปี ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัดรักษา หรือครอบครัวเป็นผู้เสียค่าใช้จ่ายต่างๆในการบำบัดรักษาทุกวัน รวมไปถึงต้นทุนค่าบำบัดรักษาทางการแพทย์ด้วย ส่วนระบบสมัครใจ จะมีระยะเวลาของการบำบัดทางการแพทย์ประมาณ 1-3 สัปดาห์ และระยะเวลาฟื้นฟูอีก 2 สัปดาห์ ซึ่งจะมีการออกกำลังกายและการให้คำปรึกษาทางจิตเวช ซึ่งศูนย์บำบัดเหล่านี้พบได้ใน โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้แพทย์และพยาบาลสามารถให้การบำบัดและรักษาในทางการแพทย์ โดยในระบบการรักษาแบบนี้ผู้เข้ารับการบำบัด ญาติ หรือนายจ้างจะเป็นผู้เสียค่าธรรมเนียมการบำบัด และถ้ามีการรักษาด้านคลินิกด้วยจะมีค่าใช้จ่ายแพงที่สุดมากถึง 5,000 หยวน (US \$ 729.0) ซึ่งผู้ติดยาเสพติดจำนวนมากไม่สามารถที่จะเข้าร่วมโครงการได้ (Zhengyan,1998)

3. ฮองกง

ฮองกงเป็นประเทศที่มีระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่หลากหลาย เพื่อให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละคน ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ระบบ คือ ระบบบังคับที่อยู่ภายใต้การดูแลกรมราชทัณฑ์ (Correctional Services Department : CSD) และระบบสมัครใจ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. Compulsory Placement Scheme อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกรมราชทัณฑ์ เริ่มใช้ครั้งแรกเมื่อปี 1958 โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 1 ปี ในการถอนพิษยา, อาชีวบำบัดและการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม จากนั้นจะใช้เวลาอีก 1 ปี ในการติดตามการรักษา โดยมีศูนย์บำบัดผู้ติดยาเสพติดภายใต้การดูแล 3 แห่ง

2. Voluntary out-patient methadone treatment programme อยู่ภายใต้การดูแลของกรมสุขภาพ (The Department of Health : DH) ซึ่งจะครอบคลุมทั้งการดูแลรักษาและการถอนพิษสำหรับผู้ป่วยนอก โดยผู้เข้ารับการรักษาก็จะได้รับเมธาโดนทุกวันเพื่อป้องกันอาการอยากยา (เฮโรอิน หรือฝิ่น) นอกจากนี้จะมีการให้คำปรึกษาทางสังคมและความรู้ด้านสุขภาพด้วย

3. Voluntary in-patient programme เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดฟื้นฟูและสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างปกติสุข กรมสุขภาพจะให้เงินช่วยเหลือแก่ Caritas-Honh Kong, Hong Kong Christian Service และ the Society for the Aid and Rehabilitation of Drug Abuses (SARDA) ซึ่งทั้ง 3 องค์กรเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินงานในศูนย์บำบัด

4. Counseling Programme for Psychotropic Substance Abusers ดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิตให้ได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องและการให้คำปรึกษาตามช่วงเวลาที่เหมาะสม รวมทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟู

5. Substance Abuse Clinic มีทั้งสิ้น 5 แห่งซึ่งตั้งอยู่ใน Hospital Authority โดยรับผู้ที่ถูกส่งต่อมาจากศูนย์ให้คำปรึกษาแก่ผู้ใช้สารเสพติดที่มีอาการทางจิต, หน่วยงานในระบบสมัครใจ และหน่วยงานที่ให้การดูแลสุขภาพ รวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องการการบริการแบบตรงจากคลินิกเหล่านี้ ซึ่งมีทั้งบริการการรักษาด้วยยา การให้คำปรึกษาและจิตบำบัด (สุภาวดี แก้วประดับ, 2558)

4. เวียดนาม

รัฐบาลมีนโยบายในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 2 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ และระบบบังคับ โดยรัฐบาลได้เตรียมการสำหรับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ดังนี้

- คำพิพากษา ที่ 56/2002/ND-CP : การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยให้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานการบำบัด

- คำพิพากษา ที่ 135/2004/ND-CP : การบำบัดรักษาในศูนย์การถอนพิษใช้เวลา 1 หรือ 2 ปี ทั้งระบบสมัครใจและระบบบังคับ

- สมัชชาเพื่อการแก้ไขปัญหาแห่งชาติ ที่ 16: การเน้นการบำบัดฟื้นฟูโดยการให้การศึกษา, การฝึกอาชีพ และงานประดิษฐ์กรรมต่างๆ เป็นเวลา 2-3 ปี

- ระบบสมัครใจจะอยู่ที่ศูนย์บำบัดฯ เอกชน

นอกจากนี้รัฐบาลยังมีนโยบายการขอความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากภาคเอกชน องค์กรระดับท้องถิ่น และองค์กรระดับนานาชาติ สำหรับองค์กรที่รับผิดชอบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของเวียดนาม คือ MOLISA ซึ่งมีขั้นตอนในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การเข้ารับการบำบัดรักษา และการคัดแยกประเภทผู้เข้ารับการบำบัด (Admission, Classification)

2. การถอนพิษ (Detoxification)

3. การให้การศึกษ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการฟื้นฟูบุคลิกภาพ, อาชีวบำบัด, การกลับคืนสู่ชุมชน และการป้องกัน การกลับไปเสพซ้ำ (Education for behavior-change & personalityrehabilitation, Labor therapy, communityreintegration, relapse prevention)

4. การบริหารจัดการโดยให้ชุมชนเป็นฐานสำคัญในระยะยาวและการจัดเตรียมการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Community-based long term management/Relapse provision) (สุภาวดี แก้วประดับ, 2558)

2.4 ระบบบังคับบำบัด

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หมายถึง การดำเนินงานเพื่อแก้ไขสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้เลิกจากการเสพและสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ (ประภาพรรณ จูเจริญ, 2555) ซึ่งตามแนวคิดหลักอาชญาวิทยา ยอมรับกันว่าผู้ติดยาเสพติดมิใช่อาชญากร แต่เป็น “คนไข้” หรือ “ผู้ป่วย” ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ได้กระทำให้ตนเองได้รับความเสียหายและสมควรจะได้รับความช่วยเหลือจากสังคมโดยเร่งด่วน (วิริยะ วัชรนพวิภา, 2547) เช่นเดียวกับหลักการของการรักษาผู้ติดยาเสพติดของ สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UN Office on Drugs and Crime – UNODC) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ในประเด็นการรักษาพฤติกรรมการติดยาเสพติดและระบบความยุติธรรมทางอาญา กล่าวว่า พฤติกรรมการติดยาเสพติด ควรจะถือเป็นสถานะสุขภาพ และผู้ป่วยที่ติดยาแต่ละคนควรจะได้การรักษาในระบบการดูแลสุขภาพแทนที่จะนำไปดำเนินคดีตามระบบยุติธรรมทางอาญา (UNODC, 2014) จากแนวคิดการบำบัดยาเสพติดข้างต้น เป็นการดำเนินการด้านสุขภาพในกระบวนการยุติธรรมโดยการเบี่ยงเบนคดีทางอาญา นั่นคือ การนำผู้ต้องหาหรือผู้กระทำความผิดในคดียาเสพติดมาบังคับบำบัด โดยมีใช้เป็นมาตรการในการนำบุคคลนั้นมาลงโทษทางอาญา เพราะถือว่าผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่ต้องบำบัดฟื้นฟู โดยผู้ที่ถูกบังคับบำบัดยังมีได้มีฐานะเป็นจำเลยหรือนักโทษ เพียงแต่เป็นผู้ถูกคุมขังในขั้นตอนการสอบสวนเท่านั้น หรือความเป็นนักโทษได้สิ้นสุดลงถ้าผู้นั้นได้รับการบำบัดฟื้นฟู (UNODC, 2014; National Institute on Drug Abuse, 2008)

2.4.1 การบังคับบำบัดยาเสพติดในประเทศไทย

การบังคับบำบัดนับเป็นนวัตกรรมสำคัญของสังคมไทยและกระบวนการยุติธรรม เป็นทางเลือกให้กับผู้เสพ /ผู้ติดยาเสพติด อีกทั้งเป็นการสร้างการทำงานร่วมกันทั้งภาครัฐคือ ระบบยุติธรรมและระบบ

สาธารณสุข ร่วมกับภาคประชาชน ท้องถิ่นชุมชน และครอบครัว โดยผู้ที่ผ่านกระบวนการฟื้นฟูและผลเป็นที่น่าพอใจจะพ้นจากความผิดที่ถูกกล่าวหา จะไม่มีประวัติคืออาญาติดตัวซึ่งสะท้อนแนวคิดที่ว่าผู้เสพเป็นผู้ป่วยมิใช่อาชญากรที่ชัดเจน ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยใช้กระบวนการเบี่ยงเบน (Diversion) ผู้กระทำผิดออกนอกกระบวนการยุติธรรมทางอาญาปกติ เพื่อหวังผลในการลดปริมาณคดีขึ้นสู่ศาลและ ลดจำนวนประชากรในเรือนจำด้วยการใช้มาตรการชะลอการฟ้อง และอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีในระหว่างการคุมขัง ซึ่งโดยทั่วไปแล้วถือว่าเป็นประโยชน์ในแง่สุขภาพและสิทธิมนุษยชนของผู้ใช้ยา

แต่จากการดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการนำผู้เสพ/ผู้ติดเข้ารับการบำบัดรักษาในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงจาก 132,447 คน ในปี 2553 เป็น 186,747 คน ในปี 2554 และตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา ได้มีการจัดทำแผนพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดขึ้นเป็นวาระแห่งชาติ ส่งผลให้มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มสูงขึ้นมากถึง 420,209 คน ในปี 2555 และ 416,873 คน ในปี 2556 สำหรับปี 2557 สามารถนำผู้เสพเข้ารับการบำบัดรักษา จำนวน 303,501 คน คิดเป็นร้อยละ 101.2 ของเป้าหมายที่ต้องการลดจำนวนผู้เสพยาทั่วประเทศ จำนวน 300,000 คน เมื่อพิจารณาการนำผู้เสพเข้าสู่ระบบการบำบัด ในช่วงปี 2553-2554 จะเห็นได้ว่า สัดส่วนของผู้เข้าบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัดจะมากที่สุด อยู่ที่ร้อยละ 68.3 และร้อยละ 71.9 ขณะที่ระบบสมัครใจอยู่ที่ร้อยละ 20.4 และร้อยละ 19.9 ตามลำดับ ในปี 2557 สามารถนำผู้เสพ/ผู้ติดเข้าบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ จำนวน 131,951 คน (ร้อยละ 43.4) ระบบบังคับบำบัด จำนวน 148,289 คน (ร้อยละ 48.8) และระบบต้องโทษ จำนวน 23,261 คน (ร้อยละ 7.7) (ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์, 2557) จากสถานการณ์ข้างต้นจะพบว่า การนำเข้าบำบัดแบบบังคับบำบัดนั้นถือได้ว่ายังคงมีอัตราที่สูงและศาลไทยมีแนวโน้มในการพิจารณาพิพากษาลงโทษจำคุกจำเลยในคดียาเสพติดมากเป็นอันดับหนึ่งอีกด้วย ซึ่งคดียาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมอย่างมากมายดังกล่าว ส่งผลให้จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย สิ่งที่ตามมาคือการบำบัดฟื้นฟูผู้ต้องขังคดียาเสพติดไม่ได้ผลอย่างที่ควรจะเป็น รวมไปถึงการดูแล แก้ไขผู้ถูกคุมความประพฤติในคดียาเสพติดก็มีข้อจำกัด เนื่องจากจำนวนผู้กระทำผิด มีเป็นจำนวนมาก ทำให้งานสอดส่องเพื่อปรับพฤติกรรมผู้ถูกคุมความประพฤติให้เลิกเสพยาเสพติดกระทำไม่ได้เต็มที่เช่นกัน (ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์ และคณะ, 2556) และปัญหาที่ตามมาคือระบบสุขภาพจะรับมืออย่างไร ทั้งเรื่ององค์ความรู้ในการบำบัดและวิธีบำบัดที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ

ประเทศไทยมีการตื่นตัวในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยรัฐบาลได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรมก็พยายามหาวิธีการเพื่อให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้ได้ผลโดยมิใช้เรือนจำและการคุมขัง จึงมีแนวคิดให้มีระบบบังคับบำบัดขึ้น ด้วยการตราเป็นพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 แต่ไม่มีผลบังคับใช้ตามกฎหมาย ต่อมากระทรวงยุติธรรมได้มีการขอแก้ไขพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวเพื่อให้มีความสมบูรณ์ในการบังคับใช้และสอดคล้องกับหลักการของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และแนวคิดการขยายขอบเขตของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้ครอบคลุมถึงผู้เสพและมีไว้ในครอบครอง ผู้เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และผู้เสพและผู้จำหน่ายเล็กน้อย รวมทั้งเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดดังกล่าว ตลอดจนการขยายสถานที่ตรวจพิสูจน์การเสพหรือติดยาเสพติดและสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพให้กว้างขวางขึ้น เช่นสถานที่ของหน่วยงานราชการทหาร สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นๆ จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ขึ้นใหม่ และยกเลิก พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 (วิริยะ วัชรนพวิภา, 2547) โดยพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เป็นกฎหมายในระบบบังคับบำบัด ที่บัญญัติขึ้นตามหลักการที่ว่า “ผู้เสพคือ ผู้ป่วยไม่ใช่อาชญากร” ทำให้เกิดสถานการณ์บังคับ นั่นคือเมื่อเสพยา ก็คือผู้ป่วยต้องเข้าสู่การบำบัด

หลักการของพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

เจตนารมณ์ของพ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ต้องการแยกผู้เสพออกจากผู้ค้ำ นั่นคือผู้ใดเสพยา ก็เข้าสู่การบำบัด ผู้ใดค้ายาเสพติดก็เข้าสู่กระบวนการทางกฎหมาย และได้เริ่มมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2545 เป็นต้นมา โดยมีกรมคุมประพฤติเป็นหน่วยงานหลักในการบูรณาการกับหน่วยงานภาคีต่างๆ (ประภาพรรณ จูเจริญ, 2555)

ตามหลักการของ พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ถือว่าเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดมีสภาพเป็นผู้ป่วยมิใช่ อาชญากร โดยเน้นถึงกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หากสามารถพ้นจากการบำบัดรักษาตามเงื่อนไขแล้วถือว่าพ้นจากความผิดไม่ถูกดำเนินคดี โดยบุคคลผู้ที่จะเข้าสู่ระบบบังคับบำบัดนี้จะเป็นผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่ถูกจับกุมฐานความผิดใดฐานความผิดหนึ่งใน 4 ฐานความผิด คือ ฐานความผิดเสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายยาเสพติดตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2545 ; Pearshouse, 2009) โดยเมื่อศาลพิจารณาใช้ดุลยพินิจมีคำสั่งในการดำเนิน

ตรวจพิสูจน์ พนักงานคุมประพฤติจะทำการตรวจพิสูจน์เพื่อคัดกรอง จำแนก การเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ซึ่งมีการรวบรวมข้อมูลจากผู้ต้องหาและจากพยานผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุการเกี่ยวข้องกับ ยาเสพติดพร้อมทั้งวางแผนการแก้ไขปัญหา ก่อนที่จะนำเสนอความเห็นไปยังคณะกรรมการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งประกอบด้วย สหวิชาชีพ คือ ผู้แทนกระทรวงยุติธรรม(อัยการ) แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนกรมคุมประพฤติ เพื่อวินิจฉัยกำหนดแผนการ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพื่อดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นระยะเวลาคราวละไม่เกิน 6 เดือน และมีการประเมินผลการรักษา หากไม่ผ่านการประเมิน คณะกรรมการจะขยายเวลาออกไปอีกได้คราวละ ไม่เกิน 6 เดือน แต่รวมทั้งสิ้นแล้วไม่เกิน 3 ปี กรณีที่ ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพมีผลการฟื้นฟู สมรรถภาพเป็นที่น่าพอใจของคณะกรรมการจะปล่อยตัวผู้นั้นไป โดยถือว่าพ้นจากความผิดที่ถูก กล่าวหา (ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด, 2553; Pearshouse,2009)

รูปแบบการฟื้นฟูฯ ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. การบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว มีหลักการปฏิบัติเช่นเดียวกับการบำบัดฯ แบบผู้ป่วยนอกของ ระบบสมัครใจในสถานพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข หรืออาจให้การฟื้นฟูฯ ในรูปแบบค่าย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่าวิถีพุทธ หรือโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ แต่ส่วนใหญ่ ผู้เข้ารับการบำบัด มักจะต้องทำตามขั้นตอนของเมททริกซ์ ซึ่งเป็นแนวการบำบัดสำหรับผู้ป่วยนอก โดยใช้ปัจจัยกระตุ้นที่ พัฒนาโดย Matrix Institute on Addictions ซึ่งตั้งอยู่ที่สหรัฐอเมริกา การบำบัดตามวิธีการนี้มักใช้เวลา ประมาณ 2 ชั่วโมงต่อวัน และจะทำประมาณ 2 หรือ3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 4 เดือน โดยเป็นการบำบัด ทั้งแบบบุคคลและแบบกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำ การให้ความรู้เกี่ยวกับยา การให้ความสนับสนุนด้านสังคม รวมทั้งการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและการให้ความรู้ด้านยากับ สมาชิกในครอบครัว จะมีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอถึงการใช้จ่ายของผู้เข้ารับการบำบัดด้วยการตรวจ ปัสสาวะ หลังจากสี่เดือนก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการกลับสู่สังคมซึ่งใช้เวลาสองเดือน ส่วนการบำบัดแบบไม่ ควบคุมตัวรูปแบบอื่นอาจประกอบด้วย การฝึกอาชีพ หรือการใช้วิถีปฏิบัติทางพุทธศาสนา เป็นต้น (ศูนย์ วิชาการด้านยาเสพติด, 2558; Pearshouse,2009)

2. การบำบัดแบบควบคุมตัว เน้นการฟื้นฟูฯ แบบพักค้างในสถานที่จัดหาเป็นศูนย์ฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นระยะ เวลา 4-6 เดือน และสามารถขยายระยะเวลาการฟื้นฟูฯ ได้ครั้งละ 6 เดือน แต่รวมแล้วต้องไม่เกิน 3 ปี ซึ่งมีทั้งแบบเข้มงวดและไม่เข้มงวด แม้ว่ากรมคุมประพฤติจะเป็นผู้ดูแล

ศูนย์บำบัดยาแบบบังคับ แต่ในทางปฏิบัติมีหน่วยงานของรัฐหลายแห่งที่ให้บริการศูนย์บำบัดเช่นนี้ สถานบำบัดรักษายาเสพติดทั่วประเทศในระบบบังคับมีทั้งสิ้น 91 แห่งทั่วประเทศ (ข้อมูลสถานบำบัดยาเสพติดทั่วประเทศ จากศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2555) (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556)

กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

1. ขั้นตอนการสอบสวน

เมื่อมีการจับกุมผู้ต้องหาว่ากระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดดังต่อไปนี้ (มาตรา 19) และเป็นยาเสพติดให้โทษในชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง

- ก. เสพ
- ข. เสพและครอบครอง
- ค. เสพและครอบครองเพื่อจำหน่าย
- ง. เสพและจำหน่าย

พนักงานสอบสวนมีหน้าที่ต้องนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายใน 48 ชั่วโมง (หากผู้ต้องหาไม่อายุไม่ถึง 18 ปี บริบูรณ์ ต้องส่งภายใน 24 ชั่วโมง) นับแต่เวลาที่ผู้ต้องหาขึ้นมาถึงที่ทำงานของพนักงานสอบสวน เพื่อให้ศาลพิจารณามีคำสั่งให้ส่งตัวผู้ต้องหานั้นไปตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด

เมื่อศาลมีคำสั่งให้ส่งตัวผู้ต้องหาไปตรวจพิสูจน์ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือการควบคุมตัวแล้วแต่กรณี และได้แจ้งให้คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งท้องถิ่นนั้นทราบแล้ว พนักงานสอบสวนต้องดำเนินกระบวนการสอบสวนคดีต่อไป และเมื่อสอบสวนเสร็จแล้วให้ส่งสำนวนการสอบสวนไปยังพนักงานอัยการ โดยไม่ต้องส่งตัวผู้ต้องหาไปด้วย แต่ต้องแจ้งให้พนักงานอัยการทราบว่าผู้ต้องหาถูกควบคุมตัวอยู่ ณ สถานที่แห่งใดตามกฎหมายนี้

ยาเสพติดที่กระทำความผิดนั้นจะต้องมีลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง ด้วย กล่าวโดยสรุป คือ

1) ชนิด และประเภท ของยาเสพติด ที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัตินี้มี 3 ประเภท คือ

- ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 มี 6 ชนิด ได้แก่ เฮโรอีน, เมทแอมเฟตามีน, แอมเฟตามีน, เมทิลลีน ไดออกซิเมทแอมเฟตามีน, เมทิลลีน ไดออกซิแอมเฟตามีน, เอ็นเอทิล เอ็มดีเอ หรือ เอ็ม ดีอี
- ยาเสพติดให้โทษประเภท 2 มี 2 ชนิด ได้แก่ โคคาอีน และฝิ่น
- ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 มี 1 ชนิด ได้แก่ กัญชา

2) ปริมาณของยาเสพติดที่ผู้กระทำความผิดดังกล่าวข้างต้นได้กระทำความผิดนั้นจะต้องมีปริมาณของยาเสพติด ดังนี้

- ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ถ้าเป็นเฮโรอีน มีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 100 มิลลิกรัม ถ้าเป็นเมทแอมเฟตามีน มีปริมาณไม่เกิน 5 หน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ (หรือไม่เกิน 5 เม็ด) หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 500 มิลลิกรัม ฯลฯ เป็นต้น

- ยาเสพติดให้โทษประเภท 2 โคคาอีน มีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 200 มิลลิกรัม และฝิ่น มีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 5,000 มิลลิกรัม

- ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 กัญชา มีน้ำหนักสุทธิไม่เกิน 5,000 มิลลิกรัม

2. ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด

เมื่อคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งท้องที่ที่พนักงานสอบสวนได้ส่งตัวผู้ต้องหามาตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติดตามคำสั่งศาลรับตัวผู้ต้องหาไว้แล้ว ให้พนักงานเจ้าหน้าที่จัดทำบันทึกประวัติ พฤติกรรมในการกระทำความผิด สภาพแวดล้อมทั้งปวงของผู้ต้องหา และดำเนินการตรวจพิสูจน์ โดยต้องกระทำให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่รับตัวผู้ต้องหาไว้

หากคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดวินิจฉัยว่า ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด คณะกรรมการฯ ต้องจัดให้มีแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และต้องแจ้งผลการตรวจพิสูจน์ให้พนักงานอัยการทราบเพื่อดำเนินการต่อไป แต่หากผลการตรวจพิสูจน์ไม่ปรากฏว่าผู้ต้องหาเป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติด คณะกรรมการฯ ต้องรายงานผลการตรวจพิสูจน์ให้พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการพิจารณาดำเนินการต่อไป โดยให้ส่งตัวผู้ต้องหาคืนให้พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการเพื่อดำเนินการต่อไป

3. ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ที่คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดยาเสพติด ผู้ต้องหาต้องอยู่รับการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ตามแผนการฟื้นฟูฯ เป็นเวลาไม่เกิน 6 เดือน นับแต่วันถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูฯ และหากผลการฟื้นฟูฯ ยังไม่เป็นที่พอใจ คณะกรรมการฯ สามารถขยายเวลาออกไปได้อีกครั้งก็ได้ โดยครั้งหนึ่งไม่เกิน 6 เดือน และรวมกันทั้งหมดแล้วไม่เกิน 3 ปี นับแต่วันที่ถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูฯ

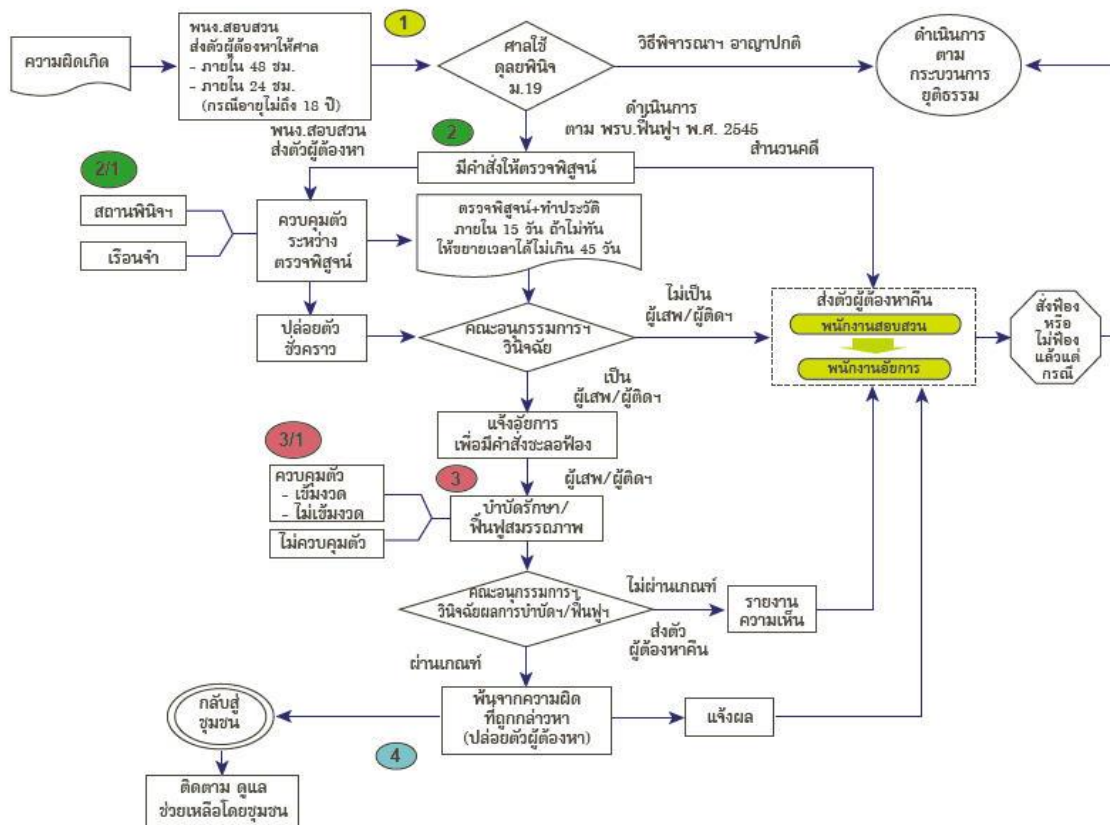
เมื่อคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดวินิจฉัยว่าผู้เข้ารับการฟื้นฟูฯ ได้รับการฟื้นฟูฯ จนครบถ้วนตามที่กำหนดในแผนการฟื้นฟูฯ และผลการฟื้นฟูฯ เป็นที่น่าพอใจ ให้ถือว่าผู้ต้องหา

พ้นจากความผิดที่ถูกกล่าวหา และให้คณะอนุกรรมการฯ มีคำสั่งปล่อยตัวผู้นั้นไป และแจ้งผลให้พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการทราบ และหากผลการฟื้นฟูฯ ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ ให้คณะอนุกรรมการฯ รายงานความเห็นไปยังพนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการเพื่อพิจารณาดำเนินคดีผู้นั้น

4. ขั้นตอนการชะลอการฟ้องและการดำเนินคดี

เมื่อพนักงานอัยการได้รับแจ้งผลการตรวจพิสูจน์ผู้ต้องหาเกี่ยวกับการเสพหรือติดยาเสพติดแล้ว พนักงานอัยการมีหน้าที่ ดังนี้

1. กรณีการตรวจพิสูจน์ ปรากฏว่าผู้ต้องหาเป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติด พนักงานอัยการต้องมีคำสั่งชะลอการฟ้องไว้จนกว่าจะได้รับแจ้งผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจากคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
2. กรณีผลการตรวจพิสูจน์ไม่ปรากฏว่าผู้ต้องหาเป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติด พนักงานอัยการต้องสั่งฟ้องและส่งตัวผู้นั้นดำเนินคดีต่อไป
3. กรณีผู้ต้องหานั้นเป็นผู้ไม่มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามกฎหมายนี้ พนักงานอัยการต้องสั่งฟ้อง และดำเนินคดีกับผู้นั้นต่อไป โดยต้องแจ้งให้คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดทราบ
4. กรณีผู้ต้องหานั้นได้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แต่ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยังไม่เป็นที่น่าพอใจ พนักงานอัยการต้องพิจารณาสั่งฟ้องและส่งตัวผู้นั้นดำเนินคดีต่อไป



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 (ประกาศพรณ จุเจริญ, 2555)

การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557 (สถาบันวิจัยวรัรักษ์, 2558)

1. การนำผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

1.1 กรณีที่ผู้ใดต้องสงสัยว่ากระทำความผิด

ก. ฐานเสพยาเสพติด

ข. เสพและมียาเสพติดไว้ในครอบครองตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนด

1.2 การค้นหาเพื่อนำผู้เสพติดยาเข้าบำบัดฟื้นฟู โดยการจัดทำประชาคมในหมู่บ้าน/ชุมชน การ

ตั้งด่านตรวจปัสสาวะ การจัดระเบียบสังคม หรือวิธีการอื่นใดตามความเหมาะสมของจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร

1.3 เมื่อการตรวจปีศาจของผู้ต้องสงสัยแล้วพบว่ามิใช่สารเสพติดในปีศาจ และหากผู้นั้นยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ให้เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดดำเนินการให้ผู้นั้นเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู แต่ถ้าพบว่าผู้ต้องสงสัยเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นซึ่งมีความผิดที่มีโทษจำคุกหรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษา หรือเคยเป็นผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามประกาศ คสช. ที่ 108/2557 เกิน 5 ครั้งขึ้นไป ก็ให้ส่งตัวผู้นั้นไปดำเนินคดีตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง หรือดำเนินการนำเข้าบังคับบำบัดตามกฎหมายว่าด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

1.4 กรณีตรวจสอบภายหลังพบว่าผู้นั้นยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟูเป็นผู้อยู่ระหว่างการบังคับบำบัดตามพรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ให้ถอนชื่อออกจากการบำบัดฟื้นฟูตามประกาศ คสช. ที่ 108/2557 เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูแบบบังคับบำบัดจนครบกระบวนการ

1.5 จำนวนครั้งที่กำหนดให้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ให้รวมถึงการที่ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบหรือข้อกำหนดของสถานบำบัดฟื้นฟู

1.6 ถ้าผู้สงสัยว่ากระทำความผิดดังกล่าว ไม่ยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟู ให้ดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1.7 ดำเนินการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร เพื่อประเมินความรุนแรงของการเสพติด ภาวะความเสี่ยงทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต การตรวจสอบประวัติจำนวนครั้งการเข้าบำบัดฟื้นฟู ตามประกาศ คสช. ที่ 108/2557 การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การสัมภาษณ์ ชักถามประวัติ และกำหนดรูปแบบและระยะเวลาการบำบัดฟื้นฟู ตลอดจนการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการบำบัดฟื้นฟูให้ผู้นั้นยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟูและญาติได้รับทราบพร้อมคำแนะนำวิธีการปฏิบัติ และจัดทำเอกสารผลการคัดกรองและส่งเข้าบำบัดฟื้นฟู และให้ผู้นั้นยินยอมเข้าบำบัดฟื้นฟูลงนามรับทราบ และกรณีผลการคัดกรองเป็น “ผู้เสพ” ให้ส่งเข้าบำบัดฟื้นฟูรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กรณีผลการคัดกรองเป็น “ผู้ติดหรือผู้ติดรุนแรง” ให้ส่งบำบัดฟื้นฟูในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือกรุงเทพมหานคร

1.8 การส่งต่อให้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือสังกัดกรุงเทพมหานคร ให้ผู้นั้นยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจะไปรายงานตัวภายใน 10 วัน นับจากวันคัดกรอง ถ้าเป็นรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ไปรายงานตัวตามวันที่กำหนดในแบบคัดกรอง

2. การบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

2.1 รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู มีทั้งการบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือสังกัดกรุงเทพมหานครให้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.2 การบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะต้องมีการแต่งตั้งผู้อำนวยการค่ายซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบบริหารจัดการภาพรวมของการจัดค่าย และแต่งตั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอื่นๆเป็นฝ่ายวิชาการ และแต่งตั้งบุคคลทำหน้าที่เป็นวิทยากรค่าย ครูฝึกเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการและดูแลความเรียบร้อยภายในค่าย การฝึกด้านร่างกาย การฝึกด้านระเบียบวินัย และเจ้าหน้าที่ค่ายเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการทั่วไปและจัดทำข้อมูล

2.3 การบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องดำเนินการตามหลักสูตรมาตรฐาน การปรับปรุงเพิ่มหรือลดหลักสูตรการบำบัดฟื้นฟูต้องได้รับความเห็นชอบจากฝ่ายวิชาการและผู้อำนวยการค่าย และก่อนจบหลักสูตรต้องมีการสำรวจความต้องการขอรับความช่วยเหลือของผู้เข้าบำบัดด้วย โดยระยะเวลาในการจัดค่ายฯ ไม่น้อยกว่า 9 วัน

2.4 ถ้าพบว่าผู้เข้าบำบัดฟื้นฟูรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีอาการเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิตหรือมีพฤติกรรมในลักษณะเป็นผู้เสพติดที่รุนแรงเกินกว่าจะบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบค่ายฯ ได้ ให้ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือกรุงเทพมหานคร

2.5 การประเมินเพื่อรับรองเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ให้ดำเนินการเมื่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจนครบตามระเบียบ หรือข้อบังคับของสถานพยาบาลและของค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผู้ที่เข้าบำบัดในรูปแบบสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขหรือกรุงเทพมหานคร ให้ประเมินตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และผู้ได้รับมอบหมายจากสถานพยาบาลนั้นๆออกเอกสารรับรองเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ส่วนการบำบัดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ฝ่ายวิชาการทำการประเมินตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและให้ผู้อำนวยการค่ายจัดทำเอกสารรับรองเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

2.6 ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูจะต้องไปรายงานตัวยืนยันเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู พร้อมเอกสารรับรองเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู และแบบสำรวจผู้ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ ที่ศูนย์ประสานการดูแลช่วยเหลือที่กำหนด ภายในระยะเวลา 10 วัน นับจากวันที่ออกหนังสือรับรอง

3. การติดตาม ดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

3.1 การติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู เป็นบทบาทหน้าที่ของศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูอำเภอหรือเขต โดยการมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูเพื่อป้องกัน

การเสพติดซ้ำ และให้ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแนะนำเบื้องต้น ซึ่งผู้ที่ดำเนินการติดตาม ดูแล และช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครชุมชนประเพณี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เป็นต้น และควรสร้างความเข้าใจกับครอบครัว ญาติ และชุมชนถึงเจตนาในการติดตามเพื่อให้ความช่วยเหลือด้วย โดยวิธีการติดตาม ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การนัดพูดคุยเป็นกลุ่มพร้อมครอบครัว หรือญาติ หรือวิธีการอื่นๆที่เหมาะสมตามที่ได้ตกลงร่วมกัน โดยระยะเวลาและมาตรฐานการติดตามให้ดำเนินการตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

3.2 ระยะเวลาการติดตามต้องได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4-7 ครั้งต่อคน โดยการติดตามแต่ละครั้งมีระยะห่างในการดำเนินการอย่างน้อย 30 วัน ทั้งนี้ หากพบว่าผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูมีการใช้ยาเสพติดในช่วงที่มีการติดตาม ให้ผู้ทำหน้าที่ติดตามดำเนินการติดตามอย่างน้อย 7 ครั้ง โดยมีจำนวนครั้งในการติดตามสูงสุด 12 ครั้ง

3.3 การช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ให้ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูจังหวัด ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยหน่วยงานสังกัดกระทรวงศึกษาธิการให้ความช่วยเหลือด้านการศึกษา ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัดหรือเขต สำนักงานแรงงานจังหวัด สำนักงานจัดหางานจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความช่วยเหลือด้านการฝึกทักษะอาชีพและหางาน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด รับผิดชอบด้านการสนับสนุนทุนสงเคราะห์ การพัฒนาครอบครัวและคุณภาพชีวิต และอาจประสานความร่วมมือกับหอการค้าจังหวัดเพื่อเป็นช่องทางการจัดหาแหล่งงาน

3.3 ข้อมูลประวัติและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่รับการบำบัดฟื้นฟูจะเปิดเผยได้เฉพาะต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง หรือผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่จะเข้าถึงข้อมูลเท่านั้น

2.4.2 การบังคับบำบัดยาเสพติดในต่างประเทศ

ประเทศจีน

ปัจจุบันรัฐบาลจีนได้กำหนดนโยบายโดยใช้ “กฎหมายต่อต้านยาเสพติด” เป็นเครื่องมือสำคัญในการปราบปรามผู้กระทำความผิดที่ผลิต ซื้อมาขายไป เสพยาเสพติดต่างๆ รวมทั้งมุ่งสร้างสถานบำบัดฟื้นฟูช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดและรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับอันตราย บทลงโทษ และมาตรการในการป้องกันยาเสพติด เพื่อลดปัญหาหายาเสพติดในสังคมจีน และเสริมสร้างสมรรถภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้ นโยบายแห่งชาติ

จีนได้เปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดมีทางเลือกทั้งระบบสมัครใจซึ่งจะเชื่อมโยงกับแผนสุขภาพต่างๆ หรือเมื่อถูกจับกุมก็จะถูกส่งเข้าสู่ระบบบังคับบำบัด ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัดอาจถูกส่งไปบำบัดทั้งในส่วนของ กระทรวงความมั่นคงสาธารณะ (Public Security) หรืออาจเกิดจากการร้องขอของผู้นำหมู่บ้าน หัวหน้างาน พ่อแม่ ผู้ปกครอง สามีภรรยา และญาติพี่น้อง ให้เจ้าหน้าที่ของกระทรวงความมั่นคงสาธารณะ (Ministry of Public Security) นำตัวผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่ระบบบังคับบำบัด (สุภาวดี แก้วประดับ, 2558; สิทธิศักดิ์ วจนะรัตน์, 2554)

รูปแบบการบังคับบำบัดในจีนนั้น สถาปนาประชาชนแห่งชาติได้ประกาศใช้ขั้นตอนในการบังคับติดยาเสพติดฟื้นฟูและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้กำหนดหลักการสำหรับการบำบัดที่ใช้ทั่วไปสามารถใช้ได้กับการบำบัดด้วยสารทดแทนจากฝิ่นและวิธีการในการควบคุมยาสำหรับการรักษาติดยาเสพติด นอกจากนี้ยังได้สร้างศูนย์วิจัยการพึ่งพาเสพติด ศูนย์เฝ้าระวังการใช้จ่ายยาเสพติด ศูนย์การรักษาการพึ่งพาเสพติด และห้องปฏิบัติการยาเสพติด และสถาบันการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและผลิตยาสำหรับการรักษาเสพติด

การบำบัดจะเริ่มจากผู้ติดยาเสพติดทั้งหมดจะถูกส่งไปยังศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพบังคับที่จัดตั้งขึ้นโดยรัฐบาลในทุกระดับ โดยหลังจากผ่านบำบัดรักษาในระบบบังคับ (Compulsory System) ก็จะถูกส่งตัวไปยังศูนย์ฝึกอาชีพและการศึกษา ทั้งนี้ผู้เข้ารับการบำบัดจะถูกกำหนดให้ทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งการฝึกระเบียบวินัยแบบทหารร่วมกับการออกกำลังกาย การใช้ฝีมือแรงงาน และการศึกษา สำหรับศูนย์บำบัดที่เป็นการรักษาเชิงคลินิกในระบบบังคับ ซึ่งไม่ได้อยู่ภายใต้กระทรวงความมั่นคงสาธารณะ (Public Security) ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาจะเป็นผู้เสียค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในแต่ละวัน แต่ค่าใช้จ่ายอื่นๆ รัฐบาลและที่ทำงานของผู้เข้ารับการบำบัดจะเป็นผู้จ่ายให้ โดยค่าใช้จ่ายของการรักษาประมาณ 2,000 ถึง 3,000 หยวน (US \$ 292.00 - US \$ 438.00) ส่วนผู้ที่ไม่สามารถที่จะจ่ายค่ารักษาได้ ก็จะได้รับ การลดหรือยกเว้นค่าใช้จ่ายขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของพวกเขา ทั้งนี้การรักษาในแต่ละศูนย์บำบัดฟื้นฟูจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับที่อยู่อาศัยและเงื่อนไขการรักษาที่ให้ ซึ่งผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในศูนย์บำบัดฟื้นฟูแบบบังคับบำบัดจะมีการกำหนดระยะเวลาการบำบัดชัดเจน ภายใต้การดูแลของสมาชิกในครอบครัวและจะได้รับการศึกษาและฝึกอาชีพจากหน่วยงานความมั่นคงสาธารณะท้องถิ่น โดยในบางพื้นที่การปรับมาตรการให้เข้ากับสภาพของท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดให้ฟื้นฟูสมรรถภาพได้ผ่านองค์กรท้องถิ่น (Zhengyan, 2015) ในส่วนของการรักษาทางคลินิกนั้นมีการรักษาการถอนพิษยาจากอาการติดยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ โดยใช้ยาเหล่านี้ เช่น Methadone, Buprenorphine,

Clonidine tablets, Lofexidine, Benzodiazepines (alprazolam), Antipsychotics/neuroleptics (clozapine)
(World Health Organization, 2010)

ประเทศแคนาดา

ในช่วงศตวรรษที่ 20 ประเทศแคนาดาได้นำเอาการบังคับบำบัดมาใช้ ทั้งนี้เป็นการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและทางการแพทย์เกี่ยวกับความจำเป็นในการจำคุกหรือจำกัดขอบเขตของผู้ติดยาเสพติดในการจัดการอย่างเหมาะสมกับพฤติกรรมของคนเหล่านี้

ในปี 1950 ผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มการเมืองได้เสนอร่างการบำบัดยาเสพติด และในปี 1952 คณะกรรมการว่าด้วยการป้องกันยาเสพติด ได้ออกกฎหมายที่จะให้รัฐ นั้นสามารถนำผู้ถูกจับกุมเข้าสู่ระบบบังคับบำบัด

ในปี 1978 บริติชโคลัมเบีย เป็นรัฐแรกที่ริเริ่มการรักษาแบบบังคับบำบัดโดยการผ่านพระราชบัญญัติการบำบัดรักษาเฮโรอีน (Heroin Treatment Act) ซึ่งตามพระราชบัญญัตินี้ผู้ที่ติดยาเฮโรอีนที่ไม่ต้องการรับการรักษาจะถูกบังคับให้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดเฮโรอีนที่สนับสนุนโดยรัฐบาล แต่พรบ.นี้ถูกยกเลิก และได้มีการยื่นอุทธรณ์ไปยังศาลฎีกาของแคนาดา

ปี 1996 ผู้หญิงพื้นเมืองที่มีประวัติเสพยาเสพติดถูกสั่งให้เข้ารับการบำบัด จากนั้นศาลได้หยุดยั้งประเด็นการบังคับบำบัดในกลุ่มพิเศษเพื่อใช้ในระบบบังคับบำบัด ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีการใช้สารเสพติด

พระราชบัญญัติคุ้มครองการใช้สารเสพติดในเด็ก Protection of Children Abusing Drugs Act มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2006 ซึ่งใช้บังคับคนที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ซึ่งจะได้รับการประเมินและบำบัดในลักษณะผู้ป่วยนอก ภายใต้โปรแกรม “Protective safe house”

ในรัฐ Saskatchewan มีการผ่านกฎหมาย The Youth Drug Detoxification and Stabilization Act ในปี 2005 ใช้บังคับในคนอายุต่ำกว่า 18 ปี สำหรับประเมินการใช้สารเสพติด การถอนพิษยา และความคงอยู่ของปัญหาการใช้สารเสพติด

ทั้งนี้การตัดสินใจเกี่ยวกับความต้องการที่จะเข้าบำบัดต้องอยู่บนพื้นฐานของการประเมินการตรวจสอบและมาตรฐานของการรักษา โดยเฉพาะระบบบังคับบำบัดซึ่งจะต้องมีหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ ซึ่งระดับของการบังคับที่ใช้กับคนที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์จะแตกต่างกันไป และในบางครั้งก็อาจจะได้รับการปฏิเสธในการเข้าบำบัดจากคนเหล่านี้ แต่การพัฒนา ระบบที่ผ่านมาจะพบปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้และแรงจูงใจของการบำบัดว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนเหล่านี้ได้หรือไม่ ทำให้คนเหล่านี้ยังไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม แต่สิ่งที่ยังเป็นข้อโต้แย้งก็คือ ยังไม่มีงานวิจัยที่แสดงอย่างชัดเจนว่าผลการบำบัดในคนที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและ

แอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบบังคับนั้นแตกต่างจากคนที่บำบัดด้วยระบบอื่นหรือไม่ (Fischer B., Roberts VJ. & Kirst M. 2002; Mugford and Weekes, 2006)

กลยุทธ์ของการบังคับบำบัดนั้นมีการดำเนินการที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการบำบัดยาเสพติด ในส่วนของการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ซึ่งวิธีการนี้เป็นส่วนหนึ่งของการเสนอทางเลือกของการบำบัดในผู้เสพยาเสพติดบางคนที่มีปัญหาไม่สามารถที่จะหยุดการใช้สารเสพติดได้ ซึ่งในกรณีนี้เป็นสิ่งสำคัญมากที่จะต้องตอบสนองต่อภาวะที่เขาเป็นอยู่เพื่อที่จะช่วยลดความเสี่ยงและพฤติกรรมที่เป็นอันตราย และนอกจากนี้การบังคับบำบัดยังถูกมองว่าเป็นการละเมิดเสรีภาพของพวกเขาอีกด้วย ซึ่งในแคนาดามีกฎหมายด้านนี้คือ Canadian Charter of Rights and Freedoms และนอกจากนี้ยังอาจจะมีปัญหาของจรรยาบรรณวิชาชีพสำหรับผู้ให้บริการซึ่งเป็นผู้ประเมินและให้บริการ เช่น การเก็บรักษาความลับของผู้เข้ารับการรักษา ซึ่งในปัจจุบันระบบบังคับบำบัดในแคนาดานั้นเป็นไปตามกรอบของกฎหมาย (โดยคนที่เข้าบำบัดนั้นถูกดำเนินการตามระบบยุติธรรมทางอาญา) เพื่อแก้ปัญหาทางสังคมและปัญหาสุขภาพที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางอาญา (Mugford and Weekes, 2006) ทั้งนี้รัฐบาลแคนาดาได้นำเอารูปแบบศาลยาเสพติด (The Drug Treatment Court ;DTC) ซึ่งเป็นตัวอย่างของการบังคับบำบัดแบบร่วมสมัยโดยผู้กระทำผิดจะเข้าสู่ระบบบำบัดตามเงื่อนไขที่ศาลกำหนดไว้และจำไม่มีการดำเนินคดีใดๆ ในช่วงของการบำบัด ซึ่งแนวคิดนี้แคนาดาได้นำมาจากสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มจัดตั้งศาลบำบัดยาเสพติดขึ้นในปี 1989 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการทำสงครามยาเสพติดในขณะนั้น โดยในแคนาดาได้นำระบบนี้มาใช้ครั้งแรกในปี 1998 ที่ Toronto โดยการจัดตั้ง Toronto Drug Treatment Court ซึ่งได้รับความร่วมมือจากหลายๆฝ่ายรวมทั้งศูนย์บำบัดยาเสพติดและสุขภาพจิต Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), ศาลออนตาริโอ, กระทรวงยุติธรรมแคนาดา, สำนักงานตำรวจโตรอนโต ซึ่งผู้ที่เข้ารับการรักษาได้แก่ผู้เสพโคเคน เฮโรอีน แต่ไม่มีประวัติอาชญากรรมที่รุนแรง ต่อมาในปี 2001 ก็ได้มีการตั้งศาลบำบัดยาเสพติดที่แวนคูเวอร์ซึ่งมีลักษณะการดำเนินงานคล้ายกับศาลบำบัดยาเสพติดที่โตรอนโต และโดยในการบำบัดจะรับผู้กระทำผิดที่ไม่รุนแรง มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป หรือมีการกระทำผิดกฎหมายเนื่องมาจากยาเสพติด (Weekes and Mugford , 2007)

งานด้านการบำบัดผู้ติดยาเสพติด พบว่ารัฐ ดินแดน และชุมชนท้องถิ่น เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาและดำเนินงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและแอลกอฮอล์ สำหรับโปรแกรมการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่การจำแนกและการแทรกแซง การประเมินและการส่งต่อ การถอนพิษยา การให้คำปรึกษา การให้สิ่งแทรกแซงด้านคลินิก การติดตามผล โดยในบางโปรแกรมก็จะมีกรบำบัดยาเสพติดแบบพิเศษ เช่นสารระเหย เฮโรอีน หรือมีโปรแกรมเฉพาะกลุ่ม เช่นผู้ชาย ผู้หญิง เยาวชน คนพื้นเมือง เป็นต้น และมีการจัดการปัญหาทางด้านจิตที่เป็นผลจากการใช้สารเสพติด

ติดซึ่งระบบบริการส่วนใหญ่จะเป็นแบบชุมชนบำบัด(Community-based) ผู้ป่วยนอก (Outpatient) และ ศาลบำบัดยาเสพติด Drug Treatment Court (DTC) (Collin ,2006)

ประเทศออสเตรเลีย

การบังคับบำบัดในออสเตรเลียนั้นหมายถึง การบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดที่อยู่ภายใต้คำสั่งการบำบัดของกรอบของกฎหมายหรือโปรแกรมการบำบัดของรัฐบาล นอกจากนี้ยังหมายรวมถึงการบำบัดรักษาที่เกิดจากการเบี่ยงเบนคดี (Diversion) ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการยุติธรรมทางเลือกของคำสั่งของศาล โดยการเบี่ยงเบนคดีนั้นเป็นการลดทอนความผิดทางอาญาด้วยการให้ทางเลือกแก่ผู้กระทำผิดในการเข้าบำบัดฟื้นฟูแทน ซึ่งรูปแบบที่พบมากในออสเตรเลียนคือ เมื่อตำรวจจับกุมผู้กระทำผิดกฎหมายด้านยาเสพติด ก็จะมีการเบี่ยงเบนคดีภายใต้กรอบการดำเนินงานของการเบี่ยงเบนคดียาเสพติดแห่งชาติ (National Illicit Drug Diversion Initiative ;IDDI) ซึ่งเป็นการเบี่ยงเบนคดีก่อนการพิจารณาคดี หรือการดำเนินการของศาลบำบัดยาเสพติด (เป็นการเบี่ยงเบนคดีหลังพิสูจน์ว่ากระทำผิด) (Pritchard et al., 2007)

กรอบยุทธศาสตร์ยาเสพติดแห่งชาติของออสเตรเลีย Australia's National Drug Strategy (NDS) ที่ได้เน้นการปรับปรุงสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ โดยการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเสพติดและลดอันตรายที่เกิดจากการใช้สารเสพติด จึงได้นำเอาระบบบังคับบำบัดมาใช้ในปี 2006 โดยการบังคับบำบัดเป็นความร่วมมือระหว่างด้านยุติธรรมกับระบบสุขภาพ ซึ่งเชื่อมโยงกับ โปรแกรมที่จัดขึ้นโดยศาลบำบัดยาเสพติด (Pritchard et al., 2007; Birgden, 2015) ทั้งนี้การดำเนินงานของศาลบำบัดยาเสพติด ซึ่งเป็นรูปแบบหลักของการเบี่ยงเบนคดีหลังที่มีการพิพากษาลงโทษ ซึ่งโดยทั่วไปผู้พิพากษาจะมีคำสั่งให้ผู้กระทำผิดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูซึ่งเป็นส่วนหนึ่งหลังจากมีการพิสูจน์การกระทำผิด ซึ่งศาลนี้ก่อตั้งครั้งแรกในปี 1999 และในปัจจุบันมีก่อตั้งใน 5 รัฐ ได้แก่ New South Wales, Queensland, South Australia, Victoria and Western Australia โดยเป้าหมายของศาลบำบัดยาเสพติดก็คือ การเบี่ยงเบนผู้เสพยาเสพติดจากการที่จะถูกลงโทษด้วยการจำคุกให้เข้าสู่โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูตามที่ศาลกำหนด โดยศาลนี้เป็นศาลพิเศษที่ผู้รับผิดชอบในการติดตามผู้กระทำผิดตั้งแต่การกำกับดูแล การตรวจหาสารเสพติด การให้บริการบำบัดรักษา การจูงใจและการลงโทษ โดยทั่วไปการดำเนินงานของศาลบำบัดยาเสพติดจะประกอบด้วยทีมงาน ได้แก่ นักกฎหมาย ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ผู้บังคับใช้กฎหมายและผู้เชี่ยวชาญด้านราชทัณฑ์ และผู้พิพากษาศาลบำบัดยาเสพติด โดยทีมนี้มีหน้าที่รับผิดชอบคือ ประเมิน รักษาและติดตาม

ผลการบำบัดรักษา โดยจะประเมินผู้ที่เข้าบำบัดเป็นรายบุคคลเพื่อพิจารณาเงื่อนไขและโปรแกรมการบำบัดที่เหมาะสมสำหรับคนนั้นๆ เพื่อพิจารณาการหลักเกณฑ์ วางแผนการบำบัด เลือกโปรแกรมบำบัด การประเมินความก้าวหน้าของการบำบัด และการเปลี่ยนแปลงการรักษาและเงื่อนไขการรักษาที่จำเป็น (Pritchard et al., 2007) และนอกจากนี้ยังมีรูปแบบการบำบัดอื่นๆ ได้แก่ การถอนพิษยาแบบผู้ป่วยใน (Inpatient medical detoxification), การถอนพิษยาแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient medical detoxification), การบำบัดอาการขาดยาแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient abstinence oriented treatment), การรักษาแบบทดแทนภาวะพึ่งโอปิออยด์ (Substitution maintenance therapy of opioid dependence) การรักษาการถอนพิษยาจากอาการติดยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ โดยใช้ยาเหล่านี้ได้แก่ Methadone, Buprenorphine, Buprenorphine/ naloxone, Buprenorphine patches, Clonidine tablets, Benzodiazepines (diazepam) , Dextropropoxyphene, Naloxone/ naltrexone and minimal sedation, Naloxone/ naltrexone and heavy sedation (World Health Organization, 2010)

ประเทศอิหร่าน

การบังคับบำบัดในอิหร่านนั้นเป็นการบำบัดที่เป็นไปตามคำสั่งของศาลให้เข้ารับการบำบัด โดยกรมการป้องกันและรัฐสวัสดิการสังคม (ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข) ได้จัดตั้งศูนย์บำบัดและฟื้นฟูยาเสพติดขึ้น โดยมีถึง 12 แห่งทั่วประเทศ โดยหนึ่งในนั้นเป็นศูนย์บำบัดสำหรับผู้หญิง โดยมีระยะเวลาของการบังคับบำบัดนี้ประมาณ 2 เดือน ซึ่งในศูนย์เหล่านี้จะมีสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐานเช่น การดูแลสุขภาพ กีฬา บริการให้คำปรึกษาและจิตสังคม การฝึกอาชีพและการศึกษา ซึ่งบางครั้งพบว่าศูนย์บำบัดฯ เหล่านี้มีผู้เข้ารับการบำบัดที่มากกว่าที่ศูนย์จะรับได้ถึง 3 เท่า และในปัจจุบันได้ใช้การรักษาแบบชุมชนบำบัด, ครอบครัวยุทธบำบัด, Methadone Maintenance Treatment (MMT), Maintenance treatment with Buprenorphine, Outpatient detoxification, Inpatient detoxification นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการบำบัดอื่นๆ ได้แก่ การรักษาแบบทดแทนภาวะพึ่งพาโอปิออยด์ (Substitution maintenance therapy of opioid dependence) (World Health Organization, 2010) การรักษาการถอนพิษยาจากอาการติดยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ โดยใช้ยาเหล่านี้ได้แก่ Methadone, Buprenorphine, Clonidine tablets, Benzodiazepines, aloxone/ naltrexone and minimal sedation, Baclofen (Drug Control Headquarters, 2014)

ประเทศสหรัฐอเมริกา

การบังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของสหรัฐอเมริกา เริ่มต้นจากการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยความสมัครใจก่อน ต่อมาในปี ค.ศ.1966 ได้มีการบัญญัติกฎหมายฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (The Narcotic Addict Rehabilitation Act of 1966) เรียกโดยย่อว่า NARA ขึ้น การบังคับบำบัดรักษาตามกฎหมายของสหรัฐอเมริกานี้ได้ กำหนดให้ผู้ถูกกล่าวหาหรือถูกพิพากษาว่ากระทำความผิดกฎหมายอาญาแห่งสหรัฐที่เป็นผู้ติดยาเสพติดสมควรที่จะได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแทนการดำเนินคดีหรือพิพากษาลงโทษ ศาลมีอำนาจสั่งให้ส่งไปคุมขังเพื่อบำบัดรักษาให้มีสุขภาพดี และสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้โดยปกติเช่นเดียวกับผู้ติดยาเสพติดที่ไม่ได้ถูกกล่าวหาหรือถูกพิพากษาว่ากระทำความผิดอาญาอื่น ๆ ใด (วีริยะ วัชรนพวิภา, 2547 ; อภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556) ต่อมาปลายทศวรรษที่ 1980 ศาลต่างๆ ในสหรัฐอเมริกาประสบปัญหาคดีล้นศาล เนื่องจากการจับกุมคดียาเสพติดและคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมีจำนวนมาก โดยเกือบทุกศาลมีคำพิพากษาลงโทษผู้กระทำความผิดเพียงโทษขั้นต่ำสำหรับความผิดฐานครอบครองและจำหน่ายโดยเฉพะยาเสพติดประเภทโคเคน ปัญหาคดีล้นศาลนี้นำไปสู่ปัญหาคนล้นที่คุมขังและเรือนจำ โดยเฉพาะในเมืองไมอามี มลรัฐฟลอริดา จึงได้เริ่มนำเอาผู้กระทำความผิดเข้าสู่โครงการบำบัดยาเสพติดมากขึ้น โดยโครงการนี้ได้ออกแบบไว้เป็นทางเลือกอื่นในการคุมขังผู้กระทำความผิด ซึ่งศาลบำบัดยาเสพติดนี้เป็นการผสมผสานระหว่างการดูแลระบบศาลกับการบำบัดยาเสพติด โดยผู้กระทำความผิดจะต้องปฏิบัติตามที่เข้มงวดในการบำบัดรักษายาเสพติด การจัดการคดี การควบคุมดูแลและการตรวจทดสอบยาเสพติด (วีริยะ วัชรนพวิภา, 2547)

สหรัฐอเมริกาได้ริเริ่มจัดตั้งศาลบำบัดยาเสพติดขึ้นในปี 1989 ซึ่งเป็นระบบการบำบัดที่นำมารวมเข้าไว้กับระบบยุติธรรมทางอาญาเพื่อให้การจัดการด้านบำบัดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งได้เริ่มจัดตั้งในเมือง Miami โดยเป็นการตอบสนองต่อการที่จะถูกลดงบประมาณลงจากรัฐบาลกลาง หากไม่สามารถลดจำนวนผู้ต้องขังได้ ทั้งนี้เพราะ Miami ประสบปัญหาการเพิ่มขึ้นของคดียาเสพติด โดยเฉพาะโคเคนอย่างมาก และในเรือนจำกำลังเตรียมตัวกับการรองรับจำนวนผู้กระทำความผิดที่กำลังเพิ่มมากขึ้น จึงไม่สามารถให้บริการการรักษาที่เหมาะสมได้ และในปี 1994 สหรัฐอเมริกาได้ผ่านพระราชบัญญัติการบังคับและควบคุมความรุนแรงด้านอาชญากรรม และได้สนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลกลางให้แก่ศาลบำบัดยาเสพติด จากการประกาศใช้กฎหมายดังกล่าวทำให้มีการจัดตั้งศาลบำบัดยาเสพติดมากกว่า 1,700 แห่ง (Weekes and Mugford, 2007)

2.5 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบบังคับบำบัดในประเทศไทยและต่างประเทศ

ประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยระบบบังคับบำบัด มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องคือพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นบทบัญญัติของกฎหมายบังคับบำบัดในปัจจุบัน โดยมีเจตนารมณ์ในการปฏิบัติต่อผู้ติดยาเสพติดเหมือนผู้ป่วยไม่ใช่อาชญากร และให้ผู้ต้องหาเข้ารับการบำบัดรักษาภายในระยะเวลา 3 ปี โดยไม่ต้องรับโทษ และระหว่างเข้ารับการบำบัดรักษาให้นำหลักการการชะลอการฟ้องมาใช้แทนการดำเนินคดีอาญา ซึ่งจะได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนมีการฝึกอบรมด้านอาชีพและปรับสภาพแวดล้อมให้แก่ผู้เสพเพื่อให้ผู้เสพสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างปกติสุข (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556 ; ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์ และคณะ, 2556)

ในต่างประเทศ

ประเทศสหรัฐอเมริกา

การบังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเริ่มต้นจากการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยความสมัครใจ ก่อน ต่อมาในปี ค . ศ. 1966 ได้มีการบัญญัติกฎหมายฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่เรียกว่า The Narcotics Addict Rehabilitation Act of 1966 (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556)

ประเทศเยอรมันนี

การบังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดได้บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญาเป็นการเฉพาะเพื่อแก้ไขผู้ติดยาเสพติดซึ่งเรียกว่า มาตรการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิดและมาตรการเพื่อความปลอดภัย Measures of Rehabilitation and Security เป็นการมุ่งเน้นที่จะแก้ไขฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่มีสภาพเป็นอันตรายให้ได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีการบังคับบำบัดรักษาเพื่อให้สามารถกลับเข้าสู่สังคมได้โดยปกติสุข (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556 ; สุริย์ ภูเพชร, 2553)

ประเทศญี่ปุ่น

มีกฎหมายควบคุมยาเสพติด (Narcotic Control Law) ของประเทศญี่ปุ่น ได้บัญญัติบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดต้องเข้ารับการบำบัดรักษา (Compulsory hospitalization for treatment of addiction) ซึ่งค่อนข้างได้ผลในการควบคุมการเสพฝิ่นซึ่งกำหนดให้การบำบัดรักษาเป็นส่วนหนึ่งของคำพิพากษาคดียาเสพติดในทางกลับกัน ผู้ติดยาเสพติดชนิดอื่น รวมถึงยาบ้าและสารระเหยจะอยู่ภายใต้กฎหมายควบคุมสารกระตุ้น (the Stimulant Control) กฎหมายวัตถุมีพิษและให้โทษ (the Poisonous and Deleterious Substance Laws) ซึ่งได้มีการบังคับรักษา แต่หากบุคคลใดไม่สมัครใจจะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าอยู่

ในภาวะอันตรายที่ควรจะต้องได้รับการรักษาหรือไม่โดยใช้กฎหมายสุขภาพจิต (the Mental Health Law) (ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์ และคณะ, 2556)

ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

รัฐบัญญัติว่าด้วยยาเสพติดและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ปี ค.ศ. 1951 (Federal Narcotics and Psychotropic Substances Act 1951) หรือ Narcotics Act เป็นกฎหมายหลักในการป้องกันและควบคุมยาเสพติดของประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ได้รับการแก้ไขปรับปรุงในปี 1975 และ 1996 โดยในมาตรา 8 ได้กำหนดวิธีการสำหรับปฏิบัติต่อผู้ติดยาไว้ด้วยว่า Federal Council สามารถกำหนดเงื่อนไขเพื่อการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (แบบบังคับ) เฉพาะกับบุคคลดังต่อไปนี้ (ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์ และคณะ, 2556)

- 1) เป็นบุคคลอายุไม่น้อยกว่า 18 ปี
- 2) เป็นบุคคลซึ่งติดยาเสพติดมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี
- 3) เป็นบุคคลซึ่งไม่ยอมเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง ทั้งในลักษณะของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หรือในลักษณะอื่นใดที่ได้รับการยอมรับ
- 4) เป็นบุคคลซึ่งประจักษ์ชัดว่า บกพร่องทางด้านสังคม ด้านจิตวิทยาและด้านการรักษาอันเนื่องมาจากการติดยาเสพติด

ประเทศมาเลเซีย

มีกฎหมายเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่เรียกว่า Drug Dependents Treatment and Rehabilitation Act 1983 (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556)

ประเทศสิงคโปร์

มีกฎหมายการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยเฉพาะในระบบบังคับบำบัดที่มุ่งเน้นการให้อำนาจเจ้าหน้าที่ของสำนักงานกลางยาเสพติดให้โทษ ตำรวจ สุลตากร เจ้าหน้าที่ ตรวจคนเข้าเมือง จับกุมผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายนี้ (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556)

2.6 ระบบสุขภาพกับการบังคับบำบัดยาเสพติด

รัฐในฐานะผู้จัดบริการควรให้ความสำคัญในการให้บริการแก่ผู้กระทำผิดด้วยการสร้างสมดุลระหว่าง “การลงโทษ-บำบัดฟื้นฟู-สอดส่อง” เพื่อช่วยผู้กระทำผิดให้สามารถพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสมต่อไป ซึ่งสิ่งสำคัญคือเพื่อให้ตอบสนองภาวะสมดุลดังกล่าวรัฐจะมีแนวทางในการจัดการระบบสุขภาพในการบังคับบำบัดอย่างไรเพื่อนำไปสู่เป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้าบำบัด

นั้นสามารถเลิกหรือหยุดเสพยาเสพติดได้ ซึ่งจากการวิเคราะห์ระบบสุขภาพในการบังคับบำบัดยาเสพติด ในครั้งนี้ ใช้กรอบระบบสุขภาพ Six building block framework ของ WHO ซึ่งประกอบด้วย การส่งมอบบริการ (Service Delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information) ,ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (medical product , Vaccine and Technology),การเงิน (Financing) และ ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leading / Governance) จัดการ Building Block ทั้ง 6 จะส่งผลให้เกิด Intermediate outcome ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (Access) การครอบคลุมการบริการ (Coverage) คุณภาพบริการและความปลอดภัย (Quality and Safety) ซึ่งจะส่งผลให้เกิด Outcome ของระบบใน 4 ด้านคือ สุขภาพดีขึ้น (Improve health) ตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) การคุ้มครองความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงิน (Social and Risk protection) และเพิ่มประสิทธิภาพ (Improved efficiency) โดยรายละเอียดการเปรียบเทียบระบบสุขภาพในการบังคับบำบัดยาเสพติดของแต่ละประเทศดูได้จาก ตาราง 1

1. ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (leading / Governance)

ประเทศต่างๆยังคงนโยบายให้ยาเสพติดเป็นสิ่งผิดกฎหมาย และมีนโยบายหรือกลยุทธ์ในการดำเนินการด้านการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดที่ชัดเจน และมีนโยบายที่ผ่อนปรนมากขึ้น ซึ่งพิจารณาจากการมีนโยบายลดทอนความเป็นอาชญากรรม (decriminalization) เช่นในแคนาดาและ สหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นการลดทอนหรือถอดถอนการกระทำที่ถือว่าผิดกฎหมายยาเสพติด โดยเฉพาะกรณีของผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่ครอบครองยาเสพติดในปริมาณเล็กน้อยเพื่อเสพส่วนตัว โดยได้รับโทษทางอาญาน้อยลง หรือไม่ต้องรับโทษทางอาญาด้วยการใช้มาตรการทางเลือกเพื่อหันเหผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดออกจากกระบวนการยุติธรรม โดยเฉพาะหลีกเลี่ยงการลงโทษจำคุก (นันทพรพัช ไซยอักษรพงศ์, 2556) นอกจากนี้ก็ยังมีนโยบายการเบี่ยงเบนคดียาเสพติด (Diversion) ซึ่งพบในประเทศไทย ออสเตรเลีย อิหร่านและสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นกระบวนการนำผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดออกจากกระบวนการดำเนินคดีอาญาที่จะนำไปสู่การลงโทษ เพื่อให้ผู้เสพผู้ติดยาเสพติด ได้รับการดูแล แก้ไข ติดตาม ช่วยเหลือ ให้ลด ละ เลิกยาเสพติด และสามารถอยู่รวมในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข โดยให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน รวมถึงภาคประชาสังคม (กอบกุล จันทวโร, 2554) นอกจากนี้ยังมีการออกกฎหมายเพื่อบังคับใช้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาด้วย นำไปสู่มาตรการของการบังคับบำบัดเพื่อลดปริมาณการนำผู้ป่วยเสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมทางอาญา ช่วยลดปัญหานักโทษล้นเรือนจำและเป็นโอกาสให้บุคคลเหล่านั้นได้กลับตัวเป็นคนดีและกลับเข้าสู่สังคมและใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

โดยไม่ได้มีความผิดติดตัว ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการวางนโยบายด้านยาเสพติดเป็นสิ่งสำคัญที่จะแสดงให้เห็นว่ารัฐจะนำพากระบวนการยุติธรรมด้านคดียาเสพติดของประเทศไปในทิศทางใด รัฐจึงควรศึกษา รายละเอียดและดำเนินการวางนโยบายด้านยาเสพติดอย่างเร่งด่วน มิเช่นนั้น จะทำให้มีจำนวนผู้ติดยาเสพติดทั้งในและนอกเรือนจำจนก่อปัญหาในอนาคตได้

2. การส่งมอบบริการ (Service Delivery)

การจัดบริการในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในแต่ละประเทศนั้นมีหลากหลายรูปแบบ แตกต่างกันไป โดยมีทั้งหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐได้ร่วมดำเนินการในการจัดบริการดังกล่าว ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วก็จะมีการจัดตั้งศูนย์บำบัดในการบังคับบำบัดโดยเฉพาะ นอกจากนี้ยังพบว่ามีบางประเทศ ได้แก่ ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา ได้มีการจัดตั้งศาลยาเสพติด (Drug Court) หรือศาลเพื่อการบำบัดรักษายาเสพติด (Drug Treatment Court) ขึ้น (Weekes and Mugford, 2007; Pritchard et al., 2007) ซึ่งเป็นการผสมผสานการควบคุมดูแลของศาลกับการบำบัดรักษายาเสพติด โดยเป็นการอาศัยอำนาจศาลในการกำหนดแนวทางหรือเงื่อนไขในการบำบัดรักษา โดยเป็นการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่าง ผู้พิพากษา พนักงานอัยการ ทนายความจำเลย ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษา เจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ติดยาเสพติด ผู้ปกครอง เป็นต้น ที่ต้องร่วมกันประชุมปรึกษาหารือเพื่อหาทางบำบัดรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (กอบกุล จันทวโร, 2556)

3. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

ในด้านบุคลากรที่ดำเนินการเกี่ยวกับการบำบัดรักษา จะพบว่าในประเทศต่างๆส่วนใหญ่ ก็จะมีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักคือหน่วยงานภาครัฐ โดยในการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์การดำเนินงานด้านยาเสพติดก็จะมีกำหนดบทบาทหน้าที่หน่วยงานนั้นๆไว้ และพบว่ามีการทำงานร่วมกันดำเนินงานของหน่วยงานทั้งจากระดับสูงสุดลงมาสู่ระดับล่างสุด เช่น จากรัฐบาลกลาง มาสู่รัฐ (ดินแดนหรือจังหวัด) และมายังระดับท้องถิ่น โดยในแต่ละประเทศก็จะมีหน่วยงานรับผิดชอบด้านการบำบัดรักษาซึ่งเป็นหลักแตกต่างกันออกไป เช่น ในประเทศไทย ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย ในประเทศจีน ได้แก่ กระทรวงความมั่นคงสาธารณะ ในประเทศแคนาดา ได้แก่ กระทรวงสุขภาพและศูนย์ยาเสพติดของแคนาดา ในประเทศออสเตรเลีย ได้แก่ กรมสุขภาพและผู้สูงอายุ กรมอัยการสูงสุด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ในประเทศอิหร่าน ได้แก่ กรมการป้องกันและรัฐสวัสดิการ สังคม สำนักงานควบคุมยาเสพติด (Drug Control Headquarters) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ กระทรวงยุติธรรม กรมราชทัณฑ์ สำนักงานตำรวจสากล สำนักงานปราบปรามยาเสพติด เป็นต้น นอกจากนี้หน่วยงานภาครัฐแล้ว ในแต่ละประเทศก็มีการดำเนินงานของหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐ และ

ชุมชนท้องถิ่น เข้าร่วมดำเนินการด้านบำบัดรักษาด้วย โดยบุคลากรส่วนใหญ่ที่ดูแลงานด้านนี้ ได้แก่ แพทย์ด้านจิตเวช แพทย์ทั่วไป นักจิตวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษา เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น) (ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์ และคณะ, 2556;สุภาวดี แก้วประดับ, 2558;สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2557;Drug Control Headquarters, 2014;Moore, 2005; Collin ,2006)

4. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information)

การจัดการระบบสารสนเทศด้านยาเสพติด พบว่าในประเทศต่างๆจะมีระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านยาเสพติดไว้ และใช้ข้อมูลเหล่านั้นในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และใช้กำหนดนโยบาย แผนงานในการแก้ไขปัญหายาเสพติด และพัฒนารูปแบบด้านการบำบัดรักษา โดยจะมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบระบบสารสนเทศนี้ เช่นประเทศไทยมีระบบ NISPA (Narcotics Information System For Province Agency) ประเทศจีนมีหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับระบบสารสนเทศด้านยาเสพติดได้แก่ National Surveillance System on Drug Abuse (NSSDA) , Drug Abuse Surveillance Stations (DASS) ประเทศแคนาดาจะมีเครือข่ายข้อมูลด้านยาเสพติดของแคนาดา (The Canadian Substance Abuse Information Network; CSAIN), เครือข่ายระบาดวิทยาชุมชนด้านยาเสพติดของแคนาดา (The Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use ;CCENDU) และประเทศออสเตรเลียระบบสารสนเทศด้านยาเสพติดที่เรียกว่า IDRS – Illicit Drug Reporting System เป็นต้น ซึ่งการรายงานข้อมูลส่วนใหญ่จะเป็นการรายงานจากทุกหน่วยงานที่มีการจัดบริการ และมีระบบด้านความปลอดภัยและการรักษาความลับของข้อมูล ด้วยการจำกัดการเข้าถึงข้อมูล และการใช้ username และ password สำหรับการเข้าถึงข้อมูลของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา จะมีการจัดทำโครงการในการสำรวจข้อมูลด้านยาเสพติดขึ้นมาโดยเฉพาะ (Information office of the State Council of the people republic of China, 2000; United Nations International Drug Control Programme, 2001)

5. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (medical product , Vaccine and Technology)

รูปแบบที่ใช้ในการบังคับบำบัดในประเทศต่างๆ มีความแตกต่างกันออกไป ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบดังนี้ เมททริกซ์โปรแกรม, ชุมชนบำบัด, การบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่, การรักษาแบบผู้ป่วยนอก, ครอบครัวบำบัด, การให้คำปรึกษา เป็นต้น ส่วนทางด้านคลินิกจะเป็นการรักษาถอนพิษยาทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และการรักษาแบบทดแทนด้วยการใช้เมทาโดน การรักษาแบบทดแทนภาวะพึ่งพาโอปิออยด์ เป็นต้น (อาภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556;Zhengyan,2015;Weekes

and Mugford , 2007;Pritchard et al., 2007) ซึ่งจะมีการอนุญาตให้ใช้ยาชนิดต่างๆในการรักษาแตกต่างกันออกไป เช่น ในประเทศไทย มีการอนุญาตให้ใช้เมทาโดน ส่วนในแคนาดาและออสเตรเลีย มีการใช้ Methadone กับ Buprenorphine ส่วนในจีนและอิหร่าน มีการใช้ Methadone, Buprenorphine, Clonidine tablets, Benzodiazepines เป็นต้น (World Health Organization, 2010)

6. การเงิน (Financing)

งบประมาณหลักในการดำเนินการด้านบำบัดรักษายาเสพติดของแต่ละประเทศจะได้รับการจัดสรรจากรัฐบาลกลางของประเทศนั้น ผ่านไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่ระบุในนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านยาเสพติด แต่ก็มีบางประเทศเช่น ประเทศแคนาดา ที่จะสนับสนุนงบประมาณไปยังโครงการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดและแอลกอฮอล์นั้น โดยตรง โดยส่วนใหญ่แหล่งของงบประมาณมาจากการจัดเก็บภาษี (Tax-based funding) บางประเทศเช่นอิหร่านมีงบประมาณส่วนหนึ่งมาจากการขึ้นภาษีในการขายบุหรี่ และในประเทศจีนมาจากระบบประกันสังคม ซึ่งทั้งจีนและอิหร่าน ผู้เข้ารับการบำบัดต้องร่วมจ่ายค่าบำบัดรักษาด้วย แต่ในอิหร่านถ้าเข้ารับบริการจากหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐจะเป็นระบบบริการที่ให้ฟรี (Collin ,2006; Drug Control Headquarters, 2014 ; World Health Organization, 2010)

7. การเข้าถึงบริการ

ในแต่ละประเทศนั้นพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดมีการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละประเทศมีการให้บริการที่แตกต่างกันออกไป เช่น ประเทศจีน ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา หรือครอบครัวเป็นผู้เสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาทุกวัน ค่าใช้จ่ายของการรักษาซึ่งจำนวนเงินประมาณ 2,000 ถึง 3,000 หยวน (US \$ 292.00 - US \$ 438.00) (Zhengyan,2015) ส่วนประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา จะใช้ระบบประกันสุขภาพที่รัฐบาลเป็นผู้จัดให้ (Collin ,2006) ส่วนประเทศอิหร่าน พบว่าการบำบัดในศูนย์บำบัดฟื้นฟูของหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐจะมีบริการแบบให้ฟรีด้วย (Drug Control Headquarters, 2014)

8. การครอบคลุมการบริการ

พบว่าประเทศต่างๆมีการจัดบริการด้านการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่มีหน่วยงานรับผิดชอบตั้งแต่ระดับรัฐบาลกลางไปจนถึงระดับท้องถิ่น โดยมีการจัดให้มีศูนย์บำบัดฟื้นฟูกระจายไปยังภูมิภาคต่างๆทั่วประเทศ และมีการขยายศูนย์บำบัดฟื้นฟูออกไปให้ครอบคลุมให้มากขึ้นเพื่อ

รองรับผู้เข้ารับการรักษาและให้สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก (Collin ,2006;Drug Control Headquarters, 2014;Pritchard et al., 2007)

9. คุณภาพบริการและความปลอดภัย

โดยส่วนใหญ่การจัดบริการด้านการบำบัดรักษาของประเทศต่างๆ จะมีการดำเนินงานทั้งหน่วยงานภาครัฐและไม่ใช่ภาครัฐ และมีรูปแบบการบำบัดรักษาที่หลากหลาย ทั้งนี้ประเทศต่างๆ ได้มีการพัฒนาคุณภาพการบริการและความปลอดภัยด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ประเทศไทย ประเมินผลการทำงานของศูนย์บำบัด ทุกสามปี (Pearshouse, 2009) ในประเทศจีน การบำบัดโดยใช้สารทดแทนด้วย methadone และ buprenorphine มีอัตราความสำเร็จในการรักษาครบตามเกณฑ์มีถึงร้อยละ 70-80 (Chengzheng et al.,2004) และในประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกาที่ใช้ระบบศาลบำบัดยาเสพติด ก็มีการกำหนดมาตรฐานการให้การรักษาเพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกัน (Collin ,2006; Weekes and Mugford, 2007;Pritchard et al., 2007) ส่วนประเทศอิหร่าน มีการพัฒนาคุณภาพของการบำบัดรักษาของศูนย์บำบัดต่างๆ โดยการสนับสนุนด้านการทำวิจัยและการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบำบัดรักษา (Drug Control Headquarters, 2014)

10. ผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ (outcome)

จากระบบสุขภาพที่แตกต่างกันของประเทศต่างๆ ทำให้เกิดผลลัพธ์โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบังคับบำบัดพบว่ามีประสิทธิผลที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งประเมินได้จากการศึกษาวิจัยในประเทศนั้นๆ เช่น ในสหรัฐอเมริกา พบว่าการบังคับบำบัดทำให้ การคงอยู่ในการรักษา, การรักษาครบตามเกณฑ์, การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น,มีการกระทำผิดซ้ำทางอาญาและอัตราขาดหายไปจากการรักษา (drop-out) ลดลง (Copeland and Maxwell ,2007 ; Perron and Bright , 2008) ในประเทศอิหร่าน จากการประเมินผลการบำบัดโดยใช้เมทาโดนพบว่า ร้อยละ 60% ไม่มีอาการ somatic symptoms และร้อยละ 50% ไม่มี psychotic symptoms จากการใช้เมทาโดน (Eskandarieh et al. ,2014)ในประเทศออสเตรเลีย ผลการบังคับบำบัดในระยะยาวทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เข้าบำบัด ส่วนในระยะสั้นทำให้ลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Pritchard et al., 2007) ในประเทศแคนาดา พบว่าการบังคับบำบัดทำให้อัตราการกระทำผิดซ้ำและมีการกระทำผิดกฎหมายลดลง (Mugford and Weekes, 2006) ในประเทศจีน พบว่าผู้เข้ารับบังคับบำบัดไม่มีการกระทำผิดซ้ำและได้รับการจ้างงานมากขึ้น (Hser et al. ,2013) ส่วนในประเทศไทย พบว่า ลดจำนวนความต้องการใช้สารเสพติด แต่ส่งผลกระทบต่อเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด (สุชาติ ทวีสิทธิ์, 2556)

ตาราง 1 เปรียบเทียบระบบสุขภาพกับการบังคับบำบัดยาเสพติดในประเทศต่างๆ

ประเทศ	ประเทศไทย	ประเทศจีน	ประเทศแคนาดา	ประเทศออสเตรเลีย	ประเทศอิหร่าน	ประเทศสหรัฐอเมริกา
กรอบระบบสุขภาพ						
1. ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leading / Governance)	<p>-มียุทธศาสตร์ผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่มีมาตรฐานและมีความเหมาะสมกับผู้เสพติด</p> <p>-ใช้กระบวนการเบี่ยงเบนคดี (Diversion) โดยการชะลอฟ้อง</p> <p>-พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545</p>	<p>-นโยบายโดยใช้ “กฎหมายต่อต้านยาเสพติด”</p> <p>-ไม่มีกระบวนการเบี่ยงเบนคดี (Diversion)</p> <p>-ข้อบังคับตาม Decision on Drug Prohibition 1990</p>	<p>-ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกัน การบำบัดรักษา การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด และการบังคับใช้กฎหมาย</p> <p>-นโยบายการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (decriminalization)</p> <p>-มีกฎหมาย <i>Controlled Drugs and Substances Act</i> (CDSA)</p>	<p>-กรอบยุทธศาสตร์ยาเสพติดแห่งชาติในการเลิกยาเสพติด และการบำบัดรักษาเพื่อลดการใช้ยาเสพติด</p> <p>-ใช้กระบวนการเบี่ยงเบนคดี (Diversion)</p> <p>-The Drug Court Act 1988</p> <p>-The Crimes Act 1999</p> <p>และกฎหมายของแต่ละรัฐ</p>	<p>-นโยบายยาเสพติดด้านการบำบัดรักษา และการลดอันตราย</p> <p>-ใช้กระบวนการเบี่ยงเบนคดี (Diversion)</p> <p>-กฎหมาย Anti-Narcotics Act 1988</p>	<p>-กลยุทธ์การควบคุมยาเสพติดแห่งชาติการบำบัดรักษาติดยาเสพติดจะต้องดำเนินการแบบบูรณาการ และต้องได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสูง</p> <p>-ใช้กระบวนการเบี่ยงเบนคดี (Diversion)</p> <p>-การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (decriminalization)</p> <p>-กฎหมาย The Narcotic Addict Rehabilitation Act of 1966</p>

ตาราง 1 เปรียบเทียบระบบสุขภาพกับการบังคับบำบัดยาเสพติดในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ กรอบระบบสุขภาพ	ประเทศไทย	ประเทศจีน	ประเทศ แคนาดา	ประเทศ ออสเตรเลีย	ประเทศ อิหร่าน	ประเทศ สหรัฐอเมริกา
2. การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<ul style="list-style-type: none"> -ไม่มีศาลบำบัดยาเสพติด -มีการบังคับบำบัด ทั้งแบบควบคุมตัวหรือไม่ควบคุมตัว -หน่วยบริการมีทั้งในโรงพยาบาลของรัฐ สถาบันรัฐญูรกี หรือกรมคุมประพฤติ กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ กระทรวงมหาดไทย 	<ul style="list-style-type: none"> -ไม่มีศาลบำบัดยาเสพติด -มีศูนย์บำบัดอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงความมั่นคงสาธารณะ (Public Security) และใช้แนวทาง “cold turkey” (หักดิบ) -แพทย์แผนจีน 	<ul style="list-style-type: none"> -มีศาลบำบัดยาเสพติด (Drug Treatment Court, DTC) -วิธีการรักษาจะเน้นการรักษาแบบองค์รวม -โปรแกรมเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้ชาย ผู้หญิง เยาวชน คนพื้นเมือง 	<ul style="list-style-type: none"> -มีศาลบำบัดยาเสพติด (Drug Treatment Court, DTC) -การบังคับบำบัดมี 3 รูปแบบ ได้แก่ การควบคุมแบบปิด, การควบคุมกึ่งเปิด และการดูแลของชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> -ไม่มีศาลบำบัดยาเสพติด -ศูนย์บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด -ศูนย์บำบัดแบบผู้ป่วยนอก -ศูนย์บำบัดขององค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐ 	<ul style="list-style-type: none"> -มีศาลบำบัดยาเสพติด (Drug Treatment Court, DTC) -การรักษาระยะยาวในสถานบำบัด -การรักษาระยะสั้นในสถานบำบัด -การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ตาราง 1 เปรียบเทียบระบบสุขภาพกับการบังคับบัญชาระบบสุขภาพในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	ประเทศไทย	ประเทศจีน	ประเทศแคนาดา	ประเทศออสเตรเลีย	ประเทศอิหร่าน	ประเทศสหรัฐอเมริกา
กรอบระบบสุขภาพ						
3. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	<p>-หน่วยงานหลัก ได้แก่</p> <p>กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>กระทรวงยุติธรรม</p> <p>กระทรวงมหาดไทย</p> <p>-หน่วยงานสนับสนุน ได้แก่</p> <p>สำนักงาน ป.ป.ส</p> <p>กองทัพบก กองทัพเรือ</p> <p>กองทัพอากาศ</p> <p>สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ภาคเอกชน ภาคประชาชน</p>	<p>-แพทย์และพยาบาล</p> <p>-เจ้าหน้าที่ของกระทรวงความมั่นคงสาธารณะ</p>	<p>-กระทรวงสุขภาพและศูนย์ยาเสพติดของแคนาดา</p> <p>-แพทย์, พยาบาลจิตเวช</p> <p>นักสังคมสงเคราะห์</p> <p>-รัฐ, ดินแดน และชุมชน</p>	<p>-มีหน่วยงานรับผิดชอบทั้งส่วนรัฐบาลกลาง รัฐและดินแดนและรัฐบาลท้องถิ่น เช่นกรมสุขภาพและผู้สูงอายุ</p> <p>กรมอัยการสูงสุด</p> <p>สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการกำกับ</p> <p>อาชญากรรม</p> <p>ออสเตรเลีย กรมศุลกากร เป็นต้น</p>	<p>-กรมการป้องกันและรัฐสวัสดิการสังคม</p> <p>-สำนักงานควบคุมยาเสพติด (Drug Control Headquarters)</p> <p>-แพทย์ด้านจิตเวช, นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา</p> <p>-หน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐ</p>	<p>-กระทรวงยุติธรรม</p> <p>-กรมราชทัณฑ์</p> <p>-สำนักงานตำรวจสากล</p> <p>-สำนักงานบังคับคดี</p> <p>-สำนักงานตรวจคนเข้าเมืองและสัญชาติ</p> <p>-สำนักงานปราบปรามยาเสพติด</p>

ตาราง 1 เปรียบเทียบระบบสุขภาพกับการบังคับบำบัดยาเสพติดในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ กรอบระบบสุขภาพ	ประเทศไทย	ประเทศจีน	ประเทศ แคนาดา	ประเทศ ออสเตรเลีย	ประเทศ อิหร่าน	ประเทศ สหรัฐอเมริกา
4. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information)	-มีระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสค.) และระบบสารสนเทศยาเสพติด หรือระบบ NISPA	-มีหน่วยงานรับผิดชอบระบบสารสนเทศด้านยาเสพติดได้แก่ National Surveillance System on Drug Abuse (NSSDA), Drug Abuse Surveillance Stations (DASS), Narcotics Control Information System (NCIS)	-หน่วยงานรับผิดชอบคือศูนย์ยาเสพติดของแคนาดา (The Canadian Centre for Substance Abuse ;CCSA) -แต่ละรัฐมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดทำทะเบียนผู้เข้ารับการบำบัด	-ระบบสารสนเทศด้านยาเสพติดของออสเตรเลีย คือ IDRS – Illicit Drug Reporting System ซึ่งมีหน่วยงานที่รับผิดชอบคือกรมสุขภาพและผู้สูงอายุ	-ระบบการรายงาน ได้แก่ การใช้สารทดแทน Buprenorphine, การใช้เมทาโดน (Methadone maintenance treatment;MMT), การรักษาด้วยฝิ่น และการถอนพิษยา หน่วยงานรับผิดชอบคือสวัสดิการสังคมของรัฐบาล ศูนย์ควบคุมยาเสพติด	-ระบบสารสนเทศด้านยาเสพติดที่เรียกว่า Drug and Alcohol Services Information System (DASIS) - Treatment Episode Data Set (TEDS) -Inventory of Substance Abuse Treatment Services (I-SATS) -National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS)

ตาราง 1 เปรียบเทียบระบบสุขภาพกับการบังคับบำบัดยาเสพติดในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	ประเทศไทย	ประเทศจีน	ประเทศแคนาดา	ประเทศออสเตรเลีย	ประเทศอิหร่าน	ประเทศสหรัฐอเมริกา
กรอบระบบสุขภาพ						
5. ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (medical product , Vaccine and Technology)	-เมททริกซ์โปรแกรม -ชุมชนบำบัด -การบำบัดฟื้นฟูแบบ เข้มข้นทางสายใหม่ -การบำบัดฟื้นฟูแบบจิ รอาสา -การให้ยาชนิดอื่น ทดแทนเช่น เมทาโดน	-การบังคับบำบัด ระยะเวลาตั้งแต่ 3-6 เดือน หรืออาจขยาย ถึง 1 ปี -การถอนพิษยาจาก อาการติดสารเสพติด กลุ่มโอปิออยด์ โดย ใช้ยา เช่น Methadone, Buprenorphine, Clonidine tablets, Lofexidine, Benzodiazepines (alprazolam)	-ชุมชนบำบัด -ผู้ป่วยนอก (Outpatient) -การถอนพิษยาแบบ ผู้ป่วยใน -การถอนพิษยาแบบ ผู้ป่วยนอก -การรักษาแบบทดแทน ภาวะพึ่งพาโอปิออยด์ โดยใช้ Methadone กับ Buprenorphine	-ศาลบำบัดยาเสพติด -การถอนพิษยาแบบ ผู้ป่วยใน -การถอนพิษยาแบบ ผู้ป่วยนอก -การรักษาแบบ ทดแทนภาวะพึ่งพา โอปิออยด์ โดยใช้ Methadone กับ Buprenorphine	-การรักษาแบบชุมชนบำบัด ครอบครัว บำบัด, MMT, การ ถอนพิษยาแบบผู้ป่วย ในและผู้ป่วยนอก -การรักษาแบบ ทดแทนภาวะพึ่งพา โอปิออยด์ โดยใช้ Methadone - Buprenorphine - Clonidine tablets - Benzodiazepines - aloxone/naltrexone and minimal sedation	-ชุมชนบำบัด -การรักษาแบบผู้ป่วย นอก -การให้คำปรึกษา แบบกลุ่ม -การให้บริการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น บริการ ทางการแพทย์ และ สุขภาพจิต

ตาราง 1 เปรียบเทียบระบบสุขภาพกับการบังคับบำบัดยาเสพติดในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	ประเทศไทย	ประเทศจีน	ประเทศแคนาดา	ประเทศออสเตรเลีย	ประเทศอิหร่าน	ประเทศสหรัฐอเมริกา
กรอบระบบสุขภาพ						
6. การเงิน (Financing)	-รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยงบประมาณมาจากการจัดเก็บภาษี (Tax-based funding)	-รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณหลักโดยผ่านไปยังกระทรวงการคลังและกระทรวงความมั่นคงสาธารณะ-ระบบประกันสังคม-ผู้เข้าบำบัดร่วมจ่าย	-รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณให้กับรัฐ ดินแดน-สนับสนุนแก่โครงการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดและแอลกอฮอล์-งบประมาณมาจากการจัดเก็บภาษี (Tax-based funding)	-รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณให้กับรัฐ ดินแดน ทั้งในด้าน การ บำบัดรักษา การลดอันตราย การบังคับ และการ จัด การ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติดซึ่งงบประมาณมาจากการจัดเก็บภาษี (Tax-based funding)	-รัฐบาลกลางรับผิดชอบ-บางส่วนผู้รับบริการต้องจ่ายเอง-หน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐ จะมีบริการแบบให้ฟรี-งบประมาณส่วนหนึ่งมาจากการขึ้นภาษีในการขายบุหรี่	-รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงกลาง โหม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการคลัง

ตาราง 1 เปรียบเทียบระบบสุขภาพกับการบังคับบำบัดยาเสพติดในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ กรอบระบบสุขภาพ	ประเทศไทย	ประเทศจีน	ประเทศ แคนาดา	ประเทศ ออสเตรเลีย	ประเทศ อิหร่าน	ประเทศ สหรัฐอเมริกา
7. การเข้าถึงบริการ	<p>-บำบัดแบบไม่ควบคุมตัว เข้ารับการบำบัดได้ที่สถานพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>-การบำบัดแบบควบคุมตัว จะเน้นการฟื้นฟูฯ แบบพักค้างในสถานที่ จัดหาเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด</p>	<p>-ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา หรือครอบครัวเป็นผู้เสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาทุกวัน ค่าใช้จ่ายของการรักษาซึ่งจำนวนเงินประมาณ 2,000 ถึง 3,000 หยวน (US \$ 292.00 - US \$ 438.00)</p>	<p>-การนำ “ระบบใบสั่ง” มาใช้กับผู้ที่ครอบครองกัญชา หรือฝิ่นในปริมาณเล็กน้อยเพื่อให้มาจ่ายค่าปรับ หรือออกหมายเรียกให้ไปรายงานตัวที่ศาล เพื่อรับการลงโทษที่เหมาะสม</p>	<p>-รัฐบาลระดับรัฐมีหน้าที่ในการจัดบริการ -ระบบแพทย์มีหน้าที่ออกใบสั่งยาเท่านั้น ผู้ป่วยต้องไปรับยาจากเภสัชกรหรือพยาบาลที่ได้รับใบอนุญาต โดยสารทดแทนยาเสพติดนั้นรัฐบาลจัดให้ฟรี แต่ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินวันละ 5 ดอลลาร์เป็นค่าดำเนินการ</p>	<p>-ศูนย์บำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 12 แห่งทั่วประเทศ (เป็นศูนย์บำบัดฯสำหรับผู้หญิง 1 แห่ง)</p> <p>-ศูนย์บำบัดแบบผู้ป่วยนอก พบว่ามีศูนย์บำบัดแบบนี้ประมาณ 40 แห่ง -องค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐ ดำเนินงานควบคุมยาเสพติดทั้งหมด 1,208 องค์กร</p>	<p>สามารถเข้าถึงบริการได้แก่</p> <p>1) โปรแกรมทางเลือก สำหรับอาชญากรรมในชุมชน</p> <p>2) การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก</p> <p>3) กระบวนการบังคับผู้ติดยาเสพติดให้เข้าสู่การบำบัดโดยที่ สมาชิกในครอบครัว, นายจ้าง หรือชุมชน</p>

ตาราง 1 เปรียบเทียบระบบสุขภาพกับการบังคับบำบัดยาเสพติดในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	ประเทศไทย	ประเทศจีน	ประเทศแคนาดา	ประเทศออสเตรเลีย	ประเทศอิหร่าน	ประเทศสหรัฐอเมริกา
กรอบระบบสุขภาพ						
8.การครอบคลุมการบริการ	<p>-ศูนย์บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัดกระจายในภูมิภาคต่างๆ</p> <p>-การบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว ได้แก่ สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>-การบำบัดแบบควบคุมตัว สถานบำบัดรักษาเสพติดทั่วประเทศทั้งสิ้น 91 แห่ง</p>	<p>-ศูนย์บำบัด compulsory detoxification</p> <p>จำนวน 700 แห่ง</p> <p>ถ่ายบำบัดยาเสพติด</p> <p>จำนวน 300 แห่ง</p> <p>แต่ละแห่งสามารถรองรับผู้ติดยาเสพติดได้ตั้งแต่ 100-3,000 คน</p>	<p>-รัฐ ดินแดน และชุมชนท้องถิ่น เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาและดำเนินงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและแอลกอฮอล์</p>	<p>-รัฐบาลทุกระดับ มีหน้าที่จัดหาระบบบริการด้านสุขภาพโดยเน้นให้ชุมชนเข้าร่วมในการป้องกันและการบำบัดรักษาเสพติด</p> <p>-ศาลบำบัดยาเสพติด 5 รัฐ ได้แก่ New South Wales, Queensland, South Australia, Victoria and Western Australia</p>	<p>-มีศูนย์บำบัดยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้การให้บริการด้านการบำบัดรักษาที่มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น</p> <p>-ศูนย์บำบัดของหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐเพิ่มขึ้นทั่วประเทศ โดยในปี ค.ศ. 2009 -2013 มีศูนย์บำบัดจำนวน 1,500 , 2,000, 2,000, 2,500, และ 4,500 แห่งตามลำดับ</p>	<p>-จัดตั้งศาลบำบัดยาเสพติดมากกว่า 1,700 แห่งทั่วประเทศ</p> <p>- ประชาชนกว่า 14 %-16% ไม่มีประกันสุขภาพใดๆเลย (Uninsured)</p>

ตาราง 1 เปรียบเทียบระบบสุขภาพกับการบังคับบำบัดยาเสพติดในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	ประเทศไทย	ประเทศจีน	ประเทศแคนาดา	ประเทศออสเตรเลีย	ประเทศอิหร่าน	ประเทศสหรัฐอเมริกา
กรอบระบบสุขภาพ						
9. คุณภาพบริการและความปลอดภัย	<p>- ประเมินผลการทำงาน of ศูนย์บำบัด โดยจะมีการประเมินทุกสามปี</p> <p>- สถาบันรัฐบุรุษมีหน้าที่จัดอบรมให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ</p>	<p>-การรักษาด้วย methadone และ buprenorphine มีอัตราความสำเร็จในการรักษาครบตามเกณฑ์มีถึงร้อยละ 70-80</p> <p>-การรักษาด้วย buprenorphine ร่วมกับ clonidine บำบัดครบตามเกณฑ์ถึงร้อยละ 80</p>	<p>- การประเมินการตรวจสอบและมาตรฐานของการรักษา โดยเฉพาะระบบบังคับบำบัด ซึ่งจะต้องมีหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ</p>	<p>-ศาลบำบัดยาเสพติดจะเป็นผู้พิจารณาเงื่อนไขและความเหมาะสมในการบังคับบำบัดต่อไป โดยจะมีทีมสหวิชาชีพช่วยกันวางแผนรูปแบบการบำบัดให้กับผู้เข้าบำบัดแต่ละราย</p>	<p>-การพัฒนาคุณภาพของการบำบัดรักษาของศูนย์บำบัดต่างๆ ทั้งศูนย์ของหน่วยงานภาครัฐและที่ไม่ใช่ภาครัฐ ซึ่งมีกระจายทั่วประเทศ โดยการสนับสนุนด้านการทำวิจัยและการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบำบัดรักษา</p>	<p>-กำหนดรูปแบบการดำเนินงานของศาลบำบัดยาเสพติดให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน, การกำหนดคุณสมบัติผู้ที่มีสิทธิ์เข้าสู่โปรแกรมการบำบัด, จัดโปรแกรมการบำบัดและการรักษา, การกำกับดูแล และการตรวจหาสารเสพติด, การเสริมแรงทางบวกในการปฏิบัติตามเงื่อนไขการรักษา</p>

ตาราง 1 เปรียบเทียบระบบสุขภาพกับการบังคับบำบัดยาเสพติดในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	ประเทศไทย	ประเทศจีน	ประเทศแคนาดา	ประเทศออสเตรเลีย	ประเทศอิหร่าน	ประเทศสหรัฐอเมริกา
กรอบระบบสุขภาพ						
10. ผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ (outcome)	<p>-เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด</p> <p>-ลดจำนวนความต้องการใช้สารเสพติด</p>	<p>เพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัด ด้วยโปรแกรม community-based methadone maintenance treatment (MMT) พบว่ากลุ่มทดลองไม่มีการกระทำผิดซ้ำและได้รับการจ้างงานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ</p>	<p>-อัตราการคงอยู่ในการรักษาของผู้ที่บำบัดระบบศาลบำบัดยาเสพติดเท่ากับร้อยละ 34.6% แต่อัตราการกระทำผิดซ้ำในผู้บำบัดกลุ่มนี้ (ร้อยละ 58.2) และมีการกระทำผิดกฎหมายลดลง</p>	<p>-ในระยะยาวทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เข้าบำบัด ส่วนในระยะสั้นทำให้ลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด</p>	<p>-ร้อยละ 60% ไม่มีอาการ somatic symptoms และร้อยละ 50% ไม่มี psychotic symptoms จากการใช้เมทาโดน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการใช้เมทาโดนในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด</p>	<p>-การคงอยู่ในการรักษา, การรักษาครบตามเกณฑ์, การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น, มีการกระทำผิดซ้ำทางอาญาและอัตราขาดหายไปจากการรักษา (drop-out) ลดลง</p>

2.7 ระบบบังคับบำบัดกับการบังคับใช้กฎหมาย

กระบวนการบังคับบำบัด (Compulsory drug treatment system) เป็นกระบวนการที่ดำเนินการตามเงื่อนไขของกฎหมาย ดังเช่น Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) ได้ระบุว่า การบังคับบำบัด หมายถึง การบำบัดรักษาที่เป็นไปตามกฎหมาย (ไม่ใช่ความผิดทางอาญา) หรือเป็นคดีแพ่งเพื่อบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด (Mugford and Weekes, 2006) หรือตามความหมายของพจนานุกรม Oxford Dictionary คำว่า compulsory หมายถึง การบังคับหรือกำหนดให้ต้องทำบางสิ่ง (Pritchard et al., 2007) ดังนั้นในแต่ละประเทศที่ใช้ระบบบังคับบำบัดนี้จะมีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติดด้วย อาทิเช่น ในสหรัฐอเมริกา การบังคับบำบัดผู้ติดยาเสพติดมีการบัญญัติกฎหมายฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่เรียกว่า The Narcotics Addict Rehabilitation Act of 1966 ในประเทศเยอรมันนี การบังคับบำบัดผู้ติดยาเสพติดได้บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา เรียกว่า มาตรการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิดและมาตรการเพื่อความปลอดภัย (Measures of Rehabilitation and Security) ในประเทศญี่ปุ่น มีกฎหมายควบคุมยาเสพติด (Narcotic Control Law) ในประเทศสวีเดนมีรัฐบัญญัติว่าด้วยยาเสพติดและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ปี ค.ศ. 1951 ในประเทศนิวซีแลนด์ มีกฎหมายในการบังคับบำบัดผู้ติดยาแอลกอฮอล์และสารเสพติด ตามกฎหมาย The alcoholism and Drug addiction act 1966 และในประเทศไทย ระบบบังคับบำบัดมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องคือพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 (อภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ, 2556 ; (ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์ และคณะ, 2556) นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งศาลยาเสพติด (Drug Court) หรือศาลเพื่อการบำบัดรักษายาเสพติด (Drug Treatment Court) เช่นใน สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย อังกฤษ เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินคดียาเสพติดในเชิงบำบัดฟื้นฟูโดยเฉพาะ (ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์ และคณะ, 2556; Weekes and Mugford, 2007) ซึ่งในมุมมองของกฎหมายในบางประเทศจะมองว่า “การเสพยาเสพติด เป็นอาชญากรรม” แต่ในบางมุมมอง ก็มองว่า “ผู้เสพยาเสพติด คือผู้ป่วย” ดังเช่นในประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มีหลักการคือ ผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดมีสภาพเป็นผู้ป่วยมิใช่อาชญากรจึงต้องได้รับการบำบัดรักษา หรือในสหรัฐอเมริกาโดยคณะกรรมการร่วมด้านยาเสพติด ABA-AMA ปี 1961 ได้มีการสรุปว่าที่จริงแล้วการติดยาเสพติดเป็นโรคชนิดหนึ่ง แต่ในบางมลรัฐตีตราว่าการเสพยาเสพติดเป็นอาชญากรรม บางมลรัฐถือว่าผู้เสพเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาทางยา (Donald J. Cantor, 1961:518-519 อ้างถึงในศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์ และคณะ, 2556)

แต่ปัญหาที่ตามมาจากการบังคับใช้กฎหมายก็มี อาทิเช่น กฎหมาย The alcoholism and Drug addiction act 1966 ของนิวซีแลนด์ ซึ่งพบว่ามีความล่าช้าและไม่มีความปลอดภัยเพียงพอต่อการปกป้องสิทธิมนุษยชนตามกฎหมาย Rights act 1990 และยังพบว่าอุปสรรคทางการแพทย์สำหรับการบำบัดรักษามีไม่เพียงพอ รวมทั้งมีความยืดหยุ่นน้อยของโปรแกรมการบำบัด (New Zealand law Commission, 2010) ส่วนในประเทศไทยก็พบปัญหาจากการบังคับใช้กฎหมายด้านการบังคับบำบัด เช่น ปัญหาสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดรองรับได้ไม่เพียงพอ, มาตรฐานแนวคำวินิจฉัยหรือคำสั่งของคณะอนุกรรมการฟื้นฟูฯ, มาตรฐานการใช้เกณฑ์ประเมินผลผู้ที่ฟื้นฟูการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เป็นต้น (รจกภา เสดลาคุณ, 2555) และปัญหาการปฏิบัติที่ขัดต่อเจตนารมณ์ของกฎหมาย เช่น การตรวจพิสูจน์การเสพ/การติดยาเสพติดที่ใช้เวลาเป็นเดือนโดยอาศัยข้อยกเว้นในมาตรา 19 วรรคหนึ่ง ของ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 น่าจะขัดกับเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการให้ผู้เสพยาเสพติดได้เข้ารับการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว (วิฑูร จันท์แจ้งดี, 2556) นอกจากนี้ก็ยังพบปัญหาอื่นๆ เช่น ทักษะของเจ้าหน้าที่ โปรแกรมที่เหมาะสมในการบำบัดฟื้นฟู ความไม่เพียงพอของศูนย์ฟื้นฟู (เนื่องจากการบำบัดรักษาต้องใช้ระยะเวลาที่นานพอสมควร ผู้ติดยาอาจเข้ารับการบำบัดหลายครั้ง) (ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์ และคณะ, 2556) และในเรื่องจำมักมีอุปสรรคและทรัพยากรไม่พอเพียงที่จะช่วยให้เกิดกระบวนการถอนพิษยา (Pearshouse, 2009)

2.8 ประสิทธิภาพการบังคับบำบัด

มีการนำการบังคับบำบัดมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยการรักษาบังคับบำบัดได้แสดงให้เห็นว่ามีผลลัพธ์ที่ดีในแง่ของกระบวนการ ดังนี้

การคงอยู่ในการรักษาและการรักษาครบตามเกณฑ์

การบังคับบำบัดทำให้มีอัตราการคงอยู่ในการรักษา (retention rates) และอัตราการรักษาครบตามเกณฑ์ (Treatment completion) มากกว่าการบำบัดแบบไม่บังคับ (Wild et al., 2002 ; Copeland and Maxwell ,2007 ; Marinelli-Casey et al. ,2008 ; Burrus et al. , 2011) เช่น การบังคับบำบัดผู้ที่ติดยาแอลกอฮอล์และสารเสพติด โดยเฉพาะการรักษาในระยะยาวในกลุ่มผู้กระทำผิดกฎหมาย ซึ่งพบว่าอัตราการคงอยู่ในการรักษานั้นเพิ่มขึ้น (Wild et al., 2002) โดยปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อการทำนายผลอัตราการคงอยู่ในการรักษาได้แก่ จำนวนวันของการทำงานในเดือนที่ผ่านมา ส่วนปัจจัยที่มีผลเชิงลบ ได้แก่ การ

ใช้สารเสพติดหลายชนิด ถ้ามีการใช้สารเสพติดหลายชนิดพร้อมกันก็ยิ่งทำให้อัตราการคงอยู่ในการรักษาต่ำลง (Schaub et al. ,2011)

การขาดหายไปจากการรักษา (Treatment drop-out)

การบังคับบำบัดทำให้มีอัตราขาดหายไปจากการรักษา (Treatment drop-out) น้อยกว่าการรักษาแบบสมัครใจ และยังทำให้ประสิทธิผลของการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น โดยพบว่า อายุและประวัติทางอาญามีความสัมพันธ์กับการทำนายผลการขาดหายไปจากการบำบัดรักษา (drop-out) โดยผู้บำบัดที่มีอายุน้อยกว่า มีการขาดหายไปจากการรักษามากกว่า ทั้งนี้เพราะขาดแรงจูงใจในการบำบัด และคนที่ขาดหายไปจากการรักษามีโอกาสกลับเข้าสู่การบังคับบำบัดอีกครั้ง (1.67 เท่า) และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (16%) มากกว่าคนที่รักษาครบตามเกณฑ์ (Perron and Bright, 2008 ; Padyab et al. ,2015)

พฤติกรรมทางอาญา

ผู้เข้ารับการบังคับบำบัดมีการกระทำผิดซ้ำทางอาญาน้อยกว่าผู้เข้ารับการบำบัดวิธีอื่นๆ ทั้งในประเด็นอัตราการจับกุม ,อัตราการถูกจับกุมซ้ำ รวมทั้งการกระทำผิดที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดก็มีอัตราที่น้อยกว่าเช่นเดียวกัน (Young et al. , 2004; Wilson , 2006 ; Hser et al. , 2013 ; Somers et al. ,2012) โดยพบว่า อายุ และเพศมีความสัมพันธ์กับการกระทำผิดซ้ำทางอาญาภายใน 1 ปี โดยอายุที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 ปี จะทำให้โอกาสที่จะกระทำผิดซ้ำลดลง 5% และผู้ชายมีโอกาสกระทำผิดซ้ำมากกว่าผู้หญิง และคนที่มีการผิดซ้ำที่เพิ่มขึ้น 1 ครั้ง จะทำให้เพิ่มโอกาสถูกจับกุมซ้ำ 9% (Sung and Richter, 2006) แต่การศึกษาของ Gottfredson et al. (2005) กลับพบว่า กลุ่มเข้าบำบัดแบบ drug treatment court และ standard Adjudication มีอัตราการเกิดพฤติกรรมทางอาญาไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่ม standard Adjudication จะมีพฤติกรรมทางอาญาที่มีความรุนแรงมากกว่า และการศึกษาของ Wild et al., (2002) พบว่าการตรวจสอบพฤติกรรมทางอาญาและการใช้สารเสพติดนั้น ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มบังคับบำบัดกับกลุ่มที่ไม่ได้บังคับบำบัด

การใช้สารเสพติดและผลกระทบต่อสุขภาพ

งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า การบังคับบำบัดช่วยลดการใช้สารเสพติด เช่น ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ ช่วยให้สุขภาพกายและจิตของผู้เข้าบำบัดดีขึ้น (เช่น Psychiatric symptoms, Trauma-related symptoms ,Drug problems ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ) (Wittouck et al. , 2013 ; Dakof et al. , 2010 ; Clark and Young, 2009) และพบว่าเพศ เป็นปัจจัยทำนายผลในการลดการใช้สารเสพติดในช่วง 9 เดือน หลังถูกปล่อยตัว โดยพบว่าเพศหญิงมีอัตราการใช้สารเสพติดน้อยกว่าเพศชาย (Johnson et al. , 2011)

ส่วนประสิทธิผลของการบังคับบำบัดต่อการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ยังไม่มีการประเมิน ประสิทธิภาพของระบบในระยะยาว แต่มีหลักฐานส่วนใหญ่ที่พบว่า การบังคับบำบัดในระยะเวลาสั้นๆ จะมีประสิทธิภาพในการลดอันตรายได้ (Broadstock et al., 2008 ; Wild et al., 2002; Perron and Bright, 2008) และยังพบว่าอัตราการเข้าถึงการรักษามีมากกว่าระบบสมัครใจ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง แรงจูงใจกับการบังคับบำบัดและผลการรักษา ยังไม่ชัดเจนและต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม (Wild et al., 2002) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาหลักของระบบการบังคับบำบัดคือยังขาดหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิภาพและ ความปลอดภัย โดยยังไม่มีการศึกษาเชิงทดลอง (randomised controlled trials) หรือเชิงสังเกต (observational studies) ที่จะแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาด้วยระบบบังคับบำบัดมีอัตรา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ หรืออัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรืออัตราป่วยต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้า รับการรักษาด้วยระบบนี้ (Hall et al., 2014) และเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลของการบังคับบำบัดควรมี การดำเนินการประเมินผลการบำบัดอย่างจริงจัง เช่น การประเมินผลกระทบของระบบบังคับบำบัดใน กลุ่มผู้ป่วยติดยาเสพติด การประเมินเรื่องสิทธิมนุษยชนของผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด การ ประเมินผลระบบบังคับบำบัดตามกฎหมายในผู้กระทำผิด เป็นต้น เพื่อให้ทราบว่ากระบวนการบำบัดนั้น สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และรับประกันว่าผู้ใช้ยาเสพติดมีช่องทางเข้าถึงการบำบัดที่มี ประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของตน (Pearshouse, 2009; Hall et al., 2014)

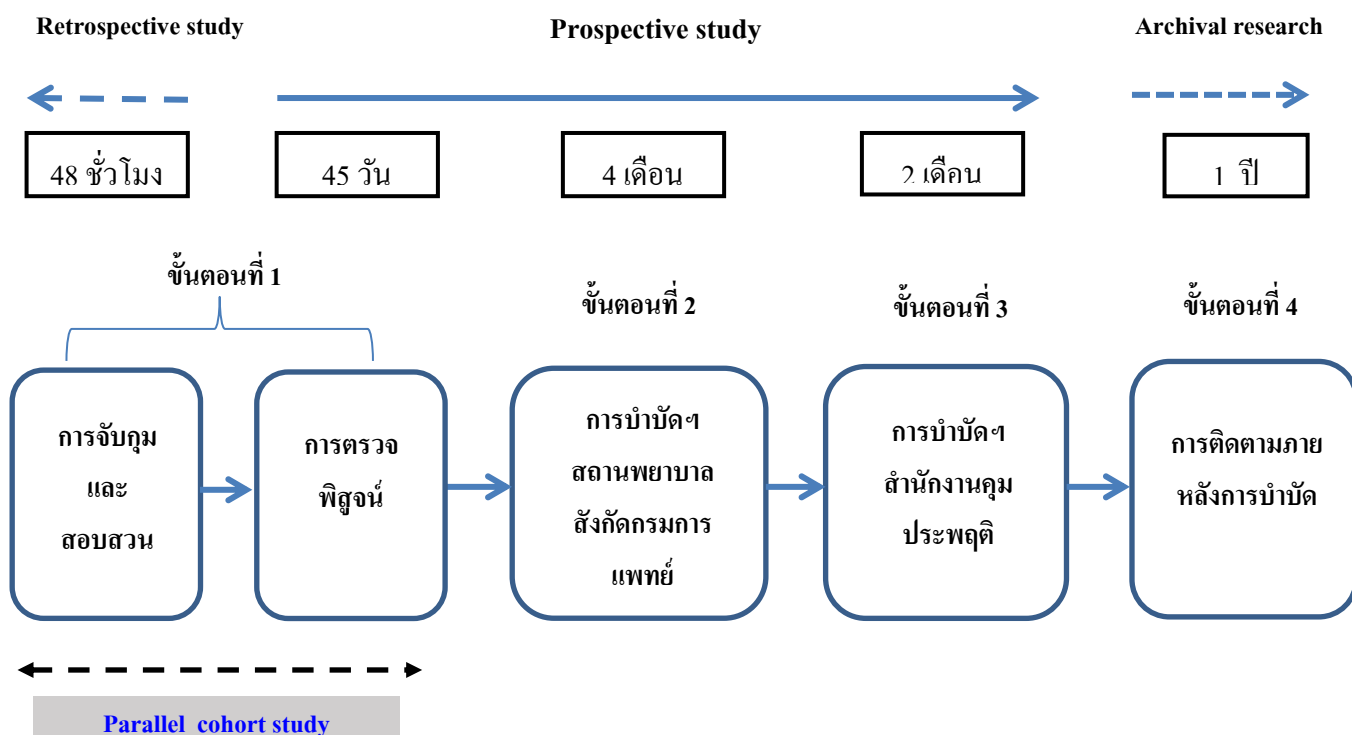
3. วิธีการศึกษา

3.1 รูปแบบการวิจัย

1. Retrospective study ใช้ในการศึกษากระบวนการก่อนการบำบัดทางการแพทย์ ได้แก่ ขั้นตอนการจับกุมและสอบสวน

2. Prospective study ใช้ในการศึกษาขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เป็นระยะเวลา 4 เดือน และขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของสำนักงานคุมประพฤติ ระยะเวลา 2 เดือน

3. Archival research นำมาใช้ศึกษาในขั้นตอนการติดตามภายหลังการบำบัด โดยการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลด้านยาเสพติด เช่น ระบบสารสนเทศยาเสพติด หรือระบบ NISPA



3.2 กลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ดำเนินการ

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาคั้งนี้ มี 4 กลุ่มดังนี้

1.1) กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัด

ประชากรเป้าหมายผู้เข้ารับการบำบัด เป็นผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งประกอบด้วยทั้งผู้เสพ ผู้ติด และผู้ติดยาเสพติดรุนแรง กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Eligibility Criteria) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย

ก) ผู้เข้าบำบัดในระบบบังคับบำบัดที่ดำเนินการในจังหวัดปัตตานี สงขลา เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น อุดรธานี และปทุมธานี เท่านั้น

ข) เป็นคนไทยที่มีชื่อที่อยู่ในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัดในช่วงเวลาที่ศึกษา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย

ก) ผู้เข้าบำบัดที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ ดังนี้

1. จากเกณฑ์ในการคัดเข้า-คัดออก ข้างต้น พบว่ามีผู้เข้าบำบัดในขั้นตอนก่อนการบำบัดทางการแพทย์ที่เข้าสู่โครงการ จำนวน 798 คน (โดยแบ่งเป็นผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 386 คน และเป็นผู้เข้าบำบัดในสถานบำบัดแบบบังคับบำบัดอื่นๆ จำนวน 412 คน โดยเป็นการศึกษาแบบ Parallel cohort study คู่ขนานไปกับการศึกษาในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์) ซึ่งมีการเก็บข้อมูลแบบ Retrospective study ในขั้นตอนการจับกุมและสอบสวน และเก็บข้อมูลแบบ Prospective study ในขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ (ระยะเวลา 4 เดือน) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของสำนักงานคุมประพฤติ (ระยะเวลา 2 เดือน) และการติดตามภายหลังการบำบัด ซึ่งจำนวนผู้เข้าบำบัด ดังนี้

สำนักงานคุมประพฤติ จังหวัด	จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ	
	กรณีส่งบำบัดโรงพยาบาลธัญญารักษ์	กรณีส่งหน่วยบำบัดอื่นๆ
ปทุมธานี	33	77
สงขลา	67	130
ปัตตานี	73	25
ขอนแก่น	78	124
อุดรธานี	63	56
เชียงใหม่และแม่ฮ่องสอน	72	0
รวม	386	412

2. จำนวนผู้เข้าบำบัดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ (ระยะเวลา 4 เดือน) จำนวน 386 คน ดังนี้

สถานพยาบาล	จำนวน (คน)
สถาบันจิตเวชศาสตร์ ปทุมธานี	33
โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	67
โรงพยาบาลจิตเวชปัตตานี	73
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	78
โรงพยาบาลจิตเวชอุดรธานี	63
โรงพยาบาลจิตเวชเชียงใหม่และแม่ฮ่องสอน	72
รวม	386

3. จำนวนผู้เข้าบำบัดที่เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูโปรแกรมของสำนักงานคุมประพฤติ จำนวน 55 คน ดังนี้

สำนักงานคุมประพฤติ	จำนวน (คน)
ปทุมธานี	11
สงขลา	29
ปัตตานี	0
ขอนแก่น	0
อุดรธานี	15
เชียงใหม่และแม่ฮ่องสอน	0
รวม	55

4. จำนวนผู้เข้าบำบัดที่เข้าสู่กระบวนการติดตามผล จำนวน 798 คน

สำนักงานคุมประพฤติ	จำนวน (คน)
ปทุมธานี	110
สงขลา	197
ปัตตานี	98
ขอนแก่น	202

อุดรธานี	119
เชียงใหม่และแม่ฮ่องสอน	72
รวม	798

5. ผู้เข้าบำบัดในการศึกษาเชิงคุณภาพ 7 จังหวัด (ได้แก่จังหวัดปัตตานี สงขลา เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น อุดรธานี และปทุมธานี) จังหวัดๆ ละ 4 คน รวมทั้งสิ้น 28 คน

1.2) กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง

กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการบังคับบำบัดและกระบวนการบังคับใช้กฎหมาย นับตั้งแต่ 1) การจับกุม และศาล 2) การควบคุมตัวเพื่อตรวจพิสูจน์ 3) การบำบัดและการดูแลของสถานพยาบาลและกรมคุมประพฤติ โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive) ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน เจ้าหน้าที่สำนักคุมประพฤติ 1 คน คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ 1 คน ตำรวจ 2 คน (ฝ่ายปราบปรามและฝ่ายสอบสวน) ที่ดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดปัตตานี สงขลา เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น อุดรธานี และปทุมธานี ได้ผู้เข้าร่วมศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 39 คน

1.3) กลุ่มผู้นำชุมชน

ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive) โดยเลือกผู้นำชุมชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันกับผู้ผ่านการบำบัด เฉพาะชุมชนที่กลุ่มผู้เข้ารับการบำบัดได้รับการคัดเลือกให้ศึกษาเชิงคุณภาพ ในพื้นที่ 7 จังหวัด (ได้แก่จังหวัดปัตตานี สงขลา เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น อุดรธานี และปทุมธานี) จังหวัดละ 4 หมู่บ้าน/ชุมชน (ชุมชนเมืองและชุมชนชนบท) ได้ผู้เข้าร่วมศึกษา จำนวน 42 คน

1.4) กลุ่มครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด

โดยเลือกบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ผ่านการบำบัดที่ได้รับการคัดเลือกให้ศึกษาเชิงคุณภาพโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive) จากพื้นที่ 7 จังหวัด (ได้แก่จังหวัดปัตตานี สงขลา เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น อุดรธานี และปทุมธานี) จังหวัดละ 4 คน ได้ผู้เข้าร่วมศึกษา จำนวน 28 คน

1.5) กลุ่มประชาชน

ทำการสุ่มแบบ Simple Random Sampling ซึ่งเป็นประชาชนที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันกับผู้ผ่านการบำบัดที่ได้รับการคัดเลือกให้ศึกษาเชิงคุณภาพ ในพื้นที่ 7 จังหวัด (ได้แก่จังหวัดปัตตานี สงขลา เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น อุดรธานี และปทุมธานี) เป็นผู้ที่มิชื่ออยู่ในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร และพักอาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 3 เดือนในปีที่ผ่านมา และครัวเรือนตัวอย่างตั้งอยู่ในจังหวัดในพื้นที่ที่ทำการศึกษาน้อยกว่า 6 เดือนในปีที่ผ่านมา ได้ชุมชนที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 26 หมู่บ้าน/ชุมชน จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชน ละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 780 คน

3.2 การเก็บข้อมูล

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

- 1) คณะวิจัย ประสานงาน โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ บัตตานี สงขลา เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น อุดรธานี และสถาบันรัฐญารักษ์ ปทุมธานีและสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดที่เกี่ยวข้อง
- 2) จัดทำกรอบในการดำเนินการเก็บข้อมูลร่วมกัน
- 3) การเก็บรวบรวมข้อมูลในจังหวัดเป้าหมาย คณะวิจัยประสานความร่วมมือกับ โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ และสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด
- 4) ผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่ศึกษาเชิงลึก โดยจัดทำฐานข้อมูลพื้นที่วิจัย จำนวน 28-56 ชุมชน

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มผู้เข้าบำบัด

หลังจากอธิบดีกรมคุมประพฤติและกรมการแพทย์ อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัย จากนั้นสำนักงาน คุมประพฤติประจำจังหวัด ทั้ง 7 จังหวัดทำหน้าที่คัดเลือกตัวอย่างแบบ Consecutive sampling ตั้งแต่ขั้นตอน การตรวจพิสูจน์จากผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่ระบบบังคับบำบัดตามปกติ ทั้งนี้การส่งต่อผู้ที่ผ่านการตรวจ พิสูจน์การเสพ/การติดยาเสพติดเพื่อเข้าบำบัดในสถานพยาบาลให้เป็นไปตามการดำเนินงานปกติตามการส่ง ต่อของระบบบังคับบำบัด

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล มีดังนี้

1. ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ ให้ผู้อำนวยการสำนักงานคุมประพฤติประจำจังหวัด แต่ละจังหวัดเป็น หัวหน้าทีมในการบันทึกข้อมูล
2. ขั้นตอนการบำบัดของสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ (โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ และ สถาบันรัฐญารักษ์) ให้ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรัฐญารักษ์แต่ละแห่งเป็นหัวหน้าทีมในการ บันทึกข้อมูล
3. ขั้นตอนการบำบัดของสำนักงานคุมประพฤติ ให้ผู้อำนวยการสำนักงานคุมประพฤติประจำ จังหวัดแต่ละจังหวัดเป็นหัวหน้าทีมในการบันทึกข้อมูล
4. ขั้นตอนการติดตามผล โดยการคัดลอกข้อมูลจากระบบ NISPA
5. สำหรับการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้เข้าบำบัด 56 ราย ให้ผู้อำนวยการสำนักงาน คุมประพฤติประจำจังหวัดแต่ละจังหวัด ทำหน้าที่คัดเลือกผู้เข้าบำบัดที่ยินยอมให้ข้อมูลกับผู้วิจัย และประสานงานกับผู้เข้าบำบัดเพื่อขอคำยินยอมและนัดหมาย เพื่อให้คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บ ข้อมูลในสถานที่ที่ผู้บำบัดเป็นผู้กำหนด
6. การคัดลอกข้อมูลจากระบบ NISPA ให้ผู้อำนวยการศูนย์ข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) เป็นหัวหน้าทีมในการบันทึกข้อมูล

ทั้งนี้ข้อมูลผู้เข้าบำบัดตั้งแต่ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ ขั้นตอนการบำบัดของสถานพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์ ขั้นตอนการบำบัดของสำนักงานคุมประพฤติ และขั้นตอนการติดตามผล เป็นข้อมูลผู้ป่วย

ตามระบบการดำเนินงานปกติของการบังคับบำบัด ให้แต่ละหน่วยงานที่รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลเพื่อส่งต่อข้อมูลมายังผู้วิจัย โดยผู้วิจัยไม่ทราบชื่อ สกุล ที่อยู่ หรือข้อมูลที่จะเชื่อมโยงไปถึงตัวตนของผู้เข้าบำบัด (ยกเว้นผู้เข้าบำบัดที่ได้รับการคัดเลือกให้ศึกษาเชิงคุณภาพเท่านั้น)

2. กลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สำนักคุมประพฤติ คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ และเจ้าหน้าที่ตำรวจ (ฝ่ายปราบปรามและฝ่ายสอบสวน) ใช้วิธีการประสานงานโดยส่งหนังสือราชการผ่านต้นสังกัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขอความยินยอมเพื่อขอสัมภาษณ์

3. กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้วิจัยจะประสานงานโดยตรงกับผู้นำชุมชนในพื้นที่ที่ถูกเลือก เพื่อขอความยินยอมในการสัมภาษณ์

4. กลุ่มครอบครัวผู้ผ่านการบำบัด ผู้วิจัยประสานงานผ่านเจ้าหน้าที่สำนักงานคุมประพฤติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมเพื่อขอสัมภาษณ์

5. กลุ่มประชาชน ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ถูกเลือกมา เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ และก่อนจะเก็บข้อมูลพนักงานสนามได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการให้สมาชิกครัวเรือนทราบก่อน และขอคำยินยอมในการตอบแบบสอบถาม

3.4 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.1 สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนในระบบบังคับบำบัด เน้นที่เนื้อหา กระบวนการบังคับใช้กฎหมาย การจับกุมและศาล การควบคุมตัวเพื่อตรวจพิสูจน์ คณะอนุกรรมการและคำสั่งให้บำบัด การอุทธรณ์การบำบัดและการดูแลของกรมคุมประพฤติ การติดตามผลและประสิทธิผลของการบำบัดในแง่ของกระบวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค

1.2 สัมภาษณ์ผู้นำชุมชน เน้นที่เนื้อหาข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชน การค้นหาผู้เสพยาเสพติด และความคิดเห็นต่อการบังคับบำบัด

1.3 สัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ทั้งในขั้นตอนการสอบสวน การตรวจพิสูจน์ผู้เสพยาเสพติด การชะลอการฟ้องศาลดำเนินคดี การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และผู้ผ่านการบำบัด ครอบครัวและชุมชน เกี่ยวกับกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 แบบบันทึกข้อมูลกระบวนการและผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในแต่ละขั้นตอนในระบบบังคับบำบัด

2.2 แบบสอบถามประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับระดับตราบาปของยาเสพติด (Addiction Stigma) ในชุมชน

3.5 การจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

5.3.1 การควบคุมคุณภาพของข้อมูล ดำเนินการดังนี้

- 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการตรวจสอบ แก้ไขให้สมบูรณ์ครบถ้วน
- 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสืบค้นตามสมมติฐานขณะปฏิบัติงาน (Working Hypotheses) และการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งเป็นการค้นหาความคงตัว (Consistency) ของข้อค้นพบเพื่อยืนยันความถูกต้อง (Validity) และความเชื่อถือได้ (Reliability) ในการประเมินผลครั้งนี้ใช้การตรวจสอบสามเส้าเชิงข้อมูล (Data Triangulation) จากแหล่งข้อมูลต่างๆ และจากบุคคลต่างกัน

5.3.2 การจัดการข้อมูล ดำเนินการดังนี้

- 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ อันได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะ โดยการทำความเข้าใจกับเนื้อหา ประมวลเนื้อหาและให้รหัสนำเข้าข้อมูล และข้อมูลตัวเลข โดยการให้รหัสและนำเข้าข้อมูลแบบ data double entry เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล แล้วทำการสืบค้นข้อมูลเพื่อตรวจสอบ ข้อมูลสูญหาย ค่าผิดปกติ และค่านอกช่วง
- 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการแยกข้อมูล การจัดการข้อมูลนำเข้าด้วย word จัดทำตารางวิเคราะห์ประเด็นเนื้อหาใน Excel

5.3.3 วิธีการที่ใช้ในวิเคราะห์

- 1) ข้อมูลในเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย
- 2) ข้อมูลในเชิงคุณภาพ โดยการจัดกลุ่มข้อมูล และทำการวิเคราะห์โดยวิธี Content Analysis

4. ผลการศึกษา

ในการศึกษาสถานการณ์และผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ติดยาเสพติดของระบบบังคับบำบัดในประเทศไทย : กรณีสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษา 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 กระบวนการของการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของระบบบังคับบำบัด

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ติดยาเสพติดของระบบบังคับบำบัด

ส่วนที่ 3 ความเหมาะสมเกี่ยวกับการบังคับใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

พ.ศ. 2545

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

ผลการศึกษา มีดังนี้

ส่วนที่ 1

กระบวนการของการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของระบบบังคับบำบัด

ในการศึกษาครั้งนี้ได้สรุปขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด เป็น 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการจับกุมและการสอบสวน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการติดตามผล

สำหรับรายละเอียดของการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการจับกุมและการสอบสวน

เป็นการดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ ซึ่งตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เจ้าหน้าที่ตำรวจถือว่าเป็นกลไกแรกที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดตาม พรบ.ว่าด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กล่าวคือเป็นผู้ที่มีอำนาจหน้าที่ในการสืบสวนและจับกุมผู้กระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด โดยมีจุดประสงค์หลักเพื่อปราบปรามผู้กระทำความผิด ซึ่งสิ่งที่บ่งชี้ถึงผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติหน้าที่อาจจะได้แก่ จำนวนหรือสถิติการจับกุม เป็นต้น สำหรับการดำเนินงานในขั้นตอนนี้ จะแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1) ขั้นตอนการจับกุม และ 2) ขั้นตอนการสอบสวน มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนการจับกุม

1. การค้นหาผู้กระทำความผิด

การค้นหาผู้กระทำความผิดเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการบังคับบำบัดตาม พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 นั้น เจ้าหน้าที่ตำรวจได้ดำเนินการโดยมีการตั้งด่าน การสุ่มตรวจสถานบันเทิงหรือสถานบริการต่างๆ เช่น บัมม่าน้ำมัน การเข้าตรวจเมื่อรับแจ้งมีการมั่วสุ่ม และการปิดล้อมจับกุม เป็นต้น

-การตั้งด่าน จะเน้นการตรวจหาสิ่งผิดกฎหมายทุกประเภท ไม่ใช่เฉพาะยาเสพติดเท่านั้น ซึ่งในส่วนของยาเสพติดจะสังเกตผู้ต้องสงสัยจากลักษณะพฤติกรรมที่น่าสงสัย อาการตื่นเต้น ตกใจ หวาดระแวง ลูกลี้ลูกกลน และลักษณะที่เป็นพิรุณต่างๆ รวมทั้งกลิ่นของสารเสพติด เช่น กลิ่นยาบ้า โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจที่ทำหน้าที่มีประสบการณ์ในการตรวจจับสารเสพติด บอกว่ายาบ้าจะมีกลิ่นเฉพาะ โดยจะติดตามตัวและเสื้อผ้าของผู้เสพยา เป็นต้น ซึ่งเจ้าหน้าที่ตำรวจจะแสดงตัวเพื่อขอตรวจค้น และเชิญตัวเพื่อขอตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ตำรวจต้องแสดงความบริสุทธิ์ใจว่าตำรวจไม่มีสิ่งผิดกฎหมายใดๆมาด้วย (เพื่อป้องกันการกล่าวหาว่ามีการข่มขืนยาเสพติด) ทั้งนี้ก็ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ต้องสงสัยด้วยในการตรวจค้น และการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด และโดยส่วนใหญ่ถ้าเป็นการตั้งด่าน ผู้ต้องสงสัยส่วนใหญ่ที่ขอตรวจ

ปัสสาวะจะเป็นผู้ขายเพราะมีความสะดวกในการเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจมากกว่าผู้หญิง แต่ก็มีบ้างที่พบผู้ต้องสงสัยเพศหญิง ซึ่งในการดำเนินการค้นตัวผู้หญิงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและการเก็บตัวอย่างปัสสาวะทำได้ยุ่งยาก โดยเฉพาะการตั้งด่านในสถานที่ที่ไม่มีห้องน้ำห้องส้วมเฉพาะ ดังนั้นจึงไม่ค่อยมีการตรวจค้นหรือตรวจปัสสาวะในผู้ต้องสงสัยหญิง รวมทั้งถ้าเจ้าหน้าที่ตำรวจชายดำเนินการตรวจค้นเองเกรงว่าจะโดนร้องเรียนด้วย แต่ถ้าในชุดจับกุมมีเจ้าหน้าที่ตำรวจหญิงด้วย ก็จะให้ตำรวจหญิงเป็นผู้ดำเนินการตรวจค้น แต่ถ้าในชุดจับกุมไม่มีตำรวจหญิงด้วย ก็เน้นการพูดเจรจาให้ผู้ต้องสงสัยหญิงแสดงความบริสุทธิ์ออกมาด้วยตัวเอง ซึ่งบางครั้งด้วยความหวาดกลัว ตกใจ ผู้ต้องสงสัยก็จะแสดงหรือหยิบสารเสพติดออกมาให้เลยโดยไม่ต้องค้นตัว และในบางกรณีที่มีพฤติการณ์ที่น่าสงสัยว่าเสพยาเสพติดจริงๆ ก็จะขอให้พลเมืองดีผู้หญิงช่วยตรวจค้นและพาไปเก็บปัสสาวะเพื่อนำไปตรวจหาสารเสพติด

-**การสุ่มตรวจสถานบันเทิง** เป็นไปตามนโยบายการจัดระเบียบสถานบันเทิง โดยการสุ่มตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดในกลุ่มนักท่องเที่ยว

-**การสุ่มตรวจกรณีรับแจ้งมีการมั่วสุม** ซึ่งในกรณีนี้ส่วนใหญ่จะได้รับแจ้งเหตุการณ์มั่วสุมของกลุ่มวัยรุ่น เจ้าหน้าที่ตำรวจก็จะเข้าไปตรวจค้นทั้งเรื่องการพกพาอาวุธ และการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดด้วย

-**การปิดล้อมจับกุม** เป็นการดำเนินการเนื่องจากมีเบาะแสหรือการข่าวแจ้งมา เช่น มีการซื้อขายยาเสพติด หรือแหล่งพักยาเสพติด หรือการตรวจค้นบ้านที่น่าสงสัยที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เป็นต้น ผู้ต้องหาที่จับได้ก็จะถูกนำมาตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดด้วยเช่นกัน

2. แนวทางการดำเนินการต่อผู้ต้องสงสัยกระทำผิดตามกฎหมายบังคับบำบัด

เมื่อเจ้าหน้าที่ตำรวจพบเจอผู้ต้องสงสัยกระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด จะมีแนวทางการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. การตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด

เมื่อพบผู้ที่มีพฤติการณ์สงสัยต่อการเสพยาเสพติด ไม่ว่าจะจากการตั้งด่าน การสุ่มตรวจสถานบันเทิงหรือสถานบริการต่างๆ เช่น บัม น้ำมัน การเข้าตรวจเมื่อรับแจ้งมีการมั่วสุม และการปิดล้อมจับกุม เป็นต้น เจ้าหน้าที่ตำรวจจะเชิญผู้ต้องสงสัยเพื่อขอตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด โดยทั้งนี้การตรวจจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ต้องสงสัยโดยต้องมีการบันทึกการยินยอมในการตรวจปัสสาวะด้วย ซึ่งโดยทั่วไปแนวทางในการตรวจพิสูจน์หาสารเสพติดในปัสสาวะ มีดังนี้

ขั้นแรก เป็นการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจที่ออกตรวจนอกสถานที่ เช่น การตั้งด่าน การสุ่มตรวจแหล่งมั่วสุม สถานบันเทิงต่างๆ เป็นต้น โดยใช้ชุดตรวจสำเร็จรูปเบื้องต้น จะใช้เวลารอผลประมาณ 5 นาที และรายงานผลว่า “พบ” หรือ “ไม่พบสารเสพติด” ซึ่งถ้าผลตรวจว่า “พบสารเสพติด” หรือรับสารภาพว่าเสพยาเสพติด ก็จะส่งตัวอย่างปัสสาวะหรือส่งตัวผู้ต้องสงสัยไปตรวจยืนยันที่โรงพยาบาลของรัฐต่อไป แต่ก็มีบางกรณีที่ผลตรวจพบว่า “ไม่พบสารเสพติด” แต่ว่าผู้ต้องสงสัยมีลักษณะพฤติการณ์ที่น่าสงสัย หรือบางคนได้กลิ่นของยาเสพติดตามตัว ก็จะถูกเชิญตัวไปตรวจปัสสาวะยืนยันที่โรงพยาบาลของรัฐเช่นกัน

ขั้นที่สอง เป็นการตรวจที่รับรองผลการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการหรือผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในโรงพยาบาลของรัฐและใช้วิธีการตรวจด้วยหลักการอิมมูโนวิทยา (immunoassay) ซึ่งการตรวจขั้นนี้ถือเป็นการตรวจยืนยันการคัดกรองโดยบุคคลที่สามและสามารถใช้ผลตรวจจากขั้นตอนนี้เป็นหลักฐานประกอบในการพิจารณาผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ว่าเป็นผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดหรือไม่ ได้ ซึ่งการรายงานจะมีเอกสารรับรองผลจากหน่วยงานที่ตรวจว่า “พบ” หรือ “ไม่พบสารเสพติด” ซึ่งแนวปฏิบัติทั่วไปเจ้าหน้าที่ตำรวจก็มักจะส่งตัวอย่างปัสสาวะหรือส่งตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการตรวจยืนยันในโรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในพื้นที่ ทั้งนี้จะใช้เวลารอบประมาณ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ก็จะทราบผลการตรวจ ถ้าผลตรวจในขั้นตอนนี้ “พบสารเสพติด” เจ้าหน้าที่ตำรวจก็จะใช้ผลตรวจยืนยันนี้ พร้อมบันทึกการจับกุม (ซึ่งผู้ต้องหาให้การรับสารภาพ) ข้อมูลลักษณะพฤติกรรม ของกลาง (ถ้ามี) และตัวอย่างปัสสาวะ เป็นหลักฐานในการแจ้งข้อกล่าวหากับผู้กระทำผิด และส่งหลักฐานดังกล่าวแก่พนักงานสอบสวนดำเนินการต่อไป แต่ในบางกรณีพบว่าผลตรวจ “ไม่พบสารเสพติด” ซึ่งเป็นกรณีเสพยาเสพติดเท่านั้น ไม่มีของกลางด้วย เจ้าหน้าที่ตำรวจก็ต้องปล่อยตัวผู้ต้องสงสัยไป

ขั้นที่สาม เป็นการตรวจยืนยันด้วยวิธีการทางห้องปฏิบัติการ โดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการของรัฐที่รับผิดชอบการตรวจสารเสพติดโดยเฉพาะ เพื่อยืนยันว่าในตัวอย่างปัสสาวะที่ให้ผลบวก ในขั้นตอนการตรวจสอบแบบคัดกรองนั้น มีสารเสพติดผสมอยู่จริงหรือไม่ โดยการตรวจปัสสาวะอีกครั้งอย่างละเอียดในห้องปฏิบัติการ และจะดำเนินการตรวจกรณีผู้ต้องหาเสพยาที่ไม่มียาเสพติดในครอบครองและให้การปฏิเสธการเสพยาเสพติด การตรวจขั้นตอนนี้จะตรวจด้วยวิธี Thin Layer Chromatography (TLC) หรือ Gas Chromatography (GC) หรือ Gas Chromatography Mass Spectrometry (GCMS) หรือ Gas Chromatography Mass Spectrometry/ Mass Spectrometry (GCMS/MS) หรือ Liquid Chromatography Mass Spectrometry (LCMS) ดังนั้นจึงต้องส่งตรวจในหน่วยงานที่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีศักยภาพ เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ในภูมิภาคต่างๆ ซึ่งถ้าส่งตรวจในขั้นตอนนี้ เจ้าหน้าที่ตำรวจแจ้งว่าต้องรอประมาณ 1-2 สัปดาห์ จึงจะทราบผลการตรวจ

2. การแจ้งข้อกล่าวหาในการจับกุม

ในการแจ้งข้อกล่าวหากับผู้ต้องหาจะพิจารณาหลักฐานจากผลตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดจากหน่วยงานหรือโรงพยาบาลของรัฐ ของกลางที่จับกุมได้ (ถ้ามี) และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด โดยฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดตาม พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มี 4 ฐานความผิด ได้แก่ ฐานเสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่ายหรือเสพและจำหน่ายยาเสพติด โดยลักษณะ ชนิดและประเภทของยาเสพติด สำหรับความผิดฐานเสพยาเสพติดตาม มาตรา 19 วรรคหนึ่ง ของ พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มีดังต่อไปนี้

(1) ยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 มี 6 ชนิด ได้แก่

(ก) เฮโรอีน

(ข) เมทแอมเฟตามีน

- (ค) แอมเฟตามีน
- (ง) 3, 4-เมทิลลีน ไดออกซีเมทแอมเฟตามีน
- (จ) เมทิลลีน ไดออกซีแอมเฟตามีน
- (ฉ) เอ็น เอทิล เอ็มดีเอ หรือเอ็มดีอี

(2) ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 มี 2 ชนิด ได้แก่

- (ก) โคลาอิน
- (ข) ฟีน

(3) ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 มี 1 ชนิด ได้แก่ กัญชา

ยาเสพติดให้โทษตาม (1) และ (2) ให้รวมถึงวัตถุที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น แต่มีสูตร โครงสร้างทางเคมีอย่างเดียวกันกับยาเสพติดให้โทษดังกล่าว และเกลือใดๆ ของยาเสพติดให้โทษ ดังกล่าวด้วย

ข้อ 2 ยาเสพติดตามข้อ 1 สำหรับความผิดฐานเสพและมีไว้ในครอบครอง ความผิด ฐานเสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และความผิดฐานเสพและจำหน่ายยาเสพติด ตามมาตรา 19 วรรคหนึ่ง ต้องมีปริมาณดังต่อไปนี้

(1) ยาเสพติดให้โทษในประเภท 1

(ก) เฮโรอีนมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งร้อยมิลลิกรัม

(ข) เมทแอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วย ยาเสพติดให้โทษหรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าร้อยมิลลิกรัม

(ค) แอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้ โทษหรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าร้อยมิลลิกรัม

(ง) 3 , 4- เมทิลลีน ไดออกซีเมทแอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ ตามกฎหมายว่าด้วย ยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบมิลลิกรัม

(จ) เมทิลลีน ไดออกซีแอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมาย ว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบมิลลิกรัม

(ฉ) เอ็น เอทิล เอ็มดีเอ หรือเอ็มดีอี มีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมาย ว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบมิลลิกรัม

(2) ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

(ก) โคลาอินมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินสองร้อยมิลลิกรัม

(ข) ฟีนมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าพันมิลลิกรัม

(3) ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ได้แก่ กัญชามีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าพันมิลลิกรัม

ยาเสพติดให้โทษตาม (1) และ (2) ให้รวมถึงวัตถุที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่นแต่มีสูตร โครงสร้างทางเคมีอย่างเดียวกันกับยาเสพติดให้โทษดังกล่าว และเกลือใดๆ ของยาเสพติดให้โทษ ดังกล่าวด้วย

3. การทำบันทึกการจับกุม

เมื่อมีผลตรวจยืนยันจากหน่วยงานหรือ โรงพยาบาลของรัฐ (ผลตรวจในขั้นที่สอง) ว่าพบสารเสพติดก็สามารถใช้เป็นหลักฐานประกอบการตรวจพิสูจน์ว่าผู้ต้องสงสัยนั้นเสพยาเสพติดจริง ประกอบกับข้อมูลลักษณะพฤติกรรม และของกลางที่ตรวจค้นได้ (ถ้ามี) เจ้าหน้าที่ตำรวจก็แจ้งข้อกล่าวหากับผู้กระทำผิดและทำบันทึกการจับกุม พร้อมส่งหลักฐานต่างๆ ได้แก่ ผลตรวจปัสสาวะเบื้องต้น ผลตรวจปัสสาวะยืนยันจากโรงพยาบาล บันทึกการจับกุม ลักษณะพฤติกรรม ของกลาง (ถ้ามี) และขอคืนตัวอย่างปัสสาวะ นำส่งกับพนักงานสอบสวน เพื่อดำเนินการสอบสวนผู้ต้องหาต่อไป

ขั้นตอนการสอบสวน

ในขั้นตอนนี้จะเป็นบทบาทหน้าที่ของพนักงานสอบสวน โดยเมื่อมีการจับกุมผู้กระทำความผิดที่เกี่ยวข้องกับฐานเสมาแล้ว พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจต้องนำตัวผู้ต้องหาไปยังที่ทำการของพนักงานสอบสวน ซึ่งพนักงานสอบสวนจะต้องมีหน้าที่ในการนำตัวผู้ต้องหานั้นซึ่งไม่ปรากฏว่าต้องหาหรืออยู่ระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่นอันเป็นความผิดที่มีอัตราโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ไปส่งศาลภายใน 48 ชั่วโมงหรือ 24 ชั่วโมงถ้าผู้ต้องหาไม่อายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ นับแต่เวลาที่ผู้ต้องหาถึงที่ทำการของพนักงานสอบสวน โดยพนักงานสอบสวนต้องทำคำร้องระบุพฤติกรรมแห่งคดีที่เกิดขึ้นยื่นต่อศาลขอให้พิจารณาส่งตัวผู้ต้องหาไปควบคุมเพื่อตรวจพิสูจน์ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือเพื่อต้องการตรวจพิสูจน์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งระหว่างการตรวจพิสูจน์และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พนักงานสอบสวนยังสามารถดำเนินการสอบสวนต่อไปได้ โดยไม่ต้องคำนึงถึงกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้แล้วเสร็จภายใน 60 วัน และเมื่อสอบสวนเสร็จให้สรุปสำนวนการสอบสวนส่งให้อัยการ โดยไม่ต้องส่งผู้ต้องหาไปด้วย และแจ้งให้พนักงานอัยการทราบว่ามีผู้ต้องหาถูกควบคุมตัวอยู่ ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สถานที่เพื่อตรวจพิสูจน์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือการควบคุมตัวแห่งใด หากศาลรับคำร้องจากพนักงานสอบสวนแล้วมีคำสั่งให้ดำเนินคดีต่อไป ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พนักงานสอบสวนต้องรับตัวผู้ต้องหา กลับไปดำเนินคดีตามคำสั่งศาล

ขั้นตอนในการสอบสวนผู้ต้องหา มีดังนี้

1. การสอบปากคำ

เมื่อเจ้าหน้าที่ตำรวจทำการจับกุมผู้ต้องหาที่กระทำความผิดเกี่ยวกับการเสพยาเสพติด ก็จะนำตัวผู้ต้องหา บันทึกการจับกุม พร้อมส่งหลักฐานต่างๆ ได้แก่ ผลตรวจปัสสาวะเบื้องต้น ผลตรวจปัสสาวะยืนยันจากโรงพยาบาล บันทึกการจับกุม ลักษณะพฤติกรรม ของกลาง (ถ้ามี) และขอคืนตัวอย่างปัสสาวะ นำส่งกับพนักงานสอบสวน โดยพนักงานสอบสวนจะต้องใช้ดุลยพินิจว่า ในการจับกุมดังกล่าวมีพยานหลักฐานเพียงพอที่จะเชื่อได้ว่าผู้ต้องหาเป็นผู้กระทำผิดจริง จึงจะแจ้งข้อกล่าวหาในชั้นสอบสวน เพราะการแจ้งขอหาในชั้นจับกุมกับการแจ้งข้อกล่าวหาในชั้นสอบสวนเป็นคนละเรื่องกัน ทั้งนี้การแจ้งข้อ

กล่าวหาของพนักงานสอบสวนมีผลทำให้มีการควบคุมตัวผู้ต้องหา จึงต้องอธิบายข้อเท็จจริงและรายละเอียดให้ผู้ต้องหาทราบและเข้าใจฐานความผิดที่ถูกกล่าวหา

พนักงานสอบสวนก็จะสอบปากคำผู้ต้องหาเกี่ยวกับพฤติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เช่น ประวัติการเสพยาเสพติด ประเภทยาเสพติดที่ใช้ จำนวน/ปริมาณที่ใช้ วิธีการเสพ หรือซื้อยาเสพติดมาจากแหล่งใด (เพื่อขยายผลการจับกุมยาเสพติดต่อไป) เป็นต้น นอกจากนี้ก็ให้ยืนยันว่าตัวอย่างปัสสาวะที่ผู้จับกุมส่งมานั้นเป็นของผู้ต้องหาจริงหรือไม่ แล้วพนักงานสอบสวนก็จะส่งตัวอย่างปัสสาวะนั้นเพื่อตรวจยืนยันหาสารเสพติดที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ต่อไป ซึ่งในกรณีที่ผู้ต้องหาเป็นเด็กหรือเยาวชนโดยให้ถืออายุไม่เกิน 18 ปี ในวันที่พนักงานสอบสวนแจ้งข้อหา (ไม่ใช่เจ้าพนักงานจับกุมแจ้งข้อหา) ในการสอบสวนจะต้องดำเนินการตามมาตรา 133 ทวิ แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ซึ่งจะต้องมีนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ บุคคลที่เด็กร้องขอ และพนักงานอัยการเข้าร่วมในการถามปากคำนั้นด้วย

2. การส่งคำร้องขอฟื้นฟู

พนักงานสอบสวนจะต้องส่งผู้ต้องหา ซึ่งสอบสวนแล้วว่าไม่ปรากฏว่าผู้ต้องหาจำเป็นต้องหา หรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่น ซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล เพื่อให้ศาลพิจารณามีคำสั่งให้ส่งผู้ต้องหาไปควบคุมตัวเพื่อพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติดตามมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 โดยอาจจะส่งไปที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือสถานที่เพื่อการควบคุมตัวและตรวจพิสูจน์ แต่ทั้งนี้จะต้องส่งผู้ต้องหาไปศาลภายใน 48 ชั่วโมงหรือ 24 ชั่วโมงถ้าผู้ต้องหาไม่อายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ นับแต่เวลาที่ผู้ต้องหามาถึงที่ทำการของพนักงานสอบสวน ซึ่งรายละเอียดของคำร้องพนักงานสอบสวนจะต้องระบุพฤติการณ์แห่งคดี ฐานะฐานความผิด (การแจ้งฐานความผิดในชั้นสอบสวน) เช่น เสพ เสพและมีไว้ในความครอบครอง เสพและมีไว้ในความครอบครองเพื่อจำหน่าย เสพและจำหน่าย เป็นต้น พร้อมระบุชนิด/ประเภทของยาเสพติด และปริมาณสารเสพติด พร้อมทั้งระบุด้วยว่าผู้ต้องหาให้การรับสารภาพ หรือปฏิเสธ ข้อกล่าวหาดังกล่าวด้วย และเมื่อศาลมีคำสั่งให้ผู้ต้องหาเข้าสู่กระบวนการตรวจพิสูจน์ ไปควบคุมเพื่อตรวจพิสูจน์ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยศาลจะต้องแจ้งให้คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดทราบด้วย แต่ถ้าศาลมีคำสั่งให้ดำเนินตามปกติ ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พนักงานสอบสวนต้องรับผู้ต้องหากลับไปดำเนินคดีตามคำสั่งศาล

3. การสอบสวนคดี

ในระหว่างการตรวจพิสูจน์และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พนักงานสอบสวนจะดำเนินการกระบวนการสอบสวนคดีและรวบรวมเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสำนวนคดี เช่น พิมพ์มือส่งตรวจสอบประวัติอาชญากรรม เป็นต้น และเมื่อสอบสวนเสร็จให้ส่งสำนวนการสอบสวนไปยังพนักงานอัยการโดยไม่ต้องส่งผู้ต้องหาไปด้วย และแจ้งให้ทราบว่าผู้ต้องหาถูกควบคุมตัวอยู่ ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือการควบคุมตัวอย่างแห่งใด

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์

การตรวจพิสูจน์ คือการแสวงหาข้อมูลจากการบินที่กประวัติพฤติกรรม ในการกระทำความผิด ตลอดจนสภาพแวดล้อมทั้งปวงของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ รวมทั้งการตรวจ ร่างกายและจิตใจ การตรวจหา ยาเสพติดทางห้องปฏิบัติการหรือการกระทำใด ๆ เพื่อนำข้อเท็จจริง มาประมวลและวิเคราะห์ว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดหรือไม่ ในขั้นตอนนี้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีบทบาทหน้าที่หลักก็คือ พนักงานคุมประพฤติ ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินงานดังนี้

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินการตรวจพิสูจน์ผู้ต้องหากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายยาเสพติด ตามมาตรา 19 พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งในที่นี้ก็คือพนักงานคุมประพฤติ ที่รับผิดชอบงานตรวจพิสูจน์ ซึ่งจะต้องจัดทำบันทึกประวัติ พฤติกรรมในการกระทำความผิด ตลอดจนสภาพแวดล้อมทั้งปวงของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์และตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้ต้องหาจะถูกเรียกว่า “ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์” และเจ้าหน้าที่จะต้องดำเนินการตรวจพิสูจน์ให้แล้วเสร็จภายใน 15 วันนับแต่วันที่ได้รับตัวผู้นั้นไว้ในสถานที่ที่ตรวจพิสูจน์ เว้นแต่มีเหตุจำเป็นก็สามารถขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกิน 30 วัน

ในระหว่างการตรวจพิสูจน์ หากผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ไม่ได้รับการปล่อยตัวชั่วคราวก็จะถูกควบคุมตัวไว้โดยกรณีที่เป็นเยาวชนจะถูกส่งตัวไปควบคุมยังสถานที่ควบคุมตัวระหว่างการตรวจพิสูจน์ของเยาวชนซึ่งอยู่ในการดูแลของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ส่วนสถานที่ควบคุมตัวระหว่างการตรวจพิสูจน์ของผู้ใหญ่ จะอยู่ภายใต้การดูแลของกรมราชทัณฑ์ เช่นเรือนจำต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นส่วนแยกต่างหากกับนักโทษอื่นทั่วไป และหากในระหว่างการตรวจพิสูจน์พบว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์มีคดีอาญาอื่น ๆ พนักงานคุมประพฤติจะต้องแจ้งพนักงานสอบสวนให้ไปปรับตัวผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ไปดำเนินคดีอาญาตามปกติ

ขั้นตอนในการตรวจพิสูจน์

เมื่องานธุรการคดีฟื้นฟู รับสำนวนคำร้องส่งตัวผู้ต้องหาไปควบคุมตัวเพื่อตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติดจากศาล ก็จะเสนอหัวหน้ากลุ่มงานตรวจพิสูจน์ ซึ่งก็จะจัดสรรจำนวนสำนวนให้เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานทุกคนเฉลี่ยเท่า ๆ กัน ซึ่งหลังจากรับสำนวนมาแล้วก็จะเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่คนนั้น ๆ ในการจัดการสำนวน สำหรับขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ มีดังนี้

1. การบันทึกประวัติ

เมื่อได้รับตัวผู้ต้องหาที่ศาลมีคำสั่งให้ตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด ตามมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ จัดทำบันทึกประวัติ สอบปากคำผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ โดยให้บันทึกถ้อยคำเกี่ยวกับประวัติ ภูมิหลัง ทางสังคม พฤติกรรมการกระทำความผิดและสภาพแวดล้อมทั้งปวงของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ ทั้งนี้ในกรณีที่ผู้เข้ารับการตรวจ

พิสูจน์ไม่ได้รับการประกันตัว พนักงานเจ้าหน้าที่ (เจ้าหน้าที่คุมประพฤติ) จะต้องไปสอบปากคำที่สถานควบคุมตัวระหว่างการตรวจพิสูจน์ แต่ถ้าได้รับการประกันตัวก็จะมีกรณั้หมายมาให้ปากคำอีกครั้ง

สำหรับการบันทึกประวัตินี้จะมีการสอบปากคำบุคคลต่าง ๆ ดังรายละเอียดดังนี้

1. ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ โดยการสอบถามเกี่ยวกับประวัติบุคคล เช่น อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา โรคประจำตัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จำนวนพี่น้อง จำนวนบุตร บุคลิกและความประพฤติส่วนตัว สภาพอารมณ์ การคบเพื่อน การใช้จ่ายเงิน ความรับผิดชอบต่อครอบครัว เป็นต้น ประวัติและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด (ชนิด ความถี่ ปริมาณ อายุเริ่มใช้ยา วิธีการใช้ การได้มาซึ่งยาเสพติด เป็นต้น) นอกจากนี้ก็มีการสอบถามถึงภูมิหลังของครอบครัว การใช้ยาเสพติดของคนในครอบครัว ประวัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดและความผิดอาญาอื่น ๆ และประวัติการเข้ารับการฟื้นฟู เป็นต้น
2. พยานใกล้ชิดคนใดคนหนึ่ง เช่น พ่อแม่ หรือบุคคลในความปกครอง เช่น พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย สามี หรือภรรยา โดยสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ลักษณะนิสัย โรคประจำตัว พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เป็นต้น
3. พยานผู้นำชุมชนหรือเพื่อนบ้าน โดยสอบถามเกี่ยวกับความประพฤติ นิสัยของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ ประวัติและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ภาระรับผิดชอบ เป็นต้น

ทั้งนี้การสอบพยานหลายคนเพื่อจะได้ยืนยันข้อมูลว่ามีความถูกต้อง แม่นยำ และชัดเจน ตรงกันกับที่ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ได้ให้ถ้อยคำไว้หรือไม่

เมื่อดำเนินการสอบถามและบันทึกถ้อยคำของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ หรือพยานเสร็จแล้ว ให้ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ หรือพยานอ่านข้อความที่บันทึกไว้จากการสอบปากคำ กรณีที่ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ หรือพยานไม่สามารถอ่านได้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่อ่านให้ฟังและให้ผู้เข้ารับการตรวจ พิสูจน์ หรือพยานลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงลายมือชื่อ หรือกรณีไม่ยอมลง ลายมือชื่อให้จดบันทึกแจ้งเหตุแห่งการไม่ลงลายมือชื่อนั้นไว้

2. การตรวจด้านร่างกายและจิตใจ

ในขั้นตอนนี้ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ดำเนินการสังเกตสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เข้ารับการ ตรวจ พิสูจน์ในเบื้องต้น โดยทำการประเมินทางกายและจิตใจตามแบบประเมินที่กำหนด นอกจากนี้ก็มีการ สอบถามเกี่ยวกับโรคประจำตัว และโรคติดต่อร้ายแรง (เช่น วัณโรค ติดเชื้อ HIV)

ทั้งนี้การประเมินทางกาย จะประกอบด้วย

- 1) ประวัติความเจ็บป่วย ได้แก่ ระบบประสาท อาการผิดปกติทางจิตประสาท ประวัติการติดเชื้อผ่านทางเข็มฉีดยาเสพติด
- 2) อาการแสดงออกทางกาย ได้แก่ ง่วงซึม กระวนกระวาย นอนไม่หลับ วุ่นวาย ก้าวร้าว มีรอยเข็มฉีดยาหรือรอยกรีดตามตัว มีอาการทางด้านการเคลื่อนไหวและรับความรู้สึกผิดปกติ

3) อาการผิดปกติทางจิต ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ การบอกชื่อ สถานที่ บุคคล เวลาไม่ถูกต้อง หรือมีความคิดหลงผิด (เช่นกลัวคนมาทำร้ายหรือหลงผิดว่าตนเป็นเทวดาหรือผู้วิเศษ หรืออื่น ๆ) มีอาการประสาทหลอน (เช่น หูแว่ว ภาพหลอน อารมณ์ผิดปกติอย่างมาก) ซึมเศร้าหรืออารมณ์ ครุ่นเครงมากผิดปกติ และมีพฤติกรรมสับสน แปลกประหลาด

ส่วนการประเมินด้านจิตใจ จะสอบถามเกี่ยวกับ

1) ทักษะชีวิตที่มีต่อการใช้ชีวิต เช่น การใช้ยาเสพติดไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหรือการทำงาน การใช้ยาเสพติดไม่น่ามีกฎหมายลงโทษ การใช้ยาเสพติดไม่ได้แสดงถึงการมีจิตใจหรืออารมณ์ที่ผิดปกติ และเมื่อหยุดใช้ยาเสพติดจะทำให้หมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เป็นต้น

2) ทักษะชีวิตที่มีต่อบุคคลอื่น เช่น คนส่วนมากไม่เป็นมิตรต่อกัน ใครๆก็ทำผิดกฎหมายทั้งนั้น เพียงแต่ไม่ถูกตำรวจจับ การที่คนส่วนมากซื่อสัตย์ต่อกันก็เพราะกลัวจะถูกจับได้ว่าตัวเองนั้น ไม่มีความซื่อสัตย์ เป็นต้น

3) ทักษะชีวิตต่อตัวเอง เช่น การเอาชนะใจตนเองเป็นสิ่งที่ยากที่สุดสำหรับข้าพเจ้า เมื่อหยุดยาเสพติดแล้วข้าพเจ้าเริ่มทำในสิ่งที่ตนเองชอบได้ไม่นานนักก็มีความรู้สึกเบื่อ ข้าพเจ้ามีความสุขมากที่สุดเมื่อไม่ต้องรับผิดชอบอะไร ข้าพเจ้าไม่เคยรักหรือชอบใครเลยในชีวิต เป็นต้น

3. การตรวจหายาเสพติดทางห้องปฏิบัติ

ขั้นตอนนี้ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ดำเนินการเพื่อตรวจหายาเสพติด ด้วยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติกันอยู่จะเป็นการตรวจหาสารเสพติดในตัวอย่างปัสสาวะของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ด้วยการตรวจเบื้องต้น (Screening Test) เช่น ชุดทดสอบเมทแอมเฟตามีน ชุดตรวจกัญชา และชุดทดสอบมอร์ฟิน เป็นต้น โดยในขั้นตอนนี้เจ้าหน้าที่คุมประพฤติให้ข้อมูลว่าเป็นการตรวจเพื่อยืนยันว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์นั้นยังใช้สารเสพติดอยู่หรือไม่ ดังนี้

กรณีที่ไม่ได้รับการประกันตัวเพื่อขอลปล่อยตัวชั่วคราว ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์จะถูกควบคุมตัวไว้ที่สถานควบคุมตัวระหว่างการตรวจพิสูจน์ เช่น สถานพินิจ หรือเรือนจำต่าง ๆ ซึ่งในกลุ่มนี้อาจจะไม่ต้องตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด เพื่อโอกาสที่คนกลุ่มนี้จะใช้สารเสพติดระหว่างควบคุมตัวมีน้อย

กรณีที่ได้รับการปล่อยตัวชั่วคราว ซึ่งผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์มีโอกาสนี้ใช้ยาเสพติดได้ในช่วงที่ได้รับการปล่อยตัวไป ก็จะมีการสอบถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดในวันถัดมาสอบปากคำ แต่ก็มีบางแห่งเมื่อผู้เข้าการตรวจพิสูจน์รับสารภาพจริงว่าเสพยาเสพติดมาจริง ก็จะไม่มีการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดอีก เพื่อช่วยประหยัดงบประมาณชุดทดสอบสารเสพติด แต่ทั้งนี้ก็จะพิจารณาถึงช่วงเวลาที่เขา และช่วงเวลาที่มีโอกาสตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะด้วย

4. การตรวจสภาพแวดล้อม

ในขั้นตอนนี้เป็นดำเนินการ ในกรณีที่ข้อมูลที่ได้จากการสอบปากคำผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ และพยานที่เกี่ยวข้อง แล้วยังไม่เพียงพอให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจพิสูจน์จากบุคคลในชุมชนที่ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์พักอาศัยหรือตรวจสอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของ

ที่พักอาศัย หรือสถานที่ศึกษา หรือสถานที่ประกอบอาชีพ หรือสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ เพื่อแสวงหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เพิ่มเติมให้สมบูรณ์ขึ้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วในทางปฏิบัติก็จะเป็นการไปตรวจสอบสภาพแวดล้อมที่บ้าน ลักษณะของบ้าน ความ เป็นอยู่ของคนในครอบครัว เครื่องอำนวยความสะดวกภายในบ้าน บ้านตั้งอยู่ในแหล่งระบาดของยาเสพติด หรือไม่

5. การประมวลผลข้อมูลและการรายงานผลการตรวจพิสูจน์

เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เสร็จสิ้น จะต้องทำรายงานผลการตรวจพิสูจน์เสนอให้คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดประจำพื้นที่ ทั้งนี้จะต้องดำเนินการรายงานไปยัง คณะอนุกรรมการก่อนครบกำหนดระยะเวลาการตรวจพิสูจน์อย่างน้อยสามวันทำการ เพื่อพิจารณาว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพยาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 หรือไม่

ข้อมูลที่สำคัญในการรายงานผลการตรวจพิสูจน์ ได้แก่

1. การประเมินผลทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพทางสังคมของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ มีดังนี้

1.1 การประเมินทางกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เป็นการประเมินจากแบบประเมินทางกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ประวัติความเจ็บป่วย (อาทิเช่น ระบบประสาท อาการผิดปกติทางจิตประสาท ประวัติการติดเชื้อผ่านทางเข็มฉีดยาเสพติด) อาการแสดงออกทางกาย (อาทิเช่น ว่างซึม กระวนกระวาย นอนไม่หลับ ภู่นวาย ก้าวร้าว มีรอยเข็มฉีดยา หรือรอยกรีดตามตัว มีอาการทางด้านการเคลื่อนไหวและรับรู้สึกผิดปกติ) และอาการผิดปกติทางจิต ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม (อาทิเช่น การรับรู้ การบอกชื่อ สถานที่ บุคคล เวลาไม่ถูกต้อง หรือมีความคิดหลงผิด มีอาการประสาทหลอน ซึมเศร้า พฤติกรรมสับสน) และการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ

1.2 การประเมินภูมิหลังทางสังคม ได้แก่ ประวัติครอบครัว อาชีพ การศึกษาฐานะทางการเงิน นิสัย และความประพฤติ เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด สุขภาพทางกาย ประวัติการกระทำความผิด พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด ปัญหาจากการใช้ยาเสพติด พฤติการณ์รับจ้างซื้อหรือจำหน่ายยาเสพติด การบำบัดรักษาเสพติด และสภาพแวดล้อม

1.3 การประเมินด้านจิตใจ ได้แก่ ทักษะชีวิตที่มีต่อการใช้ยาเสพติด ทักษะชีวิตที่มีต่อบุคคลอื่น และทักษะชีวิตต่อตัวเอง

2. ข้อมูลการจำแนกผู้เสพ/ผู้ติด และการเสนอแผนฟื้นฟู

เมื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์แล้วเสร็จ พนักงานเจ้าหน้าที่จะต้องประเมินเบื้องต้นว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์นั้นเป็นผู้เสพ ผู้ติด หรือผู้ติดรุนแรง พร้อมทั้งเสนอแผนฟื้นฟูสำหรับผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์รายนั้น ๆ เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการฯ ให้การวินิจฉัยต่อไป

แนวทางในการประเมินว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพ ผู้ติด หรือผู้ติดรุนแรง จะประเมินโดยใช้ข้อมูลจากการตรวจพิสูจน์ทั้งหมด ได้แก่ การประเมินทางกาย ทางจิตใจ ภูมิหลังทางสังคม และข้อมูล

ที่ได้จากการสอบถามคำผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์และพยานที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลปริมาณและความถี่ของการใช้ยาเสพติด การตรวจร่างกายและจิตใจ การตรวจหาสารเสพติด และการตรวจสภาพแวดล้อม แล้วนำมาประมวลผลเพื่อวิเคราะห์ว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพ ผู้ติด หรือผู้ติดยาเสพติด

แนวทางในการเสนอแผนฟื้นฟู สำหรับผู้เข้ารับการฟื้นฟูจะพิจารณาให้เหมาะกับผู้เข้ารับการฟื้นฟูเป็นรายๆ ไป โดยเน้นที่ว่าผู้เสพคือผู้ป่วยดังนั้นการนำบุคคลเหล่านั้นมาบำบัดนั้น จะต้องเป็นการทำให้ชีวิตของเขาดีขึ้น และส่งผลกระทบต่อครอบครัวและอาชีพของเขาน้อยที่สุด ซึ่งในการเสนอแผนฟื้นฟูจะพิจารณาจาก

1. พิจารณาจากประวัติการใช้ยาเสพติด เช่น ความถี่ และปริมาณ เพื่อจำแนกประเภทผู้เสพ/ผู้ติด
2. ภาวะความรับผิดชอบต่อครอบครัว เช่น หัวหน้าครอบครัว มีภาระเลี้ยงดูบุตรที่ยังเล็กอยู่ เป็นต้น
3. ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงสถานบำบัด ทั้งนี้เพื่อให้ญาติเดินทางมาเยี่ยม หรือเข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูได้สะดวกด้วย หรือกรณีที่ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกหรือโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ ก็เพื่อให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสามารถเดินทางมารับการฟื้นฟูได้สะดวก
4. พฤติกรรมของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ เช่น พฤติกรรมการจำหน่ายยาเสพติด หรือ พฤติกรรมที่ชุมชนไม่ยอมรับเพราะสร้างความเดือดร้อนให้กับชุมชนอาจจะพิจารณาฟื้นฟูแบบควบคุมตัว เป็นต้น
5. ประวัติการเข้ารับการฟื้นฟู เช่น จำนวนครั้งที่เข้ารับการฟื้นฟู วิธีการฟื้นฟูที่ผ่านมา และผลการฟื้นฟู เป็นต้น
6. ประวัติการกระทำความผิด เช่น เคยจำคุกมาก่อน เป็นต้น

รูปแบบของการฟื้นฟูในระบบบังคับบำบัด

1. แบบไม่ควบคุมตัว เป็นโปรแกรมของสำนักงานคุมประพฤติ โดยให้มารายงานตัวเดือนละครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน หรือ โปรแกรมสถานพยาบาลใกล้บ้าน โดยการส่งไปฟื้นฟูที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการฟื้นฟูในลักษณะผู้ป่วยนอก (โปรแกรมเมทริกซ์) 4 เดือน ซึ่งเมื่อครบกำหนดก็ส่งเข้าสู่โปรแกรมของสำนักงานคุมประพฤติอีก 2 เดือน (โดยการให้มารายงานตัว) จะใช้ฟื้นฟูในกลุ่มผู้เสพ ผู้ที่ทดลองเสพหรือยังไม่ติด หรือกลุ่มที่มีความถี่ในการใช้ยาเสพติดไม่มาก ไม่เป็นภาระครอบครัว และมีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

2. แบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด เช่น ส่งฟื้นฟูที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ (ใช้ FAST Model) หรือค่ายของกองทัพบก กองทัพอากาศ กรมการปกครอง เป็นต้น จะใช้ฟื้นฟูในกลุ่มผู้ติด หรือกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดมานาน หรือมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการจำหน่ายยาเสพติด มีระยะเวลาฟื้นฟู 4 เดือน ซึ่งเมื่อครบกำหนดก็ส่งเข้าสู่โปรแกรมของสำนักงานคุมประพฤติอีก 2 เดือน

3. แบบควบคุมตัวเข้มงวด เช่น ศูนย์ฟื้นฟูฯ ลาดหลุมแก้ว กรมคุมประพฤติ ค่ายของกองทัพอากาศ เป็นต้น จะใช้ฟื้นฟูในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่มีประวัติการใช้ยาเสพติดมานานซ้ำซาก หรือกลุ่มที่มีประวัติไม่ผ่านการ

ฟื้นฟู มีประวัติถูกจำคุกมาก่อน มีพฤติกรรมก้าวร้าว สร้างความเดือดร้อนให้กับครอบครัวหรือชุมชน มีระยะเวลาฟื้นฟู 4 เดือน ซึ่งเมื่อครบกำหนดก็ส่งเข้าสู่โปรแกรมของสำนักงานคุมประพฤติอีก 2 เดือน

6. การประกันตัวเพื่อขอลปล่อยตัวชั่วคราว

ในระหว่างการควบคุมตัวระหว่างการตรวจพิสูจน์ ผู้ปกครองหรือญาติของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ สามารถยื่นคำร้องขอให้ปล่อยตัวชั่วคราว ต่ออนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดประจำพื้นที่ เพื่อให้พิจารณาว่าสมควรปล่อยตัวผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นการชั่วคราว โดยมีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องขอให้ปล่อยชั่วคราว ดังนี้

1. การปล่อยชั่วคราวผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์จะไม่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจพิสูจน์
2. ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ไม่มีพฤติการณ์ว่าจะหลบหนี หากได้รับอนุญาตให้ปล่อยชั่วคราว
3. ไม่มีภัยอันตราย หรือความเสียหายที่จะเกิดจากการปล่อยชั่วคราว
4. ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

โดยทั้งนี้ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ทุกคนมีสิทธิในการยื่นคำร้องขอปล่อยตัวชั่วคราว แต่จะได้รับการพิจารณาปล่อยตัวหรือไม่ขึ้นอยู่กับพิจารณาของคณะอนุกรรมการฯ และเมื่อมีการยื่นคำร้องขอปล่อยตัวชั่วคราว พนักงานเจ้าหน้าที่จะดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากประวัติภูมิหลัง ประวัติการเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ประวัติการเข้ารับการฟื้นฟู ภาระความรับผิดชอบในครอบครัว พฤติกรรมว่าจะหลบหนี มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง เป็นต้น เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการในการพิจารณาปล่อยตัวชั่วคราว และถึงแม้จะได้รับการปล่อยชั่วคราวแล้ว แต่ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ยังต้องไปพบพนักงานคุมประพฤติเจ้าของสำนวน ตามที่พนักงานคุมประพฤติเจ้าของสำนวนนัดหมาย เพื่อให้ถ้อยคำและตรวจสอบหาสารเสพติดในปัสสาวะ

ทั้งนี้การขอลอดอนสัญญาประกันหรือขอลอดอนหลักประกันยอมทำได้เมื่อเข้ารับการตรวจพิสูจน์มาพบพนักงานเจ้าหน้าที่ตามนัดหมายเพื่อมาให้ถ้อยคำและตรวจสอบหาสารเสพติดในปัสสาวะ และมารับฟังคำวินิจฉัยผลการตรวจพิสูจน์

และนอกจากนี้ก็แจ้งให้ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์และนายประกันทราบว่ามีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะอนุกรรมการฯ ได้ภายในสิบสี่วันนับแต่วันที่ได้รับทราบคำวินิจฉัยหรือคำสั่งในกรณี ดังต่อไปนี้

1. คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีคำวินิจฉัยให้เป็นผู้แสพหรือผู้ติด
2. คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีคำสั่งไม่อนุญาตให้ปล่อยตัวชั่วคราวระหว่างการตรวจพิสูจน์และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
3. คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีคำสั่งขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดออกไปอีกเมื่อครบกำหนด 6 เดือนนับแต่วันถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ผู้มีสิทธิร้องขอให้ปล่อยชั่วคราว

ผู้มีสิทธิร้องขอให้ปล่อยชั่วคราว ได้แก่ ผู้ที่เข้ารับการตรวจพิสูจน์ หรือผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด บิดา มารดา บุตร พี่น้องร่วมบิดามารดา พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน สามี ภริยา ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา นายจ้าง ผู้ปกครองตามกฎหมายหรือระเบียบของทางราชการ หรือบุคคลที่บิดามารดายินยอมให้เป็นผู้ปกครองดำเนินการแทนหรือผู้มีประโยชน์เกี่ยวข้องอื่น

การขอปล่อยชั่วคราวอาจต้องใช้หลักทรัพย์เป็นประกันตามฐานความผิดและประเภทยาเสพติด หรือแล้วแต่ดุลพินิจของคณะอนุกรรมการฯ หลักประกันมี 3 ชนิด ดังนี้

1. เงินสด
2. หลักทรัพย์อื่น ๆ เช่น ที่ดินตามโฉนด น.ส.3 หรือ น.ส. 3 ก พันธบัตรของรัฐบาล หรือพันธบัตรของ รัฐวิสาหกิจ หรือสลากออมสิน เงินตามสมุดเงินฝากประจำหรือใบรับฝากเงินประจำของธนาคาร หนังสือค้ำประกันของธนาคาร หนังสือรับรองของส่วนราชการตามระเบียบกระทรวงการคลัง
3. มีบุคคลมาเป็นหลักประกัน

วงเงินที่ประกัน ให้ใช้หลักเกณฑ์ ดังนี้

ฐานความผิด	วงเงินประกัน (ไม่เกิน) บาท		
	ประเภท 1,2	ประเภท 5	สารระเหย
1. เสพยาเสพติด	10,000	5,000	5,000
2. เสพและมีไว้ในครอบครอง	20,000	10,000	-
3. เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย	40,000	20,000	-
4. เสพและจำหน่ายยาเสพติด	40,000	20,000	-

กรณีบุคคลเป็นหลักประกัน ให้ใช้หลักเกณฑ์ ดังนี้

ข้าราชการ	วงเงินประกัน (ไม่เกิน)
1. ข้าราชการพลเรือน ตำแหน่งประเภททั่วไประดับชำนาญงาน ตำแหน่งประเภทวิชาการระดับปฏิบัติการ หรือข้าราชการอื่นที่เทียบเท่า	20,000
2. ข้าราชการพลเรือน ตำแหน่งประเภททั่วไประดับอาวุโส ตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ-ชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น หรือข้าราชการอื่นที่เทียบเท่า	30,000
3. ข้าราชการพลเรือน ตำแหน่งประเภททั่วไประดับทักษะพิเศษ ตำแหน่งประเภทวิชาการระดับเชี่ยวชาญขึ้นไป ตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับสูง หรือข้าราชการอื่นที่เทียบเท่า	40,000

ปัจจุบันสำนักงานคุมประพฤติบางแห่งจะแนะนำให้ใช้เงินตามสมุดเงินฝากของธนาคาร ทั้งนี้เพราะความสะดวกในการจัดเก็บ และในบางแห่ง เช่น สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดเชียงใหม่ จะระบุให้ผู้นำชุมชนมารับรองความประพฤติของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ด้วย ถ้าผู้นำชุมชนไม่มาแสดงว่าชุมชนไม่ยอมรับ

7. การขอขยายเวลาการตรวจพิสูจน์

ตาม พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 กำหนดให้ดำเนินการตรวจพิสูจน์ให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่รับตัวผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ไว้ในสถานที่ตรวจพิสูจน์ เว้นแต่มีเหตุจำเป็น คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอาจสั่งให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกินสามสิบวัน ซึ่งในทางปฏิบัติพบว่าแต่ละหน่วยงานมีการขอขยายเวลาในการตรวจพิสูจน์ โดยเหตุผลในการขยายฯ เช่น ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลให้แล้วเสร็จได้ทันเวลา หรืออยู่ระหว่างรวบรวมข้อมูล ซึ่งระยะเวลาที่ขยายก็จะแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ดำเนินการตรวจพิสูจน์นั้น ๆ จะขอไป เช่น 5 วัน 10 วัน หรือบางคนก็ขอเต็มเพดานไว้ก่อนคือ 30 วันเลย

8. ผลการตรวจพิสูจน์

คณะอนุกรรมการฯ มีหน้าที่ในการวินิจฉัยผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ว่าเป็นผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดหรือไม่ ซึ่งในการวินิจฉัยจะพิจารณาจากข้อมูลหรือรายงานผลการตรวจพิสูจน์จากพนักงานคุมประพฤติที่ได้ดำเนินการรวบรวมมา โดยจะต้องมีคำวินิจฉัยภายในกำหนดระยะเวลาการตรวจพิสูจน์คือภายใน 15 วัน แต่ถ้าหากพนักงานคุมประพฤติเห็นว่ามีความจำเป็น ทำให้ไม่สามารถเสนอรายงานต่อคณะอนุกรรมการฯ ได้ภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด ควรขออนุญาตต่อคณะอนุกรรมการฯ เพื่อขยายระยะเวลาการตรวจพิสูจน์ซึ่งกำหนดไว้ได้ไม่เกิน 30 วัน

หากผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการฯ ว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด ให้คณะอนุกรรมการฯ พิจารณากำหนดแผนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในโปรแกรมการฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้เข้ารับฟื้นฟู และรายงานผลการตรวจพิสูจน์ไปยังพนักงานอัยการทราบเพื่อให้มีคำสั่งชะลอฟ้องจนกว่าจะได้รับแจ้งผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจากคณะอนุกรรมการฯ แต่ถ้าหากว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ไม่เป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติด ให้คณะอนุกรรมการฯ ส่งตัวคืนพนักงานสอบสวนเพื่อกลับไปดำเนินคดีต่อไปตามกฎหมาย

หลักเกณฑ์หรือแนวทางในการวินิจฉัยผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดของคณะอนุกรรมการฯ

ในการวินิจฉัยว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดหรือไม่ ให้คำนึงถึงข้อเท็จจริงต่อไปนี้

1. ผลการตรวจทางด้านร่างกายและจิตใจ
2. ผลการตรวจหายาเสพติดทางห้องปฏิบัติการ

3. ผลการตรวจสภาพทางสังคมและสภาพแวดล้อมของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์

โดยประเด็นหลักที่พิจารณาคือปริมาณและความถี่ของการใช้ยาเสพติด เช่น

“ผู้เสพ” คือ ผู้ที่เพิ่งเริ่มใช้ยาเสพติด เสพในปริมาณไม่มาก เสพเป็นครั้งคราว ไม่ประจำ ไม่ต่อเนื่อง หรือเสพนานๆ ครั้ง

“ผู้ติด” คือ ผู้ที่มีความถี่ในการเสพถี่ขึ้นหรือบ่อยขึ้น ใช้เป็นประจำและต่อเนื่อง ต้องใช้ยาเสพติดปริมาณมาก ขาดยาไม่ได้ ถ้าขาดยาแล้วมีอาการทางกาย เช่น หงุดหงิด กระวนกระวาย

“ผู้ติดยาแรง” คือ ผู้ที่ใช้ยาเสพติดมาเป็นเวลานาน ไม่สามารถเลิกเสพได้ แม้ผ่านการบำบัดหลายครั้งหรือหลายวิธี หรือเคยถูกจับหรือถูกดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติด

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

เมื่อคณะอนุกรรมการฯ ได้มีคำวินิจฉัยว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพหรือผู้ติด จะต้องพิจารณาจัดทำแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่เหมาะสมกับผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์แต่ละราย โดยให้คำนึงถึงอายุ เพศ ประวัติ พฤติกรรมในการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ตลอดจนสภาพแวดล้อมทั้งปวงของผู้นั้นประกอบด้วย และในการกำหนดสถานที่และวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้พิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แต่ไม่เกินหกเดือนนับแต่วันถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ขั้นตอนการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

1. การกำหนดวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

คณะอนุกรรมการพิจารณาจัดทำแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดด้วย โดยคำนึงถึงข้อมูลที่ได้จากการตรวจพิสูจน์และการกำหนดสถานที่และวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้พิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และสามารถกำหนดวิธีการฟื้นฟูวิธีใดวิธีการหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกันก็ได้ โดยระยะเวลาการฟื้นฟูจะต้องไม่เกินหกเดือนนับแต่วันถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

วิธีการฟื้นฟูโดยทั่วไปจะมี 2 แบบหลักๆ คือ

1. แบบควบคุมตัว เป็นแบบพักค้างในสถานที่จัดหาเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

1.1 แบบควบคุมตัวเข้มงวด คือ จำเป็นต้องควบคุมตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างเข้มงวดในสถานที่ฟื้นฟูที่มีระบบการควบคุมมิให้หลบหนีได้ เช่น วิธีการฟื้นฟูแบบชุมชนบำบัด และจิราสา เป็นระยะเวลา 4 เดือน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูฯ ลาดหลุมแก้ว กรมคุมประพฤติ ค่ายของกองทัพอากาศ และเรือนจำฐานทัพเรือสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ของกองทัพเรือ เป็นต้น

1.2 แบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด คือ ผู้เข้ารับการฟื้นฟูฯ ต้องอยู่ในสถานที่ฟื้นฟูฯ ตามความเหมาะสม และมีการกำหนดเงื่อนไขให้ต้องอยู่ภายในกำหนดในระหว่างการฟื้นฟูฯ เช่น วิธีการฟื้นฟูแบบเข้มชั้นทาง

สายใหม่ (FAST MODEL) เป็นระยะเวลา 4 เดือน เช่น ค่าของกองทัพบก กองทัพเรือ กรมการปกครอง กองบัญชาการกองทัพไทย กรมการแพทย์ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และกรมสุขภาพจิต เป็นต้น

2. แบบไม่ควบคุมตัว คือ ไม่จำเป็นต้องควบคุมตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด อาจกำหนดให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต้องปฏิบัติด้วยวิธีการอื่นใดภายใต้การดูแลของพนักงานคุมประพฤติ เช่น วิธีการฟื้นฟูแบบจิตสังคมบำบัดซึ่งดำเนินการโดยสถานพยาบาลที่ประกาศเป็นศูนย์ฟื้นฟูฯ ของกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ใช้ระยะเวลาฟื้นฟู 4 เดือน และการฟื้นฟูแบบวิถีพุทธ โดยสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดร่วมกับวัดที่มีศักยภาพในแต่ละพื้นที่ ใช้ระยะเวลาฟื้นฟู 2 เดือน และโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ เป็นต้น

หลักเกณฑ์หรือแนวทางในการกำหนดวิธีการฟื้นฟู ได้แก่

1. พิจารณาจากการจำแนกว่าใครเป็นผู้เสพ ผู้ติด หรือผู้ติดรุนแรง
2. ภาวะความรับผิดชอบต่อครอบครัว (เช่น หัวหน้าครอบครัว มีภาระเลี้ยงดูบุตรที่ยังเล็ก เป็นต้น)
3. ความพร้อมของสถานฟื้นฟู (เช่น จำนวนเตียงรองรับ ระยะทางในการเดินทาง เป็นต้น)
4. ประวัติการบำบัดฟื้นฟู (เช่น จำนวนครั้งที่เข้ารับการฟื้นฟู วิธีการฟื้นฟู และผลการฟื้นฟู เป็นต้น)
5. พฤติกรรมของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ (เช่น พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด พฤติกรรมส่วนตัว อาทิเช่น ก้าวร้าว สร้างความเดือดร้อนให้คนอื่น เป็นต้น)
6. ประวัติการกระทำความผิด เช่น เคยจำคุกมาก่อน เป็นต้น

2. การส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูไปยังสถานฟื้นฟู

ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคุมประพฤติดำเนินการจัดทำทะเบียนและรวบรวมข้อมูลการบันทึกประวัติของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และประสานงานกับสถานฟื้นฟูตามที่คณะอนุกรรมการกำหนดเพื่อตรวจสอบว่ามีความพร้อมสามารถรับผู้เข้ารับการฟื้นฟูได้หรือไม่ ส่วนการดำเนินการส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูให้จัดส่งเอกสารซึ่งประกอบด้วย หนังสือคำสั่ง ข้อมูลการบันทึกประวัติพร้อมตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดไปยังศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือสถานที่เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดนั้นๆด้วย ทั้งนี้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูจะต้องปฏิบัติตามมาตรการของสถานพยาบาลหรือสถานฟื้นฟูโดยเคร่งครัดและให้พนักงานคุมประพฤติ ประสานงานเพื่อติดตามผลเป็นระยะๆ

ทั้งนี้ในการส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูไปยังสถานฟื้นฟู ถ้าเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการประกันตัวซึ่งถูกควบคุมตัวไว้ที่สถานที่ควบคุมตัวระหว่างการตรวจพิสูจน์ เช่น เรือนจำ หรือสถานพินิจฯ เจ้าหน้าที่คุมประพฤติก็จะไปแจ้งคำวินิจฉัยให้ทราบที่สถานที่ควบคุมตัว ส่วนกลุ่มที่ได้รับการประกันตัวเพื่อปล่อยตัวชั่วคราว ก็จะนัดหมายให้มาฟังคำวินิจฉัยที่สำนักงานคุมประพฤติ หลังจากรับทราบคำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการแล้ว เจ้าหน้าที่คุมประพฤติจะแจ้งรายละเอียดเบื้องต้นให้รับทราบ เช่น เงื่อนไขการเข้ารับการฟื้นฟู วิธีการฟื้นฟู ระยะเวลาการฟื้นฟู สถานที่ฟื้นฟู เป็นต้น จากนั้นก็จะรับตัวแล้วนำส่งสถานฟื้นฟูเลย

โดยตั้งแต่เริ่มการตรวจพิสูจน์ จะไม่มีการแจ้งให้ทราบล่วงหน้าว่าจะได้เข้ารับการฟื้นฟูที่สถานที่ใด เพียงแต่แจ้งให้ทราบว่าต้องเตรียมตัวให้พร้อมตลอดเวลา เมื่อถึงกำหนดวันส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูก็ต้องให้พร้อม

3. การลดและการขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หากปรากฏว่าผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีพฤติการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากการกำหนดแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ คณะอนุกรรมการสามารถพิจารณาปรับแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามที่เห็นสมควร เช่น การลดหรือขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือ เปลี่ยนแปลงวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นต้น โดยทั้งนี้ การขยายและการลดระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจะกระทำกี่ครั้งก็ได้ แต่การขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดครั้งหนึ่งต้องไม่เกินหกเดือนและรวมกันทั้งหมดแล้วต้องไม่เกินสามปีนับแต่วันถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งในการลดหรือขยายระยะเวลาการฟื้นฟู หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการฟื้นฟู ให้เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือพนักงานคุมประพฤติของสำนักงานคุมประพฤติ ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูฯ เพื่อรายงานให้คณะอนุกรรมการพิจารณาต่อไป

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาลดระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มีดังนี้

1. ไม่พบสารเสพติดจากผลการตรวจปัสสาวะของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและไม่มีพฤติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด
2. ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้คะแนนจากผลการประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระดับดี
3. หากผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเคยรับการขยายระยะเวลาก่อน การพิจารณาลดระยะเวลาในครั้งหลัง ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในช่วงขยายระยะเวลาดังกล่าวมาแล้วไม่น้อยกว่าหกสิบวัน

ทั้งนี้ในการลดระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดกรณีผลการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับดี ให้ลดระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในแต่ละครั้งได้ไม่เกินสามสิบวัน

หลักเกณฑ์ในการขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มีดังนี้

1. ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีพฤติการณ์เกี่ยวข้องกับยาเสพติด หรือตรวจพบสารเสพติดจากผลการตรวจปัสสาวะในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
2. ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้คะแนนจากผลการประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระดับต้องปรับปรุง หรือไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน
3. ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจงใจไม่ปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เช่น กรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูหลบหนี หรือไม่มารายงานตัวตามกำหนดนัดหมาย ซึ่งอยู่ในระหว่าง

การติดตามตัวกลับเข้ามารับการฟื้นฟูของเจ้าหน้าที่คุ้มครองประพฤติ โดยทั้งนี้ระยะเวลาในการขอขยายจะต้องพิจารณาผลการฟื้นฟูก่อนหน้าด้วยว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีการไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขการฟื้นฟูส่วนใดบ้าง

4. การประเมินผลการฟื้นฟูผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด

4.1 การประเมินผลการฟื้นฟู

ได้กำหนดให้มีการประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือพนักงานคุมประพฤติของสำนักงานคุมประพฤติ ดังนี้

1. เมื่อครบระยะเวลาเก้าสิบวันหลังจากเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
2. เมื่อครบระยะเวลาสองในสามของระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในกรณีที่คณะกรรมการได้กำหนดเวลาไว้ไม่น้อยกว่าหนึ่งร้อยยี่สิบวัน
3. เมื่อครบระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือกรณีลดและขยายระยะเวลาการฟื้นฟูแล้ว

4.1.1 การประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟู

สำหรับในทางปฏิบัตินั้น ผู้ทำหน้าที่ประเมินพฤติกรรมของผู้เข้ารับการฟื้นฟูคือเจ้าหน้าที่ในสถานฟื้นฟูนั้นๆ โดยจะต้องทำการประเมินพฤติกรรมตามแบบการประเมินผลผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ทางสำนักงานคุมประพฤติได้จัดส่งให้ ซึ่งถ้ากำหนดระยะเวลาของการฟื้นฟูในสถานฟื้นฟูจำนวน 120 วัน เช่นในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ก็จะกำหนดให้มีการประเมินพฤติกรรมเมื่อบำบัดครบ 90 วัน และ 120 วัน และให้ส่งผลประเมินดังกล่าวมายังสำนักงานคุมประพฤติที่เป็นหน่วยงานที่ส่งตัวผู้เข้ารับฟื้นฟู สำหรับการประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ จะประกอบด้วย

- 1) พฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูฯ เช่น ความตรงต่อเวลา ความรับผิดชอบ ภาวะผู้นำ ความซื่อสัตย์ การช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกหรือเจ้าหน้าที่ ความขยันหมั่นเพียรในการทำงาน เป็นต้น
- 2) ทักษะ เช่น กล้าแสดงความคิดเห็น การแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม การเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นต้น
- 3) ทักษะต่อตนเอง ครอบครัว และยาเสพติด เช่น การเข้าใจและยอมรับในการกระทำของตนเองและผู้อื่น การยอมรับฟังความคิดเห็นและความสามารถของผู้อื่น เป็นต้น
- 4) การวางแผนชีวิตการดำเนินชีวิต เช่น การวางแผนการทำงาน การรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การแบ่งเวลาในการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นต้น

4.1.2 การประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

กำหนดให้สถานฟื้นฟูประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยให้มีการรายงาน ดังนี้คือ ระหว่างการฟื้นฟูให้ใช้แบบรายงานการประเมินผลระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

และเมื่อครบกำหนดการฟื้นฟูหรือกรณีลดและขยายระยะเวลาการฟื้นฟูแล้ว ก็จะใช้แบบรายงานผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเมื่อครบกำหนด โดยรายละเอียดของการประเมินทั้ง 2 แบบ จะประกอบด้วย

- 1) การปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
- 2) ผลการประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 3) ผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ
- 4) การปฏิบัติตามเงื่อนไขอื่นๆที่คณะกรรมการฯกำหนด
- 5) การกระทำความผิดกฎหมายอื่นๆในระหว่างการฟื้นฟูฯ
- 6) ความคิดเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่

แต่ในส่วนความคิดเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่นั้นในแบบประเมินระหว่างการฟื้นฟู และเมื่อครบระยะเวลาการฟื้นฟู จะมีรายละเอียดที่แตกต่างกันดังนี้

1. กรณีความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการประเมินเมื่อครบ 90 วัน (ระหว่างการฟื้นฟู) ได้แก่

- 1.1) เห็นสมควรให้ดำเนินการฟื้นฟูต่อไป
- 1.2) เห็นสมควรให้ลดระยะเวลาฟื้นฟูฯ โดยให้ระบุจำนวนวันด้วย
- 1.3) เห็นสมควรให้ขยายระยะเวลาฟื้นฟูฯ โดยให้ระบุจำนวนวัน รูปแบบการฟื้นฟู และสถานที่ฟื้นฟูด้วย
- 1.4) เห็นสมควรให้ส่งตัวคืน
- 1.5) เห็นสมควรปรับแผนการฟื้นฟู (ให้ระบุแผนฟื้นฟูที่ต้องการปรับเปลี่ยน)

2. กรณีความคิดเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการประเมินเมื่อครบ 120 วัน (เมื่อครบกำหนด) ได้แก่

- 2.1) เห็นสมควรให้ขยายระยะเวลาในการฟื้นฟูฯ ออกไปอีก โดยให้ระบุจำนวนวัน รูปแบบการฟื้นฟู และสถานที่ฟื้นฟูด้วย
- 2.2) เห็นสมควรให้ส่งตัวเข้าโปรแกรมกลับคืนสู่สังคมของสำนักงานคุมประพฤติตามคำวินิจฉัยคณะกรรมการ
- 2.3) เห็นสมควรให้ส่งตัวคืน
- 2.4) ผลฟื้นฟูเป็นที่น่าพอใจและเห็นสมควรให้พ้นจากความผิดที่ถูกกล่าวหาในมาตรา 19 และให้ปล่อยตัว

4.1.3 การประเมินผลโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ

สำหรับการประเมินผล โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ กรณีที่เข้ารับการฟื้นฟูโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ 6 เดือน จะทำการประเมินผลระหว่างการฟื้นฟู (90 วัน) และเมื่อครบกำหนด 180 วัน แต่ถ้ากรณีเข้ารับการฟื้นฟูแบบควบคุมตัว หรือไม่ควบคุมตัว โปรแกรมอื่นมาก่อน 4 เดือน แล้วต่อด้วยโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติอีก 2 เดือน ก็จะประเมินผลเมื่อมารายงานตัวครั้งสุดท้ายเมื่อครบกำหนด 60 วัน โดยรายละเอียดของการประเมินประกอบด้วย

- 1) ความสามารถในการควบคุมการเสพยาเสพติด

- 2) ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนฟื้นฟูฯ
- 3) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด
- 4) สัมพันธภาพระหว่างผู้เข้ารับการฟื้นฟูกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด
- 5) ความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และความเครียด
- 6) ความสามารถในการวางแผนและการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด
- 7) ความสม่ำเสมอในการประกอบอาชีพ/การเรียน

4.2 การเปลี่ยนแปลงแผนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

สำหรับการเปลี่ยนแปลงแผนการฟื้นฟูสำหรับผู้เข้ารับการฟื้นฟูนั้นสามารถทำได้ โดยถ้าในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หากพบว่าผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากการกำหนดแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่คณะกรรมการฯ เคยกำหนดไว้ ก็ให้คณะกรรมการพิจารณาปรับแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามที่เห็นสมควรได้

สำหรับผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า การเปลี่ยนแปลงวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มักจะกระทำเมื่อ

1. ปัญหาสถานบำบัดไม่เพียงพอ เช่น โรงพยาบาลไม่มีเตียงว่าง บางครั้งทำให้ต้องปรับแผนการฟื้นฟูใหม่ เช่น จากเดิมส่งบังคับบำบัดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด แต่สถานบำบัดไม่มีเตียงรองรับ ทำให้ต้องปรับมาเป็นโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติแทน
2. ผู้เข้ารับการฟื้นฟูมีปัญหาโรคทางกาย ซึ่งสถานฟื้นฟูนั้นๆ ไม่มีศักยภาพในการที่จะดูแลรักษาได้ ก็จะแจ้งมายังคณะกรรมการให้พิจารณาปรับแผนการฟื้นฟูใหม่ เช่น มีปัญหาโรคประจำตัว เป็นโรคติดต่อร้ายแรง อาทิเช่น วัณโรค หรือมีปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการรักษาที่เร่งด่วน เช่น ผู้เข้ารับการฟื้นฟูแบบควบคุมตัวที่สถานฟื้นฟูของกองทัพบกป่วยเป็นโรคจิตเสียดวงจุมกซึ่งต้องได้รับการผ่าตัด จึงมีการปรับแผนมาเป็นแบบไม่ควบคุมตัวโดยใช้โปรแกรมผู้ป่วยนอก (วิธีการฟื้นฟูแบบจิตสังคมบำบัด (MATRIX MODEL)) ของโรงพยาบาลที่ทำการผ่าตัดให้แทน
3. ผู้เข้ารับการฟื้นฟูมีปัญหาโรคทางจิตเวช ถ้าพบว่ามีอาการทางจิตเวช สถานฟื้นฟูนั้นๆ ก็จะแจ้งมายังคณะกรรมการเพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่มารับตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูไปปรับการรักษาอาการทางจิต เช่น ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช เป็นต้น ซึ่งทางคณะกรรมการก็จะปรับแผนฟื้นฟูให้บำบัดที่โรงพยาบาลจิตเวชแทน
4. กรณีผู้เข้ารับการฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัว เช่น โปรแกรมคุมประพฤติ หรือ โปรแกรมโปรแกรมผู้ป่วยนอก (วิธีการฟื้นฟูแบบจิตสังคมบำบัด) ไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข ไม่มารายงานตัวหรือมารายงานตัวไม่ครบ ทางสถานฟื้นฟูก็จะแจ้งมายังสำนักงานคุมประพฤติ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดตาม

จับกุมตัวกลับมาเพื่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ และเสนอให้คณะกรรมการฯมีการปรับแผนการฟื้นฟูฯให้เหมาะสมต่อไป

5. การพิจารณาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

เมื่อผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของคณะกรรมการทั้งกรณีครบระยะเวลา หรือกรณีลดและขยายระยะเวลาแล้ว ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือพนักงานคุมประพฤติของสำนักงานคุมประพฤติ ทำการรวบรวมข้อมูลผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเพื่อรายงานให้คณะกรรมการพิจารณาผลการฟื้นฟูฯ โดยทั้งนี้ให้คำนึงถึงข้อเท็จจริงดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เช่นมารายงานตัวตรงตามวันนัดหมาย และครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด
2. การประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เช่น พฤติกรรม ทักษะทัศนคติต่อตนเอง ครอบครัวและยาเสพติด การวางแผนการดำเนินชีวิต
3. ผลการตรวจปัสสาวะและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

5.1 ผลการพิจารณาของคณะกรรมการ

1. กรณีที่คณะกรรมการมีความเห็นว่า ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นที่พอใจ ให้คณะกรรมการมีคำสั่งให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูฯ พ้นจากการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งถือว่าบุคคลนั้นพ้นข้อกล่าวหา และให้ปล่อยตัว แล้วก็แจ้งให้อัยการและตำรวจทราบ เพื่อให้อัยการมีคำสั่งไม่ฟ้องและตำรวจลบประวัติอาชญากรรมออกไป และนอกจากนี้ให้จัดทำหนังสือรับรองผลการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดด้วย

2. กรณีที่คณะกรรมการมีความเห็นว่า ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดไม่เป็นที่พอใจ อาจจะดำเนินการได้ 2 ลักษณะคือ 1) คณะกรรมการพิจารณาขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดออกไป หรือพิจารณาเปลี่ยนแปลงแผนการฟื้นฟู 2) คณะกรรมการพิจารณา ส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้พนักงานสอบสวน หรือพนักงานอัยการเพื่อ ดำเนินคดีต่อไป

ขั้นตอนที่ 3.1 ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ของสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ซึ่งได้แก่สถาบันรัชฎายุรักษ์ และโรงพยาบาลรัชฎายุรักษ์ทั้ง 7 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งจัดเป็นสถานฟื้นฟูแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด โดยตามระเบียบคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดว่าด้วยการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดการควบคุมตัว และการปฏิบัติต่อผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์และผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2546 ข้อ 18 ได้กำหนดว่า กรณีที่คณะกรรมการมีคำวินิจฉัยให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการฟื้นฟูแบบควบคุมตัว

(ทั้งแบบเข็มงวดและไม่เข็มงวด) ให้ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือสถานที่เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ปฏิบัติดังนี้

1. จัดให้มีการปฐมนิเทศผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
2. ให้ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามมาตรฐานทางวิชาการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนการให้การศึกษาและการฝึกอาชีพ
3. ต้องจัดให้ครอบครัวของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดด้วย
4. เพื่อให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดสามารถดำเนินชีวิตห่างไกลจากยาเสพติด อาจกำหนดให้ทำงานบริการสังคมหรืองานอื่นใดตามความเหมาะสม

ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟูของระบบบังคับบำบัด มีดังนี้

1. การรับตัวและลงทะเบียน

เมื่อผู้เข้ารับการฟื้นฟูซึ่งถูกวินิจฉัยให้เข้ารับการฟื้นฟูแบบควบคุมตัวไม่เข็มงวด ถูกส่งตัวมายังสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ (ได้แก่สถาบันชันสูตรรักษ์และโรงพยาบาลชันสูตรรักษ์ทุกแห่งทั่วประเทศ) เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลนั้นๆ จะต้องดำเนินการรับเรื่องจากสำนักงานคุมประพฤติด้วยการรับตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูและตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารและหลักฐานของผู้เข้ารับการฟื้นฟูฯ ซึ่งจะประกอบด้วยเอกสารต่างๆ ดังนี้

- หนังสือคำสั่ง
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนารายงานการตรวจพิสูจน์
- สำเนาคำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการ
- แบบรายงานการประเมินผลระหว่างการฟื้นฟู
- แบบรายงานการฟื้นฟู เมื่อครบกำหนดระยะเวลา
- แบบประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูแบบควบคุมตัว

จากนั้นให้เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนและจัดทำแฟ้มประวัติของผู้เข้ารับการฟื้นฟู และให้แจ้งการรับตัวเข้าฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแก่สำนักงานคุมประพฤติที่ส่งตัว

2. ขั้นตอนเตรียมการ (Pre-Admission)

เมื่อผู้เข้ารับการฟื้นฟูลงทะเบียนแล้ว ก็จะเข้าสู่การเตรียมการซึ่งเป็นการเตรียมผู้เข้ารับการฟื้นฟูให้มีความพร้อมในการที่จะเข้ารับการบำบัดรักษาด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา และกระตุ้นให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูมีความตั้งใจในการรักษา ซึ่งการดำเนินการประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจหาสารเสพติด เป็นต้น

-การซักประวัติ

ดำเนินการซักประวัติผู้เข้ารับการฟื้นฟูโดยพยาบาล โดยการซักประวัติส่วนตัว ประวัติการติดยาเสพติด ประวัติการเจ็บป่วย รวมทั้งการประเมินปัญหาทางจิตใจ (ความคิด อารมณ์ และความรู้สึก) ปัญหาบุคลิกภาพ ปัญหาทางครอบครัว และปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

-การตรวจร่างกาย

เป็นการตรวจร่างกายผู้เข้ารับการฟื้นฟูโดยแพทย์ เพื่อตรวจร่างกายว่ามีสภาพร่างกายทรุดโทรมมากน้อยเพียงใด และมีโรคทางกายที่เป็นโรคร่วมหรือมีโรคแทรกซ้อนหรือไม่ และมีการตรวจสภาพจิตว่ามีภาวะปกติ หรือมีอาการทางจิตใดๆ หรือไม่ รวมทั้งมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย (เช่น เอ็กซเรย์ การตรวจเลือด และกรณีผู้เข้ารับการฟื้นฟูเป็นผู้หญิงจะมีการตรวจการตั้งครรภ์ด้วย)

-การตรวจหาสารเสพติด

เป็นการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะของผู้เข้ารับการฟื้นฟูทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการปล่อยตัวชั่วคราวจะเป็นกลุ่มที่มีโอกาสที่กลับไปใช้ยาเสพติดได้สูงในระหว่างที่ถูกปล่อยตัว ดังนั้นจึงต้องมีการตรวจยืนยันอีกครั้ง

ในขั้นตอนนี้ถ้าตรวจประเมินพบว่าผู้เข้ารับการฟื้นฟูเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย โรคแทรกซ้อน ถ้าศักยภาพของโรงพยาบาลสามารถให้การรักษาได้ก็จะดำเนินการรักษาเอง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ติดเชื้อ HIV เป็นต้น แต่ถ้าเป็นโรคที่เกินกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลจะรักษาได้ก็จะส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น และถ้ามีอาการจิตเวชรุนแรง ก็จะส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช เป็นต้น โดยทั้งนี้การจะส่งต่อผู้เข้ารับการฟื้นฟูจะต้องมีการแจ้งให้สำนักงานคุมประพฤติทราบด้วยเพื่อให้มีการปรับแผนการฟื้นฟูสำหรับผู้เข้ารับการฟื้นฟูรายนั้นๆ ด้วย

3. ขั้นตอนการบำบัดด้วยยา (Detoxification)

เมื่อทำการคัดกรองและตรวจร่างกายผู้เข้ารับการฟื้นฟูเสร็จเรียบร้อยแล้ว ถ้าผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่มีอาการถอนพิษยา ก็จะถูกส่งตัวเพื่อเข้ารับการฟื้นฟูต่อไป แต่กรณีพบว่าผู้เข้ารับการฟื้นฟูมีการใช้ยาเสพติดจะต้องถูกส่งไปบำบัดยาเพื่อให้พ้นระยะถอนพิษยาก่อนซึ่งโดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ ซึ่งในการบำบัดด้วยยานั้นในขั้นตอนนี้จะเน้นการบำบัดรักษาอาการทางร่างกายที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดด้วยการใช้ยาอื่นทดแทนอาการ เช่น เมธาโดน ฯลฯ เพื่อช่วยระงับความต้องการยาหรือให้เลิกยาเสพติด ตลอดจนการใช้ยาอื่น ๆ ทั้งนี้โดยทั่วไปจะให้การถอนพิษยาตามอาการ สภาพร่างกาย และ ยาเสพติดที่ใช้ เพื่อบำบัดรักษาอาการขาดยา ภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต ทางประสาท เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะถอนพิษยาแล้ว ยังมีการรักษาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งการให้ความรู้ เช่น การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค เป็นต้นด้วย นอกจากนี้ก็จะเน้นการสร้างแรงจูงใจในการบำบัด เพื่อป้องกันการหลบหนีและลดภาวะเครียดต่างๆ ด้วย

4. ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างแท้จริง โดยเน้นการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ติดยาเสพติดมีจิตใจที่เข้มแข็งพอที่จะละเว้นการใช้ยาเสพติด

คิด และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ซึ่งในขั้นตอนนี้วิธีการฟื้นฟูที่สถานพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด คือการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ใช้ระยะเวลา 4 เดือน ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยถูกส่งเข้ามาในขั้นตอนการฟื้นฟูฯ ก็จะมีกระบวนการ ดำเนินการดังนี้

4.1 การซักประวัติ

เจ้าหน้าที่จะทำการสอบถามและบันทึกรายละเอียดประวัติเบื้องต้น ได้แก่ ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย การใช้ยาเสพติด ทศนคติต่อการใช้ยาเสพติด ความต้องการช่วยเหลือ เป็นต้น โดยถ้ากรณีผู้รับการฟื้นฟูมีโรคประจำตัวซึ่งต้องใช้ยาหรืออยู่ระหว่างการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่จะติดต่อญาติเพื่อแจ้งให้ทราบว่าผู้รับการฟื้นฟูได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ และขอรับยาประจำตัวผู้ป่วยจากญาติด้วย ทั้งนี้กรณีที่ไม่มีญาติติดตามมาด้วย เพื่อให้ผู้รับการฟื้นฟูมีความคลายกังวล เจ้าหน้าที่จะพยายามติดต่อญาติเป็นอันดับแรกเพื่อแจ้งให้ทราบว่าผู้รับการฟื้นฟูมารักษาตัวที่โรงพยาบาล และแจ้งเรื่องการติดต่อเยี่ยม เป็นต้น

4.2 การตรวจค้นตัวและทรัพย์สิน

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการตรวจค้นตัวและทรัพย์สินที่ติดตัวมากับผู้รับการฟื้นฟู โดยทำการตรวจค้นอย่างละเอียด ซึ่งสิ่งของที่ติดตัวมาจะไม่อนุญาตให้นำมาใช้ โดยเจ้าหน้าที่จะทำการจัดเก็บไว้ให้ เช่น เครื่องแต่งกาย ของมีค่า เงินสด หรือ ทรัพย์สินอื่น ๆ โดยจัดทำเป็นบัญชีรับฝาก ทรัพย์สิน และให้ผู้รับการฟื้นฟูได้อ่านแล้วลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน แล้วเมื่อมีญาติมาภายหลังก็จะคืนทรัพย์สินมีค่า เช่น เงินสด โทรศัพท์มือถือ เป็นต้น ให้กับญาติพร้อมให้ลงลายมือชื่อรับสิ่งของไว้เป็นหลักฐาน และก็แจ้งให้ผู้รับการฟื้นฟูทราบต่อไป แต่ถ้าไม่มีญาติหรือญาติไม่ประสงค์จะรับสิ่งของกลับ เจ้าหน้าที่ก็จะจัดเก็บทรัพย์สินเหล่านั้นไว้แล้วจะคืนให้ผู้รับการฟื้นฟูเมื่อได้รับการปล่อยตัว

4.3 การเตรียมความพร้อม

เมื่อผู้รับการฟื้นฟูเข้ามารับการฟื้นฟู ใน 7 วันแรกจะให้สวมใส่ชุดผู้ป่วยของโรงพยาบาลก่อน เพื่อให้รู้ว่าเป็นคนที่เข้ามาใหม่จะได้ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด และจะมีการจัดพี่เลี้ยงให้กับผู้รับการฟื้นฟูที่เข้ามาใหม่ทุกราย โดยพี่เลี้ยง 1 คนต่อผู้ป่วย 1 ราย แต่ถ้าผู้รับการฟื้นฟูรายใดเคยมีประวัติทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย จะจัดพี่เลี้ยงให้ 2 คน เพื่อคอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎ ระเบียบ การปฏิบัติตนเมื่ออยู่ในสถานฟื้นฟู การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งตลอดช่วงเวลา 7 วันนี้ พี่เลี้ยงจะคอยติดตามผู้ป่วยตลอดเวลาไปไหนไปกัน และหลังจากนั้นก็จะเป็นพี่เลี้ยงไปตลอดจนครบโปรแกรมการบำบัด เมื่อครบ 7 วัน จะมีการประเมินผู้รับการฟื้นฟูว่าสามารถปรับตัวได้ไหม ทศนคติต่อการอยู่ในสถานฟื้นฟู ความเสี่ยงต่อการหลบหนี ทศนคติต่อการบำบัดฟื้นฟู และให้ผู้รับการฟื้นฟูท่องปรัชญา อุดมการณ์ของการฟื้นฟู ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้รับการฟื้นฟูฯ ทุกคนจะต้องท่องได้ และทำความเข้าใจความหมายของปรัชญาให้กระจ่างชัด เพื่อใช้เป็นหลักยึดในการดำเนินชีวิต ถ้าทำได้ก็จะให้รางวัลด้วยการเปลี่ยนจากชุดผู้ป่วยของโรงพยาบาลเป็นชุดที่สำนักงานคุมประพฤติจัดมาให้ นอกจากนี้การเบิกของใช้ส่วนตัวสำหรับผู้รับการ

ฟื้นฟูจะเบิกเดือนละ 1 ครั้ง ได้แก่ เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอน และสิ่งของเครื่องใช้จำเป็นในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

4.4 การบำบัดรักษา

เป็นขั้นตอนสำคัญที่สมาชิกจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งจะกลับไปประกอบอาชีพ ใช้ชีวิตในสังคมภายนอก ซึ่งกระบวนการฟื้นฟูของสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จะใช้วิธีการฟื้นฟูที่เรียกว่า การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) มีระยะเวลาการฟื้นฟู 4 เดือน

FAST Model เป็นกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับประโยชน์จากการเรียนรู้ที่มีกระบวนการบำบัดรักษาที่เข้มข้นในรูปแบบชุมชนเป็นฐานหลัก และมีครอบครัวร่วมการบำบัดรักษาตั้งแต่เริ่มต้น รวมทั้งการบำบัดรักษาที่มีกิจกรรมทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่เหมาะสมและเป็นไปได้ ในการนำไปปฏิบัติดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง และสำคัญที่สุดกระบวนการติดตามการรักษาจะเป็นผลอย่างยิ่ง เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาแล้ว สามารถนำกระบวนการช่วยเหลือตนเองไปดำเนินการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบของ FAST Model ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family) มีกิจกรรมหลากหลายให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้เลือก (Alternative) มีการช่วยเหลือหรือจัดกิจกรรมให้ช่วยเหลือกันเองในกลุ่มผู้รับการบำบัด (Self-help) และกิจกรรมของชุมชนบำบัด (Therapeutic community)

1. *ครอบครัว (F = Family)* คือ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดรักษา และรับผิดชอบดูแลควบคู่ไปกับการอยู่ในครอบครัว สังคม ชุมชนตามสภาพที่เป็นอยู่จริง กิจกรรมที่สำคัญ คือ การให้ความรู้ การให้การปรึกษา ครอบครัวบำบัด และกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว

2. *กิจกรรมทางเลือกในการบำบัดรักษา (A = Alternative Treatment Activity)* คือ การใช้กิจกรรมทางเลือกในการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย กิจกรรมที่สำคัญ คือ กีฬา ศิลปะ หัตถกรรม การฝึกกลายเครียด กลุ่มนันทนาการ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน อาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการศึกษา

3. *การช่วยเหลือตนเอง (S = Self help)* คือ การใช้กระบวนการให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ และบำบัดรักษาทางกาย จิต สังคม สามารถมีพลังจิตใจเข้มแข็ง โดยการปรับทั้งพฤติกรรม เจตคติ ความรู้สึกร และการสร้างสัมพันธภาพ จนสามารถอยู่ได้อย่างปกติสุข และปลอดภัยจากยาเสพติด กิจกรรมที่สำคัญ คือ การสร้างวินัยให้ตนเอง การสำรวจตนเอง การตั้งเป้าหมายชีวิต การฝึกทักษะการปฏิเสธ ทักษะการควบคุมตนเอง ทักษะการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะการสื่อสาร และกลุ่มผู้ติดยาเสพติดนิรนาม (Narcotic Anonymous: NA)

4. *ชุมชนบำบัด (T = Therapeutic Community)* คือ การมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าทางสังคม โดยใช้กระบวนการชุมชนบำบัดซึ่งอ้างอิงจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ที่สำคัญประกอบด้วย

กระบวนการกลุ่ม การบันทึกพฤติกรรม ตัวแบบที่ดี พลังกลุ่ม การเรียนรู้จากประสบการณ์ ความเชื่อภายในชุมชน และการฝึกให้เป็นแบบอย่างที่ดี

รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่(FAST Model) จะทำให้ผู้ติดยาเสพติดได้ฝึกการพัฒนาตนเองโดยให้ผู้ติดยาเสพติดอยู่ร่วมกัน และมีวิธีการหรือกลไกในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้

1.ปรัชญา อุดมการณ์ และกฎข้อห้าม

โดยผู้เข้ารับการฟื้นฟูฯ ทุกคนจะต้องท่องได้ และทำความเข้าใจความหมายของปรัชญาให้กระจ่างชัด เพื่อใช้เป็นหลักยึดในการดำเนินชีวิต

ปรัชญาชุมชนบำบัด

ณ แ่งนี้ที่เราอยู่ร่วมพิงพิก	เพราะตระหนักแก่ใจแห่งตนว่า
แหล่งลี้ภัยใด ๆ ในโลกา	สุดพิงพานอกจากตัวของเราเอง
นับแต่วันที่เราพร้อมเผชิญหน้า	กล้าสบตาเปิดใจอย่างผู้เก่ง
รับความจริงจากเขาอื่น ไม่หวั่นเกรง	วันนั้นเองที่หยุดวิ่งหนีสิ่งกลัว
ความปลอดภัยหาไม่ได้ในผู้อื่น	หากเราขึ้นมีความลับกับเขาทั่ว
กลัวไปโยหากเขาจะรู้จักตัว	รู้ดีชั่วทั้งเราเขาเข้าใจกัน
กระจกใดหรือจะส่องชี้ได้ดีเท่า	เราส่องเราแน่ชัดกว่าเราคนอื่น
ณ แ่งนี้ที่เราอยู่พร้อมเพรียงกัน	ประจักษ์ปล้นชัดแจ้งแห่งตัวตน
ไม่ใช่ยักษ์ไม่ใช่มารในความฝัน	หรือคนแคะที่นำพรันหวั่นสับสน
หากแต่เป็นมนุษย์ผู้มีตัวตน	มีระคนผิดชอบประกอบกัน
ชีวิตใหม่เริ่มต้นได้ในที่นี้	ปลุกชีวีให้องงามไม่คร้ามครัน
ไม่เดียดคายตั้งความตายที่กลัวกัน	มีชีวันเพื่อทั้งเขาและเราเอง

อุดมการณ์

อุดมการณ์เป็นเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูฯ จะต้องทำความเข้าใจและถือปฏิบัติ

1. ความซื่อสัตย์
2. ความรับผิดชอบ ความรักและความห่วงใย
3. ผลจากการกระทำดีต้องได้รับการตอบแทน
4. ความประมาทเป็นหนทางแห่งความพินาศ
5. จงเข้าใจผู้อื่นดีกว่าให้ผู้อื่นเข้าใจเรา
6. กรรมใดใครก่อกรรมนั้นย่อมตามสนอง
7. จงไว้วางใจในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่
8. จงเป็นผู้ให้ก่อนที่จะเป็นผู้รับ
9. การพัฒนาตนเองย่อมจะมาก่อนตาแหน่งหน้าที่อันสมควร
10. ต้องมีการแสดงบทบาทที่เหมาะสม

11. ที่นี้ไม่มีของฟรี
12. พึงสังวรในสิ่งที่ตนเองร้องขอซึ่งอาจจะได้รับสิ่งนั้นจริง ๆ

กฎข้อห้าม

กฎข้อห้ามเป็นข้อปฏิบัติที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูฯ ห้ามฝ่าฝืน โดยเด็ดขาด

1. ห้ามมียาเสพติดทุกชนิด
2. ห้ามมีเพศสัมพันธ์
3. ห้ามทะเลาะวิวาท
4. ห้ามลักทรัพย์

2. โครงสร้างสายบังคับบัญชา

สถานที่เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบ่งโครงสร้างสายบังคับบัญชาเป็น 2 ส่วน

1. สายการบังคับบัญชาในส่วนของเจ้าหน้าที่ ประกอบด้วย

1.1 ผู้อำนวยการสถานที่เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (Director) คือผู้อำนวยการศูนย์ทำหน้าที่ในระดับบริหาร

1.2 นักบำบัด (Professional staff) คือเจ้าหน้าที่ที่วิชาชีพนักบำบัดที่ดูแลโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในภาพรวม และให้คำปรึกษา Ex-Addict Staff ในเรื่องต่างๆ โดยการทำงานเป็นทีม

1.3 พี่เลี้ยงผู้ติดยาเสพติด (Ex-Addict staff) คือพี่เลี้ยงผู้ติดยาเสพติดที่คอยควบคุมดูแลพฤติกรรมและการพัฒนาของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

2. สายการบังคับบัญชาในส่วนของผู้เข้ารับการฟื้นฟูฯ

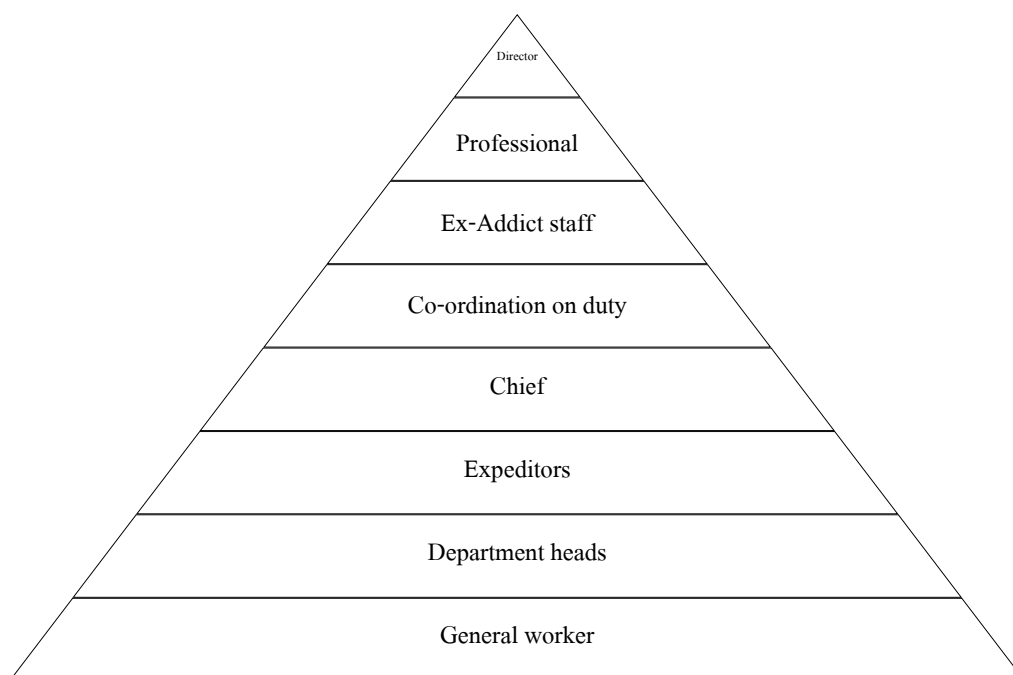
2.1 Co-ordination on duty (COD) คือผู้ประสานกิจกรรมและควบคุมดูแลการทำงานของ Chief และเป็นผู้ประสานงานกับ Ex-Addict Staff

2.2 Chief คือผู้ควบคุมกิจกรรม หรือหัวหน้าบ้านผู้ดูแลความเรียบร้อยทุกอย่างของบ้าน

2.3 Expeditors คือผู้ตรวจสอบการทำงานและพฤติกรรมของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

2.4 Department heads คือหัวหน้าทีมงานต่างๆ

2.5 Resident/General worker คือสมาชิกทั่วไป หรือผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดทั่วไปที่อยู่ในทีมงานต่างๆ หรือลูกทีม



3. เครื่องมือบ้าน

คือกิจกรรมที่ใช้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งลักษณะเครื่องมือของบ้านในชุมชนบ่าบัดนั้นจะเป็นเทคนิคต่างๆ ในทางจิตวิทยา ซึ่งเครื่องมือบ้านประกอบด้วย 1) กลุ่มบำบัด 2) งานบำบัด และ 3) การให้ความช่วยเหลือ

3.1 การใช้กลุ่มบำบัด (Group Therapy) เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้อิทธิพลกลุ่มในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขทัศนคติ พฤติกรรมและปรับอารมณ์ เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดพัฒนาตนเองไปสู่จุดมุ่งหมายคือสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่พึ่งพายาเสพติด ได้แก่ กลุ่มการบริหาร กลุ่มประชุมเช้า (กลุ่มประชุมประจำวัน) กลุ่มสัมมนา กลุ่มคงที่ กลุ่มปรับความเข้าใจ กลุ่มธรรมชาติบำบัด กลุ่มนันทนาการ กลุ่มสุขศึกษา กลุ่มทักษะสังคม กลุ่มประเมินผลงาน กลุ่มประชุมเจ้าหน้าที่ และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยกระบวนการกลุ่มมีเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบต่าง ๆ โดยใช้หลักการให้รางวัลด้านบวกและด้านลบ (Reward and Punishment) ซึ่งสามารถแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ โดยการให้รางวัล (Reward จะให้ในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเชิงสร้างสรรค์และเหมาะสม ได้แก่ การเลื่อนลำดับสายงานบังคับบัญชา การลาพักผ่อน (day off) เป็นต้น ส่วนการลงโทษหรือการให้รางวัลด้านลบ (Punishment) จะใช้วิธีการตามลำดับความรุนแรงของพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เช่น การกล่าวตักเตือน การนั่งเก้าอี้ใช้ความคิด เป็นต้น

3.2 งานบำบัด (Work Therapy) งานบำบัดเป็นกระบวนการหนึ่งที่ใช้สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะเลือกงานที่เหมาะสมกับผู้เข้ารับการฟื้นฟูมาใช้ในการให้ผู้เข้ารับ

การฟื้นฟูได้เรียนรู้และปฏิบัติตลอดช่วงระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยผู้เข้ารับการฟื้นฟู จะต้องปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย และมีการพัฒนาตนเองเพื่อก้าวไปสู่ตำแหน่งที่สูงกว่าตามสายงานบังคับบัญชา ทั้งนี้การทำงานจะทำให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูรู้จักควบคุมตนเอง รู้จักแสวงหาความก้าวหน้าในหน้าที่การงานด้วย

การใช้งานเพื่อการบำบัดนั้น มีการจัดทีมงานต่าง ๆ ดังนี้

1. ทีมคณะรับผิดชอบ ประกอบด้วยผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ควบคุมดูแลการทำงานของกลุ่ม ความเป็นอยู่ของสมาชิก การดำเนินกิจกรรม การควบคุมดูแลกิจกรรม การบำบัดรักษาให้ เป็นไปตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) และประสานงานกับหัวหน้า ทีมงานและนักบำบัด

2. ทีมงานประชาสัมพันธ์ มีหน้าที่รับผิดชอบต้อนรับผู้มาติดต่อ เช่น ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่จาก หน่วยงานอื่น ๆ บุคลากรภายนอกและจัดบันทึกรายงานบุคคลเข้า-ออก ตลอดจนการเคลื่อนไหวของ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การดูแลความสะอาดเรียบร้อยในห้องพัก ห้องกิจกรรม รอบบริเวณอาคารกิจกรรม เรือนนอน เครื่องใช้ต่าง ๆ

3. ทีมงานภูมิทัศน์ มีหน้าที่รับผิดชอบในการปรับปรุงและตกแต่งภูมิทัศน์ในบริเวณเขตรับผิดชอบ ภายในศูนย์ฟื้นฟู ให้สภาพแวดล้อมโดยรวมสะอาดและสวยงาม เช่น การตัดหญ้า การตัดแต่งกิ่งไม้ การปลูก ไม้ดอกไม้ประดับเพื่อการตกแต่งพื้นที่

4. ทีมงานครัวสะอาด มีหน้าที่รับผิดชอบจัดทำและเตรียมอาหารให้ผู้ติดยาเสพติด และเจ้าหน้าที่ รวมทั้งการวางแผน การจัดการ การประกอบอาหารประจำวัน ตลอดจนดูแลความสะอาดภายในเขต รับผิดชอบของทีมงาน

5. ทีมงานเกษตร (พืชสวน) มีหน้าที่ฝึกให้ผู้ติดยาเสพติดได้รู้จักการทำเกษตรแบบพอเพียง การปลูก พืชผักสวนครัว เพิ่มผลผลิตและส่งให้ทีมงานครัวนำไปประกอบอาหาร หากผลผลิตมีจำนวนมากก็นำไป จำหน่ายในชุมชน โดยพืชผักที่ปลูกนั้นเป็นผักที่ดูแลง่ายและปลูกตามฤดูกาล เช่น ผักบุ้ง ผักกาด ถั่วฝักยาว มะเขือ เป็นต้น

6. ทีมงานเกษตร (พืชไร่) มีหน้าที่ปลูกและดูแลพืชไร่ เช่น ข้าวโพด ถั่วเหลือง ถั่วเขียว เป็นต้นและนำ ผลผลิตที่ได้มาประกอบอาหารต่อไป

7. ทีมงานเกษตร (สัตว์เลี้ยง) มีหน้าที่รับผิดชอบเลี้ยงสัตว์ต่าง ๆ เช่น เป็ด ไก่ วัว หมู ปลา เป็นต้น แล้วจัดส่งเพื่อจำหน่ายเมื่อจำนวนของสัตว์ที่เลี้ยงไว้เพิ่มมากขึ้นตลอดจนการดูแลความสะอาดเรียบร้อย บริเวณเขตรับผิดชอบด้วย

8. ทีมงานซ่อมบำรุง มีหน้าที่ในการซ่อมวัสดุอุปกรณ์ที่ชำรุดเสียหาย วางแผนในการสร้างอุปกรณ์ สำนักงาน การดูแลและซ่อมแซมบำรุงการทำงานให้ใช้งานได้อย่างเสมอ

3.3 การให้ความช่วยเหลือ

การให้การช่วยเหลือนับได้ว่าเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพราะผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการฟื้นฟูนั้น มักจะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือทางจิตวิทยาเพื่อใช้ในการปรับพฤติกรรมของเขาเหล่านั้น ซึ่งประกอบด้วย

Talking to: การพูดตักเตือนเมื่อผู้ติดยาเสพติดมีพฤติกรรมไม่ดีหรือเป็นการกระทำที่เป็นเรื่องเล็กน้อย จะเป็นการให้ความช่วยเหลือโดยเพื่อนหรือเจ้าหน้าที่จะพูดคุยกับเขาว่าไม่ควรทำเพราะไม่ดีอย่างไร

Pull up: การว่ากล่าว เป็นการแจ้งความผิดให้ทราบเพื่อไม่ให้ทำผิดอีก เช่น การพูดไม่สุภาพ เป็นต้น ซึ่งกรณีนี้จะเป็นการให้ความช่วยเหลือโดยคณะรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย

Hair cut: การคาดโทษ เป็นการลงโทษผู้ติดยาเสพติดที่ประพฤติผิดต่อระเบียบของความรับผิดชอบในหน้าที่ หรือการกระทำข้อบกพร่องที่ซ้ำซาก ซึ่งการให้ความช่วยเหลือโดยจะมีการจัดกลุ่มให้คำแนะนำ และแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสม

Hot chair: การนั่งเก้าอี้ใช้ความคิด เป็นการลงโทษโดยให้นั่งเก้าอี้ใช้ความคิด เพื่อคิดทบทวนถึงพฤติกรรมของตนเองว่าผิดถูกมากน้อยแค่ไหน และจะปรับเปลี่ยนมากน้อยเพียงใด

Shut down: การทำงานใช้ความคิด เป็นการลงโทษอย่างรุนแรงต่อผู้ติดยาเสพติดที่กระทำต่อกฎ ระเบียบ อุดมการณ์ของชุมชนบำบัด โดยผู้ติดยาเสพติดที่ถูก shut down จะได้รับการลดลำดับและถูกปลดออกจากตำแหน่ง รวมทั้งถูกงดรางวัลบางอย่าง เช่น งดรับโทรศัพท์ และลดเวลาเยี่ยมญาติครั้งชั่วคราวพร้อมกับต้องเข้ากลุ่มประชุมบ้านด้วย (House Meeting)

House Meeting: กลุ่มประชุมบ้าน เป็นการให้คำแนะนำผู้ติดยาเสพติดที่กระทำผิดกฎระเบียบบ้าน โดยจะต้องยื่นรับคำแนะนำหรือพูดแสดงความรู้สึกจากสมาชิกทั้งบ้านอย่างสงบนิ่ง

4. การเตรียมตัวก่อนกลับสู่สังคม

เป็นขั้นตอนการเตรียมผู้เข้ารับการฟื้นฟูก่อนที่จะออกไปใช้ชีวิตในสังคมภายนอก โดยเน้นการปรับตัวกลับสู่สังคม มีระยะเวลาเตรียมตัวกลับสู่สังคมประมาณ 1 เดือน เป็นการวางแผนให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่ผ่านการประเมินว่ามีความพร้อมในการกลับสู่สังคมในด้านการทำงาน การพบและอยู่ร่วมกับครอบครัวหรือออกไปประกอบกิจกรรมอื่นใด โดยมีกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมให้ความรู้เรื่องครอบครัวศึกษา ยาเสพติดให้โทษ การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นต้น การเตรียมพร้อมเข้าสู่ตลาดแรงงาน เช่น การสมัครงาน ข้อมูลอาชีพ แหล่งเงินทุน เป็นต้น การเข้าร่วมกิจกรรมภายนอกโดยมีเจ้าหน้าที่ที่เลี้ยงคอยควบคุมดูแล เช่น การเป็นวิทยากรตาม โรงเรียน สถานประกอบการ การทำงานรับใช้สังคม เช่น วัด โรงเรียน เป็นต้น และการฝึกงานนอกสถานฟื้นฟูในเวลากลางวัน และกลับเข้ามาพักในสถานฟื้นฟูตอนกลางคืน

5. การประเมินผลการบำบัดรักษา

วิธีการประเมินผลการบำบัดรักษา โดยเจ้าหน้าที่ที่สถานฟื้นฟูจะต้องดำเนินการประเมินผลการบำบัด โดยประเมิน 2 ช่วง คือ เมื่อบำบัดครบ 90 วัน และเมื่อครบ 120 วัน โดยจะต้องมีการประเมิน 2 แบบหลักๆ คือ

- 1) การประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
- 2) การประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

5.1 การประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

มีการประเมินพฤติกรรมของผู้เข้ารับการฟื้นฟูเมื่อบำบัดครบ 90 วัน และ 120 วัน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (บพ. 8 – 5) ซึ่งรายละเอียดแบบประเมินจะประกอบด้วย

- 1) พฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟู เช่น ความตรงต่อเวลา ความรับผิดชอบ ภาวะผู้นำ ความซื่อสัตย์ การช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกหรือเจ้าหน้าที่ ความขยันหมั่นเพียรในการทำงาน เป็นต้น
- 2) ทักษะ เช่น กล้าแสดงความคิดเห็น การแสดงความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม การเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นต้น
- 3) ทักษะติดต่อตนเอง ครอบครัวยุติ และยาเสพติด เช่น การเข้าใจและยอมรับในการกระทำของตนเองและผู้อื่น การยอมรับฟังความคิดเห็นและความสามารถของผู้อื่น เป็นต้น
- 4) การวางแผนชีวิตการดำเนินชีวิต เช่น การวางแผนการทำงาน การรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การแบ่งเวลาในการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นต้น

5.2 การประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

มีการประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยเมื่อบำบัดครบ 90 วัน ให้ใช้แบบรายงานการประเมินผลระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (บพ.8 – 2) และเมื่อครบกำหนดการฟื้นฟูหรือกรณีลดและขยายระยะเวลาการฟื้นฟูแล้ว ก็จะใช้แบบรายงานผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเมื่อครบกำหนด (บพ. 8 – 3) โดยรายละเอียดของการประเมินทั้ง 2 แบบ จะประกอบด้วย

- 1) การปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
- 2) ผลการประเมินพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 3) ผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ
- 4) การปฏิบัติตามเงื่อนไขอื่นๆที่คณะกรรมการฯกำหนด
- 5) การกระทำความผิดกฎหมายอื่นๆในระหว่างการฟื้นฟู
- 6) ความคิดเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่

แต่ในส่วนความคิดเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่นั้นในแบบประเมินระหว่างการฟื้นฟู และเมื่อครบระยะเวลาการฟื้นฟู จะมีรายละเอียดที่แตกต่างกันดังนี้

1. กรณีความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการประเมินเมื่อครบ 90 วัน (ระหว่างการฟื้นฟู) ได้แก่

- 1.1) เห็นสมควรให้ดำเนินการฟื้นฟูต่อไป
 - 1.2) เห็นสมควรให้ลดระยะเวลาฟื้นฟูฯ โดยให้ระบุจำนวนวันด้วย
 - 1.3) เห็นสมควรให้ขยายระยะเวลาฟื้นฟูฯ โดยให้ระบุจำนวนวัน รูปแบบการฟื้นฟู และสถานที่ฟื้นฟูด้วย
 - 1.4) เห็นสมควรให้ส่งตัวคืน
 - 1.5) เห็นสมควรปรับแผนการฟื้นฟู (ให้ระบุแผนฟื้นฟูที่ต้องการปรับเปลี่ยน)
2. กรณีความคิดเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการประเมินเมื่อครบ 120 วัน (เมื่อครบกำหนด) ได้แก่
- 2.1) เห็นสมควรให้ขยายระยะเวลาในการฟื้นฟูฯ ออกไปอีก โดยให้ระบุจำนวนวัน รูปแบบการฟื้นฟู และสถานที่ฟื้นฟูด้วย
 - 2.2) เห็นสมควรให้ส่งตัวเข้าโปรแกรมกลับคืนสู่สังคมของสำนักงานคุมประพฤติตามคำวินิจฉัยคณะกรรมการ
 - 2.3) เห็นสมควรให้ส่งตัวคืน
 - 2.4) ผลฟื้นฟูเป็นที่น่าพอใจและเห็นสมควรให้พ้นจากความผิดที่ถูกกล่าวหาในมาตรา 19 และให้ปล่อยตัว

กรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูหลบหนีแล้วไม่สามารถติดตามตัวกลับมาได้ ก็ให้เจ้าหน้าที่ทำการประเมินผลการฟื้นฟูตามแบบประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (บพ. 8 – 5) และรายงานการประเมินผลระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (บพ.8 – 2)

กรณีที่ระหว่างการฟื้นฟูพบว่า ผู้เข้ารับการฟื้นฟูมีพฤติกรรม หรือสภาพร่างกายหรือจิตใจที่มีผลกระทบจนไม่สามารถฟื้นฟูต่อไปได้อีก เจ้าหน้าที่จะต้องประเมินผลฟื้นฟูตามแบบรายงานการประเมินผลระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (บพ.8 – 2) เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาปรับแผนฟื้นฟูต่อไป

กรณีที่คณะกรรมการวินิจฉัยว่าสมควรส่งตัวคืนพนักงานสอบสวน ให้สำนักงานคุมประพฤติแจ้งไปยังพนักงานสอบสวนให้มารับตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูเพื่อดำเนินคดีต่อไป แต่ถ้าพนักงานสอบสวนไม่สามารถมารับตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูได้ภายใน 3 วันนับตั้งแต่มีนหนังสือแจ้ง ก็ให้สำนักงานคุมประพฤติแจ้งคณะกรรมการเพื่อแจ้งไปยังหัวหน้าพนักงานสอบสวนต่อไป และเมื่อพนักงานสอบสวนมารับตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟู ให้เจ้าหน้าที่สถานฟื้นฟูตรวจสอบหลักฐานการส่งคืนตัว แล้วส่งมอบตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูพร้อมให้พนักงานสอบสวนลงลายมือชื่อเพื่อเป็นหลักฐานด้วย

5.1 การลดและขยายเวลาของการบำบัด

ในการขอลดหรือขยายระยะเวลาการบำบัด เจ้าหน้าที่จะต้องระบุเหตุผลด้วย เพื่อให้คณะกรรมการทราบและใช้เป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัย ซึ่งถ้าคณะกรรมการมีคำสั่งให้ลดหรือขยายระยะเวลาออกไปอีก สำนักงานคุมประพฤติจะแจ้งให้โรงพยาบาลทราบโดยเร็วเพื่อดำเนินการตามคำสั่งคณะกรรมการ

กรณีที่มีการขยายระยะเวลาการฟื้นฟู ได้แก่

- 1) กรณีที่ปรากฏว่าผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยังไม่เป็นที่พอใจ
- 2) กรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูหลบหนี หรือไม่มารายงานตัวตามกำหนดนัดหมาย ซึ่งอยู่ในระหว่างการติดตามตัวกลับเข้ามารับการฟื้นฟูของเจ้าหน้าที่คุมประพฤติ โดยทั้งนี้ระยะเวลาในการขยายจะต้องพิจารณาผลการฟื้นฟูก่อนหน้านี้นี้ด้วยว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีการไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขการฟื้นฟูส่วนใดบ้าง
- 3) ตรวจพบสารเสพติดจากผลการตรวจปัสสาวะในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

กรณีที่มีการลดระยะเวลาการฟื้นฟู ได้แก่

- 1) ผู้เข้ารับการฟื้นฟูปฏิบัติตามเงื่อนไขของการฟื้นฟู
- 2) ผู้เข้ารับการฟื้นฟูให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น

5.2 การส่งเข้าสู่โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ

เมื่อผู้เข้ารับการฟื้นฟูเข้ารับการฟื้นฟูครบตามระยะเวลาที่กำหนด 120 วัน และมีผลการประเมินเจ้าหน้าที่ลงความเห็นให้ส่งตัวเข้าโปรแกรมกลับคืนสู่สังคมของสำนักงานคุมประพฤตินั้น ถ้ากรณีผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่มีญาติมารับหรือไม่มีค่าพาหนะเดินทางกลับบ้านก็จะประสานกับสำนักงานคุมประพฤติในพื้นที่เพื่อให้การสงเคราะห์ค่าเดินทาง ทั้งนี้เจ้าหน้าที่จะต้องแจ้งผู้เข้ารับการฟื้นฟูหรือครอบครัวหรือผู้ปกครอง ให้ไปรายงานตัวเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการปรับตัวคืนสู่สังคมที่สำนักงานคุมประพฤติ โดยการออกใบนัดให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูไปรายงานตัวกับพนักงานคุมประพฤติเจ้าของคดีโดยเร็วภายใน 5 วัน ซึ่งในขั้นตอนนี้อำนาจที่จะต้องส่งเอกสารไปยังสำนักงานคุมประพฤติ ดังนี้ หนังสือส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟู แบบรายงานผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเมื่อครบกำหนด (บพ. 8 – 3) แบบประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (บพ. 8 – 5) และผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3.2 ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ

โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานคุมประพฤติ มีโปรแกรม เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) โปรแกรมพื้นฐาน เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเสพติดซ้ำและการวางแผนชีวิตร่วมกับครอบครัว 2) โปรแกรมเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางจิต เน้นการสอนทักษะชีวิต ทักษะการปฏิเสธ การจัดการอารมณ์ความเครียด ระยะเวลาการฟื้นฟูฯ ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของแต่ละคน

โดยทั้งนี้ผู้ผ่านการฟื้นฟูฯ ทุกโปรแกรมจะต้องเข้าโปรแกรมพื้นฐานของโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติต่ออีก 2 เดือน ยกเว้นกรณีที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรกให้เข้ารับการฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัวโดยใช้โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ จะมีระยะเวลาฟื้นฟู 6 เดือน ซึ่งจะกำหนดให้มารายงานตัวเดือนละครั้งหรือสองเดือน/ครั้ง ขึ้นอยู่กับแต่ละสำนักงานกำหนด

โดยทั่วไปแล้วการเข้าสู่โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติจะเป็นลักษณะการให้มารายงานตัวตามกำหนดนัดหมายกับเจ้าหน้าที่เจ้าของสำนวน พร้อมทั้งการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ทั้งนี้การกำหนดนัดหมายให้มารายงานตัวก็จะแตกต่างกันไปในแต่ละสำนักงาน แต่โดยทั่วไปจะกำหนดนัดหมายให้มารายงาน

ตัวเดือนละ 1-2 ครั้ง ขึ้นอยู่กับเจ้าของสำนวน และปริมาณคดีที่เข้ามาด้วยว่าสามารถดูแลได้ทั่วถึงหรือไม่ นอกจากนี้บางสำนักงานก็จะมีศูนย์รับรายงานตัวนอกสถานที่ ด้วย (ไม่ต้องมาที่สำนักงานคุมประพฤติจังหวัด) เช่น วัด หรือหอประชุมอำเภอ เป็นต้น แต่สำหรับในรายที่มีปัญหาจะต้องได้รับการปรึกษา หรือรายที่พิจารณาแล้วว่าจะไม่ปฏิบัติตามแผนฟื้นฟู ก็จะนัดให้มารายงานตัวที่สำนักงานคุมประพฤติจังหวัด

สำหรับการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดจะตรวจทุกครั้งที่มารายงานตัว แต่ก็พบว่ามีบางสำนักงานที่มีปัญหาด้านงบประมาณชุดตรวจหาสารเสพติด ก็จะสุ่มตรวจเป็นบางครั้ง โดยสังเกตจากพฤติกรรมและการซักถามพูดคุย ซึ่งถ้าตรวจพบสารเสพติด ก็จะให้โอกาสในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วนัดให้มารายงานตัวถึงขึ้น นอกจากนี้ก็จะมีการจัด โปรแกรมอื่นๆ ร่วมด้วย โดยมีการสำรวจว่าผู้เข้ารับการฟื้นฟูมีปัญหาหรือความต้องการให้ช่วยเหลือด้านใด เช่น ค่ายารักษา ค่าค่าปรึกษาทางจิต การอบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันการเสพยา การฝึกอาชีพ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4. ขั้นตอนการติดตามผล

ภายหลังจากผ่านการฟื้นฟูแล้วพนักงานคุมประพฤติจะประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ติดตามดูแล ช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ผ่านการฟื้นฟูฯ ต่อเนื่องไปอีก 1 ปี เพื่อช่วยเหลือให้คำแนะนำในด้านต่างๆ ให้ไม่หวนไปเสพยาอีก และในกรณีที่ไม่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการพนักงานคุมประพฤติจะเป็นผู้ติดตามดูแล ช่วยเหลือ สงเคราะห์ผู้ผ่านการฟื้นฟูฯ หากพบว่าในระหว่างการติดตาม ผู้ผ่านการฟื้นฟูฯ กลับไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดอีก พนักงานคุมประพฤติจะช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำเพื่อไม่ให้ไปกลับไปเสพยาหรือจัดให้ผู้ผ่านการฟื้นฟูฯ ได้เข้ารับการฟื้นฟูฯ ในระบบสมัครใจต่อไป โดยมีขั้นตอนของการติดตาม ดังนี้

1. ให้ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในระดับอำเภอ/เขต กำหนดสถานที่ในการรายงานตัวสำหรับผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ซึ่งอาจเป็นสถานที่ของทางราชการ ศาลาประชาคม วัด ศาสนสถาน สถานที่ทำการของหมู่บ้าน/ตำบล/อบต. หรืออื่นๆ ตามที่เหมาะสม เพื่อเป็นสถานที่รับรายงานตัวของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ภายหลังจากที่กลับไปอยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชนของตนเอง เพื่อเข้าสู่กระบวนการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดย ศป.ปส.อ./เขต/เทศบาลเมือง/เทศบาลนคร เป็นผู้ออกคำสั่งกำหนดสถานที่รายงานตัว
2. ให้ ศป.ปส.อ./เขต/เทศบาลเมือง/เทศบาลนคร ออกคำสั่ง แต่งตั้งผู้ปฏิบัติงานของทางราชการ อาสาสมัคร และประชาชน อาทิ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครคุมประพฤติ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข/เจ้าหน้าที่ของกรุงเทพมหานคร ประชาชนผู้มีจิตอาสา ฯลฯ เป็นผู้ทำหน้าที่ติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู
3. ให้ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในระดับอำเภอ/เขต จำแนกรายชื่อ ตรวจสอบความถูกต้อง และมอบหมายภารกิจให้ผู้ทำหน้าที่ติดตามดูแลและช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูดำเนินการติดตามดูแลและให้คำปรึกษา โดยผู้ที่ได้รับการติดตามดูแลภายใต้กลไกดังกล่าว ได้แก่ ผู้ผ่านการบำบัด

ฟื้นฟูฯ จากระบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ จากระบบบังคับบำบัด และผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ จากสถานพยาบาล ในระบบสมัครใจ (เฉพาะผู้ประสงค์จะขอรับความช่วยเหลือ)

4. ผู้ทำหน้าที่ติดตามในหมู่บ้าน ดำเนินการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ โดยติดตามอย่างน้อยจำนวน 4-7 ครั้งต่อคน ในการติดตามแต่ละครั้งมีระยะห่างในการดำเนินการอย่างน้อย 30 วัน โดยทำการติดตามผู้ผ่านการบำบัดฯ ในปีงบประมาณที่ผ่านมาและปีปัจจุบัน ตามกลุ่มเป้าหมายและแนวทาง ดังนี้

1) ผู้ที่ได้รับการติดตามในปีงบประมาณที่ผ่านมา ที่ยังติดตามไม่แล้วเสร็จตามวงรอบที่กำหนด หรือกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ มอบหมายให้ผู้ทำหน้าที่ติดตามฯ ดำเนินการติดตามเพิ่มเติมอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยให้คำปรึกษา แนะนำให้เห็นถึงโทษของยาเสพติดและชักชวนให้เลิกหรือกลับไปบำบัดฟื้นฟูฯ และช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ให้กลับเข้าไปบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานที่บำบัดฟื้นฟูฯ พร้อมรายงานผลการดำเนินงาน

2) ผู้ที่ได้รับการติดตามในปีงบประมาณที่ผ่านมา ที่แจ้งความจำนงขอรับความช่วยเหลือ มอบหมายให้ดำเนินการติดตามและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อประกอบการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการให้ความช่วยเหลือ จากนั้นพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามศักยภาพ พร้อมรายงานผล

3) ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ในปีงบประมาณปัจจุบัน ตามประกาศ คสช. ฉบับที่ 108/2557 (ระบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) และผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ในระบบระบบบังคับบำบัด มอบหมายให้ดำเนินการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างน้อย 4-7 ครั้ง โดยผู้ที่แจ้งความจำนงขอรับความช่วยเหลือ ให้ดำเนินการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการให้ความช่วยเหลือ จากนั้นพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามศักยภาพ พร้อมรายงานผลการดำเนินงาน

เงื่อนไขในการติดตาม :

3.1) กำหนดสถานที่ในการรายงานตัวสำหรับผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ภายในหมู่บ้าน/ชุมชน หรือตำบล เพื่อเป็นสถานที่ให้ผู้ผ่านการบำบัดฯ ได้เข้าไปรายงานตัวภายหลังจากผ่านการกระบวนการบำบัดฟื้นฟูฯ ภายในวงรอบที่กำหนด

3.2) การติดตามดูแลช่วยเหลือในแต่ละครั้ง ให้มีระยะห่างของการติดตาม อย่างน้อย 30 วัน

3.3) ในการติดตามดูแลช่วยเหลือในแต่ละราย (เฉพาะผู้ผ่านการบำบัดฯ ในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามประกาศ คสช. ฉบับที่ 108/2557 และผู้ผ่านการบำบัดฯ จากระบบบังคับบำบัด) หากพบว่าผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ มีการใช้ยาเสพติดในช่วงที่มีการติดตาม ให้ผู้ทำหน้าที่ติดตามดำเนินการติดตามอย่างน้อย 7 ครั้ง โดยมีจำนวนครั้งที่ติดตามสูงสุด 12 ครั้ง

4) การสิ้นสุดการติดตามดูแลช่วยเหลือจะมีผลในกรณี ดังนี้

4.1) มีการติดตาม จำนวน 4-7 ครั้ง และพบว่าผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ สามารถเลิกหรือไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดได้อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง หรือให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ เสร็จสิ้นแล้ว

4.2) เมื่อดำเนินการติดตามและพบว่าไม่พบตัวผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ให้ระบุสาเหตุที่ไม่พบอย่างชัดเจน เช่น ย้ายที่อยู่ เปลี่ยนที่ทำงาน ถูกจับ เสียชีวิต ติดตามไม่ได้ เป็นต้น โดยแบ่งออกเป็น 2 กรณี

- กรณีที่ระบุสาเหตุว่ามีการย้ายที่อยู่ เปลี่ยนที่ทำงาน ไปยังนอกพื้นที่ ติดตามไม่ได้ ให้ดำเนินการติดตามต่อจนครบจำนวน 4 ครั้งและให้ถือว่าสิ้นสุดการติดตาม

- กรณีที่ระบุสาเหตุว่า ถูกจับ เสียชีวิต ให้สิ้นสุดการติดตามทันที

4.3) กรณีที่ผู้เสพผู้ศึดยาเสพติดถูกนำตัวเข้าสู่กระบวนการบำบัดตามประกาศ คสช. ฉบับที่ 108/2557 ให้ทำการตรวจสอบข้อมูลในระบบ NISPA หากเป็นบุคคลที่อยู่ระหว่างการบำบัดฟื้นฟูในระบบ บังคับบำบัดของกรมคุมประพฤติ และระบบสมัครใจของสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ส่งต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบ แต่ถ้าหากเป็นบุคคลที่ยังอยู่ระหว่างการติดตามดูแลช่วยเหลือในการบำบัดรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบังคับบำบัดให้สิ้นสุดการติดตามดูแลช่วยเหลือทันที และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดตามประกาศ คสช. ฉบับที่ 108/2557 รอบใหม่

4.4) หากพบบุคคลที่ไม่เคยผ่านการบำบัดฟื้นฟู หรือไม่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติดในระหว่างที่มีการติดตามดูแลช่วยเหลือ ให้ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูจังหวัด/กรุงเทพมหานคร รายงานข้อเท็จจริงแก่สำนักงาน ป.ป.ส. พร้อมหลักฐานประกอบการพิจารณา เพื่อจำหน่ายรายชื่อออกจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติดและระบบการติดตามดูแลช่วยเหลือ

5. ผู้ทำหน้าที่ติดตามในหมู่บ้าน นำบันทึกผลการติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูส่งให้ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูอำเภอ/เขต นำเข้าข้อมูลในระบบ NISPA และดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้ต้องการความช่วยเหลือ รวมถึง ดำเนินการจัดหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการวิเคราะห์เหตุผลความจำเป็นเพื่อดำเนินการให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสมต่อไป หากอำเภอสามารถจัดการให้ความช่วยเหลือตามการร้องขอได้ ให้ทำการบันทึกข้อมูลการให้ความช่วยเหลือในระบบ NISPA กรณีที่ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ให้ส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

6. ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูจังหวัด/กรุงเทพมหานคร ดำเนินการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ผ่านการบำบัดฯ * รวมถึง อำนาจการและกำกับ การดำเนินงานในการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ให้เป็นไปตามเป้าหมาย

ส่วนที่ 2

ผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ติดยาเสพติดของระบบบังคับบำบัด

สำหรับผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ได้ดำเนินการศึกษาผลลัพธ์ในทุกขั้นตอนของระบบบังคับบำบัดทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการจับกุมและการสอบสวน ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (ทั้งการฟื้นฟูโดยสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ และการฟื้นฟูของโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ) และขั้นตอนการติดตามผล ทั้งนี้จะนำเสนอผลลัพธ์ของการบำบัดในแต่ละขั้นตอนออกเป็น 3 ประเด็นหลักๆ ได้แก่ 1) ข้อมูลผลการดำเนินงาน 2) ประสิทธิภาพและความคิดเห็นในการดำเนินงาน และ 3) ปัญหาและอุปสรรค โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผลลัพธ์ของขั้นตอนการจับกุมและการสอบสวน

1.1 ข้อมูลการจับกุมและการสอบสวน

จากการศึกษาพบว่าผู้เข้าบำบัดที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 798 คน โดยแบ่งเป็นผู้เข้าบำบัดที่ส่งบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์จำนวน 386 คน และที่ส่งบำบัดหน่วยงานอื่นๆ จำนวน 412 คน (หน่วยบำบัดอื่นๆ ได้แก่ กรมทหารม้าที่ 4, ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว, กรมทหารม้าที่ 30 พล.ร.2 จ.ปราจีนบุรี, ศูนย์ฟื้นฟูฯ กองบิน 2 ลพบุรี, กรมทหารราบที่ 11 ฉะเชิงเทรา, ค่ายจักรพงษ์ จ.ปราจีนบุรี, กองบิน 56 จ.สงขลา, กองพลพัฒนาที่ 4 ค่ายรัตนพล, โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, โรงพยาบาลปัตตานี, โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จ.ปัตตานี, โรงพยาบาลยะหริ่ง จ.ปัตตานี, โรงพยาบาลยะรัง จ.ปัตตานี, ศูนย์วิวัฒน์พลเมือง กองทัพบกที่ 1 อุดรฯ, ศูนย์วิวัฒน์พลเมือง กรมทหารราบที่ 16 จ.ยโสธร, กองร้อยอาสารักษาดินแดน จ.หนองคาย, กองบิน 23 อุตรดิตถ์ เป็นต้น)

ผู้เข้าบำบัดทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 80.6%, หน่วยบำบัดอื่น 95.6%) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์เท่ากับ 27, หน่วยบำบัดอื่นเท่ากับ 28) ส่วนใหญ่ถูกจับกุมในฐานะความผิดเสพยาเสพติด รองลงมาคือเสพและครอบครอง, เสพและจำหน่าย, เสพและมีไว้ครอบครองเพื่อจำหน่าย ตามลำดับ ซึ่งเป็นคดีที่เกี่ยวข้องกับเมทแอมเฟตามีนมากที่สุด รองลงมาคือกัญชา, ไอซ์, สารระเหยและเฮโรอีน เมื่อพิจารณาลำดับครั้งการกระทำผิดพบว่าส่วนใหญ่การกระทำผิดครั้งปัจจุบันจะเป็นการกระทำผิดครั้งที่ 2 (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 31.3%, หน่วยบำบัดอื่น 28.2%) รองลงมาเป็นการกระทำผิดครั้งแรก (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 29.0%, หน่วยบำบัดอื่น 24.8%) และการกระทำผิดครั้งที่ 3 (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 21.2%, หน่วยบำบัดอื่น 19.9%) ตามลำดับ

สำหรับประวัติการถูกดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติด พบว่าผู้เข้าบำบัดทั้งในสองกลุ่มส่วนใหญ่จะเคยถูกดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติดมาแล้ว 1 ครั้ง (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 40.2%, หน่วยบำบัดอื่น

38.1%) ส่วนสารเสพติดที่ใช้ พบว่าเมทแอมเฟตามีนมากที่สุดซึ่งพบในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 87.8%, หน่วยบำบัดอื่น 91.7%) รองลงมาคือ กัญชา ไอซ์ กระเทียม สารระเหยและเฮโรอีน ตามลำดับ

ส่วนการนำตัวผู้ต้องหาไปศาลเพื่อสั่งตรวจพิสูจน์ พบว่าในกลุ่มผู้ต้องหาอายุต่ำกว่า 18 ปี พบว่ากลุ่มผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และหน่วยบำบัดอื่นมีความล่าช้า คิดเป็น 20.0% เท่ากัน โดยมีระยะเวลาที่ล่าช้าเฉลี่ย 2 วัน ส่วนในกลุ่มผู้ต้องหาที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความล่าช้าเพียงเล็กน้อย โดยสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 9.1% ส่วนหน่วยบำบัดอื่น 8.5% โดยระยะเวลาที่ล่าช้าเฉลี่ย 4 และ 2.5 วันตามลำดับ (ตาราง 1)

ผลกระทบจากขั้นตอนการจับกุมและสอบสวน พบว่า ทั้งสองกลุ่มได้รับผลกระทบทางกายใกล้เคียงกัน (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 8.3%, หน่วยบำบัดอื่น 6.1%) ซึ่งผลกระทบที่ได้รับได้แก่ อาการขาดยา, ร่างกายทรุดโทรม, มีปัญหาด้านสุขภาพและได้รับความรุนแรงทางกาย ส่วนผลกระทบทางจิตใจพบว่า ผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ได้รับผลกระทบ 13.5% โดยส่วนมากพบว่าจะถูกข่มขู่ รองลงมาคือการถูกบีบบังคับให้สารภาพ, ถูกรีดไถเงิน, การบังคับให้เป็นสายตำรวจ ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มผู้เข้าบำบัดในหน่วยบำบัดอื่นๆ ได้รับผลกระทบ 8.7% โดยถูกบีบบังคับให้สารภาพมากที่สุด และรองลงมาคือการถูกข่มขู่, การบังคับให้เป็นสายตำรวจและการยึดยึดข้อหา ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งสองกลุ่มได้รับผลกระทบทางสังคมในสัดส่วนที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับผลกระทบด้านอื่นๆ โดยผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ได้รับผลกระทบ 45.6% ส่วนกลุ่มผู้เข้าบำบัดในหน่วยบำบัดอื่นๆ ได้รับผลกระทบ 56.1% โดยผลกระทบที่ได้รับส่วนใหญ่คือ การไม่ยอมรับจากชุมชน, ขาดรายได้ เนื่องจากถูกควบคุมตัว, ไม่มีคนในครอบครัวมาเยี่ยม, ถูกมองว่าเป็นคนไร้ค่า, ถูกดูถูกเหยียดหยามและถูกแบ่งชนชั้น (ตาราง 1)

ตาราง 1 ข้อมูลการจับกุมและการสอบสวน

ตัวแปร	สถานพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์ n=386		สถานบำบัดอื่นๆ n=412	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	311	80.6	394	95.6
หญิง	75	19.4	18	4.4
2. อายุ				
ต่ำกว่า 18 ปี	25	6.5	10	2.4
18 ปี ขึ้นไป	361	93.5	402	97.6
	Median=27 IQR=13 Min.=14 Max.=62		Median= 28 IQR= 10 Min.=16 Max.=63	
3. ฐานความผิด				
เสพ	261	67.6	293	71.1
เสพและครอบครอง	92	23.8	94	22.8
เสพและครอบครองเพื่อจำหน่าย	20	5.2	17	4.1
เสพและจำหน่าย	13	3.4	8	1.9
4. คดีที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด				
เมทแอมเฟตามีน	325	84.2	356	86.4
กัญชา	32	8.3	17	4.1
ไอซ์	13	3.4	27	6.6
เฮโรอีน	1	0.3	2	0.5
สารระเหย	10	2.6	10	2.4
ฝิ่น	5	1.3	0	0.0
5. การกระทำความผิดครั้งปัจจุบัน				
ครั้งแรก	112	29.0	102	24.8
ครั้งที่ 2	121	31.3	116	28.2
ครั้งที่ 3	82	21.2	82	19.9
ครั้งที่ 4	38	9.8	49	11.9
ครั้งที่ 5	18	4.7	27	6.6
ครั้งที่ 6 ขึ้นไป	15	3.9	36	8.7

ตาราง 1 ข้อมูลการจับกุมและการสอบสวน (ต่อ)

ตัวแปร	สถานพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์ n=386		สถานบำบัดอื่นๆ n=412	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. ประวัติการถูกดำเนินคดีเกี่ยวกับยาเสพติด				
ไม่เคยถูกดำเนินคดีมาก่อน	125	32.4	124	30.1
เคย 1 ครั้ง	155	40.2	157	38.1
เคย 2 ครั้ง	89	23.1	111	26.9
เคย 3 ครั้ง ขึ้นไป	17	4.3	20	4.9
7. ชนิดสารเสพติดที่ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
เมทแอมเฟตามีน	339	87.8	378	91.7
กัญชา	72	18.7	86	20.9
ไอซ์	51	13.2	97	23.5
เฮโรอีน	6	1.6	5	1.2
กระท่อม	51	13.2	72	17.5
สารระเหย	8	2.1	7	1.7
8. ความล่าช้าในการนำผู้ต้องหาไปศาล				
8.1 ผู้ต้องหาอายุต่ำกว่า 18 ปี	n=25		n=10	
-ไม่ล่าช้า	20	80.0	8	80.0
-ล่าช้า	5	20.0	2	20.0
ระยะเวลาที่ล่าช้า	Median=2		Median=2	
8.2 ผู้ต้องหาอายุ 18 ปี ขึ้นไป	n=361		n=402	
-ไม่ล่าช้า	328	90.9	368	91.5
-ล่าช้า	33	9.1	34	8.5
ระยะเวลาที่ล่าช้า	Median=4		Median=2.5	
9. ผลกระทบทางกาย				
ไม่ได้รับผลกระทบ	354	91.7	387	93.9
ได้รับผลกระทบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	32	8.3	25	6.1
-มีอาการขาดยา	6	18.8	4	16.0
-ปัญหาสุขภาพ (นอนไม่หลับ, เบาหวาน, ร่างกายทรุดโทรม)	1	3.1	10	40.0

ตาราง 1 ข้อมูลการจับกุมและการสอบสวน (ต่อ)

ตัวแปร	สถานพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์ n=386		สถานบำบัดอื่นๆ n=412	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ล้วงละเมิดร่างกายในการตรวจค้น	2	6.3	1	4.0
- ได้รับความรุนแรงทางกาย	25	78.1	10	40.0
10. ผลกระทบทางจิตใจ				
ไม่ได้รับผลกระทบ	334	86.5	376	91.3
ได้รับผลกระทบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	52	13.5	36	8.7
- การข่มขู่	22	42.3	13	36.1
- รีดไถเงิน	19	36.5	3	8.3
- การขังเยียดข้อหา	1	1.9	5	13.9
- การขังเยียดของกลาง	2	3.8	2	5.6
- บีบบังคับให้สารภาพ	20	38.5	14	38.9
- การบังคับให้เป็นสายตำรวจ	14	26.9	8	22.2
11. ผลกระทบทางสังคม				
ไม่ได้รับผลกระทบ	210	54.4	181	43.9
ได้รับผลกระทบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	176	45.6	231	56.1
- การไม่ยอมรับจากชุมชน	94	53.4	174	75.3
- การถูกเหยียดหยาม	41	23.3	26	11.3
- ถูกมองว่าเป็นขโมย	13	7.4	2	0.9
- ถูกแบ่งชนชั้น	13	7.4	5	2.2
- ถูกมองว่าเป็นคนไร้ค่า	34	19.3	39	16.9
- โดนให้ออกจากงาน	2	1.1	5	2.2
- ไม่มีคนในครอบครัวมาเยี่ยม	37	21.0	57	24.7
- ขาดรายได้เนื่องจากถูกควบคุมตัว	93	52.8	160	69.3

1.2 ประสพการณ์และความคิดเห็นในการดำเนินงานจับกุมและสอบสวน

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ตำรวจทั้งฝ่ายปราบปรามและพนักงานสอบสวน มีดังนี้

1. ด้านการจับกุม จากประสพการณ์ในการจับกุมผู้ต้องหาคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของเจ้าหน้าที่

ตำรวจ พบว่าส่วนใหญ่ผู้กระทำผิดจะเป็นคนเดิมๆ และจะมีลักษณะพฤติกรรมทั้งเสพและจำหน่ายร่วมกัน และถ้าเป็นการจับกุมกลุ่มวัยรุ่นก็มักจะพบว่ามีการครอบครองด้วย เช่น ปืน ประดิษฐ์ มีดยาว เป็นต้น และถ้าเจ้าหน้าที่ตำรวจผลอกกลุ่มวัยรุ่นบางคนมักจะหลบหนี และในกรณีที่เป็นการจับกุมผู้กระทำผิดใหม่ก็มักจะพบว่าส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี แต่ตำรวจจะไม่ค่อยจับกุม เพราะในการจับกุมผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี จะต้องมีความจำเป็นหรือเป็นความผิดซึ่งหน้า (ถ้าไม่เข้าข่ายกรณีดังกล่าวถือว่าเป็นการจับกุมโดยมิชอบ) และพนักงานสอบสวนจะต้องสอบสวนให้เสร็จภายใน 24 ชั่วโมง จะสอบสวนเพียงลำพังไม่ได้ ต้องมีนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ บุคคลที่เด็กร้องขอ และพนักงานอัยการเข้าร่วมด้วย ซึ่งระยะเวลาเพียง 24 ชั่วโมงนั้นค่อนข้างจำกัดมากในการดำเนินการสอบสวน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจุบันผู้ปกครองเริ่มกล้าให้ข้อมูลเจ้าหน้าที่ตำรวจมากขึ้น เช่นบางคนทนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของบุตรหลานไม่ไหว ก็จะนำข้อมูลมาแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจให้ไปดำเนินการจับกุม

2. ด้านการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด พบว่าในการขอตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ผู้ต้องสงสัย

ส่วนใหญ่จะให้ความยินยอมดี แต่เท่าที่เจอคือจะไม่ยอมปัสสาวะ และพบว่าบางกรณีที่เกิดตรวจปัสสาวะเบื้องต้นพบว่า “ไม่พบสารเสพติด” แต่ว่าผู้ต้องสงสัยมีลักษณะพฤติกรรมที่น่าสงสัย หรือบางคนก็ได้กลิ่นของยาเสพติดตามตัว ก็จะถูกเชิญตัวไปตรวจปัสสาวะยืนยันที่โรงพยาบาลของรัฐเช่นกัน

3. ด้านการสอบสวน พบว่าถ้าเป็นการสอบสวนผู้ต้องหาที่เป็นวัยรุ่นมักจะให้การปฏิเสธถึงแม้จะตรวจปัสสาวะให้ผลบวกก็ตาม ทั้งนี้เพราะกลัวครอบครัวจะรู้ว่าตนเสพยาเสพติด และนอกจากนี้ในการแจ้งข้อหาในชั้นจับกุมกับการแจ้งข้อกล่าวหาในชั้นสอบสวนเป็นคนละเรื่องกัน โดยถึงแม้ว่าผู้จับกุมแจ้งข้อหาผิด ๆ ถูก ๆ ก็ไม่เป็นความผิดอาญา แต่การแจ้งข้อกล่าวหาของพนักงานสอบสวนมีผลทำให้มีการควบคุมตัวผู้ต้องหา จึงต้องอธิบายข้อเท็จจริงและรายละเอียดให้ผู้ต้องหาทราบและเข้าใจฐานความผิดที่ถูกกล่าวหา

4. ด้านการตรวจค้นผู้ต้องสงสัยเพศหญิง พบว่าการดำเนินการค้นตัวผู้ต้องสงสัยผู้หญิงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและการเก็บตัวอย่างปัสสาวะทำได้ยุ่งยาก โดยเฉพาะการตั้งด่านในสถานที่ที่ไม่มีห้องน้ำห้องส้วมเฉพาะ ดังนั้นจึงไม่ค่อยมีการตรวจค้นหรือตรวจปัสสาวะในผู้ต้องสงสัยผู้หญิง รวมทั้งถ้าเจ้าหน้าที่ตำรวจผู้ชายดำเนินการตรวจค้นเองเกรงว่าจะโดนร้องเรียนด้วย

1.3 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานจับกุมและสอบสวน

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจฝ่ายปราบปรามและพนักงานสอบสวน มีดังนี้

1. ปัญหางบประมาณไม่เพียงพอ เช่นขาดแคลนชุดตรวจหาสารเสพติดเบื้องต้น งบประมาณที่สนับสนุนมาไม่เพียงพอ

2. ปัญหาการขอประกันตัวเพื่อปล่อยตัวชั่วคราว พบว่าญาติผู้ต้องหายังไม่เข้าใจว่าคดียาเสพติดตาม พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดนั้น จะอนุญาตให้ประกันตัวเพื่อขอปล่อยตัวชั่วคราวได้นั้นเป็นอำนาจของคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในการพิจารณา แต่ญาติผู้ต้องหาบางคนจะถามว่าทำไมไม่สามารถประกันตัวได้ในชั้นสอบสวน หรือว่าเจ้าหน้าที่ต้องการเรียกผลประโยชน์อย่างอื่น โดยเฉพาะในกรณีที่มีแค่ผลตรวจปัสสาวะเป็นบวก (พบสารเสพติด) ไม่มีของกลางใดๆ ซึ่งเขาคิดว่าเป็นการกระทำผิดที่ไม่รุนแรงเหมือนกลุ่มผู้ค้ายาเสพติด จึงไม่น่าจะต้องถูกควบคุมตัวที่สถานีตำรวจนานถึง 48 ชั่วโมง น่าจะให้ประกันตัวออกไปได้

3. ปัญหาสำนวนคดีค้าง เนื่องจากพนักงานสอบสวนจะต้องเก็บสำนวนคดีไว้จนกว่าจะได้รับรายงานผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดว่า ผ่าน หรือไม่ผ่านการฟื้นฟู ซึ่งต้องเก็บไว้จนกว่าจะสามารถจ่ายสำนวนออกไปได้

4. ปัญหาการส่งตัวผู้ต้องหาไปศาลล่าช้า โดยเฉพาะถ้ามีการจับกุมในช่วงวันศุกร์จะต้องรีบสอบสวนให้เสร็จและส่งตัวไปศาลในวันเสาร์ ซึ่งศาลจะเปิดทำการในวันเสาร์แค่ครึ่งวัน ดังนั้นถ้าทำการสอบสวนไม่ทันก็จะทำให้เกิดปัญหาการส่งตัวผู้ต้องหาไปศาลล่าช้าออกไปอีก

5. ปัญหาการติดตามผู้เข้ารับการฟื้นฟู พบว่าในกรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่ผ่านเกณฑ์แล้วแจ้งให้พนักงานสอบสวนมารับตัวไปดำเนินคดี ปัญหาที่คือตามตัวผู้ต้องหาไม่ได้ ทั้งออกหมายเรียก ออกหมายจับก็ยังไม่สามารถติดตามได้ทำให้คดีค้าง

6. ปัญหาประชาชนขาดความมั่นใจในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจ โดยพบว่ากรณีที่ผู้ต้องหาได้รับการปล่อยตัวชั่วคราวออกมา ทำให้มีประชาชนบางกลุ่มไม่เข้าใจว่ากฎหมายนี้ให้อำนาจเจ้าหน้าที่ตำรวจมากน้อยเพียงใด เพราะเห็นว่าตำรวจจับผู้ต้องหาไปไม่กี่วันก็ปล่อยตัวออกมาแล้ว ทำให้ไม่เชื่อถือในกฎหมายและประชาชนเกิดความหวาดระแวง และกลัวว่าชุมชนจะไม่ปลอดภัย เพราะผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดถูกจับไปก็ได้รับการปล่อยตัวออกมาเหมือนเดิม

2. ผลลัพธ์ของขั้นตอนการตรวจพิสูจน์

2.1 ข้อมูลผลการดำเนินงานตรวจพิสูจน์

จากการตรวจพิสูจน์พบว่ากลุ่มผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ติด (64.2%) ส่วนกลุ่มผู้เข้าบำบัดในหน่วยบำบัดอื่นๆ พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ (65.3%) โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จะถูกควบคุมตัวระหว่างรอตรวจพิสูจน์ (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 68.9%, หน่วยบำบัดอื่น 71.4%) และถูกควบคุมตัวแล้วได้รับการประกันตัวภายหลัง (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 19.9%, หน่วยบำบัดอื่น 18.4%) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการควบคุมตัวใกล้เคียงกัน (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เท่ากับ 23.20 วัน , หน่วยบำบัดอื่น เท่ากับ 24.42 วัน) (ตาราง 2)

สำหรับการตรวจหาสารเสพติดในขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ พบว่ากลุ่มผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์มีการตรวจโดยใช้ชุดตรวจสารเสพติดเบื้องต้นและไม่ได้ดำเนินการตรวจพิสูจน์ (ใช้ผลการตรวจพิสูจน์จากขั้นตอนการสอบสวน) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือ 37.3% และ 35.8% ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มผู้เข้าบำบัดในหน่วยบำบัดอื่นๆ พบว่าส่วนใหญ่ดำเนินการตรวจพิสูจน์โดยใช้ชุดตรวจสารเสพติดเบื้องต้น 60.9% ซึ่งจากผลการตรวจพิสูจน์พบว่าสารเสพติดส่วนมากที่พบคือเมทแอมเฟตามีน (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 85.5%, หน่วยบำบัดอื่น 84.0%) นอกจากนี้พบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการขยายเวลาตรวจพิสูจน์ และมีระยะเวลาเฉลี่ยการขยายเวลาใกล้เคียงกัน (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ใช้เวลาเฉลี่ย 12 วัน , หน่วยบำบัดอื่น ใช้เวลาเฉลี่ย 14 วัน) ซึ่งเหตุผลในการขยายเวลาส่วนใหญ่คือติดตามพยาน รองลงมาคือ ตรวจประวัติอาชญากร, ปริมาณคดีมีมาก, รอรวบรวมข้อมูลและรอสถานฟื้นฟูตามลำดับ สำหรับการขอประกันตัวเพื่อปล่อยตัวชั่วคราวระหว่างตรวจพิสูจน์ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ขอประกันตัว (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 65.5%, หน่วยบำบัดอื่น 65.0%) รองลงมาคือ ขอประกันตัวและได้รับการปล่อยตัวชั่วคราว (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 31.1%, หน่วยบำบัดอื่น 28.6%) (ตาราง 2)

ผลกระทบจากขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ได้รับผลกระทบทางกาย แต่มีบางส่วนที่ได้รับผลกระทบโดยมีอาการขาดยาและมีปัญหาสุขภาพ (เช่นปวดเมื่อยร่างกายและร่างกายทรุดโทรม) ส่วนผลกระทบทางจิตใจพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้รับผลกระทบเช่นกัน แต่ก็มีผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และหน่วยบำบัดอื่นได้รับผลกระทบบางส่วน (9.6% และ 5.8% ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่ถูกข่มขู่ รองลงมาคือ การบีบบังคับให้สารภาพ, การรีดไถเงินและการบังคับให้เป็นสายตำรวจ ตามลำดับ ส่วนผลกระทบทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบคือการไม่ยอมรับจากชุมชน รองลงมาคือ ขาดรายได้เนื่องจากถูกควบคุมตัว ไม่มีคนมาประกันตัว ไม่มีคนในครอบครัวมาเยี่ยม ถูกมองว่าเป็นคนไร้ค่าและถูกแบ่งชนชั้น ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 2 ข้อมูลการตรวจพิสูจน์

ตัวแปร	สถานพยาบาลสังกัด		สถานบำบัดอื่นๆ	
	กรมการแพทย์ n=386		n=412	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การวินิจฉัยผู้เสพ/ผู้ติด				
ผู้เสพ	115	29.8	113	27.4
ผู้ติด	248	64.2	269	65.3
ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง	23	6.0	30	7.3
2. การควบคุมตัวระหว่างรอตรวจพิสูจน์				
ไม่ถูกควบคุมตัว (ได้รับการประกันตัว)	43	11.1	42	10.2
ถูกควบคุมตัว	266	68.9	294	71.4
ถูกควบคุมตัวแล้วได้รับการประกันตัวภายหลัง	77	19.9	76	18.4
3. ระยะเวลาถูกควบคุมตัวระหว่างรอตรวจพิสูจน์ (วัน)	n=343		n=370	
1-15	84	24.5	86	23.2
16-30	175	51.0	174	47.0
31-45	84	24.5	110	29.7
	Mean= 23.2	SD.= 1.07	Mean= 24.42	SD.=1.15
4. การตรวจหาสารเสพติดในขั้นตอนการตรวจพิสูจน์				
ไม่ได้ตรวจ (ใช้ผลตรวจจากขั้นตอนการสอบสวน)	138	35.8	155	37.6
ใช้ชุดตรวจสารเสพติดเบื้องต้น	144	37.3	251	60.9
ผลตรวจยืนยันจากโรงพยาบาล	104	26.9	6	1.5
5. ผลการตรวจพิสูจน์: ชนิดของสารเสพติด	n=248		n=257	
เมทแอมเฟตามีน	212	85.5	216	84.0
กัญชา	20	8.1	12	4.7
ไอซ์	10	4.0	27	10.5
ฝิ่น	5	2.0	0	0.0
เฮโรอีน	1	0.4	2	0.8

ตาราง 2 ข้อมูลการตรวจพิสูจน์ (ต่อ)

ตัวแปร	สถานพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์ n=386		สถานบำบัดอื่นๆ n=412	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. การขยายเวลาการตรวจพิสูจน์				
ไม่ขยาย	121	31.3	100	24.3
ขยาย	265	68.7	312	75.7
7. ระยะเวลาที่ขยายการตรวจพิสูจน์ (วัน)	n=265		n=312	
1-10	119	44.9	101	32.4
11-20	93	35.1	132	42.3
21-30	53	20.0	79	25.3
	Median= 12 IQR=12 Min.=1		Median= 14 IQR=12	
	Max.=30		Min.=1 Max.=30	
8. เหตุผลการขยายเวลาการตรวจพิสูจน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
ติดตามพยาน	139	52.5	114	36.5
ตรวจประวัติอาชญากร	128	48.3	124	39.7
ปริมาณคดีมีมาก	32	12.1	43	13.8
รอสถานฟื้นฟู	12	4.5	19	6.1
รอรวบรวมข้อมูล	29	10.9	31	9.9
9. การขอประกันตัวเพื่อปล่อยตัวชั่วคราวระหว่าง ตรวจพิสูจน์				
ไม่ได้ขอประกันตัว	253	65.5	268	65.0
ขอประกันตัวและได้รับการปล่อยตัวชั่วคราว	120	31.1	118	28.6
ขอประกันตัว แต่ไม่ได้รับการปล่อยตัวชั่วคราว	13	3.4	26	6.3
10. ผลกระทบทางกาย				
ไม่ได้รับผลกระทบ	382	99.0	397	96.4
ได้รับผลกระทบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	4	1.0	15	3.6
-มีอาการขาดยา	3	75.0	1	6.6
-ได้รับความรุนแรงทางกาย	1	25.0	10	66.6

ตาราง 2 ข้อมูลการตรวจพิสูจน์ (ต่อ)

ตัวแปร	สถานพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์ n=386		สถานบำบัดอื่นๆ n=412	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
-มีปัญหาสุขภาพ (ปวดเมื่อย,ร่างกายทรุดโทรม)	0	0.0	6	40.0
11. ผลกระทบทางจิตใจ				
ไม่ได้รับผลกระทบ	349	90.4	388	94.2
ได้รับผลกระทบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	37	9.6	24	5.8
-การข่มขู่	24	64.9	7	29.2
-บีบบังคับให้สารภาพ	19	51.4	10	41.7
-การบังคับให้เป็นสายตำรวจ	2	5.4	6	25.0
-รีดไถเงิน	0	0.0	8	33.3
12. ผลกระทบทางสังคม				
ไม่ได้รับผลกระทบ	206	53.4	194	47.1
ได้รับผลกระทบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	180	46.6	218	52.9
-การไม่ยอมรับจากชุมชน	115	63.9	178	81.7
-การถูกเหยียดหยาม	43	23.9	27	12.4
-ถูกมองว่าเป็นขโมย	9	5.0	3	1.4
-ถูกแบ่งชนชั้น	22	12.2	9	4.1
-ถูกมองว่าเป็นคนไร้ค่า	30	16.7	40	18.3
-โดนให้ออกจากงาน	2	1.1	1	0.5
-ไม่มีคนในครอบครัวมาเยี่ยม	50	27.8	63	28.9
-ไม่มีคนมาประกันตัว	79	43.9	142	65.1
-ขาดรายได้เนื่องจากถูกควบคุมตัว	100	55.6	148	67.9

2.2 ประสบการณ์และความคิดเห็นในการดำเนินงานตรวจพิสูจน์

จากการสัมภาษณ์พนักงานคุมประพฤติงานตรวจพิสูจน์ ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานตรวจพิสูจน์ที่ผ่านมา มีดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ พบว่า ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์มักเป็นคนเดิม ๆ เช่น บางคนเคยถูกจับมาแล้ว 4-5 ครั้ง และจากการซักประวัติบางคนก็ขายยาเสพติดกันทั้งครอบครัว และส่วนใหญ่ที่พบจะเป็นผู้ใช้แรงงาน มีการใช้ยาเสพติดเพื่อให้สามารถทำงานให้ได้เยอะขึ้น ถ้าเป็นกลุ่มนักเรียน นักศึกษามักจะอ้างว่าใช้ในการเรียนเพื่อให้อ่านหนังสือได้นาน ๆ แต่ส่วนมากน่าจะใช้เพื่อความบันเทิงมากกว่า และถ้าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นวัยรุ่นก็มักจะมีปัญหาครอบครัว เช่นพ่อแม่เลิกรากันไปแล้วอยู่กับปู่ย่าตายาย แต่ก็มีบางคนที่มีฐานะทางบ้านดีมาก

2. การใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ พบว่าในบางพื้นที่ อาทิเช่นจังหวัดเชียงใหม่ ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ในแต่ละพื้นที่จะนิยมเสพยาเสพติดประเภทต่าง ๆ กัน ซึ่งสามารถแยกได้เลยว่าอยู่ในพื้นที่ใด เช่น เสพยาบ้า ส่วนมากเป็นวัยรุ่นในตัวเมืองเชียงใหม่ ถ้าเป็นเฮโรอีนจะเป็นชาวเขาแถบอำเภอเชียงดาว แต่ถ้าเป็นฝิ่นจะเป็นชาวเขาแถบอำเภอมก๋อย และถ้าเป็นไอซ์ ยาอี ยาเค จะเป็นกลุ่มคนที่มีฐานะพบได้มากตอนออกตรวจสถานบันเทิง เป็นต้น แต่สำหรับบางพื้นที่เช่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าราคาขายเสพติดที่ซื้อขาย ขึ้นอยู่กับพื้นที่ด้วย (เช่น ขอนแก่น ยาบ้าเม็ดละ 200 บาท) และสามารถเชื่อมโยงได้ว่าบุคคลนั้นเกี่ยวข้องกับยาเสพติดระดับใด ยิ่งซื้อได้ถูกแสดงว่าเข้าถึงแหล่งยาเสพติดได้ง่าย หรืออาจจะเป็นผู้ค้ารายย่อย ถ้าซื้อได้ราคาแพงแสดงว่าอาจจะเข้าถึงยาเสพติดได้ยาก

3. การประกันตัวเพื่อขอลปล่อยตัวชั่วคราวระหว่างตรวจพิสูจน์ พบว่าในบางครั้งอาจจะไม่ได้รับการพิจารณาคำร้องในวันนั้น ๆ ที่ยื่นคำร้อง เนื่องจากต้องให้คณะอนุกรรมการฯ ทุกคนมาวินิจฉัยร่วมกัน และถ้าไม่ตรงกับวันกำหนดการประชุมของคณะอนุกรรมการฯ ก็จะต้องรอประมาณ 1-2 วัน ซึ่งเจ้าหน้าที่คุมประพฤติต้องชี้แจงประเด็นนี้ให้กับผู้ยื่นขอประกันตัวทราบและในบางครั้งก็ต้องมีการควบคุมตัวผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ไว้ก่อน นอกจากนี้ในบางกรณีก็มีการคัดค้านการประกันตัวของผู้ต้องหาฐานความผิดเสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และฐานความผิดเสพและจำหน่ายยาเสพติด เนื่องจากผู้ต้องหาดังกล่าวอาจจะเป็นผู้ค้ารายใหญ่ที่แฝงตัวเข้ามาได้ ดังนั้นพนักงานคุมประพฤติจะต้องตรวจพิสูจน์ให้ได้ว่ามีพฤติการณ์เป็นผู้ค้าหรือไม่

สำหรับหลักประกันในการขอลปล่อยตัวชั่วคราว ปัจจุบันจะแนะนำให้ใช้สมุดเงินฝากประจำของธนาคาร และให้ธนาคารรับรองว่าจะไม่ยินยอมให้ผู้ฝากถอนเงินประกันออกไปจนกว่าจะได้รับความยินยอมจากสำนักงานคุมประพฤติ ซึ่งจะทำให้สะดวกในการจัดเก็บมากกว่าการใช้เงินสด ส่วนในการกำหนดวงเงินในการประกันตัวจะขึ้นอยู่กับฐานความผิดและประเภทของยาเสพติดที่ใช้ และจะกำหนดไว้เต็มวงเงินสูงสุด เช่น ฐานความผิดเสพยาเสพติดให้โทษประเภท 1 และ 2 กำหนดไว้ไม่เกิน 10,000 บาท ก็ให้วงเงินประกัน 10,000 บาท เลย เพื่อไม่ให้มีการร้องเรียนว่ามีการวางเงินประกันตัวไม่เท่ากัน

4. การแฝงตัวของผู้จำหน่ายยาเสพติดเข้ามาในระบบบังคับบำบัด ทั้งนี้จากเจตนาของ พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ว่าผู้เสพคือผู้ป่วยซึ่งควรได้รับการฟื้นฟู ก็จะพบว่ามิบังกรณีที่พบว่าผู้ค้าแฝงเข้ามาในระบบนี้ด้วย เพราะตั้งใจเสพและครอบครองยาเสพติดในปริมาณที่ไม่เกินตามกฎหมายกำหนด เช่น ยาบ้า ไม่เกิน 5 เม็ด เพื่อให้ไม่ต้องถูกดำเนินคดีอาญา หรือการให้เด็กวัยรุ่นเป็นคนเดินยา (จำหน่ายยาเสพติด) โดยจะให้ยาเสพติดเก็บไว้ในปริมาณที่ไม่เกินตามที่ พรบ. นี้ กำหนด

5. การสร้างเครือข่ายยาเสพติดจากการเข้ารับการตรวจพิสูจน์ พบว่าในการควบคุมตัวระหว่างตรวจพิสูจน์นานถึง 45 วัน ทำให้กลุ่มผู้ที่เริ่มใช้ยาเสพติดอาจจะได้เรียนรู้เทคนิคหรือประสบการณ์เกี่ยวกับยาเสพติด เช่นวิธีการเสพ ชนิดยาเสพติดใหม่ๆ แหล่งยาเสพติดได้จากผู้ต้องหาที่มีประสบการณ์มานานๆ และเกิดการสร้างเครือข่ายขึ้นมาได้

6. การใช้ดุลพินิจของคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในการพิจารณากำหนดแผนฟื้นฟู พบว่าในบางครั้งความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่คุมประพฤติกับดุลพินิจของคณะกรรมการฯ ไม่ตรงกัน ก็มี เช่นเจ้าหน้าที่คุมประพฤติเสนอแผนการฟื้นฟูให้เป็นแบบควบคุมตัว เนื่องจากผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เคยมีประวัติเข้ารับการฟื้นฟูมาก่อนและเคยหลบหนี แต่เนื่องด้วยผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นหัวหน้าครอบครัว หารายได้หลักมาเลี้ยงครอบครัว มีภาระต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวสูง คณะกรรมการฯ จึงเสนอให้มีการฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัวแทน นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ดุลพินิจของคณะกรรมการในการพิจารณากำหนดจำนวนครั้งการรายงานตัวของผู้เข้ารับการฟื้นฟูในโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ (2 เดือน) ในแต่ละจังหวัดจะไม่เหมือนกัน บางจังหวัดกำหนดให้รายงานตัวเดือนละ 1 ครั้ง (เช่น ขอนแก่น อุดร) แต่บางแห่งให้รายงานตัวเดือนละ 2 ครั้ง (เช่น บึงกาฬ) โดยทั้งนี้จะพิจารณาจากพฤติกรรมและผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดของผู้เข้ารับการฟื้นฟูด้วย

7. การให้ถ้อยคำของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ พบว่า ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เมื่อถูกควบคุมตัวระหว่างการตรวจพิสูจน์ มักจะได้รับการบอกต่อจากคนที่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการฟื้นฟูมาแล้ว หรือมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันว่า ควรให้ข้อมูลในการสอบปากคำแบบใด ลักษณะใด แล้วจะถูกส่งไปบำบัดแบบใด สถานที่ใด

8. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ พบว่าการประเมินภาวะสุขภาพไม่ได้ทำการประเมินโดยแพทย์ แต่ให้เจ้าหน้าที่คุมประเวศงานตรวจพิสูจน์ประเมินจากแบบประเมินทางกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ประวัติความเจ็บป่วย (อาทิเช่น ระบบประสาท อาการผิดปกติทางจิตประสาท ประวัติการติดเชื้อมานทางเข็มฉีดยาเสพติด) อาการแสดงออกทางกาย (อาทิเช่น ง่วงซึม กระวนกระวาย นอนไม่หลับ หนาววูบว้าว มีรอยเข็มฉีดยาหรือรอยกรีดตามตัว มีอาการทางด้านการศึกษา ไหว และรับความรู้สึกผิดปกติ) และอาการผิดปกติทางจิต ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม (อาทิเช่น การรับรู้ การบอกชื่อ สถานที่ บุคคล เวลาไม่ถูกต้อง หรือมีความคิดหลงผิด มีอาการประสาทหลอน ซึมเศร้า พฤติกรรมสับสน)

2.3 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานตรวจพิสูจน์

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในงานตรวจพิสูจน์ จากการสัมภาษณ์สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัญหาหลักคือเข้ามาจำนวนมาก แต่จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ทำให้บางครั้งไม่สามารถดำเนินการตรวจพิสูจน์ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ได้เสร็จทันเวลาที่กำหนดคือภายใน 15 วัน เป็นผลให้ต้องมีการขยายเวลาการตรวจพิสูจน์ออกไปอีก

2. ปัญหาไม่มีผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดจากพนักงานสอบสวน โดยพบว่ามีบางกรณีที่ไม่สามารถตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดได้ เนื่องจากพนักงานสอบสวนแจ้งว่าเพราะมีปัญหาบางประการจึงทำให้ขาดแคลนชุดตรวจหาสารเสพติด

3. ปัญหาข้อคำถามในแบบประเมินทางสังคมและจิตใจ เป็นคำถามที่กว้างเกินไป ไม่ชัดเจน และบางคำถามเข้าใจยาก

4. ปัญหาด้านภาษา ในกรณีที่ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นแรงงานต่างด้าว เช่น ลาว กัมพูชา พม่า (ซึ่งเป็นแรงงานประมง) จะมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารทำให้เป็นอุปสรรคในการสอบประวัติและการเข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟู ดังนั้นการเสนอแผนฟื้นฟูสำหรับคนกลุ่มนี้จะใช้แผนฟื้นฟูเป็น โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติด้วยการให้มารายงานตัวทุกเดือน เป็นระยะเวลา 6 เดือนแทน ซึ่งบางครั้งแผนฟื้นฟูดังกล่าวก็ไม่สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพการใช้ยาเสพติด เพราะบางคนอาจจะใช้มานานถึงขั้นติดอย่างรุนแรงแล้ว

3. ผลลัพธ์ของขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

3.1 การฟื้นฟูโดยสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์

3.1.1 ผลการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

จากจำนวนผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 386 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 80.6% และเพศหญิง 19.4% มีอายุเฉลี่ย 27 ปี และสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (41.2%) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (33.4%) มัธยมศึกษาตอนปลาย (15.8%) ตามลำดับ สถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่โสด (28.5%) รองลงมาคือสมรส (28.5%) แยกกันอยู่ (7.3%) และหย่า (7.0%) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (51.8%) ว่างาน (19.2%) เกษตรกรรม (13.2%) ซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001-10,000 บาท (61.0%) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างบิดา-มารดาพบว่าส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น (42.5%) และในครอบครัวมีคนใช้สารเสพติด 29.5% ได้แก่สุรา ยาบ้า บุหรี่ กระท่อม ไอซ์ เป็นต้น และมีเพื่อนใช้ยาเสพติดถึง 82.1% ได้แก่ยาบ้า กัญชา ไอซ์ กระท่อม สารระเหย สุรา บุหรี่ เป็นต้น (ตาราง 3)

สำหรับข้อมูลการบำบัดและการประเมินผู้เข้ารับการฟื้นฟู พบว่า ผู้เข้ารับการฟื้นฟูส่วนใหญ่เป็นผู้ติดยาเสพติด (74.6%) ผู้เสพยา (15.5%) ผู้ติดรุนแรง (9.8%) โดยชนิดของสารเสพติดที่ใช้ก่อนเข้าบำบัดส่วนใหญ่เป็นเมทแอมเฟตามีน (77.7%) กัญชา (11.4%) ไอซ์ (6.0%) กระท่อม (5.4%) ตามลำดับ โดยมีระยะเวลา

ใช้ยาเสพติดเฉลี่ย 5 ปี (ระยะเวลาสั้นสุด 1 ปี และนานสุด 28 ปี) และสารเสพติดที่ใช้ร่วมได้แก่ ยาบ้า กัญชา ไอซ์ เฮโรอีน กระต่อม สารระเหย บุหรี่ สุรา เป็นต้น และเป็นการเข้าบำบัดครั้งแรก (66.3%) ครั้งที่สอง (21.2%) ครั้งที่ 3 (8.3%) ตามลำดับ ทั้งนี้จากการประเมินผู้เข้าบำบัดพบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาครอบครัวระดับเล็กน้อย (45.3%) ละปานกลาง (42.7%) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมพบว่า ส่วนใหญ่มีกลุ่มเพื่อนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด (79.8%) รองลงมาคือหาซื้อยาเสพติดในชุมชนได้ง่าย (71.2%) และเคยกระทำความผิดหรือต้องโทษคดีเกี่ยวข้องกับยาเสพติด (30.1%) คนในครอบครัวเกี่ยวข้องกับยาเสพติด (19.9%) และมีพฤติกรรมจำหน่ายยาเสพติด (13.2%) ตามลำดับ ส่วนการประเมินการประกอบอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ชอบทำงานที่ได้เงินมาง่ายและเร็ว (42.3%) ทำงานที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด (36.3%) และเปลี่ยนงานบ่อย (29.3%) ส่วนด้านสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคอื่น ๆ ร่วม (93.0%) (ตาราง 4)

สำหรับการประเมินผลการบำบัด พบว่า จากจำนวนผู้ป่วย 386 คน มีคนที่บำบัดครบกำหนด 120 วัน (48.4%) อยู่ระหว่างการบำบัด (34.7%) หลบหนีและติดตามมาไม่ได้ (13.7%) หลบหนีและติดตามกลับมาได้ (2.1%) และที่เหลือมีการปรับแผนฟื้นฟู เสียชีวิตและส่งตัวคืนสำนักงานคุมประพฤติ (1.1%)

สำหรับการประเมินผลเมื่อบำบัดครบ 90 วัน พบว่ามีผู้ได้รับการประเมิน 215 คน (55.7%) และยังไม่ครบกำหนดการประเมิน 118 คน (30.6%) หลบหนี 53 คน (13.7%) โดยสามารถปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพครบถ้วน (77.7%) มีพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูระดับดี 71.2% ระดับพอใช้ 28.4% และต้องปรับปรุง 0.5% ตามลำดับ และส่วนใหญ่ตรวจไม่พบสารเสพติด (99.5%) มีการปฏิบัติตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดครบถ้วน (77.7%) ไม่มีการกระทำผิดกฎหมายระหว่างการฟื้นฟู (100.0%) มีระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับดี (71.6%) ระดับพอใช้ (27.9%) และต้องปรับปรุง (0.5%) ซึ่งเมื่อสรุปแล้วพบว่าผ่านการประเมินพฤติกรรม (97.7%) ไม่ผ่าน (2.3%) สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับการบำบัด พบว่า เห็นควรให้ดำเนินการฟื้นฟูต่อไป (60.0%) เห็นควรลดระยะเวลาฟื้นฟูฯ (39.1%) เนื่องจากมีพฤติกรรมดี กระตุ้นตัวเองได้ดี มีความรับผิดชอบ อยู่ในกฎระเบียบ ดูแลตนเองและผู้อื่น ได้ มีความตั้งใจในการบำบัด เสียสละ มีความกระตือรือร้นต่อการเข้าร่วมกิจกรรมและงานที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น ขยายเวลาฟื้นฟู (0.5%) และปรับแผนฟื้นฟู (0.5%) (ตาราง 5)

สำหรับการประเมินผลเมื่อบำบัดครบ 120 วัน พบว่ามีผู้ได้รับการประเมิน 199 คน (51.6%) และยังไม่ครบกำหนดการประเมิน 132 คน (34.2%) หลบหนี (13.7%) เสียชีวิต (0.3%) ส่งตัวคืนสำนักงานคุมประพฤติ (0.3%) โดยสามารถปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพครบถ้วน (99.5%) มีพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูระดับดี 88.9% ระดับพอใช้ 11.1% ตามลำดับ และส่วนใหญ่ตรวจไม่พบสารเสพติด (99.5%) มีการปฏิบัติตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนดครบถ้วน (97.5%) ไม่มีการกระทำผิดกฎหมายระหว่างการฟื้นฟู (99.5%) มีระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับดี (84.9%) ระดับพอใช้ (15.1%) ซึ่งเมื่อสรุปแล้วพบว่าผ่านการประเมินพฤติกรรม (99.0%) ไม่ผ่าน (1%) สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับการบำบัด พบว่า เห็นควรส่งตัวเข้าโปรแกรมกลับคืนสู่สังคมของสำนักงานคุมประพฤติ (97.0%) เห็นควรขยายเวลาฟื้นฟู (0.5%) และผลฟื้นฟูเป็นที่น่าพอใจและเห็นสมควรให้พ้นจากความผิดที่ถูกลงโทษ (2.5%) (ตาราง 5)

ส่วนผลกระทบที่มีต่อผู้เข้าบำบัด พบว่า ได้รับผลกระทบทางกาย 4.4% โดยพบว่ามีอาการขาดยา และมีปัญหาสุขภาพ (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ โรคผิวหนัง) ได้รับผลกระทบทางจิตใจ 24.0% โดยส่วนใหญ่จะเบื่อหน่าย ซึมเศร้า รongลงมาคือ หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน หวาดระแวง ก้าวร้าวและมีอาการผิดปกติทางจิต เป็นต้น และได้รับผลกระทบทางสังคมมากที่สุดถึง 53.9% ได้แก่ การไม่ยอมรับจากชุมชน ขาดรายได้เนื่องจากถูกควบคุมตัว ไม่มีคนในครอบครัวมาเยี่ยม ถูกมองว่าเป็นคนไร้ค่า ถูกเหยียดหยาม ถูกมองว่าเป็นขโมย เป็นต้น (ตาราง 5)

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการฟื้นฟู

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	311	80.6
หญิง	75	19.4
2. อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 18 ปี	25	6.5
18-34	270	69.9
35-44	69	17.9
45-54	20	5.2
55-64	2	0.5
Median=27 IQR=13 Min.=14 Max.=62		
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	2.3
กำลังศึกษา	13	3.4
ประถมศึกษา	159	41.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	129	33.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	61	15.8
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	14	3.6
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรีขึ้นไป	1	0.3
4. สถานภาพสมรส		
โสด	216	56.0
สมรส	110	28.5
แยกกันอยู่	28	7.3

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับบริการฟื้นฟู (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
หย่า	27	7.0
หม้าย	5	1.3
5. อาชีพปัจจุบัน		
เกษตรกรกรรม	51	13.2
ค้าขาย	34	8.8
รับจ้าง	201	51.8
ธุรกิจส่วนตัว	14	3.6
นักเรียน/นักศึกษา	15	3.4
ว่างงาน	74	19.2
6. รายได้ต่อเดือน (บาท)		
□ 5,000	74	24.7
5,001-10,000	483	61.0
10,001-15,000	28	9.3
15,001 ขึ้นไป	15	5.0
Median=8,000 IQR=4375 Min.=1,000 Max.=50,000		
7. ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา-มารดาในปัจจุบัน		
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	164	42.5
อยู่ด้วยกันอย่างไม่ราบรื่น	26	6.7
หย่า	58	15.0
แยกกันอยู่	31	8.0
บิดาเสียชีวิต	58	15.0
มารดาเสียชีวิต	21	5.4
บิดา/มารดา เสียชีวิต	28	7.3
8. การใช้สารเสพติดของคนในครอบครัว		
ไม่มี	272	70.5
มี	114	29.5
9. การใช้สารเสพติดของเพื่อน		
ไม่มี	69	17.9
มี	317	82.1

ตาราง 4 ข้อมูลการบำบัดและการประเมินผู้เข้ารับการฟื้นฟู

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1.ประเภทผู้เข้ารับบำบัด		
ผู้เสพ	60	15.5
ผู้ติด	288	74.6
ผู้ติดยุติธรรม	38	9.8
2.ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ก่อนบำบัด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เมทแอมเฟตามีน	300	77.7
กัญชา	44	11.4
ไอซ์	23	6.0
เฮโรอีน	8	2.1
กระท่อม	21	5.4
สารระเหย	5	1.3
3.ระยะเวลาที่ใช้ยาเสพติด (ปี)		
<input type="checkbox"/> 5	246	63.7
6-10	100	25.9
11-15	22	5.7
16 ขึ้นไป	18	4.7
Median=5 IQR=5 Min.=1 Max.=28		
4. สารเสพติดอย่างอื่นที่ใช้ร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่ใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วม	140	36.3
เมทแอมเฟตามีน	46	11.9
กัญชา	35	9.1
ไอซ์	25	6.5
เฮโรอีน	4	1.0
กระท่อม	41	10.6
สารระเหย	4	1.0
บุหรี่	92	23.8
สุรา	85	22.0

ตาราง 4 ข้อมูลการบำบัดและการประเมินผู้เข้ารับการรักษา (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
5.การเข้ารับบำบัดครั้งปัจจุบัน		
ครั้งแรก	256	66.3
ครั้งที่ 2	82	21.2
ครั้งที่ 3	32	8.3
ครั้งที่ 4 ขึ้นไป	16	4.1
การประเมินผู้ป่วย		
6.การวิเคราะห์ปัญหาครอบครัว		
ครอบครัวปกติถึงมีปัญหาเล็กน้อย	175	45.3
มีปัญหาครอบครัวระดับปานกลาง	165	42.7
มีปัญหาครอบครัวมาก	46	11.9
7.การประเมินสังคมและสิ่งแวดล้อม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
หาซื้อขายเสพติดในชุมชนได้ง่าย	275	71.2
กลุ่มเพื่อนเกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด	308	79.8
เคยกระทำความผิดหรือต้องโทษคดีเกี่ยวข้องกับยาเสพติด	116	30.1
มีพฤติกรรมจำหน่ายยาเสพติด	51	13.2
คนในครอบครัวเกี่ยวข้องกับยาเสพติด	77	19.9
8.การประเมินการประกอบอาชีพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) n=300		
เปลี่ยนงานบ่อยๆ	88	29.3
ทำงานที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด	109	36.3
ชอบทำงานที่ได้เงินมาง่ายๆและเร็ว	127	42.3
มีงานประจำที่มั่นคง	31	10.3
9.โรคแทรก/โรคร่วม		
ไม่มี	359	93.0
มี	27	7.0
10.บุคลิกภาพ/ปัญหาสุขภาพจิต		
ไม่ได้ประเมิน	21	5.4
ไม่พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต	265	68.7
เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต	92	23.8
พบปัญหาสุขภาพจิตชัดเจน	8	2.1

ตาราง 5 การประเมินผลการบำบัด

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1.สถานะของผู้เข้ารับการบำบัด		
อยู่ระหว่างการบำบัด	134	34.7
บำบัดครบกำหนด 120 วัน	187	48.4
หลบหนีติดตามไม่ได้	53	13.7
หลบหนีและติดตามมาได้	8	2.1
เสียชีวิต	1	0.3
ปรับแผนการฟื้นฟู	2	0.5
ส่งตัวคืนสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด	1	0.3
2. การประเมินผลเมื่อบำบัดครบ 90 วัน		
ได้รับการประเมิน	215	55.7
ยังไม่ครบกำหนดการประเมิน	118	30.6
หลบหนี	53	13.7
ผลการประเมินเมื่อบำบัดครบ 90 วัน n=215		
3.การปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด		
ครบ	167	77.7
ไม่ครบ	48	33.3
4.ผลการประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
ดี	153	71.2
พอใช้	61	28.4
ต้องปรับปรุง	1	0.5
5.ผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ		
ไม่พบ	214	99.5
พบสารเสพติด	1	0.5
6.การปฏิบัติตามเงื่อนไขอื่นๆที่คณะกรรมการฯ กำหนด		
ครบ	167	77.7
ไม่ครบ	20	9.3
ไม่มีเงื่อนไข	28	13.0

ตาราง 5 การประเมินผลการบำบัด (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
7.การกระทำผิดกฎหมายระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
ไม่มี	215	100.0
มี	0	0.0
8.สรุประดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม		
ดี	154	71.6
พอใช้	60	27.9
ต้องปรับปรุง	1	0.5
9.ผลการประเมินพฤติกรรม		
ผ่าน	210	97.7
ไม่ผ่าน	5	2.3
10.ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบำบัด		
ดำเนินการฟื้นฟูต่อไป	129	60.0
ลดระยะเวลาฟื้นฟูฯ	84	39.1
ขยายระยะเวลาฟื้นฟูฯ	1	0.5
ปรับแผนการฟื้นฟู	1	0.5
11. การประเมินผลเมื่อบำบัดครบ 120 วัน		
ได้รับการประเมิน	199	51.6
ยังไม่ครบกำหนดการประเมิน	132	34.2
หลบหนี	53	13.7
ส่งตัวคืนสำนักงานคุมประพฤติ	1	0.3
เสียชีวิต	1	0.3
ผลการประเมินเมื่อบำบัดครบ 120 วัน n=199		
12.การปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด		
ครบ	198	99.5
ไม่ครบ	1	0.5

ตาราง 5 การประเมินผลการบำบัด (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
13.ผลการประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
ดี	177	88.9
พอใช้	22	11.1
ต้องปรับปรุง	0	0.0
14.ผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ		
ไม่พบ	198	99.5
พบสารเสพติด	1	0.5
15.การปฏิบัติตามเงื่อนไขอื่นๆที่คณะอนุกรรมการฯ กำหนด		
ครบ	194	97.5
ไม่ครบ	1	0.5
ไม่มีเงื่อนไข	4	2.0
16.การกระทำผิดกฎหมายระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
ไม่มี	198	99.5
มี	1	0.5
17.สรุประดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม		
ดี	169	84.9
พอใช้	30	15.1
ต้องปรับปรุง	0	0.0
18.ผลการประเมินพฤติกรรม		
ผ่าน	197	99.0
ไม่ผ่าน	2	1.0
19.ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบำบัด		
ขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพ	1	0.5
ส่งตัวเข้าโปรแกรมกลับคืนสู่สังคมของสำนักงานคุมประพฤติ	193	97.0
ผลฟื้นฟูเป็นที่น่าพอใจและเห็นสมควรให้พ้นจากความผิดที่ ถูกกล่าวหา	5	2.5

ตาราง 5 การประเมินผลการบำบัด (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
20. ผลกระทบทางกาย n= 362		
ไม่ได้รับผลกระทบ	346	95.6
ได้รับผลกระทบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	16	4.4
- มีอาการชาขดขา	3	18.75
- ปัญหาสุขภาพอื่นๆ	13	81.25
21. ผลกระทบทางจิตใจ n= 362		
ไม่ได้รับผลกระทบ	275	76.0
ได้รับผลกระทบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	87	24.0
- เบื่อหน่าย ซึมเศร้า	79	90.8
- หวาดระแวง	2	2.3
- หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน	7	8.0
- ก้าวร้าว รุนแรง ทำร้ายผู้อื่น	2	2.3
- อาการผิดปกติทางจิต	1	1.1
22. ผลกระทบทางสังคม n= 362		
ไม่ได้รับผลกระทบ	167	46.1
ได้รับผลกระทบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	195	53.9
- การไม่ยอมรับจากชุมชน	96	49.2
- การถูกเหยียดหยาม	36	18.5
- ถูกมองว่าเป็นขโมย	20	10.3
- ถูกแบ่งชนชั้น	10	5.1
- ถูกมองว่าเป็นคนไร้ค่า	58	29.7
- โดนให้ออกจากงาน	9	4.6
- ไม่มีคนในครอบครัวมาเยี่ยม	69	35.4
- ขาดรายได้เนื่องจากถูกควบคุมตัว	95	48.7

3.2 การฟื้นฟูของโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ

3.2.1 ผลการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

จากข้อมูลผู้รับการฟื้นฟูของโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ จำนวน 55 คน พบว่าเป็นเพศชาย 39 คน (70.9%) และเพศหญิง 16 คน (29.1%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-34 ปี (67.3%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 80.0% มัธยมศึกษาตอนต้น 14.5% มัธยมศึกษาตอนปลาย 3.6% ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด 43.6% รองลงมาคือสมรส 29.1% หย่า 14.9% และ หม้าย 10.9% ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้าง 52.7% เกษตรกรรม 18.2% และว่างงาน 29.1% มีรายได้เฉลี่ย 9,000 บาท ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ก่อนบำบัดส่วนใหญ่ได้แก่เมทแอมเฟตามีน (70.9%) รองลงมาคือ ไอซ์ (30.9%) กัญชา (12.7%) กระต่อม (10.9%) และสารระเหย (1.8%) โดยผู้รับบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ติดยาเสพติด 87.3% ผู้ติดยาแรง 10.9% และผู้เสพ 1.8% โดยเข้ารับฟื้นฟูในโปรแกรมพื้นฐาน 52.7% โปรแกรมเฉพาะด้าน 20.0% และทั้งสองโปรแกรม 27.3% สำหรับการมารายงานตัว พบว่ามารายงานตัวครบกำหนด 34.5% อยู่ระหว่างการติดตามให้กลับเข้ารับการฟื้นฟู 25.5% อยู่ระหว่างฟื้นฟู 38.2% และไม่มารายงานตัวตามกำหนด 1.8% และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ 98.2% ส่วนการขยายเวลาการบำบัดพบว่าการขยาย 25.5% เนื่องจากเข้ารับการฟื้นฟูไม่ครบตามกำหนด

ส่วนข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พบว่า มีการฟื้นฟูสมรรถภาพครบตามเกณฑ์ 34.5% ไม่ครบตามเกณฑ์ 27.3% และอยู่ระหว่างฟื้นฟู 38.2% โดยไม่มีการกระทำผิดซ้ำระหว่างฟื้นฟู (100.0%) แต่มีการหลบหนี 10.9% มีการกระทำผิดกฎหมายระหว่างการฟื้นฟู 25.5% สำหรับผลการพิจารณาการฟื้นฟูจากคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พบว่ามีความเห็น “พอใจ” 34.5% และส่งตัวคืนสำนักงานคุมประพฤติ 1.8% ส่วนผลกระทบทางสังคมที่ผู้รับการฟื้นฟูได้รับพบว่าส่วนใหญ่คือ การไม่ยอมรับจากชุมชน 54.5% รองลงมาคือถูกมองว่าเป็นคนไร้ค่า ถูกแบ่งชนชั้น ถูกเหยียดหยาม และถูกมองว่าเป็นขโมย ตามลำดับ (ตาราง 6,7)

ตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับการฟื้นฟู

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ			
	ชาย	39	70.9
	หญิง	16	29.1
2. อายุ (ปี)			
	ต่ำกว่า 18 ปี	1	1.8
	18-34	37	67.3
	35-44	13	23.6
	45-54	4	7.3
Mean=29.4 SD.=8.43 Min.=17 Max.=47			

ตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการศึกษา (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	44	80.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	14.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	3.6
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรีขึ้นไป	1	1.8
4. สถานภาพสมรส		
โสด	24	43.6
สมรส	16	29.1
แยกกันอยู่	1	1.8
หย่า	8	14.5
หม้าย	6	10.9
5. อาชีพปัจจุบัน		
ว่างงาน	16	29.1
เกษตรกรกรรม	10	18.2
รับจ้าง	29	52.7
6. รายได้ต่อเดือน (บาท) n=39		
□ 5,000	4	10.3
5,001-10,000	30	76.9
10,001-15,000	4	10.3
15,001 ขึ้นไป	1	2.6
Median=9,000 IQR=3,000 Min.=5,000 Max.=18,000		
7. ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ก่อนบำบัด		
เมทแอมเฟตามีน	39	70.9
กัญชา	7	12.7
ไอซ์	17	30.9
กระท่อม	6	10.9
สารระเหย	1	1.8

ตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการฟื้นฟู (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
8.ประเภทผู้เข้ารับบำบัด		
ผู้เสพ	1	1.8
ผู้ติด	48	87.3
ผู้ติดยาแรง	6	10.9
9.รูปแบบโปรแกรมการบำบัด		
โปรแกรมพื้นฐาน	29	52.7
โปรแกรมเฉพาะด้าน	11	20.0
ทั้งโปรแกรมพื้นฐานและเฉพาะด้าน	15	27.3
10.การรายงานตัว		
อยู่ระหว่างการติดตามให้กลับเข้ารับการฟื้นฟู	14	25.5
ไม่ครบตามกำหนด (ละเมิดกฏสถานฟื้นฟู)	1	1.8
ครบตามกำหนด	19	34.5
อยู่ระหว่างฟื้นฟู	21	38.2
11.การฝึกอาชีพ		
ไม่ได้รับการฝึก	54	98.2
ได้รับการฝึก	1	1.8
12.การขยายเวลาการบำบัด		
ไม่ได้ขยาย	20	36.4
ขยาย (สาเหตุเพราะเข้ารับการฟื้นฟูไม่ครบกำหนด)	14	25.5
อยู่ระหว่างฟื้นฟู	21	38.2

ตาราง 7 ข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1.ผลการพิจารณาการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ		
อยู่ระหว่างการฟื้นฟู	21	38.2
ไม่ครบตามเกณฑ์	15	27.3
ครบตามเกณฑ์	19	34.5

ตาราง 7 ข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
2.การกระทำผิดซ้ำของผู้เข้ารับการฟื้นฟู		
ไม่มี	55	100.0
3.การหลบหนีระหว่างการฟื้นฟู		
ไม่มี	49	89.1
มี	6	10.9
4.การกระทำผิดกฎหมายระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
ไม่มี	41	74.5
มี	14	25.5
5.การส่งต่อผู้เข้ารับการฟื้นฟูไปยังหน่วยงานอื่น		
ไม่ได้ส่งต่อ	55	100.0
6.การจำหน่ายผู้เข้ารับการฟื้นฟู		
ครบตามกำหนด	19	34.5
ยังอยู่ระหว่างการฟื้นฟู	21	38.2
ผู้ป่วยละเมิดกฎของสถานบำบัดฯ	1	1.8
อยู่ระหว่างการติดตามให้กลับเข้ารับการฟื้นฟู	14	25.5
7.ผลการพิจารณาการฟื้นฟูสมรรถภาพจากคณะกรรมการฯ		
อยู่ระหว่างการฟื้นฟู	21	38.2
อยู่ระหว่างการติดตามให้กลับเข้ารับการฟื้นฟู	14	25.5
พอใจ	19	34.5
ส่งตัวคืน (ถูกจับกุมดำเนินคดีใหม่)	1	1.8
8. ผลกระทบทางสังคม		
ไม่ได้รับผลกระทบ	25	45.5
ได้รับผลกระทบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	30	54.5
-การไม่ยอมรับจากชุมชน	19	63.3
-การถูกละเมิดสิทธิ	5	16.7
-ถูกมองว่าเป็นขโมย	3	10.0
-ถูกแบ่งชนชั้น	8	26.7
-ถูกมองว่าเป็นคนไร้ค่า	15	50.0

3.3 ประสบการณ์และความคิดเห็นในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้สัมภาษณ์กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดังกล่าว ได้แก่ พนักงานคุมประพฤติที่รับผิดชอบงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และแพทย์และพยาบาล ซึ่งได้แสดงความคิดเห็นต่อการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ดังนี้

1. กลุ่มพนักงานคุมประพฤติงานฟื้นฟูฯ และคณะอนุกรรมการ

1.1 ลักษณะของผู้เข้ารับการฟื้นฟู พบว่า ผู้เข้ารับการฟื้นฟูมีประมาณ 50% ที่เป็นกลุ่มผู้ค้ายาเสพติด โดยพบว่าบางคนค้ายาเสพติดอย่างเดียว ไม่ได้เสพยาเสพติด แต่จะเสพยาเพื่อให้มีฐานความผิดเสพด้วยเพื่อจะได้ถูกส่งเข้าฟื้นฟู ซึ่งกลุ่มคนพวกนี้เมื่ออยู่ในสถานฟื้นฟูจะปฏิบัติตัวดี อยู่รอให้ครบกำหนดการฟื้นฟูเท่านั้น ซึ่งเมื่อผ่านการฟื้นฟูเขาก็ไม่มีคิดผิดตัว

1.2 การพิจารณาแผนฟื้นฟู พบว่า การจัดแผนฟื้นฟูไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เช่น ฐานความผิดเสพและมีไว้ครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่าย ซึ่งควรได้รับการฟื้นฟูแบบควบคุมตัวเข้มงวด แต่เขามีปัญหาโรคประจำตัวซึ่งสถานฟื้นฟูไม่สามารถดูแลได้ ก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนฟื้นฟูใหม่ และในบางครั้งในระหว่างที่รอสถานฟื้นฟูว่าง ก็จะมีการฝากขังผู้ที่จะเข้ารับการฟื้นฟูไว้ที่เรือนจำก่อน เพราะว่าถ้าปล่อยตัวออกไปเกรงว่าจะตามจับมาไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการพิจารณาเลือกสถานฟื้นฟูจะพิจารณาเรื่องระยะทางในการเดินทางที่จะส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูไปยังสถานฟื้นฟูด้วย ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่คุมประพฤติที่ไปส่งตัว เพราะเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง และเพื่อให้ญาติสามารถเดินทางไปเยี่ยมหรือร่วมกิจกรรมในการฟื้นฟูได้สะดวกด้วย เช่น สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดอุดรธานีส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูได้กำหนดระยะทางไว้ไม่เกิน 180 กม. นอกจากนี้ในการจัดกิจกรรมบำบัดของสถานฟื้นฟูบางแห่งจะมีการปรับรูปแบบการทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ของผู้เข้ารับการฟื้นฟู โดยกลุ่มที่สามารถอ่านออกเขียนได้ก็จะใช้ใบงานที่เขียนได้ แต่สำหรับกลุ่มที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ก็ต้องไม่มีกิจกรรมที่ต้องใช้การเขียนจะเน้นการพูดคุยสื่อสารแทน

1.3 การส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟู พบว่าในการส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูไปยังสถานฟื้นฟูจะไม่มีการแจ้งล่วงหน้าให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูทราบว่าถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูที่ไหน เมื่อใด โดยทั้งนี้เมื่อรับทราบคำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการแล้ว เจ้าหน้าที่คุมประพฤติก็จะดำเนินการส่งตัวไปยังสถานฟื้นฟูเลย และบางครั้งก็พบปัญหาการหลบหนีระหว่างการส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูด้วย โดยมีกรณีพึงประจูด หรือบางครั้งก็จะอ้างว่าต้องการเข้าห้องน้ำห้องส้วม ก็ต้องแะพักแล้วก็หลบหนีไป ดังนั้นการปฐมนิเทศผู้เข้ารับการฟื้นฟูก่อนส่งตัวไปสถานฟื้นฟูจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้มีความเข้าใจถึงวิธีปฏิบัติตนในสถานฟื้นฟูและเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าฟื้นฟู จะช่วยลดภาวะอยากจะหลบหนีได้

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เข้ารับการฟื้นฟูบางคนเป็นสายลับให้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ซึ่งบางครั้งก็มีการขอไม่ให้ส่งตัวเข้าสถานบำบัด เพราะจะทำให้กลุ่มผู้เข้ารับการฟื้นฟูในสถานฟื้นฟูทราบว่าทำงานเป็นสายให้

ตำรวจ จึงต้องปรับเปลี่ยนแผนฟื้นฟูมาใช้โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติแทน ซึ่งทำให้เขาพลาดโอกาสในการบำบัดที่เหมาะสมกับพฤติกรรมร้ายๆ ของเขาและส่งผลต่อการเลิกเสพยาเสพติดได้

1.4 ผู้เข้ารับการฟื้นฟูกระทำผิดเงื่อนไขการฟื้นฟู เช่น ไม่มามีรายงานตัวตามกำหนดนัดหมาย จะต้องมีการเตือนและติดตามตัวให้กลับมาเข้ารับการฟื้นฟูอีกภายในกำหนดระยะเวลาบำบัดให้คือ 3 ปี แต่เมื่อครบ 3 ปี แล้วไม่สามารถติดตามได้ จึงให้รายงานต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาส่งคืนพนักงานสอบสวนต่อไป ซึ่งทั้งนี้สาเหตุของการกระทำผิดเงื่อนไข เช่น ไม่ได้ตั้งใจที่อยากจะเลิกเสพยาเสพติดตั้งแต่แรก

1.5 การสร้างเครือข่ายยาเสพติดจากการเข้ารับการฟื้นฟู พบว่าพนักงานคุมประพฤติเคยได้สอบถามคนที่เข้ารับการฟื้นฟูบอกว่า การเข้าบำบัดไม่ได้ทำให้เขาเลิกยาเสพติดได้ กลับทำให้เขาได้เพื่อนเพิ่มมากขึ้นได้เครือข่ายมากขึ้นอีก เนื่องจากได้รู้จักคนเสพยาจากพื้นที่อื่น ๆ และมีการพูดคุยกันถึงการได้มาซึ่งยาเสพติด เช่นบางคนบอกว่าหายาได้ง่ายมาก แถวบ้านมีเยอะ อยากเสพตอนไหนก็มีให้เสพ ก็เป็นสิ่งที่กระตุ้นที่ทำให้ยังคงมีความอยากที่จะใช้ยาเสพติดอยู่

1.6. วิธีการฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัว พบว่าเป็นวิธีการที่ทำให้การควบคุมผู้เข้ารับการฟื้นฟูให้ปฏิบัติตามเงื่อนไขการฟื้นฟูได้ยาก โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่ตั้งใจอยากจะเลิกเสพยาเสพติด อาทิเช่น โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ ซึ่งผู้เข้ารับการฟื้นฟูจะรู้ล่วงหน้าว่ามีกำหนดการรายงานตัววันใด รู้ว่าจะต้องตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด ซึ่งถ้ายังคงตรวจพบสารเสพติดอยู่ก็แสดงว่าเขาควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือไม่ได้มีความตั้งใจที่อยากจะเลิกใช้ยาเสพติด หรือโปรแกรมโรงพยาบาลใกล้บ้าน (ใช้วิธีการฟื้นฟูแบบจิตสังคมบำบัด (MATRIX MODEL)) ก็จะพบว่าคนกลุ่มนี้จะอยู่ที่บ้านและจะควบคุมตัวยาก และมีบางกรณีที่ถูกส่งตัวไปเข้ารับการบำบัดที่โรงพยาบาลแต่ไม่เข้าไปฟื้นฟูเลย หรือบางครั้งไปอื่นหนังสือส่งตัวเข้าฟื้นฟูเพียงแคว้นเดียว จากนั้นก็ไม่เข้าไปอีกเลย

1.7 การปรับเปลี่ยนแผนฟื้นฟู เนื่องจากปัญหาสถานฟื้นฟูไม่เพียงพอ ทำให้มีการปรับแผนฟื้นฟู ซึ่งประสบการณ์ที่ผ่านมาทั้งการปรับแผนจากแบบควบคุมตัวเข้มงวดไปเป็นควบคุมตัวไม่เข้มงวด หรือจากแบบควบคุมตัวเข้มงวดไปเป็นแบบไม่ควบคุมตัวก็มี ซึ่งแบบไม่ควบคุมตัวเช่น โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ หรือ โปรแกรมผู้ป่วยนอกทำให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูต้องกลับไปอยู่ที่บ้านอยู่ในชุมชนร่วมกับคนทั่วไป ทำให้ประชาชนคิดว่าทำไมถูกตำรวจจับไปไม่นานก็ถูกปล่อยตัวออกมา ซึ่งดูเหมือนว่าเจ้าหน้าที่เลือกปฏิบัติ

1.8 การลดและขยายระยะเวลาฟื้นฟู พบว่าในการขยายเวลาการฟื้นฟูจะพิจารณาตามเหตุผลและระยะเวลาที่พนักงานเจ้าหน้าที่เสนอมา เช่น ถ้าขาดการมารายงานตัวเพียงแค่ 1 ครั้ง อาจจะพิจารณาขยายออกไปอีกแค่ 1-2 เดือน แต่ถ้ากรณีผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขเลย อาจจะขยายออกไป 6 เดือน เป็นต้น ส่วนเหตุผลในการขอขยายระยะเวลาฟื้นฟู เช่น ไม่สามารถปรับตัวได้ ขาดความรับผิดชอบ มีปัญหาทักษะในการดำรงชีวิต เป็นต้น และจะพิจารณาจากผลการประเมินของเจ้าหน้าที่ประจำสถานฟื้นฟูนั้นๆ ประกอบด้วย ส่วนการลดระยะเวลาฟื้นฟู เป็นเหมือนมาตรการในการจูงใจผู้เข้ารับการฟื้นฟู เมื่อมีการปฏิบัติตามเงื่อนไขการฟื้นฟู โดยระยะเวลาที่เคยลดให้คือประมาณ 7-10 วัน

1.9 ครอบครัวเริ่มปรับตัวเข้ากับผู้ใช้ยาเสพติด บางครอบครัวบอกว่าใช้ยาเสพติดก็ไม่เห็นเป็นไร ยิ่งทำงานได้เยอะและช่วยหาเลี้ยงครอบครัวด้วย ซึ่งบางทีเมื่อไปสอบถามก็จะช่วยกัน โทกกว่าคนๆนั้น ไม่ได้ใช้ยาเสพติดแล้ว แต่พอไปสอบถามกับอาสาสมัครคุมประพฤติและผู้นำชุมชนก็จะได้ข้อมูลว่ายังมีพฤติกรรมใช้ยาเสพติดอยู่

2. กลุ่มแพทย์และพยาบาล

2.1 คุณลักษณะของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยระบบบังคับบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และใช้ยาเสพติดประเภทยาบ้า และกัญชา และเป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนามาจากหลายๆพื้นที่ไม่ใช่เฉพาะพื้นที่ใกล้เคียงสถานบำบัดเท่านั้น สำหรับการนำตัวผู้ป่วยส่งเข้าบำบัดนั้นส่วนใหญ่จะไม่มีไม่มีญาติติดตามมาด้วย จะมีเพียงเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคุมประพฤติที่มาส่งตัว นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าผู้ป่วยได้รับการปล่อยตัวชั่วคราวระหว่างตรวจพิสูจน์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังกลับไปใช้ยาเสพติดอีกเหมือนเดิมซึ่งบางคนใช้ยาเสพติดแม้กระทั่งวันส่งตัวเข้าบำบัด (ตรวจพบสารเสพติด) และในบางพื้นที่เช่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่พบว่าผู้ป่วยหญิงก็มักจะพบปัญหาที่ญาติไม่ค่อยมาเยี่ยมหรือติดต่อกันไม่ได้ เพราะผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 90) จะมีคนใกล้ชิดใช้ยาเสพติดด้วยเหมือนกัน เช่น มีแฟนหรือสามีที่ใช้ยาเสพติด หรือบางรายก็ถูกจำคุกคดียาเสพติดด้วย และนอกจากนี้ก็จะมีส่วนอุปถัมภ์ (เอเยนต์ค้ายาเสพติด) ที่คอยส่งเงินให้ครอบครัวมาเยี่ยมแทน และโดยทั่วไปเนื่องจากมีกฎหมายเป็นตัวบังคับ ดังนั้นผู้ป่วยระบบบังคับบำบัดจะยอมปฏิบัติตามกฎระเบียบต่างๆ และพยายามปรับพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้ผ่านการฟื้นฟู หรือลดระยะเวลาการฟื้นฟู

2.2 การตรวจร่างกาย ถึงแม้ว่าสำนักงานคุมประพฤติจะมีการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพผู้รับการฟื้นฟูมาเบื้องต้นแล้วก็ตาม แต่พอมาถึงโรงพยาบาลก็ต้องทำการตรวจคัดกรองใหม่ โดยการตรวจคัดกรองทั้งสุขภาพกายและจิต โดยเฉพาะ โรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเสพติด และโรคประจำตัวด้วย ซึ่งที่เคยพบได้แก่ ไล่เลือด แผลติดเชื้อ กระดูกหัก การติดเชื้อจากการฝังมุกที่อวัยวะเพศ เป็นต้น รวมทั้งการประเมินภาวะทางจิตว่ามีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยหรือไม่ การประเมินพฤติกรรม เช่น ภาวะเสี่ยงต่อการหลบหนี พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง เป็นต้น การประเมินด้านสังคม เช่น ปัญหาครอบครัว (มีลูกเล็กๆที่ไม่มีคนดูแล) , ปัญหาไม่มีบัตรประชาชน (มีผลต่อการตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล), ปัญหาการศึกษา, การติดต่อกัน เป็นต้น โดยการทำงานจะทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ทั้งนี้การประเมินข้างต้นก็เพื่อออกแบบวิธีการฟื้นฟูให้เหมาะสมสภาวะด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและสภาพปัญหาที่ผู้ป่วยประสบอยู่

สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางกายร่วมด้วย ถ้าศักยภาพของโรงพยาบาลสามารถให้การรักษาได้ก็จะดำเนินการรักษาต่อเนื่องต่อไป เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น แต่ก็มีบางกรณีที่ไม่สามารถรักษาได้ เช่น ติดเชื้อในกระแสเลือด วัณโรคปอด เป็นต้น ได้ก็จะส่งตัวคืนสำนักงานคุมประพฤติให้ปรับแผนการฟื้นฟูเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาโรคทางกายก่อน ซึ่งในการส่งต่อเพื่อรักษานั้นสถานพยาบาลบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จะให้ผู้ป่วยย้ายสิทธิการรักษาพยาบาลจากภูมิลำเนายังโรงพยาบาลขอนแก่น พอผ่านการบำบัดออกไปก็จะให้ย้ายสิทธิการรักษาพยาบาลกลับคืนไป แต่ใน

ส่วนของสถาบันรัฐบุรุษรักษารักษาจะไม่ได้เป็นผู้เลือกสถานพยาบาลที่ส่งต่อ แต่ให้สำนักงานคุมประพฤติ ดำเนินการส่งสถานพยาบาลตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากบางครั้งก็เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาต่างจังหวัด เช่น สุรินทร์ ศรีสะเกษ บุรีรัมย์ เป็นต้น และถ้าผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตเวชก็จะส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแทน

2.3 การบำบัดด้วยยา ระยะเวลาในการบำบัดขั้นตอนพิษยาจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับชนิดของยาเสพติดที่ใช้ เช่น ยาบ้า กัญชา จะใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ แต่ถ้าเป็นเฮโรอีนอาจจะใช้เวลานานถึง 1 เดือน แต่พบว่าส่วนใหญ่คนใช้ระบบบังคับบำบัดจะพ้นระยะถอนพิษยามาแล้ว ยกเว้นในรายที่ได้รับการประกันตัวออกไป อาจจะมีการใช้ยาเสพติดอยู่ก็จะมีอาการถอนพิษยา ก็จะส่งเข้าถอนพิษยาการซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 2 สัปดาห์

2.4 การเลือกสถานฟื้นฟู เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดมีภูมิลำเนาจากหลากหลายพื้นที่ ไม่ใช่เพียงเฉพาะพื้นที่ใกล้เคียงสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ในแต่ละภูมิภาคเท่านั้น ซึ่งส่วนมากมักจะประสบปัญหาเช่นเดียวกันคือการติดต่อญาติ เพื่อให้รับทราบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดและกระบวนการบำบัดรวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดนั้นทำได้ยาก หรือบางครั้งก็ไม่สามารถติดต่อญาติได้เลย ดังนั้นในการที่จะแก้ปัญหาเพื่อให้ญาติเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดได้ ควรมีการกำหนดเขตพื้นที่ในการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา โดยเน้นส่งเข้าบำบัดที่สถานบำบัดที่อยู่ใกล้เคียงกับภูมิลำเนาของผู้ป่วยเพื่อให้ญาติสามารถเดินทางมาได้สะดวก เช่น ถ้าเป็นสถาบันรัฐบุรุษรักษารักษาอาจจะรับผู้ป่วยจากเขตจังหวัดปทุมธานี นครนายก นนทบุรี เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในต่างจังหวัดก็ควรส่งเข้าบำบัดในสถานบำบัดในต่างจังหวัดที่อยู่ใกล้เคียงกับภูมิลำเนาผู้ป่วย

2.5 วิธีการฟื้นฟูแบบ FAST Model เนื่องจากสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ได้ใช้วิธีการฟื้นฟูสำหรับผู้บำบัดระบบบังคับบำบัด ที่เรียกว่า FAST Model ซึ่งใช้ระยะเวลาบำบัด 4 เดือน พบว่าในบางกรณีระยะเวลาดังกล่าวอาจจะไม่เพียงพอ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยต้องถอนพิษยา ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ และใช้เวลาปรับตัวอีก 1 เดือน จากนั้นถึงจะส่งเข้ารับการฟื้นฟู ดังนั้นระยะเวลาที่เหลือสำหรับการฟื้นฟูอาจจะไม่เพียงพอสำหรับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของเขาได้ และนอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนก็ติดยาเสพติดมานานเป็น 20 ปี การที่จะใช้เวลาเพียงแค่ 4 เดือนในการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเขา คงเป็นไปได้ จากปัญหาดังกล่าวก็มีบางสถานพยาบาลเช่น โรงพยาบาลรัฐบุรุษรักษารักษาขอนแก่น ได้มีการปรับ intervention กิจกรรมต่างๆเพิ่มเข้าไป ซึ่งแต่ละคนจะได้รับ intervention แตกต่างกันไปทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้ป่วย และมีการประเมินผลของ intervention ด้วยโดยทีมสหวิชาชีพ

สำหรับอุปสรรคของการบำบัดคือ กรณีผู้ป่วยมีปัญหาโรคทางกาย เช่น กระดูกหัก จะมีปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัด ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้เต็มที่ เช่นกิจกรรมการออกกำลังกาย การเกษตร และโรงครัว เป็นต้น ซึ่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้จากกระบวนการบำบัดก็จะน้อยตามไปด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชก็จะมีอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดเช่นกัน ซึ่งการประเมินอาการทางจิตเวชทำได้ยาก เพราะบางรายไม่แสดงอาการถ้าไม่ได้พูดคุยกับผู้ป่วยอย่างจริงจัง ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวช

จะมีการเรียนรู้ การปรับความคิดของเขาทำได้ไม่เต็มที่ที่ส่งผลต่อการบำบัดได้ (บางรายต้องอยู่ได้แค่ชั้น
ถอนพิษยาไม่สามารถย้ายไปสู่ขั้นฟื้นฟูได้)

โดยทั่วไปแล้วสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จะมีตึกฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยระบบบังคับบำบัด
โดยเฉพาะ (ยกเว้นที่โรงพยาบาลรัฐอนุรักษ์เชียงใหม่สำหรับกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่เป็นผู้ป่วยระบบสมัครใจกับ
ระบบบังคับบำบัดจะอยู่ตึกฟื้นฟูเดียวกัน) โดยจะเป็นตึกรวมทั้งผู้ป่วยเด็ก (อายุต่ำกว่า 18 ปี) และผู้ใหญ่
ไม่ได้มีการแยกตึก ซึ่งแนะนำว่าควรแยกตึกเพราะว่า บางทีเด็กอาจจะเรียนรู้พฤติกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการใช้
เสพติดจากผู้ใหญ่ได้ และวิธีการบำบัดในกลุ่มเด็กจะมีจุดเน้นที่แตกต่างไปจากผู้ใหญ่ โดยในกลุ่มเด็กควร
เน้นเรื่องเกี่ยวกับความเข้าใจในตนเอง เพศ สอร์โมน และการเรียน เป็นต้น

2.6 กระบวนการฟื้นฟู

2.6.1 ขั้นตอนเมื่อแรกรับ พบว่า ผู้ป่วยใหม่ส่วนมากจะไม่มีญาติติดตามมาด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยคลาย
กังวล เจ้าหน้าที่จะพยายามติดต่อญาติให้เป็นอันดับแรกเพื่อแจ้งให้ญาติทราบว่าผู้ป่วยมารับการบำบัดที่
โรงพยาบาลแห่งนี้ โดยเจ้าหน้าที่จะเป็นคนต่อสายโทรศัพท์ให้แล้วเวลาพูดคุยก็ให้เปิดลำโพงโทรศัพท์
นอกจากนี้ก็จะมีการจัดพี่เลี้ยงไว้คอยดูแล โดยพี่เลี้ยง 1 คนต่อผู้รับการฟื้นฟู 1 คน ซึ่งพี่เลี้ยงก็คือผู้เข้ารับ
การฟื้นฟูที่มาอยู่ก่อนซึ่งจะทำหน้าที่คอยสอนกฎระเบียบบ้านและข้อห้ามต่างๆ และในการเรียกชื่อผู้ป่วยจะ
ใช้ชื่อเล่น หรือบางทีก็ใช้ชื่อจริงแต่ไม่ใช้นามสกุล เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยด้วย

2.6.2 กฎระเบียบบ้าน ในกรณีที่มีการกระทำผิดกฎระเบียบของบ้าน ก็จะมีบทลงโทษจากน้อยไป
มากคือ Talking to, Pull up, Hair cut, Hot chair, shut down แต่ถ้ามีความประพฤติดีก็จะมีรางวัล เช่น
ได้รับคำชมต่อหน้ากลุ่มเพื่อนสมาชิก การเลื่อนลำดับสายงาน ได้ลดระยะเวลาบำบัด ได้รับโทรศัพท์นานขึ้น
 เป็นต้น นอกจากนี้บางสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาลรัฐอนุรักษ์เชียงใหม่ นอกจากกฎระเบียบพื้นฐาน
แล้วก็จะมีการกำหนดกฎระเบียบบ้านโดยให้สมาชิกบ้านร่วมกันกำหนดขึ้นมา ซึ่งกฎนี้สามารถปรับเปลี่ยน
ได้โดยบางครั้งอาจจะมีกำหนดกฎข้อใหม่ขึ้นมา หรือการยกเลิกกฎเดิม หรือการปรับเปลี่ยนก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ
ข้อตกลงของสมาชิกบ้าน และก็มีข้อห้ามที่สำคัญคือห้ามไม่ให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูมีการพูดคุยกันเรื่องการใช้
ยาเสพติด เพราะอาจจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความอยากที่จะใช้ยาเสพติดได้

2.6.3 กิจกรรมกลุ่มบำบัด พบว่าพยาบาลจะมีบทบาทมากในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดต่างๆ แต่ที่
เน้นมากคือกลุ่มให้คำปรึกษา นอกจากนั้นก็เป็นการให้ Nursing care และการประเมินภาวะเจ็บป่วยของ
คนไข้เบื้องต้นแล้วรายงานแพทย์ ทั้งนี้การพิจารณาให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ นั้น จะ
พิจารณาจากสภาพผู้ป่วยเป็นหลัก เช่น ถ้าเพิ่งเข้ามาอยู่ใหม่ระบบ motor ของกล้ามเนื้อยังไม่ดีก็จะทำงาน
เบาๆ แต่ถ้าใครที่สภาพร่างกายแข็งแรงดีแล้วก็จะมิกิจกรรมบำบัดมาประเมินว่าเหมาะสมกับลักษณะ
กิจกรรมประเภทใด นอกจากนี้ก็จะมีการแจ้งวิธีการประเมินผลให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูทราบว่าจะมีการ
ประเมินอะไรบ้าง และประเมินเมื่อใด เพื่อเป็นการแจ้งให้ทราบว่าควรปฏิบัติตามกฎระเบียบเช่นไร และเพื่อ
ป้องกันการหลบหนี และผู้เข้ารับการฟื้นฟูจะถูกสุ่มตรวจปัสสาวะอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หรือเมื่อสงสัย
ว่ามีพฤติกรรมใช้ยาเสพติดก็จะตรวจทันที

2.6.4 การเยี่ยมของญาติ พบว่า สิ่งของที่ญาตินำมาเยี่ยมจะมีการตรวจค้น ณ จุดญาติเยี่ยม 1 ครั้ง แล้วเมื่อนำมาบนตึกพื้นฟูก็จะมีเจ้าหน้าที่ตรวจสอบซ้ำอีก 1 ครั้ง ซึ่งจะให้เวลาในการพบปะกัน 20 นาทีต่อครั้ง บางรายจะมีญาติมาเยี่ยมบ่อยมากก็จะขอความร่วมมือจากญาติให้มาเยี่ยมในช่วงเวลาที่ไม่ตรงกับช่วงเวลาทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด และถ้ามีกรณีญาตินำเสื้อผ้ามาให้จะไม่อนุญาตให้ใช้เนื่องจากตรวจสอบยากว่าจะมีอะไรซุกซ่อนมาด้วยหรือไม่ ทั้งนี้ผู้ป่วยระบบบังคับบำบัดจะมีเสื้อผ้าที่สำนักงานคุมประพฤติจัดหามาให้แล้ว แต่จะแนะนำให้ฝากเงินไว้ แล้วถ้าผู้ป่วยต้องการอะไร ก็ให้จดไว้แล้วทางเจ้าหน้าที่จะจัดซื้อให้

2.6.5 การติดตามผู้ป่วยที่หลบหนี พบว่ากรณีของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ จะใช้เจ้าหน้าที่ติดตามด้วยรถยนต์ซึ่งอาจจะเป็นพยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยใช้เวลาในการติดตาม 2 ชั่วโมงในบริเวณโดยรอบโรงพยาบาล ถ้าไปเจอผู้เข้ารับการฟื้นฟูก็จะพูดคุยใจให้กลับมา แต่ถ้าเขาไม่กลับก็จะไม่บังคับ เพราะเกรงว่าจะมีการต่อสู้และทำร้ายร่างกายได้จึงต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ด้วย เพราะเคยมีกรณีที่หลบหนีออกไปแล้วไปทำร้ายเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย และกรณีติดตามแล้ว 2 ชั่วโมงไม่พบก็จะไปแจ้งความที่สถานีตำรวจนครบาลและแจ้งเรื่องไปสำนักงานคุมประพฤติให้ทราบ แต่ถ้ากรณีกลับเข้ารับการฟื้นฟูเหมือนเดิมผู้เข้ารับการฟื้นฟูจะถูกลงโทษด้วยการ shut down โดยให้นั่งคิดพิจารณาความผิดของตนเองและการให้คำแนะนำจากสมาชิกทั้งบ้าน

2.6.6 การส่งผู้เข้ารับการฟื้นฟูออกไปฝึกงานนอกสถานฟื้นฟู จะต้องทำแผนการฝึกงานเสนอกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล แล้วประสานงานกับสถานที่ฝึกงาน โดยจะต้องทำความเข้าใจกับผู้เข้ารับการฟื้นฟูว่าถ้าหลบหนีออกไปในระหว่างการฟื้นฟูนี้จะเป็นความผิดอาญาด้วย และการออกไปฝึกงานจะต้องแจ้งให้ญาติทราบด้วย ถ้าญาติไม่อนุญาตก็ไม่สามารถออกไปฝึกได้ และในทุกครั้งที่ออกไปฝึกงานเมื่อกลับเข้ามาก็ต้องมีการตรวจค้นและตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดทุกครั้ง

2.7 การประเมินผลการฟื้นฟู จะมีการประเมินผลการบำบัดเมื่อบำบัดครบ 90 วัน และ 120 วัน รวมทั้งการประเมินกิจกรรมที่ได้เพิ่มเติมลงไปในการบวนการด้วย ซึ่งจะใช้ทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงานร่วมกัน และถ้าพบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ไม่ยอมร่วมมือในการบำบัด ก็จะมีการประสานงานเพื่อส่งตัวคืนสำนักงานคุมประพฤติ เพราะมีความเสี่ยงต่อการทำอันตรายต่อเจ้าหน้าที่ซึ่งทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการทำงาน

2.8 การลดและขยายเวลาฟื้นฟู การขยายระยะเวลาบำบัด พบว่าในบางรายก็ขยายเป็นวันหรือสัปดาห์ โดยกรณีที่มีการขยายเช่น มีปัญหาพฤติกรรมทางกายและจิต (อาทิเช่น ทำร้ายเจ้าหน้าที่ โวยวาย ไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัด) ผู้ป่วยไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งสังเกตได้จากการไม่ค่อยให้ความร่วมมือต่อการรักษา เป็นต้น ส่วนการลดระยะเวลาฟื้นฟู จะทำเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เร็ว ซึ่งจะลดระยะเวลาประมาณ 3-5 วัน ซึ่งถือว่าเป็นการให้รางวัลและการจูงใจในการเข้าบำบัด ทั้งนี้การขอลดหรือขอขยายระยะเวลาฟื้นฟูจะต้องแจ้งไปยังคณะอนุกรรมการก่อน เมื่อได้รับการอนุญาตแล้วจึงดำเนินการได้ ส่วนกรณีที่มีการปรับแผนการฟื้นฟูก็มีเช่น กรณีหลบหนี หรือมีโรคทางกาย (ซึ่งทางโรงพยาบาลไม่สามารถให้การรักษาได้ เช่นหัวใจเต้นผิดปกติ โรค SLE เป็นต้น)

2.9 การติดตามผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยระบบบังคับบำบัดเมื่อผ่านการบำบัดแล้ว ทางโรงพยาบาลไม่ได้เป็นผู้ติดตามผู้ป่วย ดังนั้นจึงไม่ทราบว่าพวกเขากลับคืนสู่สังคมแล้วสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้จริงไหม และคิดว่าระบบการติดตามผลโดยการโทรศัพท์ใช้ไม่ได้ผลเพราะอาจจะได้ข้อมูลที่คาดเคลื่อนหรือบางที่ผู้ผ่านการบำบัดอาจจะโกหกก็ได้ว่าเลิกใช้ยาเสพติดแล้ว แต่ถ้านัดมาพบที่โรงพยาบาลก็จะสามารถตรวจร่างกายและตรวจหาสารเสพติดได้ว่าเขาสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้หรือไม่

2.10 การติดตามผู้ป่วยที่หลบหนี พบว่า ทางโรงพยาบาลจะออกติดตามผู้ป่วยที่หลบหนีในบริเวณรอบนอกโรงพยาบาลเท่านั้นเท่านั้น เพราะไม่มีอัตรากำลังและต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ด้วย แต่เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลยังไม่เข้าใจว่าตาม พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 นั้น กำหนดให้มีวิธีการติดตามผู้ที่หลบหนีอย่างไร เพราะจากข้อมูลที่ได้พบว่าบางคนที่หลบหนีไปก็ยังคงอยู่ที่บ้านตามปกติ ไม่ได้มีใครไปจับกุมตัว

3.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

จากการสัมภาษณ์กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดังกล่าว ได้แก่ พนักงานคุมประพฤติที่รับผิดชอบงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และแพทย์และพยาบาล พอสรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนี้

1. กลุ่มพนักงานคุมประพฤติงานฟื้นฟูฯ และคณะอนุกรรมการ

1.1 ปัญหาสถานฟื้นฟูไม่เพียงพอในการรองรับผู้เข้ารับการฟื้นฟู และข้อจำกัดของสถานฟื้นฟู เช่น บางแห่งรับเฉพาะเพศหญิง หรือบางแห่งรับเฉพาะเพศชาย ซึ่งบางครั้งไม่สามารถที่จะส่งผู้เข้ารับการฟื้นฟูไปยังสถานฟื้นฟูนั้นๆ ได้ เนื่องจากเตียงไม่พอ ส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆตามมามีคือ

1.1.1 ปัญหาไม่สามารถที่จะกำหนดคำวินิจฉัยกำหนดแผนฟื้นฟูให้เป็นไปตามสภาพของผู้เข้ารับการฟื้นฟูแต่ละคนได้ เช่น ผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่เป็นผู้ติดยาเสพติดมานาน หรือเคยต้องโทษจำคุกมาแล้ว หรือเคยเข้ารับการฟื้นฟูมาแล้วหลายครั้ง แล้วคณะอนุกรรมการต้องการให้ฟื้นฟูแบบควบคุมตัวเข้มงวด แต่เนื่องจากสถานฟื้นฟูไม่เพียงพอก็ต้องปรับแผนฟื้นฟูใหม่ เช่นเป็นแบบไม่ควบคุมตัว ซึ่งทำให้ไม่สอดคล้องเหมาะสมกับผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่แท้จริง และส่งผลต่อการฟื้นฟูได้ เนื่องจากผู้ที่มีภาวะติดยาเสพติดรุนแรงซึ่งควรได้รับการฟื้นฟูจากเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด แต่ต้องออกไปอยู่ข้างนอกแล้วให้มารายงานตัวกับเจ้าหน้าที่ เหมือนว่าเขาจะต้องเลิกยาเสพติดด้วยตัวเองก็ยิ่งทำได้ยาก และส่งผลให้เกิดการผิดเงื่อนไขการฟื้นฟูตามมา

1.1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดข้อกังขาในการปฏิบัติงานของคณะอนุกรรมการว่าทำไมถึงพิจารณาให้ฟื้นฟูแบบไม่ควบคุมตัว ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากปัญหาสถานฟื้นฟูไม่เพียงพอแล้วเป็นเหตุให้เปลี่ยนแผนฟื้นฟู อาทิเช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจจะบอกว่า “ผมไปจับมายากแล้วก็เหนื่อยด้วย ทำไมถึงปล่อยตัวออกไปอยู่ข้างนอก”

1.1.3 สังคมเกิดความสงสัย ไม่เข้าใจและไม่เชื่อถือในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เพราะคิดว่าผู้กระทำผิดถูกจับไปไม่นาน ก็ถูกปล่อยตัวออกมาแล้ว และในส่วนของผู้เข้ารับการฟื้นฟู แทนที่จะคิดว่าเป็นการให้โอกาสในการกลับตัว หรือปรับเปลี่ยนด้วยตัวเอง กลับได้ใจและเกิดการเลียนแบบในทางที่ไม่ดี ถูกจับแป๊ะเดียวก็ได้ออกมา ทำให้กฎหมายบังคับบ่ามัดไม่ได้ผล ดังนั้นจึงควรจัดเตรียมสถานที่และบุคลากรให้การฟื้นฟูให้พร้อม เพื่อให้สังคมได้เห็นวาระของการฟื้นฟูดังกล่าวมีความน่าเชื่อถือ

1.2 ปัญหาการนับวันเริ่มต้นการฟื้นฟู พบว่าในแต่ละหน่วยงานมีการนับวันเริ่มต้นการฟื้นฟูแตกต่างกัน เช่น สำนักงานคุมประพฤติ จะนับวันเริ่มต้นจากวันที่คณะอนุกรรมการมีคำวินิจฉัยแผนการฟื้นฟู แต่สถานฟื้นฟูจะเริ่มต้นนับจากวันที่ได้รับตัวเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดไว้แล้ว (ซึ่งตาม ม. 25 วรรคหนึ่ง กำหนดว่าผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต้องอยู่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นเวลาไม่เกินหกเดือนนับแต่วันถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยหลักเมื่อคณะอนุกรรมการมีคำวินิจฉัยแผนการฟื้นฟูฯ ในวันใด จึงต้องนับระยะเวลาฟื้นฟูตั้งแต่วันถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด)

1.3 ปัญหาความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในการติดตามผู้เข้ารับการฟื้นฟู โดยเฉพาะกรณีหลบหนีหรือไม่รายงานตัวตามนัดหมาย ซึ่งกฎหมายระบุให้พนักงานเจ้าหน้าที่ทำการติดตามตัวกลับมาเข้ารับการฟื้นฟู แต่เจ้าหน้าที่ไม่มีอาวุธและไม่ได้รับการฝึกฝนด้านการจับกุม การสืบค้น การจู่โจม เหมือนเช่นเจ้าหน้าที่ตำรวจจึงมีความเสี่ยงในการทำงาน ถึงแม้บางครั้งได้ขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ตำรวจในการติดตามก็จะถูกปฏิเสธว่า ตาม พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 นี้ไม่ใช่อำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจในการติดตามจับกุมผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ หรือผู้เข้ารับการฟื้นฟู

1.4 ปัญหาความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่คุมประพฤติในการไปส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูไปยังสถานฟื้นฟู ซึ่งบางครั้งต้องไปส่งผู้เข้ารับการฟื้นฟูหลาย ๆ คนพร้อมกัน แต่มีเจ้าหน้าที่ที่ไปส่งเพียงคนเดียว ซึ่งบางครั้งก็เป็นเจ้าหน้าที่ผู้หญิงด้วย ก็จะมีความเสี่ยงในการทำงานสูง โดยเฉพาะเมื่อมีเหตุผู้เข้าการฟื้นฟูพยายามหลบหนี หรือในระหว่างเดินทางก็ไม่ว่าจะมีเหตุร้ายเกิดขึ้นจากกลุ่มผู้เข้ารับการฟื้นฟูหรือไม่

1.5 ปัญหาภาษาในการสื่อสาร เช่นที่สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่เป็นชาวไทยภูเขาชนเผ่าต่างๆ ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาราชการหรือภาษาคำเมืองได้ จะมีอุปสรรคต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูหรือการทำกิจกรรมบำบัดต่างๆ ดังนั้นจึงต้องใช้แผนฟื้นฟูเป็น โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ (ด้วยการให้มรารายงานตัว) แทน และให้ญาติหรือผู้นำชุมชนที่สามารถสื่อสารได้มาช่วย

1.6 ปัญหาผู้เข้ารับการฟื้นฟูเป็นคนต่างด้าว เช่น พม่า กัมพูชา ลาว ที่เป็นแรงงานประมง โดยจะมีปัญหาเรื่องภาษาในการสื่อสาร และกฎหมายก็ไม่ได้ระบุว่าสำหรับคนต่างด้าวจะมีแนวทางในการฟื้นฟูอย่างไร ถ้าส่งเข้าสถานฟื้นฟูเหมือนแค่เป็นการไปหยุดพักใช้ยาเสพติดชั่วคราว เพราะร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูไม่ได้ เนื่องจากบางคนสื่อสารภาษาไทยไม่ได้ (และคิดว่าการบำบัดคนต่างด้าว ก็สิ้นเปลืองงบประมาณด้วย)

1.7 ปัญหาคดีค้างที่สำนักงานคุมประพฤติ เนื่องจากในกรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขการฟื้นฟู เช่น ไม่มารายงานตัวตามนัดหมาย ปัญหาการหลบหนี ซึ่งเจ้าหน้าที่ติดตามตัวไม่ได้ แต่ยังคงต้องคงสำนวนคดีไว้ เพราะตาม พรบ. นี้ กำหนดให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูนานถึง 3 ปี จึงทำให้เกิดปัญหาคดีค้างเยอะ ประกอบด้วยอัตรากำลังเจ้าหน้าที่น้อยก็ไม่สามารถทำให้คดีสมบูรณ์ได้และงบประมาณในการติดตามน้อยด้วย

1.8 ปัญหาเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ เพราะมีจำนวนคดีเยอะ ทั้งคดีที่ค้างเก่าและคดีที่เข้ามาใหม่ (บุคลากรน้อยเมื่อเทียบกับคดีที่ต้องดูแลซึ่งมีจำนวนมาก) จึงไม่สามารถดูแลได้อย่างครบถ้วน นอกจากนี้เจ้าหน้าที่มีการสับเปลี่ยนบ่อย และบางครั้งเจ้าหน้าที่ที่มารับผิดชอบงานฟื้นฟูนี้ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโดยตรง ก็จะใช้วิธีการสอนกันเอง

1.9 หน่วยงานสถานฟื้นฟูบางแห่งไม่มีความรู้และความเข้าใจในตัวกฎหมายที่ชัดเจน เช่น บางหน่วยงานจะไม่ศึกษากฎหมายตาม พรบ.นี้ทั้งหมดแต่จะศึกษาเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของตนเอง ซึ่งบางครั้งทำให้ไม่เข้าใจกระบวนการที่จะต้องทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น และยังพบว่าเจ้าหน้าที่ในสถานฟื้นฟูไม่เข้าใจกระบวนการทำงานที่ชัดเจน เช่น การรายงานผลการฟื้นฟู ก็ส่งเฉพาะผลการฟื้นฟูแต่ไม่ได้ส่งแบบประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูมาด้วย ทั้งที่เป็นเอกสารที่จะต้องเสนอต่อคณะกรรมการในการพิจารณาผลการฟื้นฟูด้วย

1.10 ปัญหางบประมาณสำหรับการประชุมคณะกรรมการไม่เพียงพอ (ค่าตอบแทน ค่าเดินทาง) จึงทำให้ไม่สามารถจัดประชุมได้บ่อยครั้ง จึงได้กำหนดให้มีการประชุมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

1.11 ปัญหายานพาหนะไม่เพียงพอ และไม่แข็งแรงพอในการส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูไปยังสถานฟื้นฟู ซึ่งบางครั้งต้องส่งตัวไปพร้อมๆกันหลายๆคนแล้วกระจายไปส่งหลายๆแห่งในคราวเดียวกัน

2. กลุ่มแพทย์และพยาบาล

2.1 ปัญหาการติดตามญาติ พบว่า บางครั้งญาติก็ไม่ทราบว่าผู้ป่วยมารับการรักษาที่สถานพยาบาล หรือในบางกรณีก็ติดต่อญาติไม่ได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากต่างจังหวัด เนื่องจากญาติไม่ทราบว่าถูกส่งตัวมารักษาทำให้ผู้ป่วยจะเป็นกังวลมาก ซึ่งปัญหาการติดต่อญาติไม่ได้ก็จะเป็นสิ่งหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดความอยากที่จะหลบหนี หรือบางคนถึงกับมีภาวะวิตกกังวล นอนไม่หลับ เครียด ซึ่งเป็นอุปสรรคในการให้การรักษาด้วย และในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวด้วย ถ้าไม่สามารถติดต่อญาติได้ว่าผู้ป่วยใช้ยาอะไรบ้าง ก็จะทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรับการรักษาอย่างรวดเร็ว

2.2 ปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูของญาติ เนื่องจากใช้วิธีการฟื้นฟูแบบ FAST Model ซึ่งจะต้องให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม (โดยการทำกลุ่มครอบครัว : ให้ครอบครัวได้มาพบปะปรับทัศนคติและเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย หรือการดูแลโรคร่วมของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะเมื่อผู้ป่วยบำบัดรักษาครบกำหนดแล้วก็ต้องออกไปอยู่กับครอบครัว ดังนั้นครอบครัวจะเป็นผู้ที่ดูแลเขาต่อไป) ดังนั้นถ้าติดต่อญาติไม่ได้ หรือญาติไม่สามารถเข้าร่วมได้ เนื่องจากอยู่ไกลสถานบำบัดหรือไม่มีค่าเดินทาง

ในการมาเข้าร่วมกิจกรรม ก็จะทำให้กระบวนการของ F Family ก็ไม่เกิดซึ่งก็จะทำให้ห้องค์ประกอบของวิธีการไม่ครบถ้วน และที่ผ่านมามีพบว่าญาติให้ความร่วมมือน้อยและขาดความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้เพราะญาติบางรายคิดว่าเมื่อผู้เข้ารับการฟื้นฟูมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้วก็เป็นที่ของทางแพทย์และพยาบาลในการให้การรักษาเท่านั้น และถึงแม้จัดกิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์เพื่อให้ญาติได้เข้าร่วมก็มาเข้าร่วมประมาณ 50-60% เท่านั้น บางคนก็ไม่เคยมีญาติมาเยี่ยมเลยตั้งแต่เข้ารับการบำบัด

2.3 ปัญหาพนักงานคุมประพฤติยังขาดทักษะในการคัดกรองสุขภาพของผู้เข้ารับการฟื้นฟู โดยจะพบว่าผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่มาบำบัดจะมีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น ในรายที่เข้าบำบัดที่สถานบำบัด วิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย ก็พบว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในวันที่ส่งเข้ารับการบำบัด จำเป็นต้องแจ้งสำนักงานคุมประพฤติและมีการปรับแผนฟื้นฟูในวันนั้นเลย ทั้งนี้เนื่องจากระบบคัดกรองสุขภาพของสำนักงานคุมประพฤติไม่ได้มีบุคลากรทางการแพทย์เข้าไปมีส่วนร่วม และผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่ได้ผ่านการตรวจร่างกายจากแพทย์ ทำให้ไม่สามารถประเมินภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ แต่พนักงานคุมประพฤติทำหน้าที่คัดกรองตามแบบประเมินเท่านั้น ซึ่งอาจจะไม่สามารถประเมินภาวะเจ็บป่วยได้ดีเท่าบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่าข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยมีมาไม่ครบ ยังขาดข้อมูลทางด้านกายภาพ เช่น ยาประจำตัว เป็นต้น

2.4 ปัญหาการกำหนดแผนฟื้นฟูของคณะอนุกรรมการไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย เช่น บางคนมีประวัติการกระทำผิดมาหลายครั้งแต่ก็ยังเลิกเสพยาเสพติดไม่ได้ หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหลบหนี มีพฤติการณ์ร้ายแรง เสพติด เป็นต้น ซึ่งควรได้รับการฟื้นฟูแบบควบคุมตัวเข้มงวด แต่กลับส่งมาบำบัดที่โรงพยาบาลซึ่งเป็นแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด ทั้งนี้เพราะคนที่ทำหน้าที่คัดกรองชกประวัติ (คือพนักงานคุมประพฤติ) เป็นคนหนึ่ง แต่คนที่ตัดสินใจกำหนดวิธีการฟื้นฟูกลับเป็นคณะอนุกรรมการ ซึ่งไม่ได้พบเจอกับผู้เข้ารับการฟื้นฟูเลย

2.5 ปัญหาผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการเข้าบำบัด พบว่า ผู้ป่วยที่ส่งมาจากสำนักงานคุมประพฤติส่วนใหญ่มักไม่ได้เตรียมพร้อมสำหรับการเข้าบำบัด เมื่อรับฟังคำวินิจฉัยเสร็จก็จะถูกส่งตัวเข้ามาสถานฟื้นฟูเลย ซึ่งกระบวนการนำส่งผู้ป่วยเข้าบำบัดดังกล่าวมีความเร่งรัดเกินไป ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการบำบัด และไม่มีแรงจูงใจ ส่งผลให้เกิดปัญหาอยากที่จะหลบหนีตามมา เช่น บางรายเข้ามาอยู่เพียงวันเดียวก็พยายามที่จะหลบหนีแล้ว

2.6 ปัญหาความร่วมมือในการบำบัด พบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่ได้มีทัศนคติหรือความต้องการอยากเข้ารับการบำบัด ซึ่งบางรายบอกว่าจะมาอยู่ที่โรงพยาบาลเพราะไม่อยากจะอยู่ในคุกเท่านั้น ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้จะไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการบำบัด ให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในกระบวนการก็ไม่ทำ ไม่พูด ไม่แสดงความคิดเห็นอะไรเลย

2.7 ปัญหาผู้ป่วยหลบหนี ถึงแม้จะมีการประเมินความเสี่ยงต่อหลบหนีของผู้ป่วย และมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยคอยตรวจตรา สอดส่องดูแล แต่เนื่องจากเป็นสถานพยาบาลไม่ได้มีการควบคุมตัวเหมือนอยู่ในคุกตาราง ไม่ได้ใส่กุญแจมือ ดังนั้นก็จะพบปัญหาที่มีผู้เข้าบำบัดหลบหนีอยู่เรื่อย ๆ ซึ่งบางครั้งก็

ไม่สามารถติดตามตัวกลับมาได้ ซึ่งสาเหตุของการหลบหนีก็เนื่องจากไม่มีความพร้อมที่จะรับการฟื้นฟู ทั้งนี้เพราะผู้เข้ารับการฟื้นฟูบางคนมีภาระอยู่ เช่น ภาระเลี้ยงดูครอบครัว พ่อแม่ หรือลูก เป็นต้น หรือในบางรายพบว่าผู้ป่วยโดนจับมาแล้วครอบครัวไม่รู้เรื่องเลย หรือบางรายญาติก็ไม่ได้สนใจ พอโดนจับตัวมาก็ถูกส่งเข้าบังคับบำบัดเลย หรือในบางรายมีความโกรธเคืองที่ถูกจับมา เมื่อให้ทำกิจกรรมอะไรก็ไม่ทำ ไม่ให้ความร่วมมือและพยายามที่จะหลบหนี

2.8 ปัญหาความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเจ้าหน้าที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งไม่มีอุปกรณ์และทักษะในการป้องกันตัว อาจเกิดความปลอดภัยในการทำงานโดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยพยายามที่จะหลบหนี ซึ่งเคยมีกรณีที่ผู้ป่วยพยายามหลบหนีแล้วทำร้ายเจ้าหน้าที่มาแล้ว

2.9 ปัญหาผู้ค้ายาเสพติดเข้ามาในระบบการบำบัด ซึ่งคนเหล่านี้เข้ามาโดยมีจุดประสงค์เพื่อไม่ให้มีการดำเนินคดีอาญากับตนเอง โดยลักษณะของคนกลุ่มนี้บางคนจะปรับตัวได้ดี ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆดี เพราะรู้ว่าเข้ามาบำบัดแค่ 4 เดือนก็จะได้ออกไป แต่บางคนก็จะไม่คอยให้ความร่วมมือในการบำบัดและจะพยายามหลบหนีตลอด โดยในปีหนึ่งๆจะมีคนกลุ่มนี้เข้ามาในระบบบำบัดประมาณ 30% โดยลักษณะของผู้ค้าที่เข้ามาในระบบคือพวกนี้ไม่ใช้ยาเสพติดจะมีสุขภาพแข็งแรงเหมือนคนปกติทั่วไป ไม่เหมือนผู้เสพยาจะมีร่างกายทรุดโทรม ซุปผอม ไม่สบตา ไม่มีความมั่นใจ ดังนั้นระบบการคัดกรองผู้เข้ารับการฟื้นฟูจะต้องมีการตรวจสอบอย่างเข้มงวดเพราะอาจนำไปสู่การสร้างเครือข่ายยาเสพติดได้

2.10 ปัญหาการไม่ทราบผลการบำบัดเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาบำบัด ซึ่งเมื่อผู้ป่วยบำบัดครบกำหนด 4 เดือน ทางสถานพยาบาลจะทราบแต่ output ที่เกิดจากกระบวนการบำบัดของสถานพยาบาลเท่านั้น แต่ไม่ทราบผลลัพธ์สุดท้ายว่าเมื่อส่งตัวเข้าสู่โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติอีก 2 เดือน และติดตามผล 1 ปี แล้วผู้ผ่านการบำบัดสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้หรือไม่ ซึ่งยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในส่วนนี้

2.11 ปัญหาการสื่อสาร เช่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ จะพบปัญหาการสื่อสารกับกลุ่มผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่เป็นชาวเขา ซึ่งบางครั้งไม่สามารถสื่อสารภาษาราชการหรือภาษาคำเมืองได้เลยทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดได้ ก็จะให้ทำงานในส่วนที่งานภูมิทัศน์ เช่น ตัดหญ้า ตัดแต่งต้นไม้ เป็นต้น ทั้งนี้เคยประสานไปยังสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดแล้วว่าการนำเข้ามาบำบัดแบบนี้ไม่ได้ประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการฟื้นฟูเหมือนเป็นหยุดพักการใช้ยาเสพติด หรือพักร่างกายเพียงเท่านั้น เพราะไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่จะสร้างให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดหรือพฤติกรรมเขาได้

2.12 ปัญหาหนังสือแจ้งปล่อยตัวผู้ผ่านการบำบัดมาช้า ซึ่งพบว่าบางครั้งกว่าหนังสือแจ้งให้ปล่อยตัวผู้ผ่านการบำบัดจะมาถึงโรงพยาบาล ทำให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูอยู่ในการบำบัดเกินกว่า 120 วัน

2.13 ปัญหาการฝึกอาชีพ ที่ไม่ตรงกับความต้องการของตลาด ทั้งนี้เพราะไม่ได้มีการประสานงานกับกรมแรงงานในการฝึก ทำให้ไม่ได้เกิดทักษะที่แท้จริงที่จะเอาไปประกอบอาชีพได้

2.14 ปัญหาสิทธิรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งพบในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่ปัญหาโรคทางกาย โรคแทรกซ้อน หรือโรคประจำตัว ที่จะต้องรับยาประจำ ซึ่งทางโรงพยาบาล

จะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ เพราะผู้ป่วยไม่ได้โอนสิทธิรักษาพยาบาล (โดยเฉพะสิทธิ 30 บาท) มาด้วย

2.15 ปัญหาทรัพยากรในการบำบัดฟื้นฟูอย่างจำกัดในการที่จะรองรับผู้เข้ารับฟื้นฟู เช่นจำนวนเตียง บุคลากร งบประมาณ เป็นต้น

4. ผลลัพธ์ของขั้นตอนการติดตามผล

4.1 ผลการดำเนินงานติดตามผล

จากจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 798 คน (ผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 386 คน และเป็นผู้เข้าบำบัดในสถานบำบัดแบบบังคับบำบัดอื่นๆ จำนวน 412 คน) มีจำนวนผู้ที่ฟื้นฟูครบ 6 เดือนและอยู่ในช่วงการติดตามผลทั้งสิ้น 336 คน (ผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 149 คน และผู้เข้าบำบัดในสถานบำบัดแบบบังคับบำบัดอื่นๆ จำนวน 187 คน) แต่พบว่าสามารถติดตามผลได้เพียง 89 คน (ผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 49 คน และผู้เข้าบำบัดในสถานบำบัดแบบบังคับบำบัดอื่นๆ จำนวน 40 คน) คิดเป็นร้อยละ 26.48 ของจำนวนผู้ที่อยู่ในการติดตามทั้งหมด

จากจำนวนผู้ผ่านการฟื้นฟูที่ได้รับการติดตามผล 89 คน พบว่าเป็นเพศชาย 79 คน (88.8%) เพศหญิง 10 คน (11.2%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-34 ปี (66.3%) โดยสามารถติดตามพบ 91.0% ไม่เสพยาเสพติด 71.9% ยังคงเสพยาเสพติด 19.1% และได้รับความช่วยเหลือแล้วเพียง 14.6% (ตาราง 8)

ตาราง 8 ข้อมูลทั่วไปของผู้ผ่านการฟื้นฟูที่ได้รับการติดตามผล

ตัวแปร	จำนวน n-89	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	79	88.8
หญิง	10	11.2
2. อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 18 ปี	7	7.9
18-34	59	66.3
35-44	18	20.2
45-54	5	5.6
Median=25 IQR =15 Min.=14 Max.=50		
ผลการติดตามผู้ผ่านการฟื้นฟู		
ติดตามพบ	81	91.0
ไม่พบ	8	9.0

ตาราง 8 ข้อมูลทั่วไปของผู้ผ่านการฟื้นฟูที่ได้รับการติดตามผล (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน n-89	ร้อยละ
การใช้สารเสพติด		
ไม่เสพ	64	71.9
เสพ	17	19.1
ไม่ระบุ	8	9.0
การให้ความช่วยเหลือ		
ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือ	76	85.4
ได้รับความช่วยเหลือแล้ว	13	14.6

4.2 ประสบการณ์และความคิดเห็นในการดำเนินงานติดตามผล

จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบการติดตามผลผู้ผ่านการบำบัด ซึ่งได้แสดงความคิดเห็นต่อการดำเนินงานติดตามผล ดังนี้

1. กลุ่มพนักงานคุมประพฤติ ได้ให้รายละเอียดในการติดตามผลผู้ผ่านการบำบัดว่า เดิมจะเป็นความรับผิดชอบหลักของพนักงานคุมประพฤติเจ้าของคดี ซึ่งจะมีการดำเนินการดังนี้

1.1 กรณีหน่วยงานพหุภาคีมีระบบการดูแลหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและการติดตามผล ให้พนักงานคุมประพฤติเจ้าของคดีประสานงานกับหน่วยงานภาคี โดยแจ้งรายชื่ออาสาสมัครคุมประพฤติหรืออาสาสมัครชุมชนที่อยู่ในหมู่บ้านที่ผู้ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดพักอาศัยอยู่ให้หน่วยงานพหุภาคีทราบ เพื่อจะได้ประสานงานกับอาสาสมัครในการติดตามผู้ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต่อไป โดยทั้งนี้ให้อาสาสมัครคุมประพฤติรายงานผลการติดตามมายังสำนักงานคุมประพฤติด้วย

1.2 กรณีหน่วยงานพหุภาคีไม่มีระบบการดูแลหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและการติดตามผล ให้พนักงานคุมประพฤติเจ้าของคดีประสานงานกับอาสาสมัครคุมประพฤติหรืออาสาสมัครชุมชนที่อยู่ในหมู่บ้านที่ผู้ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดพักอาศัยอยู่ เพื่อแจ้งรายชื่อผู้ผ่านการฟื้นฟูและวิธีการติดตามผล โดยทั้งนี้ให้อาสาสมัครคุมประพฤติหรืออาสาสมัครชุมชนดำเนินการติดตามผลและรายงานผลการสอดคล้องต่อพนักงานคุมประพฤติ และในกรณีที่ได้รับรายงานว่าผู้ผ่านการฟื้นฟูฯ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำ ก็ให้พนักงานคุมประพฤติเจ้าของคดีออกเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์หรือส่งจดหมายไปสอบถามผู้ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอีกครั้ง แต่ถ้าหากไม่มีอาสาสมัครคุมประพฤติหรืออาสาสมัครในชุมชนติดตามดูแล ก็ให้พนักงานคุมประพฤติเจ้าของคดีออกติดตามผู้ผ่านการฟื้นฟูฯเอง โดยการออกเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์หรือจดหมายสอบถามผู้ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและครอบครัวเป็นระยะ ๆ ตามความจำเป็นเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี

แต่ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2558 ได้มีการปรับเปลี่ยนระบบการติดตามผู้ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดใหม่ จากระบบเดิมที่กล่าวมาข้างต้น ได้ปรับเปลี่ยนโดยมอบหมายภารกิจนี้ให้กับศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูทำหน้าที่แทน ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานภาคีหลายๆหน่วยงาน ได้แก่ ฝ่ายปกครอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านสาธารณสุข พัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้แทนสถานศึกษา ผู้แทนสถานประกอบการ และผู้นำชุมชน

2. กลุ่มผู้นำชุมชน ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการติดตามผู้ผ่านการฟื้นฟูฯ ว่าเดิมที่การดำเนินการจะเริ่มจากได้รับหนังสือแจ้งให้ติดตามผู้ผ่านการฟื้นฟูฯ โดยจะมีรายชื่อและแบบบันทึกการติดตาม/ช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพในชุมชน การศึกษาและการประกอบอาชีพ ความต้องการในการช่วยเหลือ สงเคราะห์ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด สภาพจิตใจ ความรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม เป็นต้น รวมทั้งปัญหาหรือความต้องการช่วยเหลือและการให้การช่วยเหลือ ซึ่งวิธีการติดตามส่วนใหญ่จะใช้วิธีการเยี่ยมบ้าน และนอกจากผู้นำชุมชนแล้วก็จะมียาอาสาสมัครคุมประพฤติเป็นผู้ติดตามด้วย ซึ่งข้อมูลที่ได้มาจะเก็บเป็นความลับและรายงานไปยังสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด สำหรับในระยะหลังนี้การติดตามได้มีการปรับเปลี่ยน โดยจะได้รายชื่อผู้ผ่านการฟื้นฟูฯมาจากทางปกครองอำเภอแจ้งมายังผู้นำชุมชนให้ดำเนินการออกติดตามให้ แต่บางครั้งจะมีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานทางด้านปกครองอำเภอ หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจและพัฒนาชุมชนออกมาร่วมด้วย ซึ่งจะมีการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดด้วย

3. กลุ่มแพทย์และพยาบาล ให้รายละเอียดว่าสำหรับผู้เข้ารับการฟื้นฟูระบบบังคับบำบัดนั้น ทางสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์จะไม่ได้เป็นผู้ดำเนินการติดตามผล โดยเมื่อผู้เข้ารับการฟื้นฟูครบตามกำหนด 120 วันแล้ว ส่วนใหญ่ก็จะส่งเข้าโปรแกรมคืนสู่สังคมของสำนักงานคุมประพฤติอีก 60 วัน จากนั้นก็เป็นหน้าที่ของสำนักงานคุมประพฤติในการติดตามผู้ที่ผ่านการฟื้นฟูฯ โดยผู้ติดตามจะเป็นเจ้าหน้าที่คุมประพฤติ อาสาสมัครคุมประพฤติ หรือผู้นำชุมชน ซึ่งวิธีการติดตาม เช่น ติดตามทางโทรศัพท์ เยี่ยมบ้าน หรือนัดหมายให้มารายงานตัวที่สำนักงานคุมประพฤติหรือศูนย์รับรายงานตัว โดยมีระยะเวลาติดตามประมาณ 3-4 ครั้ง/ปี โดยจะติดตามเรื่องอาชีพ ที่อยู่อาศัย ความต้องการช่วยเหลือ เป็นต้น

4.3 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานติดตามผล

1. ผู้นำชุมชนได้เสนอปัญหาที่พบจากการดำเนินการติดตามผู้ผ่านการฟื้นฟูฯว่ามีหน่วยงานที่รับผิดชอบการติดตามผลผู้ผ่านการฟื้นฟูฯหลายหน่วยงานทั้งสำนักงานคุมประพฤติ ฝ่ายปกครองอำเภอและหน่วยงานสาธารณสุขซึ่งไม่ได้บูรณาการร่วมกัน ต่างหน่วยงานต่างมาติดตามทำให้เป็นการทำงานที่ซ้ำซ้อน ซึ่งการติดตามนั้นบ่อยครั้งเกินไป ทำให้ผู้ผ่านการฟื้นฟูฯรู้สึกเบื่อ และคิดว่าโดนตีตราจากสังคม จากหน่วยงานของรัฐว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดอยู่ตลอดเวลา ทั้งๆที่บางคนก็เลิกใช้ยาเสพติดไปนานแล้ว และ

บางครั้งรายชื่อผู้ผ่านการฟื้นฟูก็เป็นชื่อคนเดิมที่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมานานแล้วเป็น 10 ปี ซึ่งปัจจุบันเขาเลิกใช้ยาเสพติดมานานแล้ว แต่ก็สงสัยว่าทำไมยังมีรายชื่อคนๆนี้ให้ติดตามอีก

2. เนื่องจากโรงพยาบาลไม่ได้เป็นผู้ติดตามผู้ที่ผ่านการฟื้นฟู ดังนั้นจึงไม่ทราบว่าคุณกลับคืนสู่สังคมแล้วสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้จริงไหม เพราะไม่มีการรายงานข้อมูลในส่วนนี้จากสำนักงานคุมประพฤติย้อนกลับมาให้ทราบ และสำหรับวิธีการติดตามผลทางโทรศัพท์ใช้ไม่ได้ผลเพราะอาจจะได้ข้อมูลที่คาดเคลื่อนหรือบางที่ผู้ผ่านการฟื้นฟูอาจจะโกหกก็ได้ว่าเลิกใช้ยาเสพติดแล้ว แต่ถ้านัดมาพบที่โรงพยาบาลก็จะสามารถตรวจร่างกายและตรวจหาสารเสพติดได้ว่าเขาสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้หรือไม่ นอกจากนี้ควรมีกระบวนการติดตามผู้ผ่านการฟื้นฟูอย่างจริงจัง ไม่ใช่เพียงแค่การติดตามในทางคดี แต่ควรเป็นการติดตามเพื่อประเมินผลการรักษาอย่างจริงจังเหมือนเช่นแพทย์หรือพยาบาลติดตามผู้ป่วย

ส่วนที่ 3

ความเหมาะสมของการบังคับใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่เจ้าหน้าที่ตำรวจ พนักงานคุมประพฤติ คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แพทย์ พยาบาล ผู้นำชุมชน ญาติ และผู้เข้ารับการฟื้นฟู ในประเด็นความเหมาะสมของการบังคับใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 โดยมีประเด็นย่อยเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัด ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายและปัญหาการบังคับใช้กฎหมาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัด

ในประเด็นนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัดของแต่ละกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบังคับบำบัด พอสรุปได้ดังนี้

1.1 เจ้าหน้าที่ตำรวจ

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ตำรวจให้ข้อมูลว่าการดำเนินงานตามระบบบังคับบำบัดนั้น มีหลายหน่วยงานในลักษณะของพหุภาคีเข้ามาดำเนินงานร่วมกันทั้งในส่วนของเจ้าหน้าที่ตำรวจ สำนักงานคุมประพฤติ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการฟื้นฟู ปกครองอำเภอและชุมชน เป็นต้น โดยบทบาทของเจ้าหน้าที่ตำรวจหลักๆตาม พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 คือการจับกุมและการสอบสวน ซึ่งบทบาทหน้าที่ดังกล่าวไม่มีความซับซ้อน เพราะเข้ามาเกี่ยวข้องแค่เพียงบางส่วนของกระบวนการบังคับบำบัดเท่านั้น แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจบางส่วนยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับตัวกฎหมายนี้ เช่นใครคือผู้มีอำนาจในการตรวจหรือทดสอบหรือสั่งให้รับการตรวจหายาเสพติดให้โทษ โดยการตรวจปัสสาวะของผู้ต้องสงสัย (โดยมีความเข้าใจว่าเฉพาะเจ้าหน้าที่ตำรวจที่เป็นเจ้าหน้าที่ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจาก ปปส. เท่านั้นที่สามารถบังคับให้ผู้ต้องสงสัยตรวจปัสสาวะได้) และในกรณีที่ผู้ต้องหาหลบหนีระหว่างการฟื้นฟู หรือฟื้นฟูไม่ผ่าน แล้วแจ้งให้พนักงานสอบสวนรับตัวไปดำเนินคดี แต่กลับพบว่าบางกรณีไม่สามารถติดตามผู้ต้องหาได้แล้ว จึงไม่รู้ว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของใครในการติดตามผู้ต้องหามาให้ เป็นต้น

1.2 พนักงานคุมประพฤติ

ในประเด็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัด จะพบว่าพนักงานคุมประพฤติเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการนำกฎหมายไปใช้มากที่สุดตั้งแต่ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพจนกระทั่งขั้นตอนการติดตามผล โดยในแต่ละปีพนักงานคุมประพฤติจะได้รับการอบรมเกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัดและแนวปฏิบัติต่างๆของการบังคับบำบัดจากกรมคุมประพฤติ แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาก็ยังพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับความเข้าใจในตัวกฎหมาย เช่น พนักงานคุมประพฤติดังมีข้อ

สงสัยเกี่ยวกับการนับวันเริ่มต้นการฟื้นฟู (ตามซึ่งตาม ม. 25 วรรคหนึ่ง กำหนดว่าผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต้องอยู่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นเวลาไม่เกินหกเดือนนับแต่วันถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยหลักเมื่อคณะกรรมการฯ มีคำวินิจฉัยแผนการฟื้นฟูฯ ในวันใด จึงต้องนับระยะเวลาฟื้นฟูตั้งแต่วันถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด) โดยมีความเข้าใจว่าในการนับวันเริ่มต้นฟื้นฟูนั้น ให้นับวันเริ่มต้นจากวันที่คณะกรรมการฯ มีคำวินิจฉัยแผนการฟื้นฟูฯ แต่สถานฟื้นฟูจะเริ่มต้นนับจากวันที่ได้รับตัวเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดไว้ เป็นต้น

1.3 คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ที่มีบทบาทมากที่สุดในกระบวนการฟื้นฟู กล่าวคือ คณะอนุกรรมการจะมีบทบาทโดยตรงในการพิจารณาวินิจฉัยว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติดหรือไม่ หากคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติดก็จะจัดทำแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและแจ้งผลการตรวจพิสูจน์ให้พนักงานอัยการทราบ เพื่อพนักงานอัยการมีคำสั่งชะลอฟ้องไว้ก่อนจนกว่าจะได้รับแจ้งผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจากคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด นอกจากนี้ยังมีอำนาจในการลดหรือขยายเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พิจารณาในการปล่อยชั่วคราว วางระเบียบให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดปฏิบัติและการรายงานผลการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ไม่เป็นที่น่าพอใจต่อพนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการเพื่อประกอบการดำเนินคดีผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดต่อไป

คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วยสมาชิก ๗ คน คือ ผู้แทนกระทรวงยุติธรรม (อัยการ) เป็นประธานคณะอนุกรรมการ แพทย์หนึ่งคน นักจิตวิทยาหนึ่งคน นักสังคมสงเคราะห์หนึ่งคน และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีคุณสมบัติไม่เกินสองคนเป็นอนุกรรมการ และให้ผู้แทนกรมคุมประพฤติหนึ่งคนเป็นอนุกรรมการและเลขานุการ

จากการสัมภาษณ์พบว่าคณะอนุกรรมการฯ ประกอบด้วยหลากหลายวิชาชีพซึ่งบางวิชาชีพก็มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านกฎหมายโดยตรงเช่น อัยการและผู้แทนจากสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด แต่ผู้แทนจากวิชาชีพอื่น ๆ ก็จะมีปัญหาในการตีความกฎหมายบ้าง ดังนั้นเมื่อมีปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นก็จะให้อัยการเป็นผู้อธิบายเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน แต่ก็ยังพบว่าคณะอนุกรรมการฯ ยังมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติสำหรับผู้ต้องหาที่เป็นบุคคลต่างด้าว เนื่องจาก พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ไม่ได้ระบุแนวปฏิบัติสำหรับผู้ต้องหาที่เป็นคนต่างด้าวไว้ ซึ่งในทางปฏิบัติตอนนี้เมื่อมีคนต่างด้าวโดนจับกุมมาก็จะดำเนินการตามกฎหมายแล้วส่งเข้าฟื้นฟูแต่จะมีปัญหาเรื่องภาษาตามมาเพราะไม่สามารถสื่อสารกันได้

1.4 แพทย์และพยาบาล

แพทย์และพยาบาลมีบทบาทอย่างยิ่งในขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มแพทย์และพยาบาลจะมีความเข้าใจในกระบวนการบังคับบำบัดเฉพาะในส่วนที่เป็นบทบาทหน้าที่ที่ตนเกี่ยวข้องโดยตรงเท่านั้น และปัญหาที่พบส่วนใหญ่ที่พบคือปัญหาการตีความกฎหมาย

เนื่องจากไม่เข้าใจภาษากฎหมาย และถึงแม้จะมีเอกสารเกี่ยวกับ พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาให้อ่านแต่ก็ไม่เข้าใจเพราะตีความยาก เช่น เมื่อผู้เข้ารับการฟื้นฟูหลบหนี ไม่เข้าใจกระบวนการว่า จะต้องดำเนินการอย่างไรบ้าง และยังพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับ พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 จะมีเพียงแต่หัวหน้าพยาบาลจะพอคุ้นเคยกับตัวกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เพราะต้องประสานกับสำนักงานคุมประพฤติ แต่ถ้าเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการจะพบว่า รู้จักกฎหมายนี้น้อยมาก ซึ่งบางคนแทบจะไม่เคยเห็น พรบ. นี้ด้วยซ้ำ ดังนั้นการทำงานก็เป็นการสอนกันเอง หรือถ้ามีปัญหาหัวหน้าพยาบาลก็จะประสานงานกับสำนักงานคุมประพฤติเป็นกรณีไป แต่ก็พบว่าแนวปฏิบัติของสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดแต่ละจังหวัดจะต่างกัน บางแห่งจะเข้มงวดมากแต่บางแห่งก็ผ่อนปรนให้บ้าง เช่น ถ้ายังไม่มีหนังสือแจ้งมาจากสำนักงานคุมประพฤติให้ปล่อยตัวผู้ผ่านการบำบัด ห้ามปล่อยตัวก่อน ถ้าปล่อยตัวออกไปก่อนจะต้องตามผู้ผ่านบำบัดกลับมา เป็นต้น

1.5 ผู้นำชุมชน

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัดเลยว่ามีรายละเอียดอย่างไรบ้าง และไม่ทราบว่าจะบทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชนตามกฎหมายนี้มีบทบาทอย่างไร ซึ่งมีเพียงส่วนน้อย (3 คนจากทั้งหมด 42 คน) ที่พอมีความรู้บ้างว่าถ้าผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบังคับบำบัดแล้วจะไม่มี การดำเนินคดี ไม่มีประวัติยาเสพติดติดตัว และเมื่อผ่านการบำบัดจะได้รับหนังสือรับรองว่าผ่านการบำบัดฟื้นฟูแล้ว และจะได้รับการติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้นำชุมชนคนไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการบังคับบำบัดว่ามีการดำเนินการอย่างไรบ้าง ซึ่งประสบการณ์การดำเนินงานด้านยาเสพติดร่วมกับสำนักงานคุมประพฤติที่ผ่านมา เช่น เป็นผู้ให้ข้อมูลกับทางสำนักงานคุมประพฤติในการสืบพยานเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ที่เป็นประชาชนในชุมชนตนเอง, การทำหน้าที่ติดตามผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่ไม่ไปรายงานตัวตามกำหนดนัด และการติดตามผู้ผ่านการบำบัดว่ายังเสพยาเสพติดหรือไม่และต้องการความช่วยเหลืออะไร เป็นต้น ซึ่งจากการที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายนี้ จึงมักจะมีข้อสงสัยอยู่เสมอว่าทำไมผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุมไปไม่นานก็ปล่อยตัวออกมา

1.6 ญาติ

ญาติผู้เข้ารับการฟื้นฟูส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัดมาก่อนเลย ไม่รู้ว่าการดำเนินการตามระบบบังคับบำบัดมีขั้นตอนเช่นไรบ้าง แต่มีบางส่วนที่พอรู้บ้าง โดยได้ข้อมูลจากผู้นำชุมชนหรือเพื่อนบ้านว่าถ้าเข้าสู่กระบวนการบำบัดแล้ว จะไม่มีการดำเนินคดีและเมื่อผ่านการฟื้นฟูก็จะได้หนังสือรับรองผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ทั้งนี้การดำเนินการตามขั้นตอนการบังคับบำบัดจะได้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในขั้นตอนนั้นๆ เช่น ขั้นตอนการจับกุมและสอบสวนก็จะได้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ตำรวจเกี่ยวกับการประกันตัวผู้ต้องหาว่า ไม่สามารถประกันตัวได้ในขั้นตอนการสอบสวนให้ยื่นคำร้องขอประกันตัวในชั้นศาลเท่านั้น และเมื่อเข้าสู่ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ก็จะได้รับข้อมูลจากพนักงานคุมประพฤติเจ้าของคดีเกี่ยวกับวิธีการตรวจพิสูจน์ การควบคุมตัวระหว่างตรวจพิสูจน์ การขอประกันตัวเพื่อ

ปล่อยตัวชั่วคราว การอุทธรณ์ เป็นต้น ส่วนขั้นตอนการฟื้นฟู พบว่าถ้าญาติมาฟังคำวินิจฉัยด้วยก็จะรู้ว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์จะถูกส่งเข้ารับการฟื้นฟู ณ สถานที่ใด แต่ถ้าไม่ได้มาด้วยก็จะไม่ทราบ ทั้งนี้เพราะเมื่อฟังคำวินิจฉัยแล้วผู้เข้ารับการฟื้นฟูจะถูกส่งตัวไปยังสถานฟื้นฟูเลย โดยบางครั้งไม่ได้แจ้งให้ญาติทราบก่อน ส่วนขั้นตอนหรือกระบวนการฟื้นฟูนั้น ไม่ทราบในรายละเอียดว่ามีกระบวนการเช่นไรบ้าง

1.7 ผู้เข้ารับการฟื้นฟู

ผู้เข้าบำบัดส่วนใหญ่จะไม่มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัดมาก่อน จะรู้เพียงแต่ว่าการเสพยาเสพติดและการค้ายาเสพติดเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ถ้าถูกจับตรวจจับก็จะถูกดำเนินคดีและถูกคุมขังในเรือนจำ แต่ก็มีบางส่วนที่พอรู้กฎหมายบ้าง โดยได้ข้อมูลมาจากกลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติดด้วยกันและผู้ค้ายาเสพติดว่า ถ้าถูกตำรวจจับตรวจปัสสาวะแล้วพบยาเสพติด หรือถ้าเสพยาและมียาบ้าไว้ในครอบครองไม่เกิน 5 เม็ด แม้ว่าจะถูกตำรวจจับกุมก็ไม่ถูกดำเนินคดีแต่จะถูกส่งตัวไปบำบัดแทน แล้วระยะเวลาบำบัดเพียง 4 เดือน ก็ได้ออกมาแล้ว เป็นต้น และเมื่อสอบถามถึงขั้นตอนการบังคับบำบัดส่วนใหญ่ก็จะไม่ทราบรายละเอียด ทั้งนี้ผู้เข้าบำบัดให้ข้อมูลว่า เมื่อถูกจับกุมมาตำรวจจะควบคุมตัวไว้ที่สถานีตำรวจประมาณ 2 วัน จากนั้นก็จะส่งขึ้นศาลแล้วศาลสั่งให้ไปอยู่เรือนจำ 45 วัน เพื่อตรวจพิสูจน์ (บางคนก็มีญาติไปขอประกันตัว แต่บางคนก็ไม่ได้ประกันตัวเพราะไม่มีหลักประกันและมีประวัติเคยกระทำผิดมาก่อน) จากนั้นก็มีเจ้าหน้าที่มาแจ้งคำวินิจฉัยว่าจะต้องถูกส่งตัวไปบำบัดที่สถานฟื้นฟูใด โดยที่ไม่ได้แจ้งล่วงหน้าพอรับทราบคำวินิจฉัยเสร็จก็ถูกส่งตัวไปสถานฟื้นฟูเลย ไม่ได้แจ้งญาติเลย ไม่ได้พร้อมที่เข้าบำบัดเลย และเมื่อเข้ารับการฟื้นฟู ก็จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ วิธีการฟื้นฟู การเยี่ยม การประเมินผล จากพยาบาลในตึกผู้ป่วย โดยถ้ามีพฤติกรรมที่ดี ปฏิบัติตามกฎระเบียบ และกิจกรรมฟื้นฟู ก็สามารถลดระยะเวลาฟื้นฟูได้ และเมื่อบำบัดครบกำหนด ก็จะถูกส่งตัวไปรายงานตัวกับสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด ถ้ารายงานตัวครบก็จะได้นหนังสือรับรองการฟื้นฟู และไม่มีคดีติดตัว

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมาย

ในประเด็นนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นและความเหมาะสมของการบังคับใช้กฎหมายของแต่ละกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบังคับบำบัด พอสรุปได้ดังนี้

2.1 เจ้าหน้าที่ตำรวจ

จากการสัมภาษณ์ในส่วน of เจ้าหน้าที่ตำรวจ มีความคิดเห็นดังนี้

1. ประสิทธิภาพของการบังคับบำบัด พบว่า ถึงแม้ว่า พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 จะเป็นการให้โอกาสผู้เสพยาเข้าบำบัดรักษาและให้โอกาสในกลับตัวเพื่อจะให้เลิกเสพยาเสพติด แต่ก็ยังพบว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจยังไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของการบังคับบำบัดและคิดว่าการบังคับบำบัดไม่สามารถทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ ทั้งนี้เพราะจากที่ดำเนินงานที่ผ่านมาจะพบว่าคนที่ถูกจับกุมยังเป็นคนเดิมๆ ที่เคยถูกส่งเข้าบำบัดมาแล้ว แต่ก็ยังมีบางส่วนที่คิดว่ากฎหมายบังคับบำบัดนี้

ใช้ได้กับคนบางกลุ่มเท่านั้น เช่นคนที่เสพยาเสพติดทั่วไปที่ไม่ได้ตั้งใจจะเป็นอาชญากร แต่คนที่เป็นอาชญากรแท้จริงส่งเข้าฟื้นฟูก็ไม่ได้ผลจากคนเสพก็กลายเป็นผู้ร้ายย่อย จากผู้ร้ายย่อยก็เป็นผู้ร้ายใหญ่ต่อไป

2. กระบวนการฟื้นฟู พบว่า เจ้าหน้าที่ตำรวจไม่ทราบว่ากระบวนการฟื้นฟูตามระบบบังคับบำบัดนี้มีรูปแบบเป็นเช่นไร หรือมีกระบวนการดำเนินงานเช่นไร เพราะเมื่อผ่านกระบวนการความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ตำรวจไปแล้วก็ไม่ได้มีการติดตามว่าผู้ต้องหาจะต้องเข้าสู่กระบวนการของหน่วยงานอื่นๆเช่นไร

3. ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัด พบว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจคิดเห็นว่าประชาชนยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับ พรบ.นี้ จะต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ให้มากขึ้น เช่น ไม่รู้ว่าจะตาม พรบ. นี้สามารถขอประกันตัวเพื่อปล่อยตัวชั่วคราวได้ในระหว่างรอตรวจพิสูจน์ได้ซึ่งในกระบวนการนี้ไม่ใช่อำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ แต่ประชาชนคิดว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นคนปล่อยตัวผู้ต้องหาออกมา โดยจะพูดว่าพอแจ้งตำรวจไป ตำรวจจับตัวไม่กี่วันก็ปล่อยตัวออกมา ทำให้ประชาชนเกิดความไม่ปลอดภัย

4. การจับกุมตาม พรบ.นี้ ทำให้สามารถจับกุมได้ง่ายขึ้น เพราะสามารถนำผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดที่ยืนยันจากโรงพยาบาลมาใช้เป็นหลักฐานประกอบการในการพิจารณาว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ว่าเป็นผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดหรือไม่ได้ โดยไม่ต้องใช้วัตถุพยาน

5. การควบคุมตัวในระหว่างตรวจพิสูจน์ จะพบว่าบางคนที่ไม่ได้รับการประกันตัวเพื่อปล่อยตัวชั่วคราว ก็จะถูกควบคุมตัวในสถานที่ตรวจพิสูจน์ ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีการควบคุมตัวที่แยกจากผู้ต้องขังอื่นๆทั่วไป แต่ก็ไม่ได้มีการแยกการควบคุมตัวระหว่างผู้ที่เข้ารับการตรวจพิสูจน์ที่เป็นผู้ใหญ่กับเด็กและเยาวชน ซึ่งเด็กหรือเยาวชนอาจจะเกิดการเรียนรู้ทักษะจากผู้ใหญ่ และทำให้มีพฤติกรรมที่รุนแรงมากขึ้นได้ และนอกจากนี้ในการจับกุมอาจจะมีทั้งผู้เสพและผู้ค้าผสมกันมา ก็อาจจะมีการติดต่อสื่อสารกันนำไปสู่การสร้างเครือข่ายต่อไปได้

6. การสร้างเครือข่ายยาเสพติด เนื่องมาจากการที่ผู้ต้องหาติดยาเสพติดถูกคุมขังไว้ด้วยกัน อาจจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันและทำให้มีประสบการณ์ด้านยาเสพติดและการขยายเครือข่ายมากขึ้น และมีพฤติกรรมรุนแรงขึ้น เช่นจากผู้เสพอย่างเดียวก็พัฒนาไปเป็นผู้ร้ายย่อยด้วย

7. พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 นี้มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ซึ่งข้อดีคือมีเจตนารมณ์ที่ดีให้ประโยชน์กับผู้กระทำความผิดในการฟื้นฟูโดยทำให้ไม่ต้องถูกดำเนินคดีตามข้อหา เช่นกรณีถูกจับด้วยกัน 2 คน มียาบ้า 2 เม็ด คนหนึ่งเสพ (ตรวจปัสสาวะพบสารเสพติด) อีกคนหนึ่งไม่ได้เสพ คนที่เสพก็นำเข้าสู่ พรบ.ฟื้นฟูฯ แต่ข้อเสียคือสำหรับคนที่ไม่ได้เสพ ก็จะดำเนินคดีอาญาต่อไปซึ่งถือว่าไม่เป็นธรรมกับคนที่ไม่เสพ

2.2 พนักงานคุมประพฤติ

จากการสัมภาษณ์ในส่วน of พนักงานคุมประพฤติทั้งในส่วนงานตรวจพิสูจน์และงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มีความคิดเห็นดังนี้

1. ข้อดีของฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 คือการให้โอกาสผู้เสพยาเสพติดได้เข้ารับการฟื้นฟู และเมื่อผ่านการฟื้นฟูก็ไม่มีคดีติดตัว ไม่สร้างมลทินให้กับเขา นอกจากนี้สำหรับบางคนก็นำเอา

ความรู้ที่ได้จากการเข้าฟื้นฟูไปใช้และไม่กระทำผิดซ้ำ ซึ่งถือว่าการบังคับบำบัดทำให้เขาเกิดความตระหนักรู้ว่าถ้าถูกจับเข้าสู่ระบบฟื้นฟูอีกจะทำให้เขาเสียเวลาในการใช้ชีวิตของตัวเอง และนอกจากนี้การบังคับบำบัดเป็นการช่วยคนที่ไม่อยากเข้าบำบัดแบบสมัครใจ สามารถที่จะลดการใช้ยาเสพติดได้ระยะหนึ่งถึงแม้ไม่นานก็ตาม แต่บางคนก็อาจจะเลิกได้ ส่วนจุดอ่อน คือถึงแม้ผ่านการฟื้นฟูแล้วก็ตาม ก็ยังมีคนที่กลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ เพราะว่าบางคนไม่ได้อยากบำบัด แต่ต้องเข้ามาในระบบเพราะกระทำผิดกฎหมายตาม พรบ.นี้ ดังนั้นเมื่อกลับไปอยู่ชุมชนเดิมที่ยังมีการใช้ยาเสพติดก็ทำให้กลับไปเสพติดได้อีก

2. สำหรับประสิทธิภาพของการบังคับบำบัดนั้น ได้ผลบางส่วน และคิดว่าระบบนี้ใช้ได้กับผู้ที่เป็ นนักเสพหน้าใหม่ หรือเพิ่งทดลองเสพ แต่สำหรับกลุ่มที่เสพมานานหรือมีประวัติกระทำผิดหรือถูกคุมขังมา ก่อน จะไม่ค่อยได้ผล เพราะยังพบเห็นคนที่ผ่านการบำบัดมาแล้ว ยังกลับไปใช้ยาเสพติดเหมือนเดิมจึงควรที่จะเพิ่มบทลงโทษผู้เสพด้วย

3. พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 พบว่าตาม มาตรา 19 จะพบว่าฐานความผิดเสพ และมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และเสพและจำหน่ายยาเสพติด ทำให้ได้กลุ่มผู้ค้ายาเสพติดเข้ามาในการฟื้นฟูด้วย ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายยาเสพติดมากขึ้น ดังนั้นถ้าอยากจะให้โอกาสผู้เสพยาเสพติดเข้าฟื้นฟูจริง ๆ ควรตัด 2 ฐานความผิดข้างต้นออกไปให้เข้าสู่ระบบ

4. ผู้เข้ารับการฟื้นฟูและญาติไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัดนี้ จะได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่คุมประพฤติก่อนเข้ารับการฟื้นฟูเท่านั้น ซึ่งบางครั้งก็ไม่เข้าใจในการะบวนการฟื้นฟู

5. พื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จะมีปัญหาผู้เสพกระท่อมมากแต่ไม่สามารถนำเข้าบำบัดได้ตาม พรบ.นี้ ทำให้ผู้เสพขาดโอกาสในการบำบัดฟื้นฟู

6. ระยะเวลาบำบัดในสถานฟื้นฟู 120 วัน คิดว่าน้อยไป เหมือนส่งเข้าบำบัดพอจะหายดี แต่ต้องกลับออกไปอยู่ในสังคม และเมื่อไปเจอสิ่งแวดล้อมเดิมๆก็กลับเข้าไปสู่วงจรการใช้ยาเสพติดอีก

2.3 คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

จากการสัมภาษณ์คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มีความคิดเห็นดังนี้

1. ระบบบังคับบำบัดได้ผลเพียง 50 % สำหรับส่วนที่ยังไม่ได้ผลเนื่องจากผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่ได้ตั้งใจที่จะบำบัดตั้งแต่แรก โดยเฉพาะที่พบในกลุ่มที่เป็นผู้ค้ารายย่อยจะไม่ได้ตั้งใจอยากจะทำบำบัด แต่อยู่ในสถานฟื้นฟูให้ครบระยะเวลาเท่านั้นเพื่อจะได้ออกไปแล้วกลับไปขายยาเสพติดเหมือนเดิม

2. สาเหตุของปัญหาสถานฟื้นฟูไม่เพียงพอน่าจะเกิดจากการไม่ได้ประมาณการว่าในปีนั้นๆจะมีผู้เข้ารับการฟื้นฟูในระบบบังคับบำบัดมากน้อยเพียงใด หน่วยงานที่ทำหน้าที่จับกุมก็ดำเนินงานเพื่อให้ได้ผู้ต้องหาตามเป้าหมายตามตัวชี้วัดหรือตามนโยบายกำหนดเท่านั้น แต่ไม่ได้พิจารณาถึงว่าหน่วยงานด้านฟื้นฟูสามารถรองรับได้หรือไม่

3. ควรจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอในการจัดซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์ ยานพาหนะ เป็นต้น

2.4 แพทย์และพยาบาล

จากการสัมภาษณ์แพทย์และพยาบาลที่ทำหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มีความคิดเห็น ดังนี้

1. ประสิทธิภาพของระบบบังคับบำบัด พบว่า ระบบบังคับบำบัดเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ทำให้ผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัด หรือเป็นระบบที่ใช้กับคนที่ปฏิเสธการรักษา หรือเคยเลิกยาเสพติดด้วยตนเองแล้วไม่ได้ผลเพราะคนติดยาเสพติดบางคนไม่รู้ตัวหรือว่าการใช้ยาเสพติดของเขาส่งผลกระทบต่อตัวเอง ครอบครัว หรือคนรอบข้างแล้ว ถ้าจะให้สมัครใจมาบำบัดคงยาก ดังนั้นการบังคับบำบัดก็เป็นช่องทางหนึ่งสำหรับเขา แต่การดำเนินงานที่ผ่านมากลับพบว่า ประสิทธิภาพของระบบบังคับบำบัดยังไม่ได้ผลดีนัก เพราะมีผู้ที่ผ่านการบำบัดไปแล้วกลับไปใช้ยาเสพติดอีกเหมือนเดิม และกลับเข้ามารับการฟื้นฟูซ้ำ

ทั้งนี้ เป็นเพราะผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่อยากจะเลิกใช้ยาเสพติด มีแรงจูงใจในการบำบัดน้อย โดยพบว่าบางคนปรับตัวได้ดีมาก เช่น เข้าร่วมกิจกรรมหรือปรับพฤติกรรมของตนเองเพื่อรอเวลาครบกำหนดการบำบัดเท่านั้น แต่ไม่ได้มีความตั้งใจจริงที่จะเลิกใช้ยาเสพติดเลย และบางคนพอกลับออกไปวันแรกก็ใช้ยาเสพติดเลยก็มี เหมือนเข้ามาเพื่อพักผ่อน หรือหยุดใช้ยาชั่วคราว เพราะหวังว่าถ้าผ่านการฟื้นฟูก็จะไม่มีคดีติดตัว นอกจากนี้จากการซักประวัติส่วนใหญ่จะมีคนในครอบครัวที่ยังยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด เช่น สามีก็มีคดียาเสพติดและก็ถูกจำคุกด้วย หรือบางคนพ่อแม่ก็ใช้ยาเสพติดด้วย

2. การคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้เข้ารับการฟื้นฟู พบว่า พบว่า พบว่า ถ้ามองว่าผู้เสพยาทุกคนคือผู้ป่วย ดังนั้นใครป่วยก็ต้องรักษา ดังนั้นการคัดกรองก็ควรจะให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นคนคัดกรองเหมือนกัน ผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ก่อนนำเข้าบำบัด เพื่อที่จะสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อน โรคร่วมต่างๆ ได้อย่างทันต่วงที และสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

3. การส่งเข้ารับการฟื้นฟู พบว่า ในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดควรส่งต่อสถานพยาบาลในภูมิลำเนาหรือใกล้เคียงกับภูมิลำเนาผู้ป่วย เพื่อที่ญาติจะได้สามารถเดินทางเข้ามาร่วมในกิจกรรมการบำบัดได้ ส่วนกรณีที่มีการส่งผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่มีโรคทางกายไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น สำนักงานคุมประพฤติควรมีการแจ้งกลับมาด้วยว่าเมื่อรักษาโรคทางกายแล้วผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูยาเสพติดต่อ ณ สถานฟื้นฟูแห่งใด

4. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย พบว่า ยังขาดการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้าฟื้นฟู ทำให้ขาดแรงจูงใจในการบำบัด ทั้งนี้เพราะเจ้าหน้าที่คุมประพฤติไม่ได้แจ้งผู้ป่วยแต่แรกว่าจะต้องเตรียมตัวอย่างไรในการบำบัด และขาดการเตรียมความพร้อมของครอบครัว เพราะเมื่อบำบัดครบจากธัญญารักษ์ไปแล้วก็จะเข้าสู่โปรแกรมของสำนักงานคุมประพฤติ ถ้ามีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไปจะดีมาก และเตรียมชุมชนเพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วย

5. วิธีการฟื้นฟู พบว่า สำหรับวิธีการฟื้นฟูที่สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ใช้สำหรับผู้เข้ารับการบำบัดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวดคือ FAST Model ซึ่งใช้ระยะเวลาบำบัด 4 เดือน ซึ่งพบว่าระยะเวลาบำบัดเพียง 4 เดือนนั้นน้อยไป ไม่เพียงพอต่อการทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ถึงแม้ว่ามีบางรายที่

มีปรับเปลี่ยนได้แต่ก็ถือว่าเป็นส่วนน้อย เพราะระยะเวลานี้สมองเพิ่งเลิกใช้ยา และเพิ่งเริ่มปรับตัว แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังต้องใช้เวลาานมากขึ้นอีก เช่นบางรายอยู่ระยะถอนพิษยา 1 เดือน ส่วนอีก 3 เดือนไปฟื้นฟู คนไข้เพิ่งจะเริ่มอาการดีขึ้น เพิ่งปรับตัวได้ก็ต้องออกไปแล้ว ดังนั้นจึงไม่สามารถบอกได้ว่าเขาจะเลิกเสพยาเสพติดได้จริงหรือไม่ นอกจากนี้จุดอ่อนของ FAST Model ก็คือขาดการมีส่วนร่วมของญาติหรือครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟู ซึ่งบางรายก็ไม่สามารถติดต่อญาติได้เลย และบางรายถึงแม้ติดต่อญาติได้แต่การให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมก็มีน้อย ดังนั้นการบำบัดตามกระบวนการนี้ F=Family จึงยังไม่ได้ผล

นอกจากนี้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่เป็นเด็ก (อายุต่ำกว่า 18 ปี) กับผู้ใหญ่ต่างกัน ถึงแม้จะใช้วิธีบำบัดแบบเดียวกันแต่เครื่องมือที่ใช้ต่างกัน จึงควรใช้เทคนิคการบำบัดที่เน้นการเรียนรู้ตามวัย เช่นเด็กควรเน้นเรื่องความเข้าใจในตนเอง เพศ วัยรุ่น การเรียน เป็นต้น และเพื่อป้องกันการเลียนแบบพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดจากกลุ่มผู้ใหญ่ก็ควรที่แยกเด็กบำบัด

6. การประเมินผลการฟื้นฟู พบว่า ตาม พรบ. นี้ กำหนดไว้ว่าให้ทำการประเมินพฤติกรรมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เมื่อครบระยะเวลา 90 วันหลังจากเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งพบว่ามียาบางรายที่มีอาการดีขึ้นก่อนครบ 90 วัน แต่ก็ไม่สามารถขอลดระยะเวลาได้ เพราะต้องอยู่ให้ครบ 90 วันก่อนจึงจะปรับแผนได้ และทั้งนี้การตัดสินใจในการปรับแผนฟื้นฟูทั้งหมดก็เป็นอำนาจของคณะกรรมการฯ ซึ่งถือว่าไม่ใช่อำนาจตัดสินใจทางการแพทย์ ดังนั้นเมื่อแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น ก็น่าจะมีอำนาจในการจำหน่ายผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ถึงแม้ว่าเมื่อครบระยะเวลาบำบัด 4 เดือน ผู้เข้ารับการฟื้นฟูส่วนใหญ่จะผ่านการฟื้นฟูตามโปรแกรมของโรงพยาบาล แต่เมื่อส่งต่อไปยังสำนักงานคุมประพฤติอีก 2 เดือน ก็ไม่รู้ว่าเป็นอย่างงี้และสุดท้ายสามารถเลิกยาเสพติดได้หรือไม่ เพราะว่าจะไม่ใช่บทบาทของโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่ติดตาม ทำให้ไม่ทราบว่าผลลัพธ์จากนั้นเป็นเช่นไร

7. การติดตามผลการฟื้นฟู พบว่า ควรมีกระบวนการติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดอย่างจริงจัง ไม่ใช่เพียงแต่การติดตามในทางคดี แต่ควรเป็นการติดตามเพื่อประเมินผลการรักษาอย่างจริงจังเหมือนเช่นแพทย์พยาบาลติดตามผู้ป่วย

2.5 ผู้นำชุมชน

จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำชุมชนเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมาย มีความคิดเห็นดังนี้

1. ประสิทธิภาพของการบังคับบำบัด พบว่าการบังคับบำบัดทำให้ผู้เสพยาเสพติดได้มีโอกาสบำบัดรักษา เพราะบางครั้งถ้าจะให้สมัครใจเข้าบำบัดเองก็คงไม่ไปกัน และเป็นการให้โอกาสในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับตัวและกลับไปจะเลิกใช้ยาเสพติด อย่างไรก็ตามก็ยังไม่มั่นใจในผลลัพธ์ของการบำบัดทั้งนี้เพราะไม่ทราบกระบวนการของการบำบัด ทำให้ไม่สามารถรู้ว่าคนที่ผ่านการบำบัดนั้นจะเลิกยาเสพติดได้จริงหรือไม่ เพราะเท่าที่ผ่านมายังพบว่าผู้ที่ผ่านการบำบัดแล้วยังกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำอีก หรือบางคนเปลี่ยนไปเป็นค้ายาเสพติดแทนด้วยซ้ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะคนกลุ่มนี้ไม่ได้ตั้งใจที่จะเลิกเสพยาเสพติดตั้งแต่แรก เช่นบางคนเข้าฟื้นฟูตาม โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติโดยการไปปรายงานตัวตาม

กำหนดนัดแต่พอกลับมาก็มาเสพซ้ำเหมือนเดิม แต่ก็ยังพบว่าบางกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มที่เพิ่งเริ่มใช้ยาเสพติดหรือทดลองใช้ยาเสพติด รวมทั้งคนตั้งใจที่จะเลิกยาเสพติดพอบำบัดครบกำหนดก็สามารถเลิกเสพได้จริงๆก็มี และคิดว่าควรกำหนดบทลงโทษให้มากขึ้น เพราะตอนนี้วัยรุ่นเห็นว่าการขายยาเสพติดเป็นแฟชั่นไปแล้วเนื่องจากได้เงินมาง่าย พอถูกจับก็ถูกปล่อยตัวออกมาเหมือนเดิม ทั้งนี้เพราะกลุ่มวัยรุ่นจะรู้กฎหมาย พอถูกจับก็จะโดนข้อหาเสพเท่านั้นเนื่องจากจะไม่พกยาเสพติดติดตัวดังนั้นถูกจับไปไม่นานก็ได้รับการประกันตัวออกมา

2. การประกันตัวเพื่อปล่อยตัวชั่วคราว พบว่า เมื่อมีการจับกุมผู้กระทำผิดไปไม่อยากให้มีการประกันตัวออกมา เพราะเมื่อประกันตัวออกมาคนเหล่านี้ก็กลับไปใช้ยาเสพติดหรือค้ายาเสพติดเหมือนเดิม

3. มีการสร้างเครือข่ายยาเสพติด เนื่องจากมีทั้งกลุ่มผู้เสพและผู้ค้าเข้าไปในกระบวนการบำบัด ดังนั้นอาจจะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ยาเสพติดหรือสร้างเครือข่ายยาเสพติดร่วมกันได้ ซึ่งบางคนจากที่เป็นผู้เสพธรรมดา อาจเห็นช่องทางกลายเป็นผู้ค้าไปได้เลยก็ได้ หรือบางคนกลับมาใช้ยาเสพติดมากกว่าเดิมอีก เพราะไปเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับยาเสพติดมาเพิ่มเติม แล้วกลับมาสร้างเครือข่ายในพื้นที่อีกก็มี ดังนั้นกฎหมายควรมีบทลงโทษอย่างจริงจังและไม่ควรลดโทษให้กับผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

4. การติดตามผู้ผ่านการฟื้นฟู พบว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบการติดตามผลผู้ผ่านการฟื้นฟูมีหลายหน่วยงานทั้งสำนักงานคุมประพฤติ ฝ่ายปกครองอำเภอและหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งไม่ได้บูรณาการร่วมกัน ต่างหน่วยงานต่างมาติดตามทำให้เป็นการทำงานที่ซ้ำซ้อน และส่งผลให้จากเดิมที่ไม่เคยมีคนในชุมชนรู้ว่าบุคคลนี้ผ่านการบำบัดยาเสพติดมา แต่พอมีหลายๆหน่วยงานมาติดตาม ก็ทำให้ประชาชนอื่นๆรู้กันหมด จึงทำให้ผู้ผ่านการฟื้นฟูมีความเข้าใจว่าหน่วยงานราชการไม่เชื่อใจว่าเขาเลิกยาเสพติดได้จริง บางครั้งเกิดความน้อยใจ

2.6 ญาติผู้เข้าบำบัด

จากการสัมภาษณ์ญาติผู้เข้าบำบัดเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมาย มีความคิดเห็นดังนี้

ญาติผู้เข้ารับการฟื้นฟูให้ข้อมูลว่า ระบบบังคับบำบัดเป็นผลดีต่อผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นการให้โอกาสในการเข้าบำบัดรักษาเพราะถ้าให้สมัครใจบำบัดก็ไม่เข้าบำบัด และทำให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น มีสุขภาพอนามัยแข็งแรงขึ้น และอย่างน้อยก็ทำให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่ต้องใช้ยาเสพติดนานถึง 4 เดือน แต่อย่างไรก็ตามยังมีจุดอ่อนของการบังคับบำบัด คือไม่รู้แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัดเลยว่าจะค้นหารายละเอียดได้จากแหล่งใดบ้าง สอบถามจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็ไม่ได้ข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วน ทำให้มีความวิตกกังวลว่าผู้เข้ารับการฟื้นฟูจะถูกดำเนินคดีหรือไม่ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ก็ไม่แจ้งล่วงหน้าว่าจะส่งผู้เข้ารับการฟื้นฟูไปสถานฟื้นฟูใด พอฟังคำวินิจฉัยเสร็จก็ส่งตัวไปเลย และเนื่องจากไม่ทราบถึงขั้นตอนการฟื้นฟูด้วยว่ามีวิธีการเช่นไร จึงไม่มั่นใจว่าเมื่อผ่านการฟื้นฟูแล้วผู้ผ่านการฟื้นฟูจะสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้หรือไม่ ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าในกรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูเป็นหัวหน้าครอบครัว การที่ต้องเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูนานถึง 4 เดือน ก็ส่งผลให้ขาดผู้นำครอบครัว ขาดรายได้ และขาดแรงงานในการทำงาน

2.7 ผู้เข้ารับการฟื้นฟู

จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าบำบัดเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมาย มีความคิดเห็นดังนี้

ผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการบังคับบำบัดช่วยให้เขาสามารถหยุดการใช้ยาเสพติดได้ในระยะหนึ่ง ซึ่งก็ทำให้มีสุขภาพอนามัยดีขึ้น ทำให้ได้รับความรู้เรื่องยาเสพติดมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามเมื่อสอบถามว่าถ้าผ่านการฟื้นฟูไปแล้วจะสามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้หรือไม่ บางคนก็บอกว่าจะหยุดได้เพราะอยู่ในสถานฟื้นฟูไม่ได้ใช้ยาเสพติดจนชินแล้ว และไม่มีความรู้สึกอยากใช้ยาเสพติด รวมทั้งสงสารพ่อแม่ที่ต้องมาเป็นทุกข์ด้วยที่ถูกติดยาเสพติด จึงคิดว่าจะตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติดให้ได้ แต่บางคนก็บอกว่าไม่มั่นใจว่าจะเลิกใช้ยาเสพติดได้หรือไม่ เพราะเมื่อออกไปจากสถานฟื้นฟูก็กลับไปอยู่ชุมชนเดิม และในครอบครัวก็ยังมีคนใช้ยาเสพติดอยู่ รวมทั้งการไปคบเพื่อนกลุ่มเดิม ถ้าเพื่อนชวนก็ไม่แน่ใจว่าจะห้ามใจได้หรือไม่

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เข้าบำบัดส่วนใหญ่ไม่ได้มีความตั้งใจ หรือมีความต้องการที่จะเข้ารับการบำบัดยาเสพติด เนื่องจากบางคนถูกตำรวจจับกุมมา ซึ่งถ้าไม่เข้าบำบัดก็อาจจะถูกดำเนินคดี จึงคิดว่ามาอยู่สถานฟื้นฟูดีกว่าไปอยู่ในคุก แต่บางคนที่ถูกจับกุมเพราะพ่อแม่แจ้งตำรวจให้มาจับเนื่องจากทนายที่ลูกใช้ยาเสพติดไม่ได้ หรือบางคนก่อเหตุทะเลาะวิวาทกับคนในครอบครัวก็ถูกจับมา พอเจ้าหน้าที่ตำรวจตรวจปัสสาวะพบสารเสพติดก็นำเข้าสู่การบังคับบำบัดเลย ดังนั้นการมาอยู่สถานฟื้นฟูก็เพื่อรอให้ครบตามระยะเวลาฟื้นฟูเท่านั้น และที่สำคัญก่อนเข้ารับการฟื้นฟูเจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้ข้อมูลอะไรเกี่ยวกับการฟื้นฟูเลย รวมถึงไม่ทราบด้วยว่าจะต้องไปอยู่สถานฟื้นฟูแห่งใด คิดต่อญาติก็ไม่ได้จึงเกิดความวิตกกังวล และอยากจะหลบหนี ซึ่งบางคนถึงกับบอกว่า “อยู่ด้วยความไม่เต็มใจ อยู่ด้วยความเครียด เพราะมีกฎระเบียบเยอะแยะมากมาย” แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีผู้เข้าบำบัดบางคนที่สามารถปรับตัวได้ดี และเห็นว่าการบังคับบำบัดให้เป็นผลดีกับตนเอง ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น ไม่หุนหันุนใจ ชู้โมโห สามารถทำงานร่วมกับคนอื่นได้ รู้จักรับผิดชอบหน้าที่ตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นมากขึ้น แต่บางคนก็คิดว่าการบังคับบำบัด 4 เดือนนั้นนานเกินไป เพราะการถูกควบคุมตัวในสถานฟื้นฟูทำให้เขาไม่สามารถทำงานหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว มีความเครียด วิตกกังวล เป็นห่วงคนในครอบครัว (เช่น ภรรยา และลูก) และคนในครอบครัวเขาต้องลำบากกว่าเดิม รวมทั้งการที่ญาติมาเยี่ยมแต่ละครั้งก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายต่างๆ ทั้งค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าใช้จ่ายในการซื้อของมาเยี่ยม รวมทั้งเงินที่ฝากไว้สำหรับผู้เข้าบำบัดใช้จ่ายด้วย

สำหรับการติดตามผลหลังผ่านการฟื้นฟูพบว่า ผู้ผ่านการฟื้นฟูบางส่วนไม่เข้าใจถึงกระบวนการติดตามหลังผ่านการฟื้นฟู โดยคิดว่าคนที่ทำหน้าที่ติดตามเป็นพนักงานคุมประพฤติเจ้าของคดี ซึ่งจะมีความคุ้นเคยและไว้วางใจกันดี แต่กลับเป็นผู้ที่ติดตามเป็นเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครคุมประพฤติ ซึ่งบางครั้งก็ไม่ทราบว่าบุคคลเหล่านี้ทราบข้อมูลการเข้ารับการฟื้นฟูยาเสพติดของตนเองได้อย่างไร โดยบางคนคิดว่าบุคคลเหล่านี้ละเมิดข้อมูลส่วนตัวของตนเอง ดังนั้น

พนักงานคุมประพฤติจะต้องทำความเข้าใจและชี้แจงให้ผู้ผ่านการฟื้นฟูสภาพด้วยถึงวิธีการติดตามผลหลังฟื้นฟู

3. ปัญหาการบังคับใช้กฎหมาย

ในประเด็นนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับปัญหาการบังคับใช้กฎหมายของแต่ละกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบังคับบำบัด พอสรุปได้ดังนี้

3.1 เจ้าหน้าที่ตำรวจ

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ตำรวจเกี่ยวกับปัญหาการบังคับใช้กฎหมายตาม พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 พบว่ามีปัญหา ดังนี้

1. เมื่อพบผู้มีลักษณะพฤติการณ์ที่น่าสงสัยต่อการเสพยาเสพติด แล้วขอให้มีการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดนั้น ทำให้มีเจ้าหน้าที่ตำรวจบางคนเกิดความสงสัยว่าการดำเนินการตรวจปัสสาวะผู้ต้องสงสัย แม้จะได้รับความยินยอมแล้วก็ตามนั้นอยู่ในอำนาจของตนเองหรือไม่ และเป็นการดำเนินการที่ถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่
2. การจับกุมผู้กระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด ซึ่งมีข้อสงสัยว่า “เป็นความผิดซึ่งหน้า” ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 78 และ 80 หรือไม่ เพราะบางกรณีตำรวจไม่ได้เห็นในขณะที่เสพยาสูรู่างกาย และไม่รู้ว่าผู้ต้องหาเสพยาที่ไหน เสพเมื่อใด ซึ่งอาจจะเสพมาหลายวันแล้วและสารเสพติดอาจจะตกค้างในร่างกาย เมื่อมาตรวจปัสสาวะจึงให้ผลบวก (พบสารเสพติด)

3.2 พนักงานคุมประพฤติ

จากการสัมภาษณ์พนักงานคุมประพฤติทั้งในส่วนงานตรวจพิสูจน์และงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเกี่ยวกับปัญหาการบังคับใช้กฎหมายตาม พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 พบว่ามีปัญหา ดังนี้

1. ปัญหาการตีความกฎหมาย ซึ่งคณะอนุกรรมการแต่ละคณะมีการตีความที่แตกต่างกัน เช่น มาตรา 24 (ม. 24 ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดนั้นต้องหาหรือถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรือต้องคำพิพากษาให้จำคุก ให้ศาลพิจารณามีคำสั่งให้ส่งตัวผู้นั้นไปยังพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อไป) บางคณะก็พิจารณาให้ส่งตัวคืนพนักงานสอบสวน แต่บางคณะไม่ให้คืนตัวให้พนักงานสอบสวน เพราะอยู่ในระหว่างบำบัดซึ่งให้ระยะเวลาบำบัดได้นานถึง 3 ปี
2. ปัญหาการส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟู ตาม ม. 33 วรรค 2 (กำหนดว่า ในกรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดผู้ใดแม้จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจนครบกำหนดเวลาตามมาตรา 25 แล้ว แต่ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยังไม่เป็นที่พอใจ ให้คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติตรายงานความเห็นไปยังพนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการ แล้วแต่กรณี เพื่อประกอบการพิจารณาดำเนินคดีผู้นั้นต่อไป) ซึ่งคณะอนุกรรมการบางคณะพิจารณาว่าจำเป็นต้องครบกำหนดระยะเวลา

การบำบัดฟื้นฟู (3ปี) ก่อนถึงจะส่งคืนตัวให้พนักงานสอบสวน ไปดำเนินคดีได้ ซึ่งส่งผลก่อให้เกิดปัญหาคดีค้างตามมาอีก

3. ปัญหาการพิจารณาแผนฟื้นฟู พบว่าในการพิจารณาแผนฟื้นฟู ถ้าเป็นกรณีและผู้เสพ ซึ่งเพิ่งเริ่มใช้ยาเสพติดหรือมีอาการคิดไม่รุนแรง ส่วนใหญ่คณะอนุกรรมการจะมีความเห็นพ้องกับการนำเสนอของพนักงานคุมประพฤติ แต่ก็ยังมีบางกรณีที่มีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน เช่น พนักงานคุมประพฤติจะใช้ข้อมูลการใช้ยาเสพติดเป็นหลักในการเสนอแผนฟื้นฟู เช่นพบว่าใช้มานานและมีความเสี่ยงในการกระทำความผิดซ้ำ หรือบางรายอาจจะเป็นผู้จำหน่ายยาเสพติด ซึ่งพนักงานคุมประพฤติเห็นว่าควรฟื้นฟูแบบควบคุมตัวเพื่อจะได้ลดโอกาสการกลับไปเสพซ้ำ หรือจำหน่ายยาเสพติด แต่คณะอนุกรรมการกลับให้น้ำหนักไปที่ภาระหน้าที่ที่บุคคลนั้นมีต่อครอบครัวที่จะต้องดูแล เช่นเป็นเสาหลักของครอบครัว ถ้าให้ฟื้นฟูแบบควบคุมตัวก็จะส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก จึงพิจารณาให้ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ยังพบว่าในบางพื้นที่การใช้ดุลพินิจของคณะอนุกรรมการฯ ในการวินิจฉัยผู้เสพ/ผู้ติด รวมทั้งการตีความกฎหมายในแต่ละชุดจะไม่เหมือนกัน ถ้าอัยการย้ายก็จะต้องเปลี่ยนคณะอนุกรรมการฯ ใหม่

3.3 คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

จากการสัมภาษณ์คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเกี่ยวกับปัญหาการบังคับใช้กฎหมายตาม พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 พบว่ามีปัญหา ดังนี้

1. ปัญหาการพิจารณาขอปล่อยตัวชั่วคราวของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ค่าซ้ำ (ระเบียบคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดว่าด้วยการตรวจพิสูจน์ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด การควบคุมตัว และการปฏิบัติต่อผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์และผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2546 ข้อ 67 การร้องขอให้ปล่อยชั่วคราวและการขอเปลี่ยนหลักประกันให้ติดต่อกับ พนักงานเจ้าหน้าที่ และให้คณะอนุกรรมการพิจารณา โดยอาศัยหลักเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้และมีคำสั่ง โดยเร็ว) แต่คณะอนุกรรมการไม่สามารถประชุมพิจารณาได้ทุกวัน เนื่องจากคณะอนุกรรมการทั้ง 7 คนมีภารกิจงาน จึงไม่สามารถร่วมประชุมได้ครบองค์ประชุม ก็จะแก้ไขปัญหาโดยการให้เจ้าหน้าที่ชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ยื่นคำร้องขอปล่อยตัวชั่วคราว และถ้าเป็นวันหยุดก็จะจัดเวรเจ้าหน้าที่มาดำเนินการเรื่องขอปล่อยตัวชั่วคราวด้วย

2. ปัญหาสำนวนคดีค้างเยอะ เนื่องจาก ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ได้กำหนดระยะเวลาการฟื้นฟูได้นานถึง 3 ปี ซึ่งในกรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่ตั้งใจอยากที่จะบำบัด มีการหลบหนี ซึ่งพนักงานเจ้าหน้าที่ไม่สามารถติดตามตัวกลับมาได้อีก ก็ไม่สามารถวินิจฉัยได้ว่าผลการฟื้นฟูไม่เป็นที่พอใจ เนื่องจากระยะเวลาฟื้นฟูยังไม่ถึง 3 ปี ทำให้ต้องคงค้างสำนวนไว้จนกว่าจะครบเวลาเป็นผลให้มีคดีค้างเยอะ

3. ปัญหาอำนาจหน้าที่ในติดตามผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้ารับการฟื้นฟู ซึ่งตามมาตรา 31 ในกรณีที่ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดซึ่งได้รับการปล่อยชั่วคราวไม่ปฏิบัติตามหรือฝ่าฝืนระเบียบ เงื่อนไข หรือข้อบังคับที่กำหนด แล้วให้พนักงานเจ้าหน้าที่ (เจ้าหน้าที่คุม

ประพุดิ) เป็นผู้ติดตามจับกุมได้โดยไม่ต้องมีหมาย แต่เนื่องด้วยเจ้าหน้าที่คุมประพุดิไม่ได้รับการฝึกฝนในเรื่องการติดตามจับกุม ก็ทำให้มีความเสี่ยงต่อการปฏิบัติหน้าที่

3.4 แพทย์และพยาบาล

จากการสัมภาษณ์แพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาการบังคับใช้กฎหมายตาม พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 พบว่ามีปัญหา ดังนี้

1. แพทย์ไม่ได้มีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยและออกแบบวิธีการฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยตั้งแต่แรก ทั้งนี้เพราะในการพิจารณากำหนดแผนฟื้นฟูเป็นการใช้ดุลพินิจของคณะอนุกรรมการ ซึ่งไม่รู้ว่ามีเกณฑ์ในการพิจารณาอย่างไร เพราะข้อมูลที่ใช้พิจารณามาจากเอกสารรายงานการตรวจพิสูจน์ของพนักงานคุมประพุดิเท่านั้น โดยที่คณะอนุกรรมการเองไม่ได้เป็นผู้ซักถามจากผู้เข้ารับการฟื้นฟูโดยตรง และที่สำคัญข้อมูลที่นำมาใช้ในการวินิจฉัยไม่ได้มาจากการประเมินของบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น ถ้ามองว่าผู้เสพคือผู้ป่วย คนที่คัดกรองและวินิจฉัยผู้ป่วยเบื้องต้นก็ควรเป็นบุคลากรทางการแพทย์ เพราะจะทำให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพได้อย่างละเอียดกว่า

2. ข้อมูลที่ใช้ประกอบการวินิจฉัยผู้เสพ/ผู้ติดยา และพิจารณากำหนดแผนฟื้นฟู มีข้อมูลทางด้านสุขภาพน้อย เช่น การประเมินด้านจิตใจ ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของผู้เข้ารับการบำบัดและคนในครอบครัว ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ประวัติการเข้ารับการรักษาอาการทางจิต เป็นต้น

3. ปัญหาการตีความกฎหมาย โดยเฉพาะกรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูมีการหลบหนีระหว่างการฟื้นฟู ทำให้ไม่ทราบว่าจะปฏิบัติที่แท้จริงที่จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายเมื่อมีการหลบหนีจะต้องทำอย่างไร

4. ปัญหาไม่เข้าใจเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัด เนื่องจากพบว่ามีผู้ค้าเข้ามาในระบบบำบัดด้วย จึงไม่รู้ว่าสำนักงานคุมประพุดิมีเกณฑ์อะไรในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระบบการบำบัด และถ้าเป็นผู้ค้าควรใช้วิธีบำบัดแบบเข้มงวดมากกว่า เพราะพวกนี้จะมีพฤติกรรมพยายามหลบหนีตลอด

3.5 ผู้นำชุมชน

จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนเกี่ยวกับปัญหาการบังคับใช้กฎหมายตาม พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 พบว่ามีปัญหา ดังนี้

1. ไม่เข้าใจถึงกระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจตามกฎหมายบังคับบำบัด เนื่องจากว่าเมื่อเจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุมผู้เสพยาเสพติดไปแล้วไม่นานก็ได้รับการปล่อยตัวออกมา จึงทำให้มีความเชื่อมั่นในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจน้อย นอกจากนี้ผู้นำชุมชนเคยแจ้งเบาะแสผู้เสพและผู้ค้าไปแต่ก็ไม่มีการดำเนินการใดๆ เช่นกรณีแจ้งรายชื่อคนที่เสพยาเสพติดไปก็ยังคงเห็นเสพเหมือนเดิมไม่ได้ถูกส่งเข้าบำบัดหรือกรณีแจ้งเบาะแสผู้ค้ายาเสพติดไป ก็มีเจ้าหน้าที่ตำรวจมาจับกุมตัวไปแล้วก็ถูกปล่อยตัวออกมาเหมือนเดิมไม่ได้ถูกจำคุก

2. ไม่เข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบังคับบำบัด

3. การติดตามผู้ที่ผ่านการบำบัด ซึ่งบางครั้งก็เป็นรายชื่อคนเดิมที่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมานาน เช่น เป็น 10 ปี แล้ว ซึ่งจากการตรวจสอบในชุมชนพบว่าคนๆ นั้นเลิกใช้ยาเสพติดมานานแล้วแต่ทำไมยังมีรายชื่อในการติดตามอยู่

4. การติดตามผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่ไม่ไปรายงานตัวตามกำหนดนัดของสำนักงานคุมประพฤติ พบว่า บางครั้งก็ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองเพราะเขาไม่ต้องการให้ใครรู้ว่าลูกตนเองเข้ารับการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอยู่ จำเป็นต้องเอาหนังสือจากทางสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดแสดงให้ดูเพื่อจะได้ทราบว่ามีผู้นำชุมชนไม่ได้ละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลแต่ทางหน่วยราชการแจ้งมาให้ดำเนินการติดตาม

3.6 ญาติผู้เข้าบำบัด

จากการสัมภาษณ์ญาติผู้เข้าบำบัดเกี่ยวกับปัญหาการบังคับใช้กฎหมายตาม พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 พบว่ามีปัญหา ดังนี้

1. การถูกให้เป็นสายตำรวจ พบว่าผู้ต้องหาบางรายถูกเป็นสายให้ตำรวจ เพื่อจะได้ไม่ถูกดำเนินคดี โดยการให้ไปปล่อยชื่อยาเสพติดกับผู้ค้ายาเสพติด ซึ่งทำให้คนที่ เป็นสายตำรวจเกิดความหวาดกลัวว่าจะมีเครือข่ายค้ายาเสพติดมาทำร้าย จึงต้องหลบหนีไปซึ่งเป็นผลให้ไม่ได้เข้ารับการบำบัด

2. การขอประกันตัวเพื่อปล่อยตัวชั่วคราวของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์นั้นมีความล่าช้า เนื่องจากเจ้าหน้าที่แจ้งว่าคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดซึ่งมีอำนาจในการพิจารณาการประกันตัว ไม่สามารถดำเนินการประชุมเพื่อพิจารณาการขอประกันตัวได้เนื่องจากองค์ประชุมไม่ครบ ซึ่งเป็นผลให้ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ต้องถูกควบคุมตัวไว้ก่อน

3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดตามที่เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลแจ้งมาได้ เนื่องจากมีภาระในการประกอบอาชีพ และถ้าไปเข้าร่วมก็ต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางอีก

4. การที่ต้องเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูนานถึง 4 เดือน ทำให้ขาดผู้นำครอบครัว ขาดรายได้ และขาดแรงงานในการทำงาน ทำให้คนอื่นๆ ในครอบครัวก็ต้องรับภาระหน้าที่แทน

3.7 ผู้เข้ารับการฟื้นฟู

จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าบำบัดเกี่ยวกับปัญหาการบังคับใช้กฎหมายตาม พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 พบว่ามีปัญหา ดังนี้

1. ปัญหาไม่มีความพร้อมในการเข้ารับการฟื้นฟู เนื่องจากพนักงานคุมประพฤติไม่ได้ให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการฟื้นฟู สถานที่ฟื้นฟู ที่ชัดเจน ทั้งนี้เมื่อรับทราบคำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการแล้วผู้เข้ารับการฟื้นฟูก็ถูกส่งตัวไปยังสถานฟื้นฟูเลย ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวมีความเร่งรัดเกินไป ซึ่งบางคนไม่สามารถติดต่อญาติได้ ทำให้ไม่มีความพร้อมในการบำบัด และไม่มีแรงจูงใจ ส่งผลให้อยากที่จะหลบหนี

2. ระยะเวลาบำบัด 4 เดือน นั้นนานเกินไปทำให้ขาดรายได้ มีภาระครอบครัว เกิดความเครียด และวิตกกังวล ควรลดระยะเวลาบำบัดให้เหลือ 1-2 เดือน

3. สถานควบคุมตัวระหว่างตรวจพิสูจน์ค้ำแคบและการดูแลสุขภาพเมื่อมีอาการขาดยา ยังไม่ดีพอ

4. สามารถสร้างเครือข่ายยาเสพติดได้ โดยในระหว่างอยู่ที่สถานควบคุมตัวเพื่อตรวจพิสูจน์ หรือสถานฟื้นฟู ก็จะได้สนทนาแลกเปลี่ยนกันระหว่างคนที่เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือคนที่เข้ารับการฟื้นฟูด้วยกัน บางครั้งก็แลกเปลี่ยนโทรศัพท์กันซึ่งเมื่อบำบัดครบกำหนดแล้วก็สามารถติดต่อกันได้

5. การยื่นขอประกันตัวเพื่อปล่อยตัวชั่วคราวดำเนินการล่าช้า เพราะคณะอนุกรรมการไม่ครบทุกคน ทำให้ต้องเลื่อนเวลาออกไปจึงต้องถูกควบคุมตัวไว้ในเรือนจำอีก

ส่วนที่ 4

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่เจ้าหน้าที่ตำรวจ พนักงานคุมประพฤติ คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แพทย์ พยาบาล ผู้นำชุมชน ญาติ และผู้เข้ารับการฟื้นฟู ในประเด็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะแนวทางปรับปรุงกฎหมายบังคับบำบัดให้เอื้อต่อการบำบัดฟื้นฟู พอสรุปได้ ดังนี้

1.1 เจ้าหน้าที่ตำรวจ

ประเด็นข้อเสนอแนะจากเจ้าหน้าที่ตำรวจฝ่ายปราบปรามและพนักงานสอบสวน สรุปได้ดังนี้

1. กรณีที่ผู้ต้องหาหลบหนีระหว่างการฟื้นฟูหรือผลการฟื้นฟูไม่ผ่าน ควรที่จะถูกดำเนินคดีโดยทำเป็นคดีใหม่เลยไม่ต้องไปเกี่ยวข้องกับคดีเก่าหรือรื้อคดีเก่า เพราะว่าถ้ามีพฤติกรรมเช่นนี้แสดงว่าผู้ต้องหาไม่เจตนาที่ไม่ดีหรือไม่ต้องการที่จะเข้าบำบัดฟื้นฟูควรถูกนำตัวมาดำเนินคดีเลย

2. ควรระบุบุคคลที่มีอำนาจในการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดให้ชัดเจน

3. ในกรณีจับกุมมาในวันศุกร์ก็ต้องรีบสอบสวนให้เสร็จจะได้ส่งตัวผู้ต้องหาไปศาลทัน เพราะในวันเสาร์ศาลเปิดทำการแค่ครึ่งวัน และถ้าในวันนั้นจับกุมมาพร้อมๆกันหลายๆคดี ก็จะทำงานไม่ทัน เป็นผลให้ส่งตัวผู้ต้องหาไปศาลไม่ทันด้วย ดังนั้นจึงขอเสนอว่าในวันเสาร์ศาลควรเปิดทำการเต็มวัน จึงจะสามารถส่งตัวผู้ต้องหาไปศาลได้ทัน

1.2 พนักงานคุมประพฤติ

ประเด็นข้อเสนอแนะจากพนักงานคุมประพฤติ สรุปได้ดังนี้

1. เสนอให้มีการจำกัดจำนวนครั้งในการเข้าฟื้นฟูตาม พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เพราะว่ามีผู้กระทำผิดซ้ำซากถูกส่งเข้ารับการฟื้นฟูหลายครั้งแล้วก็ยังกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำอีก ซึ่งพบเคยกระทำผิดซ้ำมากถึง 13 ครั้ง ดังนั้นน่าจะจำกัดจำนวนครั้งการเข้ารับการฟื้นฟูไม่เกิน 3 ครั้ง ถ้าถูกจับกุมมาอีกก็ควรมีบทลงโทษหรือให้ดำเนินคดีไปเลย

2. กรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขการฟื้นฟู เช่น ไม่มารายงานตัวตามนัดหมาย ปัญหาการหลบหนี ซึ่งเจ้าหน้าที่ติดตามตัวไม่ได้ แต่ยังคงต้องคงสำนวนคดีไว้ เพราะตาม พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ได้กำหนดระยะเวลาในการฟื้นฟูนานถึง 3 ปี จึงทำให้เกิดปัญหาคดีค้างเยอะ จึงมีแนวทางเสนอว่าถ้าพิสูจน์ได้ว่าได้ให้โอกาสในการฟื้นฟูแล้วผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่ต้องการ น่าจะสามารถส่งคืนพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีได้ ไม่ต้องรอให้ครบ 3 ปี

3. พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 19 นั้น การกำหนดให้ผู้ต้องหาที่กระทำความผิดและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และเสพและจำหน่ายยาเสพติด เข้าสู่กระบวนการบังคับบำบัดด้วยนั้น อาจจะทำให้ได้กลุ่มผู้ค้ายาเสพติดเข้ามาในการฟื้นฟูด้วย ซึ่งอาจทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายยาเสพติดมากขึ้น ดังนั้นถ้าต้องการให้ผู้ใช้เสพเพื่อเข้ารับการฟื้นฟูจริงๆ ควรตัด 2 ฐานความผิดข้างต้นออก

4. กระบวนการบังคับบำบัดมีหลายหน่วยงานเข้ามาเกี่ยวข้อง ควรให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรหน่วยงานภาคีไปพร้อมๆกัน เพื่อให้ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ประเด็นข้อเสนอแนะจากคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สรุปได้ดังนี้

1. ควรมีสถานฟื้นฟูที่สามารถรองรับผู้เข้ารับการฟื้นฟูได้อย่างเพียงพอโดยไม่มีข้อจำกัด เหมือนอย่างเช่นผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลก็ต้องรับไว้เพื่อรักษา สถานฟื้นฟูจะปฏิเสธไม่ได้เพราะจะทำให้การบังคับใช้กฎหมายไม่ได้

2. เพื่อให้เกิดความรวดเร็วขึ้นในการพิจารณาเพื่อปล่อยตัวชั่วคราว ควรมอบอำนาจให้เลขาหรือคณะอนุกรรมการท่านใดท่านหนึ่งทำหน้าที่ในการพิจารณาเพื่อปล่อยตัวชั่วคราว แล้วให้รายงานต่อคณะอนุกรรมการทั้งชุดทราบอีกครั้ง

3. การติดตามผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้าการฟื้นฟู เมื่อมีการไม่ปฏิบัติตาม หรือฝ่าฝืนระเบียบเงื่อนไข ในการปล่อยตัวชั่วคราวนั้น (ตามมาตรา 31) ได้กำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ (พนักงานประพฤติ) เป็นผู้ติดตามจับกุมได้โดยไม่ต้องมีหมาย แต่เนื่องด้วยพนักงานคุมประพฤติไม่ได้รับการฝึกฝนในเรื่องการติดตามจับกุม ก็ทำให้มีความเสี่ยงต่อการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งเสนอว่าอำนาจหน้าที่นี้น่าจะเป็นของเจ้าหน้าที่ตำรวจซึ่งได้รับการฝึกฝนมาโดยเฉพาะ

1.4 แพทย์และพยาบาล

ประเด็นข้อเสนอแนะจากแพทย์และพยาบาล สรุปได้ดังนี้

1. การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้เข้ารับการฟื้นฟูก่อนส่งเข้ารับการฟื้นฟู จากเดิมที่เป็นบทบาทของสำนักงานคุมประพฤติ ควรเปลี่ยนเป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์ และพยาบาล เพื่อจะได้ประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วเพื่อสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างทันที่

2. กรณีที่มีการส่งผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่มีโรคทางกายไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น ให้สำนักงานคุมประพฤติก็แจ้งกลับมาด้วยว่าเมื่อรักษาโรคทางกายแล้วผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูยาเสพติดต่อ ณ สถานฟื้นฟูแห่งนี้ใด

3. การส่งผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟู ควรส่งเข้ารับการฟื้นฟู ณ สถานฟื้นฟูในภูมิลำเนาหรือใกล้เคียงกับภูมิลำเนาผู้ป่วย เพื่อที่ญาติจะได้สามารถเดินทางเข้าร่วมในกิจกรรมการบำบัดได้

4. สำนักงานคุมประพฤติควรมีการเตรียมความพร้อมผู้เข้ารับการฟื้นฟูก่อนส่งตัวเข้าฟื้นฟู เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการฟื้นฟูและลดปัญหาการหลบหนี

5. วิธีการฟื้นฟูที่ใช้กับผู้ป่วยที่เป็นเด็ก (อายุต่ำกว่า 18 ปี) กับผู้ใหญ่เน้นควรรใช้เทคนิคการบำบัดที่เน้นการเรียนรู้ตามวัย เช่น เด็กควรเน้นเรื่องการความเข้าใจในตนเอง เพศ วัยรุ่น การเรียน เป็นต้น และเพื่อป้องกันการเลียนแบบพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดจากกลุ่มผู้ใหญ่ก็ควรที่แยกตีบำบัดสำหรับเด็กออกมาต่างหาก

6. กลุ่มผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดรุนแรงมีประวัติการทำผิดกฎหมายและเคยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมาแล้วแต่ก็ยังไม่สามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ หรือกลุ่มที่มีความก้าวร้าวรุนแรงหรือทำร้ายเจ้าหน้าที่ควรมีกระบวนการลงโทษด้วย

7. อำนาจการตัดสินใจในการจำหน่ายผู้ป่วยควรเป็นของแพทย์เจ้าของไข้ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยบางรายมีอาการดีขึ้นก่อนครบ 90 วัน แต่ก็ไม่สามารถขอลดระยะเวลาได้เพราะต้องอยู่ให้ครบ 90 วันก่อนจึงจะปรับแผนได้ และการตัดสินใจในการปรับแผนฟื้นฟูทั้งหมดก็เป็นอำนาจของคณะกรรมการ ซึ่งถือว่าไม่ใช่อำนาจตัดสินใจทางการแพทย์ ดังนั้นเมื่อแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น ก็น่าจะมีอำนาจในการจำหน่ายผู้ป่วยได้

8. ควรมีการแจ้งผลลัพธ์ของการฟื้นฟูเมื่อสิ้นสุดกระบวนการบังคับบำบัดกลับมายังสถานพยาบาลด้วย ทั้งนี้เพราะเมื่อผู้ผ่านการบำบัดจากโรงพยาบาลแล้วเข้าสู่โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ ก็ไม่ทราบว่าคุณสมบัติของการบำบัดเป็นเช่นไร

9. ควรมีกระบวนการติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดอย่างจริงจัง ไม่ใช่เพียงแต่การติดตามในทางคดี แต่ควรเป็นการติดตามเพื่อประเมินผลการรักษาอย่างจริงจังเหมือนเช่นแพทย์ พยาบาลติดตามผู้ป่วย และควรเป็นระบบที่ต่อเนื่องเพื่อจะได้ประเมินว่าสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้หรือไม่

10. ควรมีการพัฒนาศักยภาพสถานฟื้นฟูสังกัดกรมการแพทย์ และทีมบุคลากรให้สามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้ทั้งโรคทางกายและโรคทางจิต

11. เนื่องจากกระบวนการบังคับบำบัดมีหลายๆหน่วยงานดำเนินงานร่วมกัน ควรมีการประเมินคุณภาพของการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนนี้ว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

1.5 ผู้นำชุมชน

ประเด็นข้อเสนอแนะจากผู้นำชุมชน สรุปได้ดังนี้

1. หน่วยงานที่รับผิดชอบการติดตามผลผู้ผ่านการบำบัดมีหลายหน่วยงานทั้งสำนักงานคุมประพฤติ ฝ่ายปกครองอำเภอและหน่วยงานสาธารณสุข ควรมีการบูรณาการทำงานร่วมกันเป็นทีม

2. ควรมีบทลงโทษอย่างจริงจังและไม่ควรลดโทษให้กับผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด โดยเฉพาะผู้ที่มีพฤติการณ์ค้ายาเสพติด

3. ควรมีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัด ตาม พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบ

4. ควรระบุหรือแจ้งให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชนหรือกรรมการชุมชนที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายบังคับบ้ำบัดว่ามีบทบาทหรือหน้าที่อย่างไรบ้าง

1.6 ญาติผู้เข้าบ้ำบัด

ประเด็นข้อเสนอแนะจากญาติผู้เข้าบ้ำบัด สรุปได้ดังนี้

1. ควรให้รายละเอียดเกี่ยวกับยื่นขอประกันตัวเพื่อปล่อยตัวชั่วคราวให้ชัดเจน และระยะเวลาในการพิจารณาการประกันตัวควรให้รวดเร็วยิ่งขึ้น

2. ควรให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับขั้นตอนของกระบวนการบังคับบ้ำบัด เพื่อจะได้เข้าใจขั้นตอนการบ้ำบัดและคลายความกังวลใจ

3. การส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูไปสถานฟื้นฟู ควรแจ้งให้ญาติทราบด้วยก่อนที่จะมีการส่งตัวไป เพื่อจะได้ทราบรายละเอียดและคลายความวิตกกังวล

1.7 ผู้เข้ารับการฟื้นฟู

ประเด็นข้อเสนอแนะจากผู้เข้าบ้ำบัด สรุปได้ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการฟื้นฟู โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการบ้ำบัดฟื้นฟู การปฏิบัติตนตามกฎ ระเบียบของสถานฟื้นฟู ผลทางกฎหมายเมื่อเข้ารับการฟื้นฟูครบกำหนดการติดต่อญาติ เป็นต้น

2. ควรมีมาตรการดูแลสุขภาพระยะถอนพิษยาในสถานควบคุมตัวระหว่างตรวจพิสูจน์ เนื่องจากช่วงระยะเวลาถูกควบคุมตัวดังกล่าวจะมีอาการขาดยา

3. ควรลดระยะเวลาบ้ำบัดลงจาก 4 เดือน อาจจะเป็น 1-2 เดือน เนื่องจากผู้เข้าบ้ำบัดมีภาระรับผิดชอบทางครอบครัว การถูกควบคุมตัวในสถานฟื้นฟูนานถึง 4 เดือน ทำให้ขาดรายได้และความเป็นอยู่ของครอบครัวลำบาก รวมทั้งเกิดความเป็นห่วง วิตกกังวลความเป็นอยู่ของคนในครอบครัว

5. รูปและเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการออกแบบการวิจัยแบบ Integrated study design ประกอบด้วย Archival research, Prospective study Retrospective study และ Parallel cohort study ซึ่งอาศัยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณประกอบกัน โดยเป็นการศึกษาแบบ Parallel cohort study คู่ขนานไปกับการศึกษาในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์) ซึ่งมีการเก็บข้อมูลแบบ Retrospective study ในขั้นตอนการจับกุมและสอบสวน และเก็บข้อมูลแบบ Prospective study ในขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ (ระยะเวลา 4 เดือน) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพของสำนักงานคุมประพฤติ (ระยะเวลา 2 เดือน) และการติดตามภายหลังการบำบัด

ผู้เข้าบำบัดที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวนทั้งสิ้น 798 คน โดยแบ่งเป็นผู้เข้าบำบัดที่ส่งบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์จำนวน 386 คน และที่ส่งบำบัดหน่วยงานอื่นๆ จำนวน 412 คน เป็นเพศชาย 705 คน (อายุเฉลี่ย 28.12 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.01 อายุต่ำสุด 14 ปี อายุสูงสุด 63 ปี) เพศหญิง 93 คน (อายุเฉลี่ย 31.41 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.44 อายุต่ำสุด 16 ปี อายุสูงสุด 62 ปี)

ผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

1. กระบวนการของการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของระบบบังคับบำบัด

ขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด เป็น 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้
ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการจับกุมและการสอบสวน

เป็นบทบาทหน้าที่หลักของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ซึ่งการค้นหาคู่กระทำความผิดเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการบังคับบำบัดตาม พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 นั้น เจ้าหน้าที่ตำรวจได้ดำเนินการโดยมีการตั้งด่าน การสุ่มตรวจสถานบันเทิงหรือสถานบริการต่างๆ เช่น บั๊มน้ำมัน การเข้าตรวจเมื่อรับแจ้งมีการมั่วสุม และการปิดล้อมจับกุม เป็นต้น ทั้งนี้การขอตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ต้องสงสัยก่อน และเมื่อผลตรวจปัสสาวะพบสารเสพติดและมีการแจ้งข้อหากับผู้ต้องหาแล้ว พนักงานสอบสวนจะต้องมีหน้าที่ในการนำตัวผู้ต้องหาไปส่งศาลภายใน 48 ชั่วโมงหรือ 24 ชั่วโมงถ้าผู้ต้องหาอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ เพื่อให้ศาลมีคำสั่งให้ผู้ต้องหาเข้าสู่กระบวนการตรวจพิสูจน์

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์

เป็นบทบาทหน้าที่ของพนักงานคุมประพฤติที่รับผิดชอบงานตรวจพิสูจน์ ซึ่งจะต้องจัดทำบันทึกประวัติ พฤติกรรมในการกระทำความผิด ตลอดจนสภาพแวดล้อมทั้งปวงของผู้รับการตรวจพิสูจน์และตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด ซึ่งจะต้องดำเนินการตรวจพิสูจน์ให้แล้วเสร็จภายใน 15 วันนับแต่วันที่รับตัวผู้นั้นไว้ในสถานที่ที่ตรวจพิสูจน์ เว้นแต่มีเหตุจำเป็นก็สามารถขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกิน 30 วัน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

เมื่อคณะอนุกรรมการฯ ได้มีคำวินิจฉัยว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพหรือผู้ติด จะต้องพิจารณาจัดทำแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่เหมาะสมกับผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์แต่ละราย ทั้งนี้ การกำหนดสถานที่และวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้พิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แต่ไม่เกินหกเดือนนับแต่วันถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยคณะอนุกรรมการสามารถพิจารณาปรับแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามที่เห็นสมควร ถ้าพบว่าผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมีพฤติการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากการกำหนดแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การลดหรือขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นต้น โดยทั้งนี้การขยายและการลดระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจะกระทำกี่ครั้งก็ได้ แต่การขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดครั้งหนึ่งต้องไม่เกินหกเดือนและรวมกันทั้งหมดแล้วต้องไม่เกินสามปีนับแต่วันถูกส่งตัวเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนการติดตามผล

หลังจากผ่านการฟื้นฟูแล้วพนักงานคุมประพฤติจะประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ติดตามดูแล ช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ผ่านการฟื้นฟูฯ ต่อเนื่องไปอีก 1 ปี เพื่อช่วยเหลือให้คำแนะนำในด้านต่างๆ ให้ไม่หวนไปเสพยาอีก และในกรณีที่ไม่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการพนักงานคุมประพฤติจะเป็นผู้ติดตามดูแล ช่วยเหลือ สงเคราะห์ผู้ผ่านการฟื้นฟูฯ หากพบว่าในระหว่างการติดตาม ผู้ผ่านการฟื้นฟูฯ กลับไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดอีก พนักงานคุมประพฤติจะช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำเพื่อไม่ให้ไปกลับไปเสพยาหรือจัดให้ผู้ผ่านการฟื้นฟูฯ ได้เข้ารับการฟื้นฟูฯ ในระบบสมัครใจต่อไป

2. ผลลัพธ์ของการบำบัดผู้ติดยาเสพติดของระบบบังคับบำบัด

2.1 ผลลัพธ์ของขั้นตอนการจับกุมและการสอบสวน

ผู้เข้าบำบัดที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 798 คน โดยแบ่งเป็นผู้เข้าบำบัดที่ส่งบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์จำนวน 386 คน และที่ส่งบำบัดหน่วยงานอื่นๆ จำนวน 412 คน พบว่าผู้เข้าบำบัดทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 80.6%, หน่วยบำบัดอื่น 95.6%) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์เท่ากับ 27 , หน่วยบำบัดอื่น เท่ากับ 28) ส่วนใหญ่ถูกจับกุมในฐานความผิดเสพยาเสพติด ส่วนความล่าช้าในการนำตัวผู้ต้องหาไปศาลเพื่อส่งตรวจพิสูจน์ พบว่าในกลุ่มผู้ต้องหาอายุต่ำกว่า 18 ปี พบว่ากลุ่มผู้ที่เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์และหน่วยบำบัดอื่นมีความล่าช้า คิดเป็น 20.0% เท่ากัน โดยมีระยะเวลาที่ล่าช้าเฉลี่ย 2 วัน ส่วนในกลุ่มผู้ต้องหาที่มีอายุ

18 ปี ขึ้นไป พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความล่าช้าเพียงเล็กน้อย โดยสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 9.1% ส่วนหน่วยบำบัดอื่น 8.5% โดยระยะเวลาที่ล่าช้าเฉลี่ย 4 และ 2.5 วันตามลำดับ

ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน ได้แก่งบประมาณไม่เพียงพอ เช่นขาดแคลนชุดตรวจหาสารเสพติดเบื้องต้น, ญาติผู้ต้องหายังไม่เข้าใจว่าอำนาจการให้ประกันตัวเป็นของเจ้าหน้าที่ตำรวจ, มีสำนวนคดีค้างเยอะ, ปัญหาการติดตามตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่ผ่านเกณฑ์มาดำเนินคดี เป็นต้น

2.2 ผลลัพธ์ของขั้นตอนการตรวจพิสูจน์

กลุ่มผู้เข้าบำบัดจะถูกควบคุมตัวระหว่างรอตรวจพิสูจน์ โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการควบคุมตัวใกล้เคียงกัน (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เท่ากับ 23.20 วัน , หน่วยบำบัดอื่น เท่ากับ 24.42 วัน) ทั้งนี้ผลการตรวจพิสูจน์พบว่าสารเสพติดส่วนมากที่พบคือเมทแอมเฟตามีน (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 85.5%, หน่วยบำบัดอื่น 84.0%) นอกจากนี้พบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีการขยายเวลาตรวจพิสูจน์ และมีระยะเวลาเฉลี่ยการขยายเวลาใกล้เคียงกัน (สถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ใช้เวลาเฉลี่ย 12 วัน , หน่วยบำบัดอื่น ใช้เวลาเฉลี่ย 14 วัน) ซึ่งเหตุผลในการขยายเวลาส่วนใหญ่คือ ติดตามพยาน รองลงมาคือ ตรวจประวัติอาชญากร, ปริมาณคดีมีมาก, รอรวบรวมข้อมูลและรอสถานฟื้นฟู ตามลำดับ

ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน ได้แก่ ปัญหาที่มีคดีเข้ามาจำนวนมาก แต่จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ, ปัญหาด้านภาษา ในกรณีที่ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นแรงงานต่างด้าว, บางกรณีไม่มีผลการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดจากพนักงานสอบสวน เป็นต้น

2.3 ผลลัพธ์ของขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

จำนวนผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 386 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 80.6% มีอายุเฉลี่ย 27 ปี และสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (51.8%) ว่างาน (19.2%) และในครอบครัวมีคนใช้สารเสพติด 29.5% ได้แก่สุรา ยาบ้า บุหรี่ กระท่อม ไอซ์ เป็นต้น และมีเพื่อนใช้ยาเสพติดถึง 82.1% ได้แก่ยาบ้า กัญชา ไอซ์ กระท่อม สารระเหย สุรา บุหรี่ เป็นต้น ผู้เข้ารับการฟื้นฟูส่วนใหญ่เป็นผู้ติดยาเสพติด (74.6%) ผู้เสพ (15.5%) ผู้ติดยาแรง (9.8%) โดยชนิดของสารเสพติดที่ใช้ก่อนเข้าบำบัดส่วนใหญ่เป็นเมทแอมเฟตามีน (77.7%) กัญชา (11.4%) ไอซ์ (6.0%) กระท่อม (5.4%) ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาใช้ยาเสพติดเฉลี่ย 5 ปี

การประเมินผลการบำบัด พบว่า จากจำนวนผู้ป่วย 386 คน มีคนที่บำบัดครบกำหนด 120 วัน (48.4%) อยู่ระหว่างการบำบัด (34.7%) หลบหนีและติดตามมาไม่ได้ (13.7%) หลบหนีและติดตามกลับมาได้ (2.1%) และที่เหลือมีการปรับแผนฟื้นฟู เสียชีวิตและส่งตัวคืนสำนักงานคุมประพฤติ (1.1%) โดยเมื่อบำบัดครบ 120 วัน พบว่า เห็นควรส่งตัวเข้าโปรแกรมกลับคืนสู่สังคมของสำนักงานคุมประพฤติ(97.0%) เห็นควรขยายเวลาฟื้นฟู (0.5%) และผลฟื้นฟูเป็นที่น่าพอใจและเห็นสมควรให้พ้นจากความผิดที่ถูกกล่าวหา (2.5%)

ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน ได้แก่ ปัญหาสถานฟื้นฟูไม่เพียงพอในการรองรับผู้เข้ารับการฟื้นฟู, ปัญหาการนับวันเริ่มต้นการฟื้นฟู, ปัญหาความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในการติดตามผู้เข้ารับการฟื้นฟู,

ปัญหาภาษาในการสื่อสารกับผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่เป็นคนต่างด้าวและชาวไทภูเขา, ปัญหาคดีค้าง, ปัญหาการติดตามญาติ, ปัญหาพนักงานคุมประพฤติยังขาดทักษะในการคัดกรองสุขภาพของผู้เข้ารับการฟื้นฟู, ปัญหาผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการเข้าบำบัด, ปัญหาผู้ป่วยหลบหนี, ปัญหาผู้ค้ายาเสพติดเข้ามาในระบบการบำบัด เป็นต้น

2.4 ผลลัพธ์ของขั้นตอนการติดตามผล

จากจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 798 คน มีจำนวนผู้ที่ฟื้นฟูครบ 6 เดือนและอยู่ในช่วงการติดตามผลทั้งสิ้น 336 คน (ผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 149 คน และผู้เข้าบำบัดในสถานบำบัดแบบบังคับบำบัดอื่นๆ จำนวน 187 คน) แต่พบว่าสามารถติดตามผลได้เพียง 89 คน (ผู้เข้าบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 49 คน และผู้เข้าบำบัดในสถานบำบัดแบบบังคับบำบัดอื่นๆ จำนวน 40 คน) คิดเป็นร้อยละ 26.48 ของจำนวนผู้ที่อยู่ในการติดตามทั้งหมด ซึ่งจำนวนผู้ผ่านการฟื้นฟูที่ได้รับการติดตามผล 89 คน พบว่าเป็นเพศชาย 79 คน (88.8%) เพศหญิง 10 คน (11.2%) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-34 ปี (66.3%) โดยสามารถติดตามพบ 91.0% ไม่เสพยาเสพติด 71.9% ยังคงเสพยาเสพติด 19.1% และได้รับความช่วยเหลือแล้วเพียง 14.6%

ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน ได้แก่ หน่วยงานที่รับผิดชอบการติดตามผลผู้ผ่านการฟื้นฟูหลายหน่วยงานยังไม่ได้บูรณาการทำงานร่วมกัน, ไม่มีกรรการรายงานข้อมูลผลการติดตามจากสำนักงานคุมประพฤติย้อนกลับไปยังสถานฟื้นฟู ทำให้ไม่ทราบผลลัพธ์การบำบัดที่แท้จริงว่าผู้ผ่านการบำบัดสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้จริงหรือไม่

3. ความเหมาะสมเกี่ยวกับการบังคับใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

3.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัด

ความเข้าใจในกฎหมาย พบว่าในส่วนของผู้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบบังคับบำบัด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจ พนักงานคุมประพฤติ คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่นำกฎหมายไปใช้โดยตรง พบว่ายังมีบางประเด็นเกี่ยวกับตัวกฎหมายที่ยังขาดความชัดเจนในการดำเนินงาน เช่น มีอำนาจในการตรวจหรือทดสอบหรือสั่งให้รับการตรวจหาเสพติดให้โทษ, การติดตามผู้ต้องหาที่หลบหนีระหว่างการฟื้นฟูหรือฟื้นฟูไม่ผ่าน, การนับวันเริ่มต้นการฟื้นฟู, แนวปฏิบัติสำหรับผู้ต้องหาที่เป็นคนต่างด้าว, การปล่อยตัวผู้ผ่านบำบัด เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าเจ้าหน้าที่บางหน่วยงานไม่เคยได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัดเลย และจะใช้วิธีการสอนกันเองในกลุ่มเจ้าหน้าที่ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

นอกจากนี้พบว่าผู้นำชุมชน ญาติผู้เข้าบำบัด และผู้เข้าบำบัด ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัด จึงควรมีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ให้มากขึ้น เช่น เรื่องการขอประกันตัวเพื่อปล่อยตัวชั่วคราว ซึ่งยังเข้าใจผิดว่าสามารถขอประกันตัวได้ในชั้นสอบสวนและเป็นอำนาจของเจ้าหน้าที่ตำรวจ แต่

แท้จริงแล้วการขอประกันตัวเป็นอำนาจของคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในการพิจารณา นอกจากนี้ยังมีประเด็นเข้าใจผิดอีก เช่น กรณีที่ผู้ต้องหาได้รับการประกันตัวเพื่อปล่อยตัวชั่วคราว ในระหว่างรอตรวจพิสูจน์ก็จะถูกปล่อยตัวออกมา ซึ่งประชาชนคิดว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นคนปล่อยตัวผู้ต้องหาออกมา โดยมักจะพูดว่าพอแจ้งตำรวจไป ตำรวจจับตัวไม่กี่วันก็ปล่อยตัวออกมา ทำให้ประชาชนเกิดความไม่ปลอดภัย ซึ่งแท้จริงแล้วอำนาจของเจ้าหน้าที่ตำรวจในการควบคุมตัวผู้ต้องหาเพื่อสอบสวนและทำคำร้องเพื่อส่งตัวผู้ต้องหาไปศาลคือภายใน 48 ชั่วโมงหรือ 24 ชั่วโมงถ้าผู้ต้องหาไม่อายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ เท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าเนื่องจากญาติไม่ทราบถึงขั้นตอนการฟื้นฟูด้วยว่ามีวิธีการเช่นไร จึงไม่มั่นใจว่าเมื่อผ่านการฟื้นฟูแล้วผู้ผ่านการฟื้นฟูจะสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้หรือไม่

3.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมาย

พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มีข้อดีคือมีเจตนารมณ์ที่ดีที่เป็นประโยชน์กับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดได้เข้ารับการฟื้นฟูซึ่งเป็นการให้โอกาสในกลับตัวเพื่อจะให้เลิกเสพยาเสพติด โดยไม่ถูกดำเนินคดีตามข้อหาและไม่เป็นการสร้างมลทินให้กับผู้กระทำความผิด และผู้เข้ารับการฟื้นฟูยังสามารถนำเอาความรู้ที่ได้จากการฟื้นฟูไปใช้เมื่อผ่านการบำบัดได้ และการบังคับบำบัดยังเป็นช่องทางหนึ่งในการช่วยให้คนที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองให้เข้าบำบัดแบบสมัครใจได้เข้ารับการบำบัด ซึ่งสามารถที่จะลดการใช้ยาเสพติดได้ระยะหนึ่งถึงแม้ไม่นานก็ตามแต่บางคนก็อาจจะเลิกใช้ยาเสพติดได้ นอกจากนี้พบว่าการบังคับใช้กฎหมายนี้ทำให้เจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถดำเนินการจับกุมผู้ที่มีพฤติการณ์เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่กระบวนการบังคับบำบัดได้ง่ายขึ้น เพราะสามารถใช้ผลตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดที่ยืนยันจากโรงพยาบาลเป็นหลักฐานโดยไม่ต้องใช้วัตถุพยาน

สำหรับประสิทธิภาพของระบบบังคับบำบัดพบว่ายังไม่ได้ผลดีนัก เนื่องจากพบว่ามีผู้ที่ผ่านการบำบัดไปแล้วกลับไปใช้ยาเสพติดอีกเหมือนเดิมหรือกลับเข้ามารับการฟื้นฟูซ้ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่ได้มีความตั้งใจจริงที่จะเลิกใช้ยาเสพติดและมีแรงจูงใจในการบำบัดน้อย ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งพบว่าการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการเข้าบำบัดยังไม่ได้ผลดี ผู้ป่วยไม่รู้ว่าจะต้องเตรียมตัวเตรียมใจอย่างไรในการเข้าบำบัดยังขาดการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชนในการที่จะดูแลผู้ผ่านการบำบัด นอกจากนี้การบังคับบำบัดใช้ได้กับคนบางกลุ่มเท่านั้น เช่น ผู้เสพยาใหม่หรือเพิ่งทดลองเสพยา แต่สำหรับกลุ่มที่เสพยามานานหรือมีประวัติกระทำความผิดหรือถูกคุมขังมาก่อนมักจะไม่ได้ผลควรมีมาตรการในการลงโทษควบคู่ไปกับการฟื้นฟู

ปัญหาที่สำคัญที่พบในระบบบังคับบำบัดคือ ปัญหาการสร้างเครือข่ายยาเสพติดเนื่องจากผู้ที่ถูกควบคุมตัวในระหว่างตรวจพิสูจน์นั้นประกอบไปด้วยทั้งผู้ที่มีพฤติการณ์เสพยาเสพติดและจำหน่ายยาเสพติด (ผู้กระทำความผิดตามฐานความผิดเสพยาและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และเสพยาและจำหน่ายยาเสพติด) ถูกควบคุมตัวไว้ด้วยกัน ซึ่งอาจจะการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันและทำให้มีประสบการณ์ด้านยาเสพติดและนำไปสู่การสร้างเครือข่ายต่อไปได้ นอกจากนี้ก็ไม่ได้มีการแยกการควบคุมตัวระหว่างผู้ที่เข้ารับการตรวจ

พิสูจน์ที่เป็นผู้ใหญ่กับเด็กและเยาวชน ซึ่งเด็กหรือเยาวชนอาจจะเกิดการเรียนรู้ทักษะจากผู้ใหญ่ และทำให้มีพฤติกรรมที่รุนแรงมากขึ้นได้ เช่นจากผู้เสพอย่างเดียวกันก็พัฒนาไปเป็นผู้ค้ารายย่อยด้วย

การดำเนินงานตามกระบวนการบังคับบำบัด เป็นการดำเนินงานในลักษณะพหุภาคีโดยความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ซึ่งแต่ละหน่วยงานจะมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการบังคับบำบัด แต่ก็ยังพบว่ายังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานเข้าด้วยกัน ทำให้ไม่ทราบว่าผลลัพธ์ของกระบวนการที่แท้จริงเป็นเช่นไร เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจไม่ทราบว่ากระบวนการฟื้นฟูตามระบบบังคับบำบัดนี้มีรูปแบบเป็นเช่นไร เพราะเมื่อผ่านกระบวนการความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ตำรวจไปแล้วก็ไม่ได้มีการติดตามว่าผู้ต้องหาจะต้องเข้าสู่กระบวนการของหน่วยงานอื่นๆ เช่น ไร หรือกระบวนการติดตามผล ซึ่งสถานฟื้นฟูไม่ได้เป็นผู้ดำเนินการเองแต่เป็นบทบาทของหน่วยงานด้านปกครอง ด้านสาธารณสุขและชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ ดังนั้นจึงไม่ทราบว่าเมื่อผู้ผ่านการบำบัดกลับคืนสู่สังคมแล้วสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้จริงไหม หรือแม้กระทั่งปัญหาสถานฟื้นฟูไม่เพียงพอ เนื่องจากการประมาณการผู้เข้ารับฟื้นฟูเป็นการกำหนดตามตัวชี้วัดหรือนโยบาย ซึ่งหน่วยงานที่ทำหน้าที่จับกุมก็ต้องดำเนินงานเพื่อให้ได้ผู้ต้องหาตามเป้าหมายตามตัวชี้วัดหรือตามนโยบายนั้น แต่ไม่ได้พิจารณาถึงว่าหน่วยงานด้านฟื้นฟูสามารถรองรับได้หรือไม่ เป็นต้น

นอกจากนี้การติดตามผู้ผ่านการฟื้นฟูพบว่า มีหลายๆ หน่วยงานที่รับผิดชอบการติดตามผลผู้ผ่านการฟื้นฟูซึ่งไม่ได้บูรณาการร่วมกัน ต่างหน่วยงานต่างมาติดตามทำให้เป็นการทำงานที่ซ้ำซ้อน และจากการติดตามที่บ่อยครั้งเกินไป ทำให้ผู้ผ่านการฟื้นฟูรู้สึกเบื่อ และคิดว่าโดนตีตราจากสังคม จากหน่วยงานของรัฐว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดอยู่ตลอดเวลา

3.3. ปัญหาการบังคับใช้กฎหมาย

จากการบังคับใช้กฎหมายบังคับบำบัดของหน่วยงานต่างๆ พบว่ามีปัญหาในการบังคับใช้กฎหมายในทุกขั้นตอนการบังคับบำบัด ดังนี้

ขั้นตอนการจับกุมและสอบสวน พบว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจยังขาดความชัดเจน และมั่นใจว่าการดำเนินการตรวจปัสสาวะผู้ต้องสงสัยแม้จะได้รับความยินยอมแล้วก็ตามนั้นอยู่ในอำนาจของตนเองหรือไม่ และเป็นการดำเนินการที่ถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ และการจับกุมผู้กระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด ซึ่งมีข้อสงสัยว่า “เป็นความผิดซึ่งหน้า” ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 78 และ 80 หรือไม่

ส่วนขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ พบว่าการพิจารณาขอลปล่อยตัวชั่วคราวของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์มีความล่าช้า เนื่องจากคณะกรรมการมีภารกิจงานไม่สามารถร่วมประชุมได้ครบองค์ประชุม และนอกจากนี้ในการติดตามผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้ารับการฟื้นฟู ตาม มาตรา 31 กำหนดให้เจ้าหน้าที่คุมประพฤติเป็นผู้ติดตามจับกุมได้โดยไม่ต้องมีหมาย แต่เนื่องด้วยเจ้าหน้าที่คุมประพฤติไม่ได้รับการฝึกฝนในเรื่องการติดตามจับกุมทำให้มีความเสี่ยงต่อการปฏิบัติหน้าที่

สำหรับขั้นตอนการฟื้นฟู พบว่าการพิจารณาแผนฟื้นฟูระหว่างพนักงานคุมประพฤติและคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดนั้นบางครั้งก็มีความคิดเห็นแย้งกัน โดยพนักงานคุมประพฤติจะใช้ข้อมูลการใช้ยาเสพติดเป็นหลักในการเสนอแผนฟื้นฟู เช่นพบว่าใช้มานานและมีความเสี่ยงในการกระทำความผิดซ้ำ หรือบางรายอาจจะเป็นผู้จำหน่ายยาเสพติด ซึ่งพนักงานคุมประพฤติเห็นว่าควรฟื้นฟูแบบควบคุมตัวเพื่อจะได้ลดโอกาสการกลับไปเสพซ้ำ หรือจำหน่ายยาเสพติด แต่คณะอนุกรรมการกลับให้น้ำหนักไปที่ภาระหน้าที่ที่บุคคลนั้นมีต่อครอบครัวที่จะต้องดูแล เช่นเป็นเสาหลักของครอบครัวก็จะพิจารณาให้ฟื้นฟูแบบผู้ช่วยนอกแทน นอกจากนี้ก็จะมีปัญหาในการตีความกฎหมาย เช่น การส่งตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูคืนพนักงานสอบสวนตาม มาตรา 24 และตาม มาตรา 33 วรรค 2 คณะอนุกรรมการบางคณะพิจารณาว่าจำเป็นต้องครบกำหนดระยะเวลาการบำบัดฟื้นฟู (3ปี) ก่อนถึงจะส่งคืนตัวให้พนักงานสอบสวนไปดำเนินคดีได้ ซึ่งส่งผลก่อให้เกิดปัญหาหาคดีค้างตามมาอีก และอีกประเด็นที่น่าสนใจคือการพิจารณากำหนดแผนฟื้นฟูเป็นการใช้ดุลพินิจของคณะอนุกรรมการ โดยพิจารณาจากเอกสารรายงานการตรวจพิสูจน์ของพนักงานคุมประพฤติเท่านั้น โดยแพทย์ไม่ได้มีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยผู้ป่วยและออกแบบวิธีฟื้นฟูผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ซึ่งถ้ามองว่าผู้เสพคือผู้ป่วย คนที่คัดกรองและวินิจฉัยผู้ป่วยเบื้องต้นก็ควรเป็นบุคลากรทางการแพทย์เพราะจะทำให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพได้อย่างละเอียดกว่า

ขั้นตอนการติดตามผล พบว่า ในบางครั้งการแจ้งรายชื่อผู้ผ่านการฟื้นฟูก็เป็นชื่อคนเดิมที่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมานานแล้วเป็น 10 ปี ซึ่งปัจจุบันได้เลิกใช้ยาเสพติดมานานแล้ว แต่ก็สงสัยว่าทำไมยังมีรายชื่อคนๆนี้ให้ติดตามอีก และบางครั้งในการติดตามก็ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครอง เพราะไม่ต้องการให้ใครรู้ว่าลูกหลานตนเองเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จึงต้องเอาหนังสือจากทางสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดแสดงให้ดูเพื่อจะได้ทราบว่าผู้นำชุมชนไม่ได้ละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อเสนอแนะ

สำหรับข้อเสนอแนะในการดำเนินงานของแต่ละขั้นตอนการบังคับบำบัด มีดังนี้

1. ขั้นตอนการจับกุมและการสอบสวน

1. ควรระบุบุคคลที่มีอำนาจในการตรวจสืบสาวหาสารเสพติดให้ชัดเจน
2. ศาลควรเปิดทำการในวันเสาร์-วัน

2. ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์

1. คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ควรมอบอำนาจให้เลขาหรือคณะอนุกรรมการท่านใดท่านหนึ่งเป็นผู้มีอำนาจในการพิจารณาเพื่อปล่อยตัวชั่วคราว แล้วให้รายงานต่อคณะอนุกรรมการทั้งชุดทราบอีกครั้ง

2. การติดตามผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้าการฟื้นฟู เมื่อมีการไม่ปฏิบัติตาม หรือฝ่าฝืนระเบียบเงื่อนไข ในการปล่อยตัวชั่วคราวนั้น (ตามมาตรา 31) เห็นควรให้เป็นอำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจซึ่งได้รับการฝึกฝนมาโดยเฉพาะ
3. ควรให้รายละเอียดเกี่ยวกับยื่นขอประกันตัวเพื่อปล่อยตัวชั่วคราวกับญาติให้ชัดเจน และระยะเวลาในการพิจารณาการประกันตัวควรให้รวดเร็วขึ้น

3. ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

1. พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 มาตรา 19 นั้น การกำหนดให้ผู้ต้องหาที่กระทำ ความผิดเสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และเสพและจำหน่ายยาเสพติด เข้าสู่กระบวนการ บังคับบำบัดด้วย ควรมีการปรับปรุงกฎหมาย
2. กรณีที่ผู้ต้องหาหลบหนีระหว่างการฟื้นฟูหรือผลการฟื้นฟูไม่ผ่าน ควรที่จะถูกดำเนินคดีในระบบ ต้องโทษ
3. การจำกัดจำนวนครั้งในการเข้าฟื้นฟูตาม พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545
4. กรณีที่ผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขการฟื้นฟู และพิสูจน์ได้ว่าได้ให้โอกาสในการฟื้นฟู แล้วผู้เข้ารับการฟื้นฟูไม่ต้องการ จึงเห็นควรส่งคืนพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีโดยไม่ต้องรอ ให้ครบ 3 ปี
5. ควรมีสถานฟื้นฟูที่สามารถรองรับผู้เข้ารับการฟื้นฟูได้อย่างเพียงพอ โดยไม่มีข้อจำกัด โดยสถาน ฟื้นฟูจะปฏิเสธไม่ได้เพราะจะทำให้การบังคับใช้กฎหมายไม่ได้
6. การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้เข้ารับการฟื้นฟูก่อนส่งเข้ารับการฟื้นฟู ควรเป็นบทบาทหน้าที่ ของแพทย์ และพยาบาลเพื่อจะได้ประเมินภาวะสุขภาพต่างๆ ได้อย่างแม่นยำรวดเร็วและให้การ รักษาได้อย่างทันท่วงที
7. ควรส่งผู้เข้ารับการฟื้นฟูเข้ารับการบำบัด ณ สถานฟื้นฟูในภูมิลำเนาหรือใกล้เคียงกับภูมิลำเนาผู้ป่วย เพื่อที่ญาติจะได้สามารถเดินทางเข้าร่วมในกิจกรรมการบำบัดได้
8. กรณีที่มีการส่งผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่มีโรคทางกายไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น ควรมีการแจ้งกลับ ด้วยว่าเมื่อรักษาโรคทางกายแล้วผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูยาเสพติดต่อ ณ สถานฟื้นฟูแห่งใด
9. ควรมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการเตรียมความพร้อมผู้เข้ารับการฟื้นฟูก่อนส่งตัวเข้าฟื้นฟู เพื่อเป็น การสร้างแรงจูงใจในการฟื้นฟูและลดปัญหาการหลบหนี

10. ผู้เข้ารับการฟื้นฟูที่มีประวัติเข้ารับการบำบัดมาแล้วแต่ไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทำร้ายเจ้าหน้าที่ควรมีการกำหนดบทลงโทษด้วย
11. กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูควรเน้นกิจกรรมที่เน้นการเรียนรู้ตามวัย โดยแยกเป็นกิจกรรมสำหรับกลุ่มเยาวชนและกลุ่มผู้ใหญ่
12. ควรมีการพัฒนาศักยภาพสถานฟื้นฟูของกรมการแพทย์และทีมบุคลากรให้สามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้ทั้งโรคทางกายและโรคทางจิต
13. ควรให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับขั้นตอนของกระบวนการบังคับบำบัด เพื่อจะได้เข้าใจขั้นตอนการบำบัดและคลายความกังวลใจ
14. เจ้าหน้าที่ควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการฟื้นฟู โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู การปฏิบัติตนตามกฎ ระเบียบของสถานฟื้นฟู ผลทางกฎหมายเมื่อเข้ารับการฟื้นฟูครบกำหนด การติดต่อญาติ เป็นต้น

4. ขั้นตอนการติดตามผล

1. ควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลการดำเนินงานบังคับบำบัดระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่รับผิดชอบ เช่น การแจ้งผลลัพธ์ของการฟื้นฟูเมื่อสิ้นสุดกระบวนการบังคับบำบัดกลับมายังสถานพยาบาลด้วย ทั้งนี้ เพราะเมื่อผู้ผ่านการบำบัดจากโรงพยาบาลแล้วเข้าสู่โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ ก็ไม่ทราบว่าผลลัพธ์ของการบำบัดเป็นเช่นไร
2. ควรมีกระบวนการติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดอย่างจริงจัง ไม่ใช่เพียงแค่การติดตามในทางคดี แต่ควรเป็นการติดตามเพื่อประเมินผลการรักษาอย่างจริงจังเหมือนเช่นแพทย์ พยาบาลติดตามผู้ป่วย
3. หน่วยงานที่รับผิดชอบการติดตามผลผู้ผ่านการฟื้นฟูควรบูรณาการทำงานร่วมกันเป็นทีม

5. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

1. ควรให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรหน่วยงานภาคีต่าง ๆ เพื่อให้ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการประเมินคุณภาพของแต่ละหน่วยงานในการดำเนินงานบังคับบำบัด
3. ควรมีมาตรการดูแลสุขภาพระยะถอนพิษยาในสถานควบคุมตัวระหว่างตรวจพิสูจน์ เนื่องจากช่วงระยะเวลาถูกควบคุมตัวดังกล่าวจะมีอาการขาดยา
4. ควรมีการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายบังคับบำบัด ตาม พรบ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กอบกุล จันทวโร. 2556. ศาลยาเสพติด (Drug court). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://nctc.oncb.go.th/new//attachfiles/varasan/v29_2/v29_2_12.pdf> [เข้าถึงข้อมูล 15 มี.ค. 2558].
- โครงการกำลังใจ. 2557. คู่มือนโยบายด้านยาเสพติด. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-drug-policy-guide-2nd-edition_THAI.pdf> [เข้าถึงข้อมูล 24 มี.ค. 2558].
- ฉัตรสุมน พดุมิทธิโย. 2551. มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพสารหรือผู้ติดสารเสพติด. โครงการจัดการองค์ความรู้เรื่องยาเสพติด สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. นพดล กระณีภา และคณะ. 2553. โครงการวิจัยเพื่อศึกษาการดำเนินงานในระบบการนำผู้เสพ-ผู้ติดยาเสพติดเข้าบำบัดรักษาด้วยกระบวนการชุมชน-ประชาสังคม และมาตรการสมัครใจ. ศูนย์วิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.
- นันทร์พัช ไชยอักษรพงศ์. 2556. การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด: กรณีศึกษา นโยบาย และมาตรการทางเลือกในต่างประเทศ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <<http://goo.gl/IiyOty>> [เข้าถึงข้อมูล 15 มี.ค. 2558].
- ประภาพรรณ จูเจริญ. 2555. สถานการณ์ปัญหาและการแก้ไขปัญหาการเสพติดในสังคมไทย. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <<http://www.thaiichr.org/autopagev4/files/book-20.pdf>> [เข้าถึงข้อมูล 13 มี.ค. 2558].
- พรรณณี วาทีสุนทร และกฤติกา เจิดโถม. 2552. การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระหว่างระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด.
- มานพ คณะโต. 2554. ประสิทธิภาพการบำบัดสารระเหยในพื้นที่คัดสรรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.ขอนแก่น: เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รุจภา เสงลาคุณ. 2555. การบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต, แขนงวิชากฎหมายมหาชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิฑูร จันทรังดี. 2556. ปัญหาเกี่ยวกับการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. หลักสูตรผู้พิพากษาผู้บริหารในศาลชั้นต้น รุ่นที่ 11. สถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม สำนักงานศาลยุติธรรม.
- วิริยะ วัชรนพวิภา. 2547. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545. หลักสูตรผู้พิพากษาศาลชั้นต้น รุ่นที่ 2. สถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม.

- ศรีสมบัติ โชคประจักษ์ชัด และคณะ. 2548. การวิจัยเรื่องผลการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก:
http://nctc.oncb.go.th/new//attachfiles/research/48_Porobor.pdf [เข้าถึงข้อมูล 24 มี.ค. 2558].
- ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์ และคณะ. 2556. โครงการศึกษากฎหมายยาเสพติดในต่างประเทศ: ศึกษาเฉพาะกรณี ประเทศญี่ปุ่น ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมัน โปรตุเกส อังกฤษและสหรัฐอเมริกา (บทที่ 1). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <<http://goo.gl/IIIseV>> [เข้าถึงข้อมูล 24 มี.ค. 2558].
- ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์ และคณะ. 2556. โครงการศึกษากฎหมายยาเสพติดในต่างประเทศ: ศึกษาเฉพาะกรณี ประเทศญี่ปุ่น ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมัน โปรตุเกส อังกฤษและสหรัฐอเมริกา (บทที่ 4). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <<http://goo.gl/10NMoG>> [เข้าถึงข้อมูล 24 มี.ค. 2558].
- ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด. 2553. บังคับบำบัด ทาง(บังคับ) เลือกของผู้ติดยาเสพติด.[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <<http://nctc.oncb.go.th/new/images/stories/article/year54/varasanetc.pdf>> [เข้าถึงข้อมูล 10 มี.ค. 2558].
- ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด. 2558. ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <<http://goo.gl/06kqvD>> [เข้าถึงข้อมูล 10 มี.ค. 2558].
- ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ. แผนปฏิบัติการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด ปี 2557. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://123.242.171.2/data_happy/meeting/drug/Meaning%202557.pdf (วันที่ค้นข้อมูล: 11 สิงหาคม 2557).
- ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ. 2558. มาตรการบำบัดผู้เสพยา/ผู้ติดยาเสพติด. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <<http://www.nccd.go.th/upload/content/5%2815%29.pdf>> [เข้าถึงข้อมูล 27 เม.ย. 2558].
- สถาบันธัญญารักษ์. 2558. แนวทางการนำผู้เสพยาเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟู ตามประกาศ คณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <<http://goo.gl/sn7HpU>> [เข้าถึงข้อมูล 23 พ.ค. 2558].
- สิทธิศักดิ์ วจนระรัตน์. 2554. ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดของจีน พ.ศ. 2554. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <<http://goo.gl/fmNlvs>> [เข้าถึงข้อมูล 11 มี.ค. 2558].
- สุชาดา ทวีสิทธิ์. 2556. เสียงจาก “ชายขอบ”: การเคลื่อนไหวสิทธิมนุษยชนเพื่อคนใช้ยาเสพติดในประเทศไทย. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <<http://goo.gl/WpJEmJ>> [เข้าถึงข้อมูล 17 มี.ค. 2558].
- สุภาวดี แก้วประดับ. 2558. ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศต่างๆ.[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <<http://nctc.oncb.go.th/new/images/stories/article/drugtreatment.pdf>> [เข้าถึงข้อมูล 10 มี.ค. 2558].

- สุริย์ ภู่เพชร. 2553. การบังคับบำบัดกับสิทธิและเสรีภาพของผู้ติดยาเสพติดตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชากฎหมายมหาชน มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์. 2557. สถานการณ์ปัญหายาเสพติดปีงบประมาณ 2557 และแนวโน้มของปัญหา. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <<http://goo.gl/FtL7W9>> [เข้าถึงข้อมูล 25 มี.ค. 2558].
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. 2545. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <<http://goo.gl/vOGSxX>> [เข้าถึงข้อมูล 18 มี.ค. 2558].
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 2557. แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไข ปัญหายาเสพติด ปี 2558. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <<http://www.nccd.go.th/upload/news/58ok.pdf>> [เข้าถึงข้อมูล 11 มี.ค. 2558].
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. 2558. แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <<http://goo.gl/VgJWop>> [เข้าถึงข้อมูล 11 มี.ค. 2558].
- อดิศักดิ์ งามขจรวิวัฒน์. 2558. สถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับระบบบังคับบำบัดยาเสพติดในประเทศไทย. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อาภาศิริ สุวรรณานนท์, ชาติชาย มหาศีตะ, กันณวัน ฟิลลิปส์ และสุจิตรา ฉายปัญญา. 2556. รายงานวิจัย เรื่องการวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- Birgden, A. 2015. A compulsory drug treatment program for offenders in Australia: Therapeutic jurisprudence implications. [online] Available at: <<http://goo.gl/2HrTXj>> [Accessed 12 March 2015].
- Birgden, A. and Grant, L. 2010. Establishing a compulsory drug treatment prison: Therapeutic policy, principles, and practices in addressing offender rights and rehabilitation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, pp. 341–349.
- Broadstock, M., Brinson, D. & Weston A. 2008. The effectiveness of compulsory, residential treatment of chronic alcohol or drug addiction in non-offenders. HSAC Report. [online] Available at: <<http://goo.gl/0xRLsF>> [Accessed 12 March 2015].
- Burrus, SWM., Mackin, JR., Finigan, MW. 2011. Show Me the Money: Child Welfare Cost Savings of a Family Drug Court. *Juvenile and Family Court Journal*, 62 (3), pp.1-13.
- Chengzheng et al. 2004. Drug Abuse in China. [online] Available at: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1196/annals.1316.054/epdf>> [Accessed 19 April 2015].

- Collin C. 2006. Substance abuse issue and public policy in Canada[online] Available at:
<<http://goo.gl/C8qOuB>> [Accessed 18 March 2015].
- Copeland, J. and Maxwell, JC. 2007. Cannabis treatment outcomes among legally coerced and non-coerced adults. *BMC Public Health*, 7, Open access.
- Drug Control Headquarters. 2014. Drug Control in 2013. [online] Available at:
<<http://dchq.ir/images/portal-e/reports/dc2013.pdf>> [Accessed 12 March 2015].
- Eskandarieh, S. et al. 2014. Compulsory Maintenance Treatment Program Amongst Iranian Injection Drug Users and Its Side Effects. *Int J High Risk Behav Addict*, 3 (4).
- Fischer, B., Roberts, VJ. & Kirst, M. 2002. Compulsory Drug Treatment in Canada: Historical Origins and Recent Developments. . [online] Available at: <<http://www.karger.com/Article/PDF/52056>> [Accessed 16 March 2015].
- Hall, W., Farrell, M.& Carter, A. 2014. Compulsory treatment of addiction in the patient's best interests: More rigorous evaluations are essential. *Drug and Alcohol Review*, 33,pp. 268–271.
- Hser , Y., Fu, L., Wu, F. et al. 2013. Pilot trial of a recovery management intervention for heroin addicts released from compulsory rehabilitation in China. *Journal of Substance Abuse Information office of the State Council of the people republic of China*. 2000. Treatment and Rehabilitation. [online] Available at: <<http://goo.gl/dM71dT>> [Accessed 12 March 2015].
- Marinelli-Casey, P., Gonzales, R., Hillhouse, M. et al. 2008. Drug court treatment for methamphetamine dependence: Treatment response and posttreatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, pp. 242 – 248.
- Moore, TJ. 2005. What is Australia's "drug budget"? The policy mix of illicit drug-related government spending in Australia. [online] Available at: <<http://goo.gl/qcN2TE>> [Accessed 14 March 2015].
- Mugford, R and Weekes, J. 2006 . Mandatory and Coerced Treatment. [online] Available at:
<<http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-003648-2006.pdf>> [Accessed 14 March 2015].
- National Institute on Drug Abuse. 2008. Principles of Drug Dependence Treatment. [online] Available at: < http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf> [Accessed 19 March 2015].
- New Zealand law Commission . 2010. Compulsory treatment for substance dependence: a review of the alcoholism and drug addiction act 1966. [online] Available at: < <http://goo.gl/y9vcHO>> [Accessed 25 March 2015].
- Office of National Drug Control policy . 2011. Treatment in the National Drug Control Strategy. [online] Available at: <<http://goo.gl/zS5pb5>> [Accessed 16 March 2015].

- Padyab, M., Grahn, R., Lundgren L. 2015. Drop-out from the Swedish addiction compulsory care system. *Evaluation and Program Planning* , 49,pp. 178–184.
- Pearshouse, R. 2009. Compulsory Drug Treatment in Thailand: Observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 (2002). Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network.
- Perron, BE. and Bright, CL. 2008. The influence of legal coercion on dropout from substance abuse treatment: Results from a national survey . *Drug and Alcohol Dependence*, 92, pp. 123–131.
- Pritchard, E., Mugavin, J.& Swan, A. 2007. Compulsory treatment in Australia. [online] Available at: < http://www.nobars.org.au/downloads/rp14_compulsory_treatment.pdf> [Accessed 19 March 2015].
- Razzaghi, EM., Rahimi, A., Hosseni, M.& Madani, S. 1999. Rapid Situation Assessment (RSA) of Drugabuse in Iran (1998-1999). [online] Available at: <[http://es.unrol.org/files/RSA2000SUMMARY\[1\].pdf](http://es.unrol.org/files/RSA2000SUMMARY[1].pdf)> [Accessed 20 March 2015].
- Schaub, M. et al. 2011. Predictors of Retention in the ‘Voluntary’ and ‘Quasi-Compulsory’ Treatment of Substance Dependence in Europe. *Eur Addict Res* ,17, pp. 97–105.
- Somers, Jm. et al. 2012. Drug treatment court of Vancouver: An empirical evaluation of recidivism. *International Journal of Drug Policy*, 23, pp. 393– 400.
- United Nations Office on Drugs and Crime. 2014. World Drug Report 2014. [online] Available at: <www.unodc.org> [Accessed 23 April 2015].
- United Nations Office on Drugs and Crime . 2012. UNODC the promotion and protection of human rights. [online] Available at: < <http://goo.gl/i5PDuS>> [Accessed 14 May 2015].
- Weekes, J. and Mugford, R. 2007. Drug Treatment Courts. [online] Available at: <<http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011348-2007.pdf>> [Accessed 14 March 2015].
- Wild, TC., Robertsb, AB. & Coope,r EL. 2002. Compulsory Substance Abuse Treatment: An Overview of Recent Findings and Issues . *Eur Addict Res*, 8,pp. 84–93.
- Wilson, DB. 2006. A systematic review of drug court effects on recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 2, pp. 459-487.
- Wittouck, C. et al. 2013. The Impact of Drug Treatment Courts on Recovery: A Systematic Review. *The Scientific World Journal*, 1, pp. 1-12.
- World Health Organization. 2002. 25 Questions and Answers on Health and Human Rights. [online] Available at: < <http://goo.gl/om48Zl>> [Accessed 19 May 2015].

- World Health Organization. 2008. The right to health. [online] Available at: < <http://goo.gl/adx0tS>> [Accessed 19 May 2015].
- Young, D., Fluellen, R., Belenko, S. 2004. Criminal recidivism in three models of mandatory drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, pp. 313 – 323.
- Zhengyan, W., Bérout, G., Maojin, C.,& Shirong, C. 2015. Drug Treatment and Public Security in the People's Republic of China. [online] Available at: <<http://goo.gl/x5DwUB>> [Accessed 19 March 2015].
- World Health Organization. 2010. Atlas of Substance Use Disorders: Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders: Country Profile: CHINA. [online] Available at: <<http://goo.gl/TVWXPR>> [Accessed 12 March 2015].
- World Health Organization. 2010. Atlas of Substance Use Disorders: Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders: Country Profile: AUSTRALIA. [online] Available at: <<http://goo.gl/0AOfqS>> [Accessed 12 March 2015].
- World Health Organization. 2010. Atlas of Substance Use Disorders: Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders: Country Profile: IRAN (Islamic Republic of). [online] Available at: <<http://goo.gl/kdnh0c>> [Accessed 12 March 2015].