



รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการ การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบูรณาการ
การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดระดับอำเภอ
ระยะที่ 1 (กรกฎาคม 2558 – กันยายน 2559)

เสนอ

แผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

จัดทำโดย

ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พฤศจิกายน 2559

กิตติกรรมประกาศ

โครงการการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดระดับอำเภอ ระยะที่ 1 (กรกฎาคม 2558 – กันยายน 2559) ดำเนินการสิ้นสุดลงและสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ ผลผลิต ผลลัพธ์ และตัวชี้วัดได้ส่วนหนึ่งซึ่งมุ่งหมายว่าจะดำเนินการต่อเนื่องในระยะที่ 2 เพื่อสร้างผลงานตามที่คาดหวังในชุมชนที่เป็นพื้นที่นำร่องปฏิบัติการและสังเกตการณ์ก่อนการถ่ายทอดขยายผลไปยังชุมชนอื่นที่สนใจจะนำแนวทางการพัฒนาหลักชุมชนและกลไกบูรณาการกับหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอภายใต้กรอบระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ตลอดจนการพัฒนาสัมพันธภาพการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายภาคีที่ชุมชนจะเข้มแข็งและสามารถแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่อย่างเข้าใจเข้าถึงและยั่งยืนได้ด้วยตนเองโดยมีหน่วยงานภาครัฐในท้องถิ่นอำนวยความสะดวกสนับสนุนตามพันธกิจ

ในการนี้ ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในฐานะหน่วยงานบริหารโครงการฯ และพี่เลี้ยงด้านวิชาการ ขอขอบพระคุณคณะทำงานพื้นที่ทั้ง 10 ชุมชนนำร่องในความพยายามอย่างต่อเนื่องที่จะเรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ ทักษะ และทัศนคติต่อการจัดการปัญหาเสพติดอย่างสร้างสรรค์ ได้แก่ ทีมตำบลเขื่อนผากอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ทีมตำบลบวกค้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ทีมตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ทีมตำบลป่าซาง-ปากบ่อง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ทีมตำบลบ้านป้อม อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ทีมตำบลชัยอุดม อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ทีมอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ทีมอำเภอคง จังหวัดนครราชสีมา ทีมอำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต และทีมอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา

ขอขอบพระคุณวิทยากรและผู้ทรงคุณวุฒิในความกรุณาถ่ายทอดองค์ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่จำเป็นและสำคัญต่อการสร้างเสริมสมรรถนะของทีมชุมชนตลอดช่วงเวลาเริ่มต้น ระหว่าง และสิ้นสุดการดำเนินโครงการฯ ระยะที่ 1 ประกอบด้วย นายชลัยสิน โพธิเจริญ ผู้อำนวยการ สำนักงาน ป.ป.ส. ภาค 6 พญ.อัมพวัน ศรีครุฑรานันท์ โรงพยาบาลเม็งราย พ.ต.ท.ดร.กฤษณพงศ์ พูตระกูล โรงเรียนนายร้อยตำรวจสามพราน ดร. อัจฉรา คำมะতিชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธانی นายนเรศ สงเคราะห์สุข นักวิชาการอิสระ รศ.ดร. มานพ คณะโต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น นางสาวอรอนงค์ ลาภภูวนารถ กองป้องกันยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. รศ.ดร.นวลจันทร์ จุฑากภักดีกุล สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล นางสุภาวดี หาญเมธี ประธานกรรมการบริหาร สถาบัน RLG นางสาวรุ่งนภา มาลารัตน์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย นางสุดา วงศ์สวัสดิ์ ผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต เจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านขุนห้วยแม่เปาและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกระแล ตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลแม่สลองนอก อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ทีมงานศูนย์ไอโซน มูลนิธิ PSI ทีมงานชัยอุดมโมเดล อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ทีมงานบ้านป้อมโมเดล อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ทีมงานนางฟ้าทำฉนวน อำเภอกงไกรลาส จังหวัดสุโขทัย และนพ.อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณะ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณแผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ส่วนกลาง ภาค 5 และ ภาค 6 ในความอนุเคราะห์ด้านงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินโครงการฯ

ผศ.ดร.นพ.อภิรักษ์ อรามรัตน์
ผู้อำนวยการ
ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทสรุปผู้บริหาร

ปัญหาสุขภาพติดถูกยกให้เป็นวาระแห่งชาติยาวนานกว่าสองทศวรรษที่ทุกรัฐบาลได้กำหนดนโยบาย และกลยุทธ์ต่อยาเสพติดทั้งเชิงป้องกันและแก้ไขในรูปแบบราษฎร์-รัฐร่วมใจ เป็น “การะร่วม” ระหว่างภาครัฐ และท้องถิ่นชุมชนในการป้องกัน เฝ้าระวัง บำบัดแก้ไข พื้นฟูดูแลสงเคราะห์ผู้มีปัญหาสุขภาพติดอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางกาย-จิต-สังคม ในมุมมองที่เปลี่ยนจากผู้เสพเป็นอาชญากรสู่ผู้เสพเป็นผู้ป่วย การเสพ/ติดยาเสพติด นั้นรักษาได้แต่ต้องใช้เวลา โดยเฉพาะรูปแบบการบำบัดรักษาที่ใกล้บ้านในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วมนั้นให้ผล คุ่มค่าที่สุด การแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ต้องอาศัยปัญหาสุขภาพเป็นตัวนำ จึงต้องการบูรณาการ ระหว่างกลไกชุมชนกับกลไกสุขภาพของระบบสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกับหน่วยงานรัฐอื่นที่เกี่ยวข้อง

โครงการการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับอำเภอ ระยะ ที่ 1 (กรกฎาคม 2558 – กันยายน 2559) มีสมมติฐานสำคัญที่สนใจคือ ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) จะสามารถใช้เป็นโครงสร้างและกลไกในการขับเคลื่อนการบูรณาการงานป้องกันแก้ไขยาเสพติดในระดับอำเภอได้หรือไม่ อย่างไร จึงนำแนวทางสองส่วนมาประยุกต์ใช้ คือ (1) การบำบัดรักษาผู้มีปัญหา ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมและใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชนเพื่อการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งปัญหาทางกาย-จิตใจ-สังคมให้ผลตอบแทนดีกว่าการกักขังต้องโทษมาก และ (2) นโยบายสุขภาพขององค์กรรวมของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมซึ่งขับเคลื่อนโดยหน่วยดำเนินงานที่เล็กที่สุด เป็นระบบสุขภาพอำเภอที่มี 20 ชุดบริการ (Service Plans) รวมชุดบริการบำบัดรักษาเสพติดเอาไว้ด้วย โดย กำหนดให้ผู้มีปัญหาสุขภาพติดสามารถเข้ารับบริการ-คัดกรอง-บำบัดได้ตามขั้นตอนที่เหมาะสมและตาม โครงสร้างที่มีอยู่ของระบบบริการปฐมภูมิมาพัฒนารองรับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับอำเภอ

ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในฐานะหน่วยงานดำเนิน โครงการฯ ได้ออกแบบการทำงานทั้งที่เป็นและไม่เป็นทางการระหว่างคณะทำงาน 3 กลุ่ม ได้แก่ นักวิชาการ/นักวิจัย ทีมงานชุมชน/จิตอาสา/อาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่รัฐในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในพื้นที่ ควบคู่ ไปกับการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับระบบสุขภาพอำเภอและภาควิชาการเพื่อเสริมความรู้-ทักษะ-สมรรถนะให้กับทีมงานชุมชนที่จะสามารถรับมือกับการแพร่ระบาดของยาเสพติดและมีส่วนร่วมกันดูแลผู้มี ปัญหาสุขภาพติดในพื้นที่ด้วยชุมชนเอง โดยการดำเนินโครงการฯ ระยะที่ 1 มี 10 ชุมชนที่สนใจและมีความพร้อม เข้าร่วมเป็นพื้นที่นำร่องปฏิบัติการ ประกอบด้วย ตำบลเขื่อนผาก อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ตำบลบวกค้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ตำบลแม่เปา อำเภอพญามิ่งราย จังหวัดเชียงราย ตำบลป่าซาง-ปากบ่อง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ตำบลบ้านป้อม อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ตำบลชัยอุดม อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต และ อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา ซึ่งพื้นที่นำร่องทุกแห่งมุ่งงานด้านป้องกัน และบางแห่งยังมุ่งเน้นเนื้องานเฉพาะตาม บริบทและปัญหาด้านยาเสพติดของแต่ละพื้นที่ โดยอำเภอพร้าว อำเภอป่าซาง อำเภอคง อำเภอเมืองภูเก็ต มุ่งเนื้องานด้านเฝ้าระวัง ขณะที่อำเภอพร้าวและอำเภอคีรีมาศยังมุ่งงานด้านบำบัดแก้ไขและฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง อีกด้วย

นอกจากเป็นหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินโครงการฯ แล้ว ศูนย์วิชาการสารสนเทศภาคเหนือ ยังทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงด้านวิชาการที่มุ่งถ่ายทอดข้อมูลและองค์ความรู้ที่จะสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อยาเสพติด เพื่อเคลื่อนงานยาเสพติดในพื้นที่ รวมถึงเพื่อพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของคณาจารย์ ตลอดจนเพื่อสร้างเครือข่ายพันธมิตรชุมชน โดยดำเนินการทั้งในรูปแบบการอบรมสัมมนา ประชุมระดมสมอง ศึกษาดูงาน และถอดบทเรียนจากแนวปฏิบัติที่ดี/ที่เป็นเลิศตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น-ระหว่าง-สิ้นสุดโครงการฯ ระยะที่ 1 มีคณะทำงานพื้นที่ซึ่งผสมผสานกันทั้งเจ้าหน้าที่รัฐ เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น นักวิชาการ/นักวิจัย จิตอาสา อาสาสมัคร เยาวชนกว่า 200 คนได้รับข้อมูล ข่าวสาร องค์ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่จำเป็นและสำคัญต่อการดำเนินงานด้านยาเสพติดในพื้นที่จากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิที่รับเชิญมาบรรยายในหลากหลายหัวข้อ โดยสาระสำคัญที่ถ่ายทอดสู่คณะทำงานพื้นที่และทีมงานชุมชนได้แก่ การปรับทัศนคติต่อผู้เสพและอาการเสพติดจากปัญหาอาชญากรรมเป็นปัญหาสาธารณสุข/สุขภาพซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่ ชุมชนสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่โดยอาศัยปัญหาสุขภาพเป็นตัวนำ ผู้เสพจำนวนมากไม่ได้เป็นผู้ที่พึ่งพิงยาเสพติดดังนั้นการสร้างโอกาสและทางเลือกในชีวิตจะสามารถช่วยให้ผู้มีปัญหาเสพติดผ่านพ้นปัญหาเสพติดไปได้ สำหรับผู้ที่พึ่งพิงยาเสพติดนั้นชุมชนสามารถให้การบำบัดดูแลได้และให้ผลคุ้มค่าที่สุด ภูมิคุ้มกันยาเสพติดสร้างได้ตั้งแต่ปฐมวัยด้วยการพัฒนาสมองส่วน Executive Function ชุมชนสามารถป้องกันแก้ไขยาเสพติดในพื้นที่ได้ด้วยการทำงานร่วมกับระบบสุขภาพในพื้นที่ ด้วยการปลูก/ปลุกสายสัมพันธ์ในชุมชน และด้วยการปลูก/ปลุกภาวะ Active Citizen ประชาชนที่มีจิตอาสาและลุกขึ้นมามีส่วนร่วมในชุมชน เพราะการแก้ไขปัญหาที่ดีต้องตั้งอยู่บนความสัมพันธ์ที่ดี ในทางตรงกันข้าม หากไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีก็ไม่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาใดๆ ได้ การฟื้นฟูความสัมพันธ์กันในชุมชนจึงเป็นสิ่งแรกที่ต้องทำก่อนการป้องกันแก้ไขยาเสพติดหรือปัญหาใดๆ ในชุมชน

โดยภาพรวมของการขับเคลื่อนโครงการฯ ระยะที่ 1 เมื่อสิ้นสุดเวลาดำเนินงาน 15 เดือน กิจกรรมต่างก้าวหน้าไปตามแผนงานของ 10 ชุมชนที่เป็นพื้นที่นำร่องปฏิบัติการ แม้โครงการฯ ยังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์หลักคือการพัฒนากระบวนการงานป้องกันและแก้ไขยาเสพติดในระดับอำเภอโดยใช้โครงสร้างของระบบสุขภาพอำเภอ แต่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์รองในระดับหนึ่งคือการพัฒนาแบบที่หลากหลายของ “กลไกชุมชน” และ “กลไกบูรณาการ” ในการป้องกันและแก้ไขยาเสพติด ตลอดจนบรรลุบางส่วนของผลลัพธ์ (Outcome) และผลผลิต (Output) ทั้ง 4 ด้านคือ ด้านป้องกัน ด้านเฝ้าระวัง ด้านบำบัดแก้ไข และด้านฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องของ 10 ชุมชนซึ่งมีระดับความเข้มแข็งของทีมทำงานและชุมชนแตกต่างกัน

ในระยะที่ 1 ของโครงการฯ ทั้ง 10 พื้นที่นำร่องมีความพยายามเชื่อมโยงปัญหาเสพติดของชุมชนเข้ากับปัญหาสุขภาพ ปัญหาวัยรุ่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคม ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการพิจารณาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นปัจจัยสาเหตุและผลกระทบที่ได้รับจากยาเสพติด เพื่อเปิดประเด็นและแสวงหาแนวร่วมทำงานด้านยาเสพติดในพื้นที่แต่ก็ยังไม่สามารถยกระดับปัญหาเสพติดขึ้นมาเป็น One District One Project: ODOP หรือหนึ่งตำบลหนึ่งโครงการเพื่อเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพของ DHS เนื่องจากระบบสุขภาพอำเภอเป็นระบบใหม่และยังมีการดำเนินงานมาไม่นาน โครงสร้างการดำเนินงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแยกงานระบบสุขภาพอำเภอออกจากงานยาเสพติด ผู้รับผิดชอบงานระบบสุขภาพอำเภอของสาธารณสุขในพื้นที่หลายแห่งยังเข้าใจว่างานยาเสพติดเป็นงานของหน่วยงานมหาดไทย โดยศูนย์

พลังแผ่นดินเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (ศพ.ปส.) ซึ่งผู้ว่าราชการจังหวัดรับผิดชอบในระดับจังหวัด และนายอำเภอรับผิดชอบในระดับอำเภอ ยาเสพติดไม่ใช้งานโดยตรงของหน่วยงานสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจร่วมกันในการบูรณาการงานด้านยาเสพติดภายใต้โครงสร้างกลไกของระบบสุขภาพอำเภอทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

นอกจากนี้ ทั้ง 10 ชุมชนที่เป็นพื้นที่นำร่องยังมีความพยายามที่จะปลูก/ปลูกภาวะ Active Citizen ทั้งในระดับผู้นำ/แกนนำ/จิตอาสาในชุมชน ตลอดจนการปลูก/ปลูกสายสัมพันธ์ในชุมชนเพื่อการลุกขึ้นมาเป็นเจ้าของ และแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่เชิงรุกและอย่างสมัครสมานสามัคคีที่ยังอ่อนกำลังอยู่ กลไกชุมชนยังไม่ Bottom-up ไปเชื่อมโยงกับกลไกบูรณาการกับหน่วยงานรัฐระดับอำเภอซึ่งยังคงมีลักษณะต่างคนต่างทำตาม KPI ของตน และ Top-down เช่นเดิม อีกทั้ง สัมพันธภาพในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ของหน่วยงานสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องและภาคประชาสังคมที่มีอยู่เดิม มีความหลากหลาย โดยส่วนใหญ่จะมีสัมพันธภาพที่ดีในวงจำกัด ตามบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ จึงจำเป็นต้องอาศัยการทำความเข้าใจและการจูงใจให้มีส่วนร่วม โดยมีเป้าหมายการทำงานสอดคล้องตรงกันและมีกระบวนการสื่อสาร ปรึกษาหารือ ร่วมตัดสินใจและเรียนรู้ร่วมกัน

สาเหตุที่ทำให้โครงการฯ ระยะที่ 1 บรรลุผลผลิต ผลลัพธ์ ตัวชี้วัด และวัตถุประสงค์เพียงบางส่วน เนื่องมาจากการทบทวนสถานการณ์ด้านยาเสพติดของพื้นที่ซึ่งยังไม่สะท้อนขนาดความรุนแรงของปัญหา จึงไม่สามารถยกปัญหาเสพติดเป็น ODOP ในระบบสุขภาพอำเภอได้ ความท้าทายของการเปลี่ยนมุมมองต่อยาเสพติดจากมิติอาชญากรรมทางสังคม (ผู้เสพเป็นอาชญากร) ไปสู่มิติสุขภาพ (ผู้เสพเป็นผู้ป่วย) เพื่อเชื่อมโยงกับ DHS จำเป็นต้องเร่งสร้างความเข้าใจของทีมนชุมชนต่อระบบสุขภาพอำเภอ ร่วมกับการทบทวนสถานการณ์-เก็บรวบรวมข้อมูล-วิเคราะห์ขนาดปัญหาเสพติดต่อสุขภาพของประชาชนพื้นที่เพื่อยกปัญหาเสพติดให้เป็นประเด็นสุขภาพและเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพอำเภอ ควบคู่กับการปลูก/ปลูกสัมพันธ์ในระดับพื้นที่ระหว่างสมาชิกชุมชนกับหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานรัฐอื่นที่เกี่ยวข้องกับงานด้านยาเสพติด เนื่องจากสายสัมพันธ์ที่อ่อนแอในครอบครัวทำให้สมาชิกไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด สายสัมพันธ์ที่อ่อนแอในชุมชนทำให้ขาดจิตอาสาและขาดการมีส่วนร่วม คนทำงานน้อย และสายสัมพันธ์ที่อ่อนแอของชุมชนกับอำเภอ ล้วนเป็นปัจจัยล้มเหลวที่ทำให้ไม่สามารถบูรณาการงานเข้าด้วยกัน ยังมีลักษณะต่างคนต่างทำ ยังรอคำสั่งแล Top-down

การเคลื่อนงานด้านยาเสพติดในกรอบระบบสุขภาพอำเภอต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ ต้องจัดการเรียนรู้ให้เป็นระบบ เป็นตัวแบบการพัฒนาของชุมชนตนเอง นำตัวแบบไปจัดการปัญหา ทบทวนผลงาน เกิดการเรียนรู้ใหม่ อาจเกิดตัวแบบใหม่ ปรับกระบวนการเพื่อรับมือกับปัญหาใหม่ที่เป็นผลจากการปฏิบัติก่อนหน้า ในการเชื่อมโยงงานด้านยาเสพติดเข้ากับระบบสุขภาพอำเภอที่แฝงไปกับงานส่งเสริมสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมระดับชุมชน แม้แต่ละชุมชนจะมีสถานะความเข้มแข็งที่อ่อน-กลาง-แข็งแตกต่างกัน แต่ก็น่าจะเป็นแนวทางใหม่ที่มีความหวังเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนยกระดับสู่การบูรณาการในระดับอำเภอต่อไป การใช้โครงสร้างของระบบสุขภาพอำเภอมารองรับการพัฒนากระบวนการงานยาเสพติดในระดับอำเภอจึงน่าจะเป็นระบบหลักที่สอดคล้องกับโครงสร้างพัฒนางานในระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุขน่าจะสามารถพัฒนาให้เกิดคุณภาพและความยั่งยืนได้อย่างต่อเนื่อง

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	2
บทสรุปผู้บริหาร	4
บทที่ 1 ความสำคัญ วัตถุประสงค์ ผลผลิต ผลลัพธ์	9
บทที่ 2 แผนการดำเนินงานของพื้นที่นำร่อง 10 ชุมชน	15
บทที่ 3 ข้อมูลวิชาการและการศึกษาดูงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการฯ ระยะที่ 1	27
3.1 “เริ่มต้น” การดำเนินโครงการฯ	28
3.2 “ระหว่าง” การดำเนินโครงการฯ	30
3.3 “สิ้นสุด” การดำเนินโครงการฯ	36
บทที่ 4 ผลการดำเนินงานของพื้นที่นำร่อง 10 ชุมชน	42
4.1 ผลการดำเนินงานของพื้นที่นำร่อง 10 ชุมชน	42
4.2 สรุปผลการดำเนินงานของพื้นที่นำร่อง 10 ชุมชน	53
4.3 ชุมชนที่สนใจจะเข้าร่วมโครงการฯ ระยะที่ 2	54
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ	57
5.1 สรุปผลการดำเนินงานระยะที่ 1	57
5.2 อภิปรายผล	62
5.3 ข้อเสนอแนะ	64
5.4 แผนการดำเนินงานระยะที่ 2	67
บรรณานุกรม	70

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1: พื้นที่นำร่องดำเนินการในโครงการฯ ระยะที่ 1	13
ภาพที่ 2: ลำดับกิจกรรมตามระยะเวลาดำเนินการ	15
ภาพที่ 3: การระดมความคิดการพัฒนากระบวนการสุขภาพอำเภอเอราวัณเสพติดในพื้นที่นำร่อง	16
ภาพที่ 4: กิจกรรมระดมสมอง-แลกเปลี่ยนเรียนรู้-ศึกษาดูงานในช่วงเริ่มต้นและระหว่างโครงการ	27
ภาพที่ 5: กิจกรรมระดมสมอง-แลกเปลี่ยนเรียนรู้-ศึกษาดูงานในช่วงสุดท้ายของโครงการ	28
ภาพที่ 6: พื้นที่นำร่องในระยะที่ 2 ของโครงการ	54

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1: เปรียบเทียบเนื้องานมุ่งเน้นของพื้นที่นำร่องในโครงการฯ ระยะที่	125
ตารางที่ 2: เปรียบเทียบการขับเคลื่อนงานใน 10 พื้นที่นำร่องของโครงการฯ ระยะที่	153
ตารางที่ 3: เปรียบเทียบผลผลิต (output) และผลลัพธ์ (outcome) ที่ต้องการกับที่เกิดขึ้นจริง	158

บทที่ 1

ความสำคัญ วัตถุประสงค์ ผลผลิต ผลลัพธ์

1.1 ที่มาและความต้องการ

กว่าสองทศวรรษที่ผ่านมาทุกรัฐบาลได้กำหนดนโยบายและกลยุทธ์ต่อปัญหายาเสพติดทั้งเชิงป้องกันและแก้ไขในรูปแบบที่ราษฎร-รัฐร่วมใจ เป็น “ภาระร่วม” ระหว่างภาครัฐและท้องถิ่นชุมชนในการป้องกัน ฝ้าระวัง บำบัดแก้ไข พื้นฟูดูแลสงเคราะห์อย่างเป็นองค์รวมทั้งทางกาย-จิต-สังคม แต่ในการปฏิบัติจริงยังประสบอุปสรรคปัญหาในพื้นที่โดยชุมชนยัง (1) ขาดการทำงานแบบสหองค์กรที่เป็นทีมปฏิบัติงานด้านยาเสพติดในพื้นที่/ชุมชนที่บูรณาการงานจากระบบยุติธรรม ระบบสาธารณสุข ระบบความมั่นคงของมนุษย์และสังคมเข้ากับส่วนท้องถิ่น (2) ขาดความชัดเจนในแนวปฏิบัติและกระบวนการติดตามดูแลสภาพทางกายและจิตอย่างต่อเนื่องของผู้กระทำผิดในคดียาเสพติดที่ได้รับการปล่อยตัวกลับสู่ชุมชน (3) ขาดเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันที่จะติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน (4) ขาดระบบสวัสดิการสังคมหรือสวัสดิการชุมชนที่จะสงเคราะห์ต่อในชุมชน (5) ขาดการติดตามผลการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากระบบยุติธรรม (6) ขาดการฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในชุมชนเนื่องจากไม่มีกองทุนเฉพาะ (7) ขาดการดูแลสุขภาพระดับท้องถิ่นเนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีบจตสรรสำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (8) ขาดเจ้าภาพและงบประมาณการสร้างอาชีพให้ผู้พ้นโทษ (9) ขาดแนวทางและโอกาสที่จะเริ่มต้นชีวิตใหม่ของผู้พ้นโทษที่ปลอดภัยจากยาเสพติด และ (10) ขาดความรู้ในการจัดการหรือลดอันตรายจากยาเสพติดในชุมชน เป็นต้น

ชุมชนเข้มแข็งเป็นเสมือนคำตอบของทุกโจทย์ปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมไทย รวมถึงปัญหาเสพติดที่เป็นวาระแห่งชาติอีกด้วย การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการกับความสลับซับซ้อนของยาเสพติดซึ่งเป็นทั้งปัญหาทางสังคมและปัญหาสุขภาพที่ซ้อนทับกับปัญหาอื่นอีกหลายมิติ ในมุมของการป้องกัน-สร้างภูมิคุ้มกัน-ฝ้าระวัง-บำบัด-ฟื้นฟู-ติดตามดูแล-ช่วยเหลือผู้มีปัญหาเสพติดให้ลดละเลิกพฤติกรรมเสี่ยงและเสพนั้น ต้องการการบูรณาการและการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะในมุมมองว่าผู้เสพเป็นผู้ป่วย เพราะการติดยาเสพติด รักษาได้ แต่ใช้เวลา กลไกการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนจำเป็นต้องบูรณาการกับกลไกสุขภาพของระบบสาธารณสุข เพราะการบำบัดรักษาที่ใกล้บ้านในชุมชนให้ผลคุ้มค่าที่สุด โดยอาศัยปัญหาสุขภาพเป็นตัวนำในการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน

ในภาพของสุขภาพะองค์รวม กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขับเคลื่อนและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการดำเนินงาน มีการวางแนวทางที่เปิดโอกาสให้พื้นที่ต่างๆ สามารถกำหนดแนวทาง/วิธีการการดำเนินงานของตนเอง วางจุดหมายไปสู่การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในชุมชน เพราะคนในชุมชนพื้นที่ย่อมเข้าใจถึงความต้องการของตนเอง เข้าใจบริบทปัญหาของตนเองมากกว่าผู้อื่น มีหน่วยของการดำเนินงานที่เล็กที่สุดเป็นระบบสุขภาพอำเภอ (รสบอ.) หรือ District Health System (DHS) ซึ่งมีหลักการ 5 ด้าน คือ การบูรณาการการทำงานในพื้นที่ (Unity) การเปิดโอกาสให้เครือข่ายภาคีในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ร่วมคิด-ร่วมค้นหาคำตอบ-ร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา-ร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา (Community Participation) การให้คุณค่าของการดำเนินงานร่วมกันอย่างมีคุณภาพ (Appreciation & Quality) การแบ่งปัน

ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing & Human Development) และการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential Care) ระบบสุขภาพอำเภอประกอบไปด้วยการเลือกใช้ชุดบริการ (Service Plans) ที่พัฒนาให้ไว้เป็นแนวทางเบื้องต้น 20 ชุดบริการซึ่งรวมชุดบริการบำบัดรักษาพยาบาลเอาไว้ด้วย โดยกำหนดให้สามารถเข้ารับบริการได้ตามระบบบริการปฐมภูมิ ให้มีการคัดกรองและให้การบำบัดตามขั้นตอนที่เหมาะสมตามโครงสร้างที่มีอยู่ของระบบบริการปฐมภูมิ แม้ว่าจะมีแนวคิดทิศทางที่มีความชัดเจนพอสมควร แต่การพัฒนากระบวนการงานป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยใช้ระบบสุขภาพอำเภอเป็นฐานรองรับการดำเนินงานด้านยาเสพติดยังคงเป็นคำถามที่สำคัญที่ต้องการการศึกษาความเป็นไปได้และเงื่อนไขต่างๆ ที่สำคัญต่อการพัฒนา

1.2 กรอบแนวคิด

แนวทางของโครงการพัฒนาแผนบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอตามกรอบระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ในครั้งนี้ดำเนินการภายใต้ทิศทางการทำงานร่วมกันของภาครัฐและชุมชนใช้ปรัชญาจากแนวคิดด้าน Community Participation ในลักษณะ Area-based Collaborative Research and Development ที่สอดคล้องกับทิศทาง/โครงสร้างของ “ระบบสุขภาพอำเภอ” ของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม

การดำเนินโครงการเชิงศึกษาวิจัยตามกรอบแนวคิด Area-Based Collaborative Research and Development หรือ AB-C R&D ริเริ่มพัฒนาแนวคิดและวิธีทำงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ในการสร้างความรู้เพื่อพัฒนาประเทศ เป็นงานวิจัยแบบซึ่งเป็นกระบวนการจัดการงานวิจัยที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ที่เน้นผลงานที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาในพื้นที่ โดยการนำเอาพื้นที่เป็นตัวตั้งในการทำงาน (AB) เน้นการทำงานร่วมกัน (C) ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตัวจริง เพื่อให้ได้ข้อมูลจากการวิจัย (R) ที่จะใช้จัดการกับเรื่องสำคัญของพื้นที่เพื่อนำไปสู่การพัฒนา (D) ไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม สังคมและการเมืองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่และในระดับที่กว้างยิ่งขึ้นที่มีผู้ที่เกี่ยวข้องหลายระดับที่หวังผลทั้งในระยะสั้น (เพื่อตนเอง) และระยะยาว (เพื่อลูกหลาน) บนปรัชญา/ความเชื่อที่ว่าความเข้มแข็งที่แท้จริงต้องเกิดจากภายใน ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องเป็นผู้ทำและสมัครใจที่จะทำงานร่วมกัน ภายใต้ความตระหนักว่าภาครัฐคือผู้กุมทรัพยากรในการพัฒนา (เงินและกฎกติกา) จึงต้องทำงานกับภาครัฐ

สมมติฐานสำคัญที่โครงการฯ สนใจคือ ระบบสุขภาพอำเภอจะสามารถใช้เป็นโครงสร้างและกลไกในการขับเคลื่อนการบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอได้หรือไม่ อย่างไร มีผลดีผลเสียอะไรบ้าง เพียงใด จึงนำแนวทางสองส่วนมาประยุกต์ใช้ คือ (1) การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมและใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชนเพื่อการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งปัญหาทางกาย-จิตใจ-สังคมให้ผลตอบแทนดีกว่าการกักขังต้องโทษมาก (UNODC, 2557) และ (2) นโยบายสุขภาวะองค์กรร่วมของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมซึ่งขับเคลื่อนโดยหน่วยดำเนินงานที่เล็กที่สุดเป็นระบบสุขภาพอำเภอ หรือ District Health System (DHS) ด้วยการเลือกใช้ชุดบริการ หรือ Service Plans ที่พัฒนาให้ไว้เป็นแนวทางเบื้องต้น 20 ชุดบริการ ในจำนวนนี้รวมชุดบริการบำบัดรักษาพยาบาลเอาไว้ด้วย โดยกำหนดให้ผู้มีปัญหาสุขภาพสามารถเข้ารับบริการ-คัดกรอง-บำบัดได้ตามขั้นตอนที่เหมาะสมและตามโครงสร้างที่มีอยู่ของระบบบริการปฐมภูมิมาพัฒนารองรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับอำเภอ

การดำเนินโครงการวิจัยเพื่อการพัฒนาแบบพื้นที่เป็นตัวตั้ง (AB-C R&D) สัมพันธ์กับนโยบายกระจายอำนาจและทำให้ท้องถิ่นมีบทบาทมากขึ้นในการพัฒนาจังหวัด และยังสอดคล้องกับทิศทางการแก้ไขปัญหาเสพติดที่เน้นชุมชนมีส่วนร่วม โดยเป็นการเปิดพื้นที่ให้สมาชิกชุมชนทั้งผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน หลากวัย หลากภาวะผู้นำรวมถึงจิตอาสา เข้ามาเป็น “เจ้าของปัญหาเสพติด” เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกัน-บำบัด-ฟื้นฟู-ดูแล ใช้ข้อมูลของพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์ร่วมกัน ตัดสินใจเองในการเป็น “ผู้ร่วมในการแก้ไขปัญหา” ร่วมกับหน่วยงานวิชาการและราชการที่เกี่ยวข้อง หาทางเลือกร่วมกัน และตัดสินใจปฏิบัติการในแนวทางที่เหมาะสมกับหลายฝ่ายโดยเฉพาะกับผู้มีปัญหาเสพติดในชุมชน

1.3 วัตถุประสงค์

1. (วัตถุประสงค์หลัก) เพื่อพัฒนาระบบบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขยาเสพติดในระดับอำเภอ โดยใช้โครงสร้างของระบบสุขภาพอำเภอ
2. (วัตถุประสงค์รอง) เพื่อพัฒนารูปแบบที่หลากหลายของ “กลไกชุมชน” ในการป้องกันและแก้ไขยาเสพติด
3. (วัตถุประสงค์รอง) เพื่อพัฒนารูปแบบที่หลากหลายของ “กลไกบูรณาการ” ระดับอำเภอในการป้องกันและแก้ไขยาเสพติด

1.4 ขอบเขตการดำเนินการและขั้นตอนการขับเคลื่อนโครงการฯ

โครงการพัฒนาแผนบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขยาเสพติดในระดับอำเภอตามกรอบระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ดำเนินการเชิงศึกษาวิจัยโดยเป็นการทำงานร่วมกับ “กลไกชุมชนระดับตำบล” ในการดูแลผู้มีปัญหาเสพติดในชุมชนที่ใช้กระบวนการวิจัยเป็นกระบวนการพัฒนาพื้นที่ ผสานการทำงานระหว่างภาคชุมชนที่เป็นและไม่เป็นทางการ พัฒนาการประสานงานระหว่างชุมชนกับรัฐที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเสพติด โดยเฉพาะระบบสุขภาพอำเภอของกระทรวงสาธารณสุข และพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน-ระบบสุขภาพอำเภอกับภาควิชาการเพื่อเสริมความรู้และทักษะให้กับชุมชนในการดูแลผู้มีปัญหาเสพติดในชุมชนที่ครอบ คลุมการป้องกัน แก้ไข บำบัด ฟื้นฟู และดูแล อันจะนำไปสู่สมรรถนะการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่ด้วยชุมชนเองและการร่วมกันดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง

โครงการฯ ประกอบด้วย 4 หน่วยงานย่อย ได้แก่ งานป้องกัน งานเฝ้าระวัง งานบำบัดแก้ไข และงานฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับกลไกที่สำคัญสองส่วน คือ “กลไกชุมชน” และ “กลไกบูรณาการ” นำกลไกทั้งสองส่วนซึ่งหลากหลายมาพัฒนารองรับการป้องกันและแก้ไขยาเสพติดในระดับอำเภอ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญคือ (1) เตรียมทีมงาน/กลไกประสานงานในพื้นที่ที่สนใจดำเนินงานบูรณาการการป้องกันแก้ไขยาเสพติด ให้เข้าใจแนวคิด/หลักเกณฑ์/กลไกการทำงานของระบบสุขภาพอำเภอ (2) เตรียมทีมงานพื้นที่ในการรวบรวมข้อมูลบริบทและสถานการณ์ปัญหาเสพติดของพื้นที่ ทรัพยากรในชุมชนและกลไกการดำเนินงานยาเสพติดในชุมชน รวมถึง ทรัพยากรในอำเภอและกลไกการดำเนินงานยาเสพติดในอำเภอ (3) ร่วมกันออกแบบกิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการบูรณาการระหว่างชุมชนและอำเภอได้อย่างเหมาะสมตามสภาพสถานการณ์ในพื้นที่ของตน โดยมีงาน “ป้องกัน-ฟื้นฟู-ดูแล-สงเคราะห์ต่อเนื่อง” ไม่เน้นปราบปราม เน้นการใช้ข้อมูล บริบท

สถานการณ์ หลักฐานเชิงประจักษ์ ยืดหยุ่น ยืดโยง เคลื่อนไหว ปรับเปลี่ยน เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทำได้เอง ทำด้วยกัน เรียนรู้ร่วมกัน ทำอย่างต่อเนื่อง ขยายผลบนสายสัมพันธ์

การเชื่อมโยง “กลไกชุมชน” กับ “กลไกบูรณาการ” ระดับอำเภอในพื้นที่ทำให้เป็นการทำงานที่ใหม่/แตกต่างจากงานชุมชนเข้มแข็งอื่นๆ โดยเน้นคัดเลือก พัฒนา ชุมชนเข้มแข็ง เสริมวิชาการสารเสพติด ทุกด้าน ป้องกัน เฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรอง ดูแล พัฒนา “กลไกบูรณาการ” กับหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอในพื้นที่ ตามบริบทและสายสัมพันธ์อย่างน้อยสองหน่วยขึ้นไป ไม่ตั้งเป้าหมายเชิงปริมาณ ตั้งเป้าหมายเชิงคุณภาพ ขยายความเข้าใจและสัมพันธ์ภาพการทำงานร่วมกัน เรียนรู้ร่วมกัน ขยายผลบนพื้นฐานการเรียนรู้ร่วมกันแบบ “คู่หู” บวก “คู่ขนาน” ให้ทำเอง เสริมการเรียนรู้ ทำเป็นเครือข่ายภาคี มีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นหลักตามกรอบระบบสุขภาพอำเภอร่วมกับชุมชนและหน่วยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งต่อไป ชุมชนจะสามารถแก้ไขปัญหาและยั่งยืนได้เอง

ในการดำเนินงานช่วงต้นของโครงการฯ มุ่งเน้นกระบวนการขับเคลื่อน 2 กลไกสำคัญ ได้แก่ “กลไกชุมชน” และ “กลไกบูรณาการ” ไปพร้อมๆ กัน โดยใช้แนวทางเดียวกัน ได้แก่ พื้นที่เดียวกัน (Area-based) สายสัมพันธ์ภายในพื้นที่ ผู้นำ กลุ่มนำ กลุ่มพลัง NGO หน่วยงานรัฐซึ่งมีลักษณะไม่ตายตัว มุ่งฟื้นฟูความสัมพันธ์ทั้งภายในและระหว่างชุมชน จากนั้นผลักดันการเชื่อมความสัมพันธ์กับกลไกของรัฐทั้งที่เป็นและไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะระบบสุขภาพอำเภอกับภาควิชาการเพื่อเสริมความรู้และทักษะให้กับชุมชนในการค้นหา/คัดกรอง/ดูแลแก้ไขฟื้นฟูผู้มีปัญหาเสพยาเสพติดในชุมชนรวมถึงการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาเสพยาเสพติด นำไปสู่สมรรถนะการป้องกันแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติดในพื้นที่ด้วยชุมชนเองและการร่วมกันดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง อาทิ หน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข มหาตมไทย ยุติธรรม พัฒนาสังคมและความมั่นคง มนุษย์ ศึกษาศึกษา การตำรวจ เป็นต้น

1.5 พื้นที่ดำเนินการ

ระยะเริ่มต้นของโครงการฯ นับตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2558 ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ ได้จัดตั้งทีมวิจัยทำความเข้าใจในกรอบแนวคิดของโครงการฯ ตลอดจนคัดเลือกพื้นที่ที่มีความพร้อมและสนใจดำเนินงานทั้งด้านการป้องกัน การค้นหาคัดกรอง การดูแลแก้ไข การติดตามฟื้นฟูผู้มีปัญหาเสพยาเสพติด และการเฝ้าระวังปัญหาภายใต้การประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคประชาชน จึงตัดสินใจเลือกพื้นที่ดำเนินการในเบื้องต้น 8 พื้นที่ ประกอบด้วย อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมา และอำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต ต่อมาเมื่อพื้นที่นำร่องสนใจเข้าร่วมในลักษณะสังเกตการณ์และเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะเป็นเครือข่ายหรือพื้นที่คู่ขนานในแผนงานระยะต่อไป ดังนั้น พื้นที่ดำเนินการของโครงการฯ จึงขยายจาก 8 ชุมชนเป็น 10 ชุมชนนำร่องใน 8 จังหวัดครอบคลุมทั้ง 4 ภาคของประเทศ แสดงดังภาพต่อไป

พื้นที่ดำเนินการของโครงการฯ 10 ชุมชนนําร่องใน 8 จังหวัดครอบคลุมทั้ง 4 ภาคของประเทศ



- อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่
- อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
- อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย
- อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน
- อำเภอศรีมาส จังหวัดสุโขทัย
- อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย
- อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี
- อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมา
- อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต
- อำเภอรัตถุมิ จังหวัดสงขลา

ภาพที่ 1: พื้นที่นําร่องดำเนินการในโครงการฯ ระยะที่ 1

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและตัวชี้วัดความสำเร็จ

จากขอบเขต 4 หน่วยงานคือ งานป้องกัน งานเฝ้าระวัง งานบำบัด-ดูแล และงานฟื้นฟู-สงเคราะห์ นำไปสู่ผลที่คาดว่าจะได้รับทั้งในระดับระดับผลผลิต (Output) และระดับผลลัพธ์ (Outcome) ดังต่อไปนี้

ระดับผลผลิต (Output)

1. งานด้านป้องกัน ได้แก่ รูปแบบการค้นหา/คัดกรองปัญหาสุขภาพร่วมกับการใช้สุราและสารเสพติดในชุมชน และแนวปฏิบัติการป้องกัน/เฝ้าระวังที่สอดคล้องกับสภาพความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพเสพติดของครอบครัวและระบบสุขภาพอำเภอ
2. งานด้านเฝ้าระวัง ได้แก่ ตัวแบบ/รูปแบบการเฝ้าระวังและมาตรการที่เหมาะสมเพื่อลดความต้องการใช้สารเสพติดในสภาพความจริง สอดคล้องกับระบบสุขภาพอำเภอและวัฒนธรรมของชุมชน
3. งานด้านบำบัดแก้ไข ได้แก่ รูปแบบการบำบัดรักษาอาการเสพติดในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเสพ/กระทำผิดซ้ำอย่างยี่ดโยงเข้ากับระบบสุขภาพอำเภออย่างต่อเนื่องในพื้นที่
4. งานด้านฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ กระบวนการพัฒนาผู้ประสานในพื้นที่ที่มีคุณภาพ สามารถเชื่อมโยงการดำเนินงานของชุมชนและภาครัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงรูปแบบของการพัฒนาศูนย์บูรณาการเพื่อการดูแลผู้เสพยาเสพติดและผู้พันโทษในระดับตำบลที่เป็นของชุมชนทำร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างไร้รอยต่อ

ระดับผลลัพธ์ (Outcome)

ในพื้นที่ศึกษาวิจัย ได้แก่ ครอบครัวเข้มแข็งเพื่อป้องกัน เฝ้าระวัง ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเสพติดและยกระดับชุมชนเข้ม แข็งเพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเข้าใจ อย่างมีส่วนร่วม และอย่างยั่งยืน

ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

1. เกิดแนวคิด/แผนวิจัยและพัฒนางานบูรณาการป้องกันและแก้ไขยาเสพติดตามกรอบ/หลักเกณฑ์ของระบบสุขภาพอำเภอ ที่เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ที่เป็นจริงในพื้นที่ต่างๆ
2. เกิดแผนพัฒนาเชิงวิชาการที่สนับสนุนการขับเคลื่อนแผนงานบูรณาการป้องกันและแก้ไขยาเสพติดในระดับอำเภอ
3. เกิดเครือข่ายคณะทำงานเพื่อพัฒนาการบูรณาการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับอำเภอที่มีความพร้อมในการดำเนินงานระยะยาวในพื้นที่ต่างๆ

1.7 คำนิยามที่สำคัญ

“กลไกชุมชน” หมายถึง รูปแบบกระบวนการใน

- การจัดโครงสร้าง/สายสัมพันธ์ของผู้นำชุมชน ทั้งแบบเป็นและไม่เป็นทางการ เพื่อขับเคลื่อนทรัพยากรของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงานของผู้นำและทีมงาน พัฒนาการของสัมพันธ์ภายในพื้นที่ กระบวนการทำงานเป็นทีมตามบริบทในชุมชน
- การเรียนรู้และสะสมองค์ความรู้/ประสบการณ์ภายในชุมชน ได้แก่ การวางแผนการทำงานร่วมกัน การจัดโครงสร้างและระบบการทำงาน การวางแผนงาน การทบทวนสถานการณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และใช้ผล การแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น กระบวนการตัดสินใจปรับปรุงเป้าหมาย ทิศทางและแผนการทำงานร่วมกัน
- การดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ของภาครัฐ ได้แก่ แรงจูงใจ ทิศทางและสัมพันธ์ภาพของการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภาครัฐ ประสบการณ์ต่างๆ ทั้งทางบวกและลบในการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ของภาครัฐ

“กลไกบูรณาการ” หมายถึง รูปแบบกระบวนการใน

- การทำงานใดๆ อย่างเป็นระบบร่วมกันข้ามสายโครงสร้างการทำงานประจำ ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงานร่วม พัฒนาการของสัมพันธ์ภาพข้ามโครงสร้าง ครอบคลุมถึงโครงสร้างชุมชน ภาคประชาสังคมและหน่วยงานของรัฐ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การวางแผนร่วมกัน การแบ่งปันเวลาและทรัพยากร รูปแบบการสร้างข้อตกลงในการทำงานร่วมกัน รูปแบบการขับเคลื่อนดำเนินการตามข้อตกลงและการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ในการศึกษานี้ การทำงานร่วมกันมากกว่าสองโครงสร้างขึ้นไป เข้าข่ายการพัฒนาบูรณาการที่สามารถก่อให้เกิดสายสัมพันธ์/การเรียนรู้ร่วมกันและช่วยกันขยายผลได้
- การเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงการสรุป/ใช้ประโยชน์จากผลของการเรียนรู้ร่วมกัน
- การขยายเครือข่ายการทำงาน

บทที่ 2

แผนการดำเนินงานของพื้นที่นำร่อง 10 ชุมชน

ระยะเตรียมโครงการ

- 😊 พัฒนาแผนงาน
- 😊 แสวงหาเครือข่ายการทำงาน
- 😊 คัดเลือกพื้นที่นำร่องดำเนินโครงการ

จุดกลางทาง ณ เชียงราย

- 😊 เห็นย้า DHS = ทางเลือกแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน
- 😊 แนะนำ Executive Function = การสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดตั้งแต่ปฐมวัย
- 😊 ศึกษาคุณภาพการดูแลผู้มีปัญหาเฮโรอีนด้วยเมทาโดนระยะยาวในชุมชน
- 😊 ชักชวนพื้นที่ฟูสายสัมพันธ์ในชุมชน
- 😊 กระตุ้นบทบาท Active Citizen และจิตอาสา
- 😊 สร้างเครือข่ายเชื่อมโยงชุมชนจัดการยาเสพติด

ก.ค.



จุดเริ่มต้นโครงการ ระยะที่ 1 ณ เชียงใหม่

- 😊 แนะนำ DHS = ทางเลือกแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน
- 😊 แนะนำปัญหาเสพติด = ปัญหาสุขภาพ
- 😊 แนะนำการบำบัดรักษาในระดับชุมชน (UNODC)
- 😊 ชักชวนพื้นที่ฟูสายสัมพันธ์ในชุมชน
- 😊 กระตุ้นบทบาท Active Citizen และจิตอาสา
- 😊 สร้างเครือข่ายเชื่อมโยงชุมชนจัดการยาเสพติด

จุดสิ้นสุดโครงการ ระยะที่ 1 ณ สุโขทัย

- 😊 เห็นย้า DHS = ทางเลือกแก้ไขปัญหายาเสพติด
- 😊 แนะนำปัญหาเสพติด = ปัญหาสุขภาพ
- 😊 แนะนำการบำบัดรักษาในระดับชุมชน (UNODC)
- 😊 ชักชวนพื้นที่ฟูสายสัมพันธ์ในชุมชน
- 😊 กระตุ้นบทบาท Active Citizen และจิตอาสา
- 😊 สร้างเครือข่ายเชื่อมโยงชุมชนจัดการยาเสพติด

ภาพที่ 2: ลำดับกิจกรรมตามระยะเวลาดำเนินโครงการ

ผลงานที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการ นี้ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) ด้านป้องกัน ได้แก่ รูปแบบการค้นหา/คัดกรองปัญหาสุขภาพร่วมกับการใช้สุราและสารเสพติดในชุมชน และแนวปฏิบัติการป้องกัน/เฝ้าระวังที่สอดคล้องกับสภาพความเสี่ยงต่อปัญหาเสพติดของครอบครัวและระบบสุขภาพอำเภอ (2) ด้านเฝ้าระวัง ได้แก่ ตัวแบบ/รูปแบบการเฝ้าระวังและมาตรการที่เหมาะสมเพื่อลดความต้องการใช้สารเสพติดในสภาพความจริงและสอดคล้องกับระบบสุขภาพอำเภอและวัฒนธรรมของชุมชน (3) ด้านบำบัดแก้ไข ได้แก่ รูปแบบการบำบัดรักษาอาการเสพติดในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเสพ/กระทำผิดซ้ำอย่างยืดหยุ่นเข้ากับระบบสุขภาพอำเภออย่างต่อเนื่องในพื้นที่ (4) ด้านฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ กระบวนการพัฒนาผู้ประสานในพื้นที่ที่มีคุณภาพ ที่สามารถเชื่อมโยงการดำเนินงานของชุมชนและภาครัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงรูปแบบการพัฒนาศูนย์บูรณาการเพื่อการดูแลผู้เสพยาเสพติดและผู้พันโทษในระดับตำบลที่เป็นของชุมชนทำร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้องได้อย่างไร้รอยต่อ โดยให้ความสำคัญกับกลไกที่สำคัญสองส่วน คือ “กลไกชุมชน” และ “กลไกบูรณาการ” นำกลไกทั้งสองส่วนซึ่งหลากหลายมาพัฒนารองรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในระดับอำเภอ

พื้นที่นำร่องดำเนินงานแต่ละแห่งมุ่งเน้นในเนื้อหาที่แตกต่างกันตามบริบทและปัญหาด้านยาเสพติดของแต่ละพื้นที่ ในระยะเริ่มต้นของการขับเคลื่อนโครงการฯ คณะทำงานของพื้นที่นำร่องได้ระดมสมองวางแผนการดำเนินงานการระดมความคิดของทีมพื้นที่ (ตัวแทนชุมชน) เพื่อค้นหาแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเอาชนะยาเสพติด ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ **คำถาม #1** ทีมพื้นที่จะฟื้นฟูสายสัมพันธ์ในชุมชนเพื่อร่วมแรงร่วมใจแก้ไข/ป้องกันปัญหาเสพติดในชุมชนอย่างไร? **คำถาม #2** ทีมพื้นที่จะปลูก/ปลุกความเป็นพลเมืองที่เข้มแข็งให้เกิดแก่สมาชิกในชุมชนอย่างไร? **คำถาม #3** ทีมพื้นที่จะดูแลสมาชิกชุมชนที่ลูกหลาน-ญาติ

ของเขามีปัญหาหาสาเหตุได้อย่างไร? **คำถาม #4** ระบบสุขภาพอำเภอจะนำไปสู่การแก้ไขป้องกันปัญหาหาสาเหตุในพื้นที่ของท่านได้อย่างไร? และจะมีแนวทางขับเคลื่อนในช่วงจากนี้ไป 1 ปีอย่างไร?



ภาพที่ 3: การระดมความคิดการพัฒนาสุขภาพอำเภอเอาชนะยาเสพติดในพื้นที่นาร่อง

ตำบลเขื่อนผาก อำเภอพรวัว จังหวัดเชียงใหม่

แกนนำคือ รพสต. กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ (บางนาย) แต่สัมพันธ์ภาพและการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐทั้งในท้องถิ่นและอำเภอยังต้องการปลูก/ปลูกสัมพันธ์อีกมาก ร่วมกับการกระตุ้นภาวะ active citizen อีกมากเพื่อการทำงานแบบ bottom-up บนข้อมูลจริงของพื้นที่ จุดอ่อนของพื้นที่ตำบลคือสายสัมพันธ์กับ อบท. อบต. ซึ่งเข้ามาร่วมงานยาเสพติดแต่ตัว ขณะที่หัวใจยังไม่มาด้วย เพราะกังวลเรื่องฐานเสียง/ฐานคะแนน ทั้งยังมีอุปสรรคด้านทัศนคติส่วนตัว พรรคพวก อิทธิพลของผู้บริหาร ความคิดไม่ตรงกันกับทีมชุมชน การใช้งบประมาณและการปฏิบัติงานในพื้นที่ของฝ่ายปกครองเน้นงานโครงสร้างพื้นฐานมากกว่า แต่จุดแข็งคือภาคส่วนอื่นของตำบล ทั้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มแม่บ้าน อสม. กลุ่มผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวกลุ่มผู้เสพ ผู้เสี่ยง ผู้มีปัญหาเสพติด

คำถาม #1 ทีมพื้นที่จะฟื้นฟูสายสัมพันธ์ในชุมชนเพื่อร่วมแรงร่วมใจแก้ไข/ป้องกันปัญหาหาสาเหตุในชุมชนอย่างไร

ตอบคำถาม มุ่งการให้กำลังใจกันและกันในการทำงานของทีมงาน ทำงานด้วยกันโดยไม่มีใครมาสั่งการสั่งงานน่าจะสร้างความร่วมมือได้ดี มีผลสำเร็จจากการทำงานกับเยาวชนและครอบครัวมาเป็นกำลังใจคนในชุมชนเป็นกำลังใจสนับสนุนให้ทำงานต่อไป ทีมงานเดินหน้าทำงานต่อไปโดยหวังว่าทุกภาคส่วนจะมองเห็นความตั้งใจดีต่อชุมชนในอนาคต โดยไม่ต้องสนใจว่าปัญหาจากฝ่ายปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นอุปสรรคในการทำงานของทีมชุมชน

คำถาม #2 ทีมพื้นที่จะปลูก/ปลูกความเป็นพลเมืองที่ “Active” ให้เกิดแก่สมาชิกในชุมชนของเราอย่างไร

ตอบคำถาม ทำงานโดยไม่ยึดติดกับสถานที่และเวลาของราชการ เพราะปัญหาเกิดขึ้นได้ทุกที่ทุกเวลา งานดูแลป้องกันยาเสพติดต้องไม่มีเงื่อนไขด้านเวลาและสถานที่ ผลสำเร็จจากการดูแลเยาวชนและครอบครัวที่มีปัญหาเสพติดจะดึงดูดจิตอาสาในพื้นที่เข้ามาพร้อมกับทีมงาน

คำถาม #3 ทีมพื้นที่จะดูแลสมาชิกชุมชนที่ถูกลานญาติของเขาที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างไร

ตอบคำถาม ดำเนินตามแนวทางที่ซับซ้อนมากกว่า 5 ปีคือวงสายสัญญาณ 3 ชั้นซึ่งมีผลงานความสำเร็จเป็นที่ประจักษ์แก่คนในชุมชนมาตลอด โดยเพิ่มเติมการติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ในลักษณะกักตักปัญหาไม่ปล่อย ประสานงานกับกำนันและผู้ใหญ่บ้านทุกพื้นที่ตำบลในอำเภอ ซึ่งมีฐานความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันเชื่อมโยงอยู่แล้ว ที่ผ่านมาก็มีชุมชนได้รับความไว้วางใจจากครอบครัวให้ช่วยดูแลบุตรหลานด้วยความสมัครใจและครอบครัวเป็นผู้นำข้อมูลมาแจ้งกับทีมงานเหมือนเป็นคนในครอบครัว

คำถาม #4 ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ใช้สภาวะสุขภาพนำสู่การแก้ไขปัญหาในชุมชนเป็นไปได้หรือไม่ อย่างไร

ตอบคำถาม DHS ต้องให้ความสำคัญต่อการปรับทัศนคติคนในชุมชนให้เชื่อว่าการติดยาเสพติดเป็นโรคเรื้อรังประเภทหนึ่งซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ หากผู้มีปัญหาและครอบครัวกล้าเปิดเผยและยอมรับการรักษา มีคำถามย้อนกลับว่า DHS นำประเด็นยาเสพติดเป็น 1 ใน 10 ประเด็นของระบบงานสุขภาพอำเภอหรือยัง หากยังก็เคลื่อนได้ยาก อาจต้องจับปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบมารับเรื่องให้แน่นไม่เช่นนั้นก็จะไม่รอด รวมถึง สพฐ. ที่กำหนดให้มีกรรมการยาเสพติดระดับอำเภอก็จะดึงโรงเรียนมาร่วม โรงเรียนกับผู้ปกครองคุยกัน ศูนย์ยาเสพติดของโรงเรียนคุยกับศูนย์ยาเสพติดของอำเภอ ขับเคลื่อนไปกับตำบลหลักและตำบลคู่หู งานยาเสพติดในพื้นที่ก็น่าจะดำเนินไปได้ หรืออย่างน้อย หากไม่สนับสนุนก็ไม่ควรขัดขวาง และ “คำสั่ง” ที่มีลักษณะ top-down อาจทำให้งานในพื้นที่ชะงักไปได้ เพราะกลายเป็นข้อย้อนแย้งกลับในกลุ่มคนทำงานระหว่างคำสั่งการ กับข้อตกลง/มติชุมชน

ตำบลบวกด่าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

แกนนำคือ ผู้ใหญ่บ้าน และตำรวจ DARE แผนงานลำดับแรกต้องแยกผู้ค้ากับผู้เสพ/ผู้เสี่ยงออกจากกันก่อน แล้วจึงกระตุ้นหัวใจและการมีส่วนร่วมจากชุมชนสร้างเป็นเครือข่ายและสร้างความตระหนักในที่ทำงานก่อนเพื่อป้องกันเด็กดีไม่ให้เป็นผู้เสี่ยง จับประเด็นและทำงานตามประเด็นไม่สะเปะสะปะหรือไร้ทิศทาง แต่ต้องทำงานอย่างเป็นระบบจึงจะได้แนวร่วมทั้งอำเภอ การดำเนินงานที่ผ่านมาคือ แบ่งงานกันทำ แบ่งหัวหน้าหมู่บ้านดูแลลูกบ้าน 10 บ้านต่อคน แบ่งทีมงานเป็นฝ่ายงาน เช่น ฝ่ายวิชาการให้ความรู้ต่างๆ นำพระสงฆ์เข้ามาให้ความรู้ทุกเรื่องที่วัดในวันพระ ฝ่ายศึกษามีคณะกรรมการโรงเรียนจัดประชุมทุกสัปดาห์และสรรหากิจกรรมสร้างอาชีพลงในโรงเรียน เช่น ร่วมกับโรงแรมและภาคธุรกิจในอำเภอปลูกข้าว ร่วมกับ ธกส. ทำเกษตร ทำประมง ทุกกครอบครัวปลูกผักสมุนไพรเป็นอาหารปลอดภัยที่กินเองได้ ขายด้วย ร่วมกับฝ่ายวัฒนธรรม ส่งเสริมอาชีพนวดแผนโบราณ จัดประกวดซุ้มซอຍพื้นที่ในช่วงเทศกาลยี่เป็ง จัดงานกีฬาต้านยาเสพติด มีตำรวจเป็นกรรมการ เพื่อปลูกฝังชุมชนเข้มแข็งและสร้างเสริมอาชีพ ฝ่ายปกครองลงเยี่ยมบ้าน เปิดบ้านพ่อหลวงพูดคุย ตั้งจุดตรวจบางเวลา นำข้อมูลจากแต่ละหมู่บ้านมารวมกันและจัดส่งข้อมูลไปอำเภอ และหาแนวทางร่วมกันแก้ไขปัญหาต่อไป

คำถาม #1 ทีมพื้นที่จะฟื้นฟูสายสัมพันธ์ในชุมชนเพื่อร่วมแรงร่วมใจแก้ไข/ป้องกันปัญหายาเสพติดในชุมชนอย่างไร

ตอบคำถาม จัดการประชุมคณะกรรมการหมู่บ้านทุกเดือน ทุกวันพระ วัดมีการให้ความรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรม ขณะที่โรงเรียนมีคณะครูให้ความรู้แก่นักเรียน ขณะเดียวกันก็จะนำเสนอสถานการณ์ปัญหา ยาเสพติดต่อคณะกรรมการ DHS กำหนดพื้นที่นำร่อง (ตำบลบวกค้าง) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ค้นหา ต้นทุนในชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมเป็นครอบครัวรายหมู่บ้าน 13 หมู่บ้าน มีต้นทุนเดิม 1 หมู่บ้าน พัฒนาสู่ครอบครัวต้นแบบ หมู่บ้านละ 1 ครอบครัว

คำถาม #2 ทีมพื้นที่จะปลูก/ปลูกความเป็นพลเมืองที่ “Active” ให้เกิดแก่สมาชิกในชุมชนของเราอย่างไร

ตอบคำถาม จัดกิจกรรมตามประเพณี โดยได้รับงบประมาณจากฝ่ายปกครองและ อปท. เช่น การจัดประกวดซุ้มประตูตามซอยหมู่บ้าน และจัดงานกีฬาต้านยาเสพติด มีบางชุมชน เช่น ชุมชนหนองเหนียง ที่ประสบความสำเร็จในการสร้างชุมชนเข้มแข็งและแก้ไขปัญหายาเสพติด ก็ควรมีการถอดบทเรียนและ นำแนวทางไปแลกเปลี่ยนกับชุมชนอื่นเพื่อขยายผลในทุกตำบล

คำถาม #3 ทีมพื้นที่จะดูแลสมาชิกชุมชนที่ถูกละเลยของเขามีสัญญาเสพติดอย่างไร

ตอบคำถาม ดูแลผู้ผ่านการฟื้นฟู บำบัด อบรม โดยฝึกอาชีพตามถนัด เยี่ยมเยียนให้กำลังใจแก่ผู้ผ่านการบำบัดเดือนละ 2 ครั้ง ตั้งจุดตรวจร่วมกับฝ่ายปกครอง ตำรวจ สาธารณสุขในการป้องปราม ในรายที่มีปัญหา ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน ร่วมกับตำรวจและสาธารณสุขเข้าไปค้นหา

คำถาม #4 ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ใช้สภาวะสุขภาพนำสู่การแก้ไขปัญหาในชุมชนเป็นไปได้อย่างไร

ตอบคำถาม ระบบสุขภาพอำเภอสันกำแพงดำเนินมาตั้งแต่ปี 2556 ใช้ทุกภาคส่วนของพื้นที่มาเป็น กรรมการ DHS หากขับเคลื่อนงานยาเสพติดตามกรอบ DHS เป็นไปได้เพราะมีข้อมูลระดับอำเภออยู่ แต่ยากในการเชื่อมต่อในชุมชนเพราะยังขาดข้อมูลฐานรากที่สะท้อนปัญหาที่แท้จริงของชุมชน อย่างไรก็ตาม โครงสร้าง DHS ของสันกำแพงชัดเจน มีภาคีเครือข่ายในชุมชน สำหรับประเด็นสุขภาพอื่นมีภาคีเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง ในประเด็นยาเสพติด มี 25 อาสาสมัครทำงานขับเคลื่อนตามนโยบาย ในการดำเนินโครงการครั้งนี้ จะต้องค้นหาเจตคติของชุมชนต่อยาเสพติด ใช้สุขภาพหรือเรื่องอื่นเป็นตัวนำเป็นต้นเรื่องเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด ใช้ธรรมนูญสุขภาพ ประกาศว่า คนสันกำแพงต้องมีสุขภาพดี มี สดางค์ใช้ ชีวิตยั่งยืน โดยทำ MOU กับทุกภาคส่วน เน้นพัฒนาคน พัฒนาเครือข่าย อาหารปลอดภัย ทำให้ชีวิตมีคุณภาพ รวมถึงจัดระเบียบพื้นที่ปลอดสุราและยาเสพติด เช่น สถานที่สาธารณะ โรงเรียน วัด สถานที่ราชการ และบูรณาการแนวคิดและการปฏิบัติกับโครงการหมู่บ้านศีล 5

ตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

แกนนำคือ คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดตำบลแม่เปา ประกอบด้วย อบต. รพสต. โรงพยาบาลพญาเม็งราย โดยมีคณะกรรมการ DHS อำเภอและคณะทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด อำเภอเป็นหน่วยงานพี่เลี้ยง แผนงานคือกระตุ้นการยอมรับว่าชุมชนมีปัญหายาเสพติดเพื่อกำหนดกติการ่วมกัน ในชุมชนเป็นนโยบายสาธารณะของชุมชน เสริมสร้างขีดความสามารถให้ชุมชนในการแก้ไขปัญหาเสพติด โดยเฉพาะคิดถึงการทำสิ่งที่ทำมาซึ่งไม่ได้แก้ไขเฉพาะปัญหายาเสพติดแต่เชื่อมโยงปัญหาสุขภาพ รวมถึงปัญหาเศรษฐกิจและสังคมด้วย เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อต่อยอดจากฐานงานคุณภาพ ชีวิตเด็กเล็ก มุ่งการต่อยอดแทนการคิดกิจกรรมใหม่ๆ ทั้งต่อยอดการพัฒนา ต่อยอดทฤษฎี ต่อยอดการทำเวที ระดับตำบล เรียนรู้เครื่องมือการขับเคลื่อนชุมชน รวมข้อมูลเข้ากันเป็นฐานข้อมูลกลางของอำเภอ เน้นการสร้าง ภูมิคุ้มกัน ขยายไปสู่ตำบลอื่นให้ครบทุกตำบลในอำเภอ สร้างเครือข่ายเฝ้าระวังของอำเภอ

คำถาม #1 ทีมพื้นที่จะฟื้นฟูสายสัมพันธ์ในชุมชนเพื่อร่วมแรงร่วมใจแก้ไข/ป้องกันปัญหายาเสพติดใน ชุมชนอย่างไร

ตอบคำถาม เป็นเพราะสายสัมพันธ์ในชุมชนลดลงจึงก่อให้เกิดปัญหายาเสพติดในชุมชน ทีมจะทบทวน ทูทางสังคมของอำเภอพญาเม็งรายเพื่อนำมาเป็นที่มาในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาเสพติดตาม กรอบระบบสุขภาพอำเภอ การฟื้นฟูสายสัมพันธ์จะจัดเวทีให้มีการทบทวนทุนสังคม นำปราชญ์ชุมชน และอุ้ยมาฟื้นฟูความเชื่อศรัทธาประเพณีในชุมชน สิ่งที่ยึดเหนี่ยวคือ ผีเสื้อบ้าน ตระกูล ช่วงผญา แล้ว สอนต่อลูกหลาน บูรณาการนโยบายวิถีชุมชนในแนวทางบ้านสวยเมืองสุข+ชุมชนเศรษฐกิจพอเพียง กำหนดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม

คำถาม #2 ทีมพื้นที่จะปลูก/ปลูกความเป็นพลเมืองที่ “Active” ให้เกิดแก่สมาชิกในชุมชนของเราอย่างไร

ตอบคำถาม สร้างพื้นที่บวักในวัด โรงเรียน เป็นลานกีฬา แหล่งเรียนรู้ เปิดช่องทางให้รับรู้และเข้าถึง ปัญหายาเสพติด ทำให้เป็นปัญหาหน้าห่มุ เป็นนโยบายสาธารณะของชุมชน จัดเวที จัดประชาคม คั้น ข้อมูลให้แก่เด็กและเยาวชนเพื่อนำเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ดึงเด็กมุ่มมิดเข้ามา ดูแลเด็กน้ำดี เสริมคุณค่าให้เด็กทำดี ต่อยอดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ครัวสะอาดอาหารปลอดภัยไปจนถึงงดเหล้า ในงานवाद

คำถาม #3 ทีมพื้นที่จะดูแลสมาชิกชุมชนที่ลูกหลานญาติของเขาที่มีปัญหายาเสพติดอย่างไร

ตอบคำถาม พัฒนาครอบครัวเป็น zone แบ่งทีมหมอดตาม zone ครอบครัว เสริมสร้างศักยภาพของ ครอบครัว มุ่งการสื่อสารในครอบครัวเพื่อรองรับปัญหา ขณะเดียวกันก็พัฒนาเศรษฐกิจในชุมชน เน้น ความเข้มแข็งของกลุ่มอาชีพ แปรรูปผลผลิตเพื่อเพิ่มมูลค่าทั้งมะม่วงและยางพารา ต่อยอดเครือข่าย ดูแลครอบครัวแบบมีส่วนร่วมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ร่วมกันทั้ง บ.ว.ร. กับโรงพยาบาลอำเภอ รพสต. อบต. ชุมชน โรงเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อดูแลคนในชุมชนแบบญาติไปจนถึงลูกหลาน ที่ติดยา ส่งต่อบำบัดรักษา สร้างโอกาสทางการศึกษา

คำถาม #4 ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ใช้สภาวะสุขภาพนำสู่การแก้ไขปัญหาในชุมชนเป็นไปได้อย่างไรหรือไม่ อย่างไร

ตอบคำถาม เป็นไปได้โดยการพัฒนาที่ระดับอำเภอเพื่อทบทวนกระบวนการทำงานที่ผ่านมา นำข้อมูลมาบูรณาการเป็นฐานข้อมูลเดียวของ รพสต. ชุมชน โรงพยาบาลอำเภอและอำเภอ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกเพื่อวางนโยบายระดับอำเภอ พัฒนาคู่มือครอบครัว พัฒนาเจ้าหน้าที่จากทุกภาคีด้านภูมิคุ้มกันเด็ก สร้างทีมระดับตำบลและพัฒนาชุมชนต้นแบบ หมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียง ต่อยอดเป็นชุมชนต้นแบบบ้านสวยเมืองสุข แก้ไขปัญหายาเสพติด สร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชน เชื่อมโยงปัญหาเสพติดเข้ากับปัญหาสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การศึกษา ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม และการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขอย่างมีส่วนร่วม --- วิจัยอย่างมีส่วนร่วม ต่อยอดการวางแผนเสริมสร้างเด็กทั้ง IQ, EQ, EF ในศูนย์พัฒนาเด็ก 21 แห่ง ขยายไปในอีก 4 ตำบลผ่านเวที ลป.รร. ระดับอำเภอ การสนับสนุนที่ต้องการจากหน่วยงานรัฐและหน่วยงานวิชาการคือ ความรู้และวิทยากรด้านการสร้างภูมิคุ้มกัน สุขภาพจิตของครอบครัว และงบประมาณเพียงนิดหน่อย เพราะมีแหล่งงบประมาณคือ กองทุน สป.สธ. และกองทุนท้องถิ่นอยู่แล้ว

ตำบลป่าซาง-ปากบ่อง อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

พื้นที่นำร่องดำเนินงานคือตำบลป่าซางและตำบลปากบ่อง ซึ่งมีเครือข่ายภาคีในระดับอำเภอ ได้แก่ ฝ่ายปกครองอำเภอ ตำรวจอำเภอ เทศบาลอำเภอ โรงพยาบาลอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ โดยมี ศ.ป.ปส.อ. เป็นหน่วยงานหลักขับเคลื่อนงานด้านยาเสพติดในพื้นที่อยู่แล้ว แกนนำคือ อสค. และ อสม. แต่จุดอ่อนของพื้นที่คือสายสัมพันธ์กับเทศบาลตำบล ยังมีอุปสรรคด้านทัศนคติ พวกพ่อ อธิพิพล ผลประโยชน์ ทำให้งานยาเสพติดในชุมชนอ่อนแอลงจากจุดเริ่มต้นโครงการฯ

คำถาม #1 ทีมพื้นที่จะฟื้นฟูสายสัมพันธ์ในชุมชนเพื่อร่วมแรงร่วมใจแก้ไข/ป้องกันปัญหาเสพติดในชุมชนอย่างไร

ตอบคำถาม ทบทวนทุนเดิมของอำเภอ ต้องลงพื้นที่คุยกับชุมชนก่อน ซึ่งอำเภอมีประสบการณ์ทำงานเชิงบูรณาการอยู่แล้ว เชิญผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมาเป็นเครือข่ายทำงานด้านยาเสพติด มีภาครัฐเป็นแกนนำ มีนายอำเภอ สปสอ. กศน. สสอ. โรงพยาบาลอำเภอ ตำรวจ ร่วมกับผู้นำชุมชน วัด โรงเรียน หน่วยงานพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง ประชาชนที่มีจิตอาสา ร่วมทำงานกับอาสาสมัครของกระทรวงยุติธรรม รวมถึงปรับข้อมูลเข้ามาสู่งานยาเสพติด ก็น่าจะสร้างความตระหนักรู้ต่อสถานการณ์ปัญหาเสพติดในพื้นที่ได้ นำไปสู่ความร่วมมือ โดยมุ่งความร่วมมือที่ “สมัครใจ” เข้าร่วม

คำถาม #2 ทีมพื้นที่จะปลูก/ปลุกความเป็นพลเมืองที่ “Active” ให้เกิดแก่สมาชิกในชุมชนของเราอย่างไร

ตอบคำถาม ด้วยการ Empower ชุมชน เปิดโอกาสและอำนวยความสะดวกให้ชุมชนคิด วิเคราะห์ ค้นหาวิธีจัดการกับปัญหาของตนเองด้วยตนเอง ปลอ่ยให้สมาชิกชุมชนได้ระดมสมองแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง หน่วยงานรัฐส่งเสริมสนับสนุนตามหลัก UCARE ซึ่งคงใช้เวลามากกว่า 1 ปี กว่าที่จะพอมองเห็นความเข้มแข็งของประชาชนในพื้นที่

คำถาม #3 ทีมพื้นที่จะดูแลสมาชิกชุมชนที่ลูกหลานญาติของเขาที่มีปัญหายาเสพติดอย่างไร

ตอบคำถาม ไม่เน้นปัญหาเสพติดแต่เน้นประเด็นครอบครัวอบอุ่น และสิ่งแวดล้อมของชุมชนดีขึ้น ใช้เป้าหมายครอบครัวอบอุ่นเป็นตัวนำไปแก้ไขปัญหาคือครอบครัว ความรุนแรง สุขภาพ อาชญากรรม และยาเสพติดในที่สุด

คำถาม #4 ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ใช้สภาวะสุขภาพนำสู่การแก้ไขปัญหาในชุมชนเป็นไปได้อย่างไรหรือไม่ อย่างไร

ตอบคำถาม ส่วนมาก DHS ของอำเภอป่าซาง ดำเนินงานเรื่องผู้สูงอายุและการจัดการขยะ-สิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความเข้าใจต่อปัญหาเสพติดของ DHS และความเข้าใจของเครือข่ายยาเสพติดต่อระบบสาธารณสุขในกรอบ DHS ยังไม่ชัดเจน ยังเข้าไม่ถึง ยังไม่ตรงกัน แนวทางในการดำเนินโครงการครั้งนี้คือ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบสุขภาพอำเภอสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด นำเสนอปัญหาในพื้นที่ มีกรณีตัวอย่างมาหารือกัน สร้างคณะทำงาน/ทีมงานดำเนินกิจกรรม เริ่มทำจากครอบครัวมาก่อน ยึดแนวทางครอบครัวอบอุ่น โดยมีกรณีตัวอย่างทั้งที่เคยเสพรหรือครอบครัวที่มีสมาชิกมีปัญหาเสพติด เพิ่มกิจกรรมครู DARE และ Mobile Team รวมถึง Lamphun Team ในพื้นที่ นำร่องหมู่บ้านป่าซาง-ปากบ่อง

ตำบลบ้านป้อม อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

แนวทาง “ครอบครัวคีรีมาศกับการแก้ไขปัญหาเสพติด” โดยใช้โครงสร้างระบบสุขภาพอำเภอ นำไปสู่การสร้างชุมชนเครือข่ายภาคที่เข้มแข็ง โดยนำครอบครัวเป็นจุดตั้งต้น ใช้ข้อมูลสุขภาพนำ แฝงด้วยปัญหาเสพติด แกนนำคือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน พื้นที่นำร่องคือ ตำบลบ้านป้อม มีภาคีทั้งระดับชุมชน ตำบลและอำเภอ อาศัยข้อมูลชุมชน ตั้งแต่ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสถานการณ์ยาเสพติด แผนที่ผังหมู่บ้าน โดยมีเครือข่ายอำเภอเป็นพี่เลี้ยง มีลำดับการทำงาน 8 ขั้นตอน คือ เตรียมทีมในพื้นที่ พัฒนาทีม-กระตุ้น-ปรับจูนความคิดของทีมให้ตรงกัน ปูพรมลงพื้นที่ทำแผนที่หมู่บ้าน ค้นหาความต้องการทุกด้านของคนที่มีปัญหาในพื้นที่ เช่น อาชีพ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ให้ความรู้โดยเฉพาะด้านอนามัยส่วนบุคคลแก่คนในหมู่บ้าน ส่งเสริมวัฒนธรรมในพื้นที่เป็นฐานของความเข้มแข็งชุมชน ตระหนักในความดี/ความพยายามทำความดีของคนในชุมชนและส่งเสริมยกย่องประกาศความเป็นคนดีให้เป็นที่ประจักษ์ สุดท้ายจัดทำกิจกรรมส่งเสริมตามบริบทของพื้นที่ กำหนดเป้าหมาย 4 ประการ ได้แก่ ชุมชนเข้มแข็ง ภาคีเครือข่ายเป็นครอบครัวเดียวกัน สร้างครอบครัวอบอุ่น ลดปัญหาเสพติด

ตำบลชัยอุดม อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

แกนนำคือ รพสต. ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำและกรรมการหมู่บ้าน อสม. อปพร. ชรบ. แต่ในระยะที่ 1 ของโครงการฯ ขอเป็นพื้นที่สังเกตการณ์ก่อน

อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

แกนนำคือ สสอ. และโรงพยาบาลลานสัก โดยสาธารณสุขอำเภอมีโครงการ Happy Family ติดตามพ่อแม่ตั้งแต่อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ติดตามไปจนถึงปฐมวัย เพราะเชื่อว่าเด็กมี gene ติดยาอยู่ แต่หากดูแลตั้งแต่เด็ก อยู่ในท้องจนถึงปฐมวัยก็จะสามารถสร้างภูมิคุ้มกันให้เด็กในหลายด้าน รวมถึงด้านยาเสพติดด้วย ช่วยให้เด็กรอดพ้นจากปัญหาเสพติดได้ ... ในโครงการครั้งนี้ กำหนดพื้นที่ดำเนินการ 3 ตำบล ได้แก่ ท่งนางาม ป่าอ้อ ลานสัก ดำเนินการในลักษณะคู่หู ข้อมูลดำเนินการ ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไปในพื้นที่อำเภอลานสัก แหล่งข้อมูลจากฝ่ายปกครอง/สาธารณสุข/ตำรวจชุมชน/ผู้นำชุมชน (2) ข้อมูลสถานะสุขภาพ ปัญหาเสพติด แหล่งข้อมูลจากสาธารณสุข (3) ข้อมูลการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเสพ/กลุ่มติด (3) ข้อมูลปัญหาภาวะสุขภาพในพื้นที่ กลุ่มป่วยแยกรายโรค (4) ข้อมูลการได้รับการบำบัด/เสพซ้ำ แนวคิดความคาดหวัง/เป้าหมาย เพื่อขับเคลื่อนสู่อำเภอสุขภาพเอชเอชดี ดำเนินด้วยการสรรหาแนวร่วม/ภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วน ทำให้ชุมชนเกิดการยอมรับว่ายาเสพติดเป็นปัญหาของชุมชน เร่งเห็นตรงกันว่าเป็นปัญหาต้องรีบแก้ไข สร้างสายสัมพันธ์ครอบครัว/ชุมชน จัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมในครอบครัว/ชุมชน วิเคราะห์ปัญหาเสพติดในพื้นที่ร่วมกัน กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาเสพติดโดยชุมชน

การจัดการปัญหาสุขภาพอำเภอที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบัน ดำเนินงานตามกรอบ UCARE ประกอบด้วย (1) ทีมระดับอำเภอ (Unity district health team) ทีมระดับอำเภอมีความเข้มแข็ง ขับเคลื่อนโดยสาธารณสุขเป็นแกนหลัก (2) ภาคีเครือข่ายในชุมชน (Community participation) ประกอบด้วย รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน ตำรวจชุมชนสัมพันธ์ ปลัดอำเภอ (รับผิดชอบตำบล) พัฒนาการ เกษตรตำบล กศน. ครูในพื้นที่ แกนนำเยาวชน แกนนำผู้สูงอายุ ประชาชนชาวบ้าน กลุ่มจิตอาสา องค์การชุมชน อบต. (3) การชื่นชมและเชิดชู (Appreciation) โดยใช้มาตรการทางสังคม เช่น สามารถกู้เงินกองทุนหมู่บ้านไปประกอบอาชีพ มอบเกียรติบัตรผู้ทำความดี (4) การจัดการทรัพยากร (Resource management and human development) มีการเฝ้าระวังเขตรอยต่อร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล สนับสนุนบุคลากรในการให้ความรู้ สนับสนุนงบประมาณจากการดำเนินการจากทุกภาคส่วน (5) การดูแลที่จำเป็นสำหรับชุมชน (Essential Care) การเยี่ยมบ้านโดยชุมชน สหวิชาชีพในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัด การให้โอกาสทางสังคมของผู้ผ่านการบำบัด สนับสนุนทุน/องค์ความรู้ด้านการประกอบอาชีพ

การวิเคราะห์แนวทางพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อเอาชนะปัญหาเสพติดที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และข้อมูลสภาพปัญหา โดยผู้นำชุมชน/ปกครอง/สาธารณสุข ต้องเป็นแกนนำในเวทีเสวนาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมบทบาทคนดีในชุมชน ค้นหาแกนนำในชุมชนเพื่อมีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายในชุมชน ท้องถิ่นควรต้องงบประมาณสนับสนุนในการแก้ไขปัญหายาเสพติด มีแผนป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ครอบคลุม ชัดเจนในบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ มีการปรับแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดตามความเหมาะสมของพื้นที่เป็นระยะ (ทุกไตรมาส) มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

คำถาม #1 ทีมพื้นที่จะฟื้นฟูสายสัมพันธ์ในชุมชนเพื่อร่วมแรงร่วมใจแก้ไข/ป้องกันปัญหายาเสพติดในชุมชนอย่างไร

ตอบคำถาม สรรหาแนวร่วม (ส่งเสริม เชิดชู คนดี คนเก่ง คนมีความสามารถในชุมชน ให้โอกาสคนทำผิดที่กับใจ คืนคนดีกับสังคม) → ทำให้ชุมชนเกิดการยอมรับว่ายาเสพติดเป็นปัญหาของชุมชน และ

เร่งเห็นตรงกันว่าเป็นปัญหาต้องรีบแก้ไข → วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุในพื้นที่ร่วมกัน กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาสาเหตุโดยชุมชน → ร่วมจัดกิจกรรมชุมชน/ครอบครัวสัมพันธ์ → ส่งเสริม/พัฒนาองค์ความรู้ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาเหตุ

คำถาม #2 ทีมพื้นที่จะปลูก/ปลูกความเป็นพลเมืองที่ “Active” ให้เกิดแก่สมาชิกในชุมชนของเราอย่างไร
ตอบคำถาม จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อคืนข้อมูลสู่ชุมชน → เรียนรู้จากสถานที่ประสบความสำเร็จ (ดูงาน/เล่าสู่การฟัง) → ทดบทเรียนจากการเรียนรู้/การเล่าสู่การฟัง → ส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนกำหนดแนวทางการการเฝ้าระวัง แก้ไขปัญหาสาเหตุในชุมชน

คำถาม #3 ทีมพื้นที่จะดูแลสมาชิกชุมชนที่ลูกหลานญาติของเขาที่มีปัญหาสาเหตุอย่างไร
ตอบคำถาม จัดทีมเฝ้าระวังปัญหาสาเหตุระดับครอบครัว/หมู่บ้าน/ชุมชน/ตำบล โดยการค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยง → ดำเนินการในลักษณะพื้นที่เปรียบเทียบ/พื้นที่คู่หู

คำถาม #4 ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ใช้สภาวะสุขภาพนำสู่การแก้ไขปัญหาในชุมชนเป็นไปได้อย่างไร
ตอบคำถาม เป็นไปได้ ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) มีกลยุทธ์ UCARE ซึ่งเป็นการให้คนในชุมชนพื้นที่มีส่วนร่วม มีการมองปัญหาร่วมกัน กำหนดแนวทางแก้ไขในบริบทที่ชุมชนสามารถทำได้ด้วยชุมชน

อำเภอคง จังหวัดนครราชสีมา

แกนนำคือ งานป้องกันอำเภอคง โรงพยาบาลคง สสอ. และสถานศึกษา อ้างตามข้อมูลปัญหาสาเหตุของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าประชากรที่มีอายุระหว่าง 12-65 ปี มีจำนวนผู้เคยใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งทั้งสิ้นถึง 1,073,307 คน คิดเป็นร้อยละ 6.49 ของประชากรในกลุ่มเดียวกัน เฉพาะจังหวัดนครราชสีมา จำนวนผู้ต้องหาคดียาเสพติดจาก ปี 2553 จำนวน 2,912 คน มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 10,028 คน ในปี 2557 (เฉพาะพื้นที่ อำเภอคง จำนวนผู้ต้องหาคดียาเสพติด 76 ราย) การแก้ไขปัญหาสาเหตุ ประกอบด้วย (1) การเฝ้าระวังในชุมชน การประชาคมลับในหมู่บ้าน การปิดล้อมตรวจค้น พัฒนาเครือข่ายพระสงฆ์จิตอาสา จัดตั้งสถานีวิทยุพระพุทธศาสนา จัดทำรายการนิทานคุณธรรม (2) การเฝ้าระวังในโรงเรียน การตรวจโรงเรียนเพื่อให้ได้ข้อมูล การจัดตั้งสมัชชาแก้ไขปัญหายาวชนแห่งโรงเรียนเมืองคง แก้ไขปัญหา 3 อ. อดอยาก อ่านไม่ออก เอาไม่อยู่ การตรวจคัดกรองในโรงเรียน การเสริมทักษะสร้างภูมิคุ้มกัน การจัดชมรม To Be Number One การพัฒนาความรู้และทักษะชีวิตแก่นักเรียนและเยาวชน (3) การบูรณาการสู่การบำบัดฟื้นฟูโดยบูรณาการภาครัฐ/ผู้นำชุมชน/ชุมชน การจัดตั้งคลินิกสีขาวในโรงพยาบาลคง การตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดและคัดกรองผู้ใช้สารเสพติด การกำหนดมาตรการขับเคลื่อนชุมชนเพื่อสังคมปลอดภัยให้เป็นอำเภอปลอดภัย นวัตกรรมการบำบัดผู้สูบบุหรี่ ชวนเพื่อนรักมาทักหมอ (4) การพัฒนาอาชีพ การฝึกทักษะอาชีพและการบริการสังคม เชิญปราชญ์ชุมชนมาสอนแนะแนวทักษะอาชีพเพื่อคืนคนดีสู่สังคม จัดทำโครงการคนต้นแบบ The Idol นำไปสู่การสร้างจิตอาสาในงานด้านยาเสพติดต่อไป

อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต

แกนนำคือ สสจ. ภูเก็ต และเทศบาลนครภูเก็ต ร่วมกับ ศ.ปปส.อ. ซึ่งเป็นหน่วยงานบูรณาการด้านงานยาเสพติดระดับอำเภอ ดำเนินงานทุกกิจกรรมในงานด้านยาเสพติดครบถ้วนและทำจริงจัง ตลอดจนผลักดันภาพของศูนย์อำเภอไปสู่ศูนย์ตำบลและศูนย์หมู่บ้าน ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากท้องถิ่น/ท้องที่ ด้วยความเป็นพื้นที่เขตเมือง เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่ประชากรไหลเข้าออกเสมอ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเปลี่ยนหน้าไปเรื่อย ปัญหายาเสพติดจึงไม่เคยลดลง อีกทั้งยังซับซ้อนอีกด้วย ศ.ปปส.อ. เป็นหน่วยงานบูรณาการด้านงานยาเสพติดระดับอำเภอ ดำเนินงานทุกกิจกรรมในงานด้านยาเสพติด ครบถ้วน และทำจริงจัง ตลอดจนผลักดันภาพของศูนย์อำเภอไปสู่ศูนย์ตำบลและศูนย์หมู่บ้าน ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากท้องถิ่น/ท้องที่ ได้รับงบประมาณดำเนินงานป้องกัน 200,000 บาทต่อปี แต่ภาพของ ศ.ปปส.อ. ยังไม่ผสมผสานเข้ากับ DHS ซึ่งมีงานโดดเด่นคือ ป้องกันและควบคุมโรค ขณะทำงานด้านยาเสพติดยังไม่ชัดเจน จึงต้องพยายามเชื่อมร้อยสองส่วนเข้าเป็นเนื้อเดียวกัน

คำถาม #1 ทีมพื้นที่จะฟื้นฟูสายสัมพันธ์ในชุมชนเพื่อร่วมแรงร่วมใจแก้ไข/ป้องกันปัญหาเสพติดในชุมชนอย่างไร

ตอบคำถาม พื้นที่นำร่องคือ บ้านนาทก โดยการขับเคลื่อนระบบสุขภาพตำบลสู่ระบบสุขภาพอำเภอ เริ่มต้นด้วยงานเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคทางสุขภาพ ไปสู่งานบำบัดยาเสพติด พยายาม detect ในระดับครอบครัว โรงเรียน ชุมชน ตั้งแต่เด็กปฐมวัยก่อนเข้าสู่วัยเรียน/วัยรุ่นซึ่งเป็นช่วยวัยเสี่ยงต่อปัญหาเสพติด มีการประเมินทุก 6 เดือนอย่างต่อเนื่อง

คำถาม #2 ทีมพื้นที่จะปลูก/ปลุกความเป็นพลเมืองที่ “Active” ให้เกิดแก่สมาชิกในชุมชนของเราอย่างไร

ตอบคำถาม การเฝ้าระวังในครอบครัว = การเฝ้าระวังในชุมชน ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้จะนำเข้าสู่ศูนย์ข้อมูลของ ศ.ปปส.อ. เพื่อขับเคลื่อนในระดับอำเภอ

คำถาม #3 ทีมพื้นที่จะดูแลสมาชิกชุมชนที่ลูกหลานญาติของเขาที่มีปัญหาเสพติดอย่างไร

ตอบคำถาม รวบรวมองค์ประกอบได้แก่ ท้องถิ่น นายกเทศมนตรี อปพร. อสม. ชรบ. สนับสนุนอุปกรณ์การตั้งด่านตรวจ ของงบประมาณจากกองทุนแม่ของแผ่นดิน มีทุกครัวเรือนเป็นสมาชิกร่วมจัดกิจกรรมหารายได้เงินสมทบเข้ากองทุน เช่น แข่งขันฟุตบอล ฯลฯ ร่วมกับงบประมาณจาก ศ.ปปส.อ. (ชุมชนอ่อนใจ) จัดทำเวทีประชาคม และรับข้อมูลผู้มีปัญหาเสพติดผ่านสำนักงานคุมประพฤติก่อนปล่อยตัวจากเรือนจำ

คำถาม #4 ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ใช้สภาวะสุขภาพนำสู่การแก้ไขปัญหาในชุมชนเป็นไปได้หรือไม่ อย่างไร

ตอบคำถาม มีนายอำเภอเป็นกลไกกลาง มี ศ.ปปส.อ. เป็นหน่วยงานขับเคลื่อนหลักด้านยาเสพติดของอำเภอทำหน้าที่เป็นกลไกปฏิบัติการ มี สสอ. เป็นเลขานุการ รวบรวมภาคีเครือข่ายทุกฝ่ายเข้ามาเรียนรู้ปัญหาเสพติดในพื้นที่ร่วมกัน กำหนดพื้นที่ปฏิบัติการระดับชุมชนและตำบลเพื่อค้นหาวิธีรับมือกับปัญหา ทั้งการเฝ้าระวัง ป้องกัน ค้นหา คัดกรอง บำบัด ส่งเคราะห์ดูแลต่อเนื่อง

อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา

เป็นพื้นที่สังเกตการณ์ไม่ใช่พื้นที่ปฏิบัติการในโครงการฯ ระยะที่ 1 แกนนำคือ สมาชิกหัวหน้าส่วนราชการ ตำบลคูหาใต้ จุดอ่อนของพื้นที่คือสายสัมพันธ์กับ นักการเมืองท้องถิ่น มีอุปสรรคด้านทัศนคติ พวกพ้อง อิทธิพลผลประโยชน์ ฐานเสียง/ฐานคะแนน ได้ฝากนิทานเรื่อง “งูบองหลากับหมาฝูง” ไว้เป็นข้อคิดการทำงานโดยอาศัยพลังของหมู่ โดยงูบองหลาหรืองูจงอาง เปรียบเสมือนเป็นตัวปัญหา เมื่อตัวปัญหาเข้ามาในชุมชน ผู้ที่อยู่ในชุมชน หรือเปรียบเป็นฝูงหมาซึ่งอยู่ร่วมกันทั้งหมดวัยรุ่น หมาผู้ใหญ่ หมาแก่ โดยสัญชาตญาณแล้วผู้ที่อยู่ในชุมชนร่วมกันต่างต้องเตือนระวังภัยให้แก่กัน ต่างทำหน้าที่ไปตามที่ทำได้ ที่ถนัด บ้างก็เห่าเสียงดังส่งสัญญาณให้รู้ภัย บ้างก็จู่โจมเข้ากัดปัญหา บ้างก็หอนอยู่เบาๆ ไกลๆ แต่ทุกคนต่างทำหน้าที่ มากน้อยแค่ไหนก็ทำหน้าที่ เป็นหน้าที่ของผู้มีจิตอาสาในการแก้ไขปัญหาส่วนรวมในชุมชนของตนเอง เมื่อร่วมมือกันแก้ไขปัญหา ปัญหาที่น่าจะหายไปจากชุมชนได้ในที่สุด

สรุปเนื้องานมุ่งเน้นของพื้นที่นำร่องดำเนินโครงการฯ ระยะที่ 1

พื้นที่นำร่องดำเนินงานแต่ละแห่งมุ่งเน้นในเนื้องานที่แตกต่างกันตามบริบทและปัญหาด้านยาเสพติดของพื้นที่ สรุปเนื้องานมุ่งเน้นของพื้นที่นำร่องดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1: เปรียบเทียบเนื้องานมุ่งเน้นของพื้นที่นำร่องในโครงการฯ ระยะที่ 1

พื้นที่นำร่อง		งานป้องกัน	งานเฝ้าระวัง	งานบำบัดแก้ไข	งานฟื้นฟูดูแล
1.	อำเภอพร้าว	✓	✓	✓	✓
2.	อำเภอสนท่างาแพง	✓			
3.	อำเภอพญาเม็งราย	✓			
4.	อำเภอป่าซาง	✓	✓		
5.	อำเภอคีรีมาส			✓	✓
6.	อำเภอทุ่งเสลี่ยม	---- พื้นที่สังเกตการณ์ ไม่ใช่พื้นที่ปฏิบัติการ ----			
7.	อำเภอลานสั๊ก	✓			
8.	อำเภอคง	✓	✓		
9.	อำเภอเมืองภูเก็ต	✓	✓		
10.	อำเภอรัตนภูมิ	---- พื้นที่สังเกตการณ์ ไม่ใช่พื้นที่ปฏิบัติการ ----			

ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) กับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดน่าจะไปได้ โดยชุมชนใช้ความเป็นพี่น้องและสายสัมพันธ์เพื่อค้นหาว่าใครเป็นปัญหา ปัญหายอยู่ที่ไหน จะจัดการกับปัญหาอย่างไร ซึ่งชุดความคิดอาจลั่นกันบ้าง หากสามารถหยุดการพึ่งพามาเป็นพึ่งตนเองได้ ทำให้เขาเข้าใจในต้นทุนตนเอง ยอมรับ ปรับตัว และใช้ชีวิตต่อไปได้ การเคลื่อนงานด้านยาเสพติดในกรอบ DHS ต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ จัดการเรียนรู้ให้เป็นระบบ เป็นตัวแบบการพัฒนาของชุมชนตนเอง นำตัวแบบไปจัดการปัญหา ทบทวนผลงาน เกิดการเรียนรู้ใหม่ อาจเกิดตัวแบบใหม่ ปรับกระบวนการเพื่อรับมือกับปัญหาใหม่ที่เป็นผลจากการปฏิบัติก่อนหน้า

DHS ก็ทำงานด้านยาเสพติดที่น่าสนใจและท้าทายมาก ในหลายพื้นที่แยกงานด้านยาเสพติดออกจากงานสุขภาพ และงานสุขภาพตามกรอบ DHS ยังไม่เชื่อมโยงกับยาเสพติด ที่ผ่านมามีงานด้านยาเสพติดบูรณาการกันในหลายระดับตั้งแต่หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด นับว่าเป็นบูรณาการทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ แต่ระยะต่อไปหาก ศ.ป.ส.อ. โดยฝ่ายปกครองกับยุติธรรม กับ DHS โดยสาธารณสุข จะบูรณาการกันก็น่าจะช่วยสนับสนุนงานยาเสพติดในระดับชุมชนได้ดีมาก อีกทั้ง Community Policing ตำรวจมวลชนสัมพันธ์ในระดับตำบลจะช่วยได้มาก ยิ่งหากมีการปรับนโยบายให้ตำรวจมวลชนสัมพันธ์ที่ขับเคลื่อนงานด้านยาเสพติดสามารถนำไปคิดเป็นผลงานความดีความชอบเพื่อการปรับขึ้นก้าวหน้าทางอาชีพของตำรวจด้วยก็จะยิ่งส่งเสริมความร่วมมือระหว่างตำรวจกับชุมชน สรุปว่า ศ.ป.ส.อ. บูรณาการกับ DHS ซึ่งเป็นทั้งกลไก Top-down และ Bottom-up ทำงานร่วมกันในงานยาเสพติดที่แฝงไปกับงานส่งเสริมสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมระดับชุมชน แม้แต่ละชุมชนจะมีสถานะความเข้มแข็งที่อ่อน-กลาง-แข็งแตกต่างกัน แต่ก็น่าจะเป็นแนวทางใหม่ที่มีความหวัง

บทที่ 3

ข้อมูลวิชาการและการศึกษาดูงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการฯ ระยะที่ 1

ตลอดการดำเนินโครงการฯ ในระยะที่ 1 ศูนย์วิชาการสารสนเทศติดภาคเหนือ ในฐานะหน่วยงานบริหารโครงการฯ และพี่เลี้ยงด้านวิชาการ มุ่งถ่ายทอดข้อมูลและองค์ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อยาเสพติด เพื่อเคลื่อนงานยาเสพติดในพื้นที่ทั้งด้านป้องกัน เฝ้าระวัง บำบัดดูแล และฟื้นฟูสงเคราะห์ต่อเนื่อง รวมถึงเพื่อพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของคณาจารย์และสร้างเครือข่ายพันธมิตรชุมชนป้องกัน/แก้ไขปัญหายาเสพติด โดย Input ที่คณะทำงานส่งมอบให้แก่ 10 ทีมพื้นที่นำร่อง มุ่งสาระสำคัญในประเด็นต่อไปนี้

- การปรับทัศนคติต่อผู้เสพและอาการเสพติดส่งผลต่อประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหายา ระหว่าง
ผู้เสพ = ผู้กระทำผิด (มุมมองฝ่ายกฎหมาย) ☹️ เกิดปัญหาคนล้นคุกและผลึกเข้าสู่วงจรซ้ำ
ผู้เสพ = ผู้มีปัญหา (ครอบครัว/ชุมชนดีตรา) ☹️ ผลักปัญหาออกไป กลับยิ่งสร้างปัญหา
ผู้เสพ = ลูกหลานที่ก้าวพลาด (ครอบครัว/ชุมชนให้โอกาส) 😊 ช่วยกันปรับระดับประคองแก้ไข
ผู้เสพ = ผู้ป่วย (มุมมองการแพทย์) 😊 อาการเสพติดเป็นโรคทางสมอง = รักษาหายได้
- ปัญหายาเสพติด = ปัญหาสุขภาพ = ปัญหาสาธารณสุข
- ผู้เสพจำนวนมากไม่ได้เป็นผู้ที่พึ่งพิงยาเสพติด = การสร้างโอกาสและทางเลือกในชีวิตช่วยได้
- ชุมชนสามารถป้องกัน/แก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่โดยอาศัยปัญหาสุขภาพเป็นตัวนำ
- การบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหายาเสพติดในชุมชนทำได้และให้ผลคุ้มค่าที่สุด
- ชุมชนแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ได้ด้วยการทำงานร่วมกับระบบสุขภาพในพื้นที่
- ภูมิคุ้มกันยาเสพติดสร้างได้ตั้งแต่ปฐมวัยด้วยการพัฒนาสมองส่วน Executive Function
- การปลุก/ปลุกภาวะ Active Citizen ประชาชนที่มีจิตอาสาและลุกขึ้นมามีส่วนร่วมในชุมชน
- การปลุก/ปลุกสายสัมพันธ์ในชุมชน เพราะการแก้ไขปัญหายาที่ดีที่สุดตั้งอยู่บนความสัมพันธ์ที่ดีในทางตรงกันข้าม หากไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีก็ไม่นำไปสู่การแก้ไขปัญหายาใดๆ ได้ การฟื้นฟูความสัมพันธ์กันในชุมชนจึงเป็นสิ่งแรกที่ต้องทำก่อนการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดหรือปัญหาใดๆ ในชุมชน



ภาพที่ 4: กิจกรรมระดมสมอง-แลกเปลี่ยนเรียนรู้-ศึกษาดูงานในช่วงเริ่มต้นและระหว่างโครงการฯ ระยะที่ 1

การถ่ายทอดข้อมูลและองค์ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อยาเสพติดและการป้องกัน-แก้ไข รวมถึงเพื่อพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของคณาจารย์ใน 10 พื้นที่นำร่อง ดำเนินการทั้งในรูปแบบการอบรม สัมมนา การประชุมระดับสมอง การศึกษาดูงาน และการถอดบทเรียนจากแนวปฏิบัติที่ดี/ที่เป็นเลิศ ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 5: กิจกรรมระดมสมอง-แลกเปลี่ยนเรียนรู้-ศึกษาดูงานในช่วงสุดท้ายของโครงการฯ ระยะที่ 1

3.1 การสนับสนุนระยะ “เริ่มต้น” การดำเนินโครงการฯ

จัดเวทีสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ จังหวัดใหม่ ระหว่างวันที่ 10-11 กันยายน 2558

1) สถานการณ์และยุทธศาสตร์ป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด

นำเสนอโดย ชลัยสิน โปธิเจริญ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 6

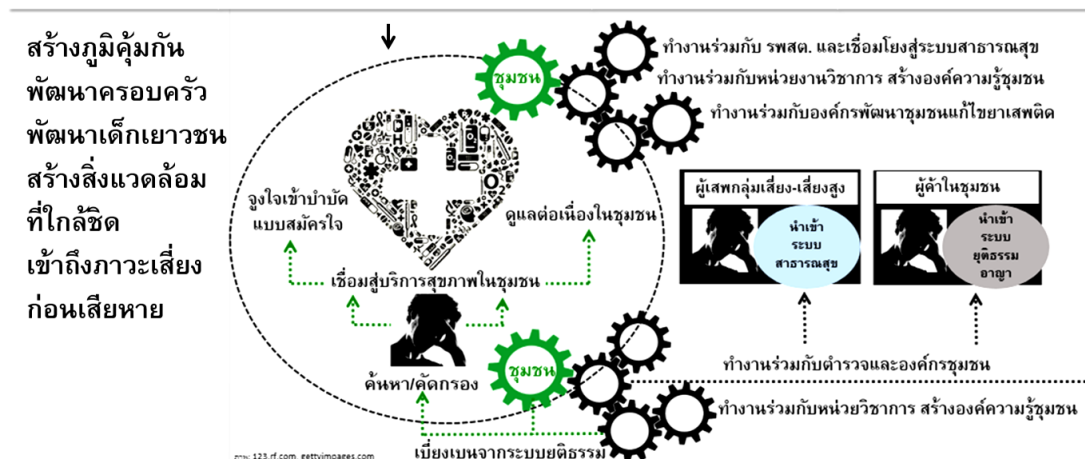
โครงสร้างปัญหายาเสพติดที่ยังดำรงอยู่และแนวโน้มสถานการณ์ในปี 2559

ตัวคน	ตัวยา	สิ่งแวดล้อม
<ul style="list-style-type: none"> องค์กรอาชญากรรมข้ามชาติ เครือข่ายการค้ารายสำคัญ นักค้ารายใหม่ นักค้าในเรือนจำ เจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้เสพผู้ติด กลุ่มเสี่ยง 	<ul style="list-style-type: none"> แหล่งผลิตนอกประเทศ แหล่งผลิตในประเทศ สารเคมีและสารตั้งต้น ยาเสพติดชนิดใหม่ 	<ul style="list-style-type: none"> หมู่บ้านชุมชน พื้นที่เสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม

2) ระบบสุขภาพอำเภอ: ทิศทาง เป้าหมาย เจ้าภาพ กลไกการขับเคลื่อนงานยาเสพติด

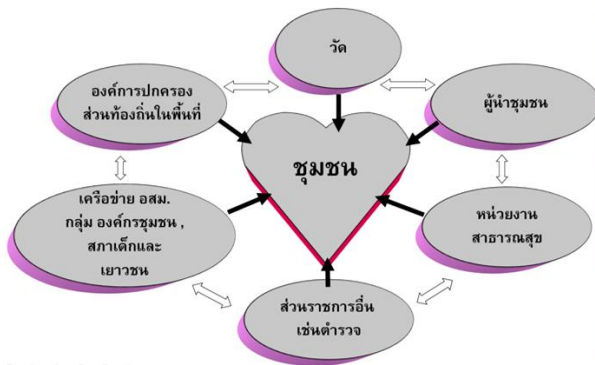
นำเสนอโดย ผศ.ดร.นพ.อภิรักษ์ อร่ามรัตน์ ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ

งานป้องกัน งานเฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรอง งานบำบัดแก้ไข งานดูแลต่อเนื่อง



3) การป้องกันปัญหาเสพติดในระดับอำเภอ

นำเสนอโดย พญ.อัมพวัน ศรีครุฑรานันท์ โรงพยาบาลเม็กราย อำเภอพญาเม็กราย จังหวัดเชียงรย



4) การป้องปรามและการค้นหาผู้มีปัญหาเสพติดในระดับชุมชนโดยตำรวจ

นำเสนอโดย พ.ต.ท.ดร.กฤษณพงศ์ พุตระกูล โรงเรียนนายร้อยตำรวจสามพราน



5) ศักยภาพของ รพ.สต. และ รพช. ในการดูแลผู้มีปัญหาเสพติด/ครอบครัวของผู้มีปัญหา

นำเสนอโดย ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดอุดรธานี

การอยู่ร่วมกับผู้ติดสารเสพติดมีปัญหามากมาย แต่การดูแลช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวของผู้ติดสารเสพติดมีค่อนข้างน้อย การศึกษาพบว่า การบำบัดครอบครัวผู้ติดสารเสพติดมีเพียง 3 กลุ่มการบำบัด ได้แก่ (1) โปรแกรมบำบัดที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเห็นเฉพาะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ติดสารเสพติดเท่านั้น (2) การบำบัดที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ติดสารเสพติด และ (3) การทำงานร่วมกับครอบครัวเพื่อเห็นให้ผู้ติดสารเสพติดเข้ารับการบำบัด ข้อค้นพบคือ ครอบครัวผู้ติดสารเสพติดเลือกใช่วิธีบำบัดผู้ติดสารทั้งการรักษาแผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก ความทุกข์ใจของครอบครัวผู้ติดสารเสพติดมีความเกี่ยวข้องกับความคิดด้านจิตวิญญาณ กระบวนการบำบัดครอบครัวผู้ติดสารเสพติดมีน้อยแต่เป็นที่ต้องการมาก



6) ชวนคิดชวนคุย: ระบบสุขภาพอำเภอเป็นของใคร

นำเสนอโดย นายนเรศ สงเคราะห์สุข นักวิชาการอิสระ



DHS ต้องการและต้องสร้างภาวะ active citizen ให้เกิดกับคนในอำเภอ ทำได้โดยการฟังกันมากขึ้น คิดด้วยกันมากขึ้น ความสัมพันธ์ต่อกันดีขึ้น จาก formal relationship จะกลายเป็น friendship ปัญหาจะถูกแก้ไขอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับระดับความสัมพันธ์ของคนในชุมชน รวมถึง inclusive approach คนในชุมชนช่วยกันดึงคนในชุมชนเข้ามาร่วมคิดร่วมแก้ไขปัญหา ดึงคนที่มีปัญหาเข้ามาร่วมทำงาน แม้ว่าการดึงคนเข้ามาอาจทำให้มีปัญหามากขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังดีกว่ากำหนดบทบาทโทษและผลักคนที่ปัญหาออกจากชุมชน

7) การวิเคราะห์สถานการณ์ยาเสพติดในพื้นที่: แหล่งข้อมูลและแนวทางการวิเคราะห์

นำเสนอโดย รศ.ดร.มานพ คณะโต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การวิเคราะห์สถานการณ์ยาเสพติดในพื้นที่ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูล 5 กลุ่มคือ ข้อมูลผู้เสพ/ผู้ใช้ยาเสพติดในปัจจุบัน ข้อมูลผู้ค้า/ผู้เกี่ยวข้องกับผู้ค้ายาในปัจจุบัน ข้อมูลผู้เคยมีประวัติ ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง และข้อมูลสถานที่/พื้นที่เสี่ยง (2) นำข้อมูลเข้าสู่การวิเคราะห์ (3) ได้เป็นข้อเสนอเทศสถานการณ์ หมายถึง เหตุการณ์และเรื่องราวที่กำลังเป็นอยู่และการแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่ (หมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ) โดยแหล่งข้อมูลได้มาจากทั้งข้อมูลจากราชการ ทั้งข้อมูลที่เผยแพร่ได้และข้อมูลปกปิดเป็นความลับของทางราชการ และข้อมูลจากผู้นำชุมชน/ประชาชนซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญ ที่อยู่ในตัวคนติดพื้นที่ย่อมมีข้อมูลเชิงลึกที่เป็นข้อเท็จจริงของพื้นที่ตามความสะดวกหรือปลอดภัยที่จะแจ้งบอก



3.2 การสนับสนุนระยะ “ระหว่าง” การดำเนินโครงการฯ

จัดเวทีสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทัศนศึกษาดูงาน ณ จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 10-11-12 กุมภาพันธ์ 2559 และจังหวัดสุโขทัย ระหว่างวันที่ 7-8-9 กันยายน 2559

1) ทิศทางงานด้านการป้องกันของสำนักงาน ป.ป.ส. มุ่งสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดในเด็กปฐมวัย

นำเสนอโดย นางสาวอรอนงค์ ลาภภูวนารถ กองป้องกันยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.



สำนักงาน ป.ป.ส. ได้ริเริ่มปฏิบัติการเชิงรุกมิติใหม่คือ การสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดในเด็กปฐมวัย ด้วยการนำองค์ความรู้เรื่องการพัฒนา EFs มาประยุกต์ใช้ในสื่อนิทานสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดชุด “อ่านอุ่นรัก” จำนวน 150,000 ชุด เพื่อเป็นเครื่องมือให้ครูปฐมวัย 50,000 คน ได้ใช้เป็นสื่อการเรียนการสอน แจกจ่ายให้โรงเรียนอนุบาลทั่วประเทศ และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกสังกัด หลังผลวิจัยยืนยันว่าคนที่มียาเสพติดมักมีความบกพร่องของ EFs

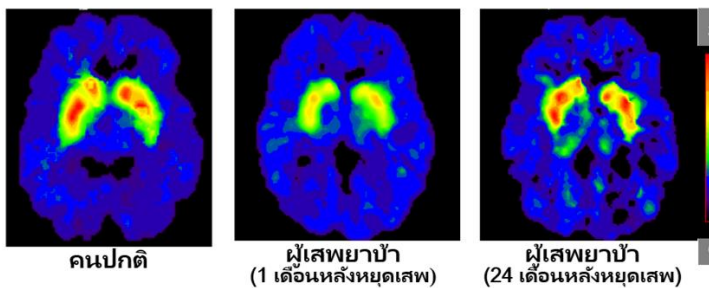
2) อาการสมองติดยาและการดูแลรักษาการเสพติดในระดับชุมชน

นำเสนอโดย ผศ.ดร.นพ.อภิรักษ์ อร่ามรัตน์ ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ

อาการเสพติดยาเสพติดเป็นอาการทางสมอง เป็นโรคสมองติดยา (Brain Addiction) ซึ่งสามารถรักษาได้แต่ต้องใช้เวลา ภาพต่อไปนี้แสดงการฟื้นตัวของสมองในกลุ่มผู้เสพติดบ้าหลังหยุดเสพ โดยระบบการบำบัดสารเสพติดของสาธารณสุขไทยให้บริการได้ตามระดับความเสี่ยงของการใช้สารเสพติดคือ เสี่ยงต่ำ รักษาด้วย BA ดูแลโดยครอบครัว ชุมชน อสม. รพสต. เสี่ยงปานกลาง รักษาด้วย BI+MI ดูแลโดยรพสต. และ รพช. เสี่ยงสูง รักษาด้วย BI+MI และส่งต่อให้ดูแลโดยโรงพยาบาลสุขภาพจิต และหรือศูนย์บำบัดยาเสพติด



การติดยาเสพติด รักษาได้ แต่ใช้เวลา! การฟื้นตัวของสมองในกลุ่มผู้เสพติดบ้าหลังหยุดเสพ



Source: Volkow, ND et al., Journal of Neuroscience 21, 9414-9418, 2001.



ระบบการบำบัดสารเสพติดของสาธารณสุขไทย



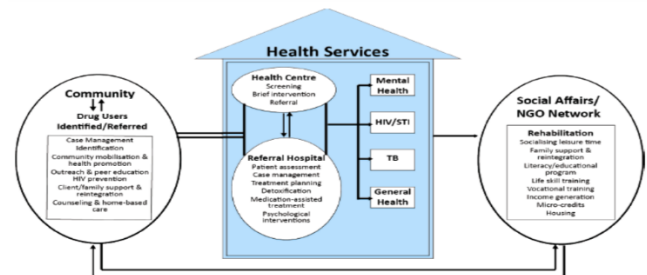
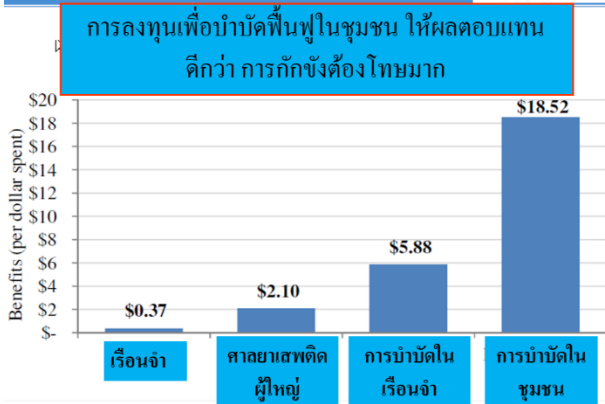
การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาภายในชุมชน ต.เขื่อนผาก อ.พร้าว เชียงใหม่

- ร่วมกันค้นหา/ดูแล 3 ชั้น: ครอบครัว หมู่บ้าน ตำบล
- ให้การดูแลเชิงรุก 1 เดือน เยี่ยมบ้านต่อเนื่อง
- ให้โอกาสการทำงาน ทำประโยชน์ต่อชุมชน

Year	จำนวนที่ค้นพบ/ดูแล	ไม่กลับไม่พบอีกเลย	มีผลกระทบร้ายแรงในครอบครัว
2010	47	44	3
2011	30	24	6
2012	18	16	2
2013	7	2	5
Total	102	86	16

รวมดูแล - ผู้พื้นไทย ผู้ถูกคุมประพฤติ

อนึ่ง อาการติดยารักษาได้ และแนวทางการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสารเสพติดที่มีประสิทธิภาพและได้ผลคุ้มค่าที่สุดคือการดูแลโดยชุมชน UNODC (2008) ให้แนวทางการบำบัดผู้มีปัญหาสารเสพติด ดังนี้

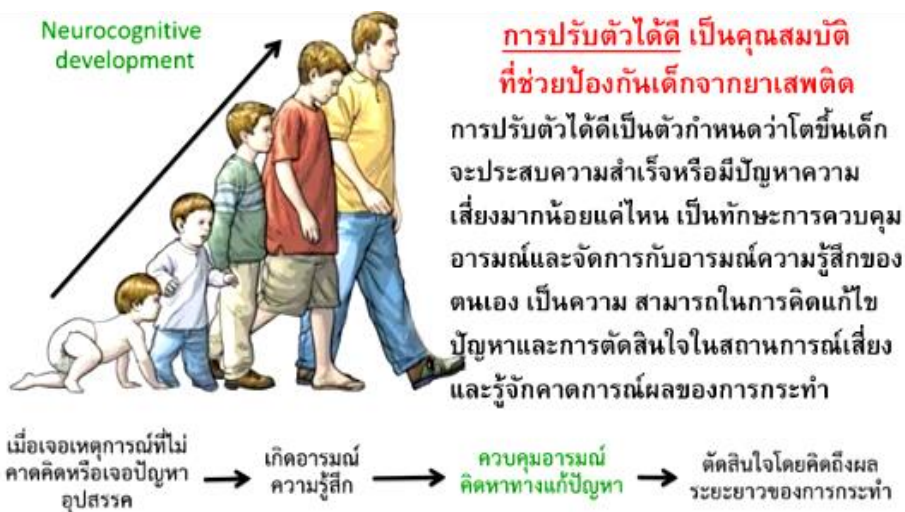


รูปแบบการบำบัดผู้มีปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน (UNODC, 2014)

แนวทางการบำบัดรักษาที่ได้ผล WHO และ UNODC ได้ทบทวนรายงานการวิจัยทางการแพทย์และ
เสนอแนวทางการดูแลและบำบัด รักษาที่มีรายงานว่าได้ผลดีและได้เสนอหลักเกณฑ์การบำบัดรักษาภาวะพึ่งพิง
ยาเสพติดไว้ ได้แก่ (1) **ควรจัดบริการบำบัดรักษาให้กว้างขวาง เข้าถึงได้สะดวก** บริการบำบัดรักษายาเสพติด
ควรจัดให้มีการกระจาย เข้าถึงสะดวก จ่ายได้และมีหลักฐานว่าได้ผล มีคุณภาพ ประเทศไทยได้จัดให้มี
บริการบำบัดรักษายาเสพติดได้ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยให้สามารถส่งต่อไป
รับการรักษาที่ซับซ้อนต่อที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ทั่วไปยังไม่มีความพร้อมและผู้มีปัญหาสารเสพติดส่วนใหญ่ยังไม่สมัครใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล (2) **ควรมีการคัดกรอง ประเมินสภาพปัญหา การวินิจฉัยและวางแผนการรักษา** ควรมีการ
คัดกรอง/ประเมินระดับความรุนแรง/วินิจฉัยและวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อปัญหาของผู้เข้ารับการรักษา
แต่ละคน เครื่องมือคัดกรองมาตรฐานสากลที่เริ่มใช้กันอย่างแพร่หลายในระดับปฐมภูมิของไทยคือแบบสอบถาม
ASSIST (Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test) ขององค์การอนามัยโลกที่มี 8 ข้อ
คำถาม เพื่อประเมินระดับความเสี่ยงของการใช้สารเสพติดเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และรุนแรง ในกลุ่มผู้
มีความเสี่ยงในระดับต่ำนั้นสามารถดูแลแก้ไขได้ด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำด้านสุขภาพ ร่วมกับการดูแลของ
ครอบครัวและชุมชน ในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงในระดับปานกลางจำเป็นต้องให้การบำบัดแบบย่อไปควบคู่กับการให้
ความรู้คำแนะนำด้านสุขภาพและการดูแลของครอบครัวและชุมชน ส่วนกลุ่มผู้มีความเสี่ยงในระดับสูง อาจมี
อาการทางจิตร่วมด้วยอาจก่อให้เกิดความรุนแรงและความเสียหายได้ จึงควรให้ความรู้และคำแนะนำเบื้องต้น
ก่อนส่งต่อไปรับการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ด้านการบำบัดแก้ไขสภาวะที่รุนแรงต่างๆ ที่พบ หนึ่งใน
ในการวินิจฉัยภาวะพึ่งพิงสารเสพติดตามมาตรฐานสากลทางการแพทย์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันที่ประกาศ
ใช้ในปีค.ศ. 2013 นั้น มีเกณฑ์การวินิจฉัย 11 ข้อ ดังนี้ มีการใช้สารเสพติดในปริมาณที่มากหรือในเวลาที่นาน
กว่าที่คิดจะใช้ อยากจะลดหรือเลิกแต่ไม่สามารถจัดการได้ ใช้เวลามากในการแสวงหา ใช้ หรือฟื้นตัวจากสาร
เสพติด มีความรู้สึกเสียนหรืออยากใช้สารเสพติดรุนแรง ไม่สามารถจัดการงานในหน้าที่ควรทำทั้งที่ทำงาน ที่
บ้านหรือโรงเรียนเพราะการใช้สารเสพติด ยังคงมีการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะสร้างปัญหาด้าน
สัมพันธภาพ ยกเลิกกิจกรรมที่สำคัญด้านสังคม การงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจเพราะการใช้สารเสพติด ใช้
สารเสพติดซ้ำแล้วซ้ำอีกแม้ว่าการใช้นั้นจะก่ออันตรายต่อตนเอง ใช้สารเสพติดอยู่ประจำแม้ว่าจะทราบว่าเป็น
เหตุให้ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายหรือจิตใจเกิดขึ้นหรือเลวร้ายลงไปกว่าเดิม จำเป็นต้องใช้สารเสพติดปริมาณ
มากขึ้นเพื่อให้ได้รับผลเท่าเดิม หรืออาการดีด้า และมีอาการถอนพิษยาซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการใช้สารเสพ
ติดมากขึ้น โดยหากมีอาการข้างต้น 2-3 ข้อ จัดเป็นโรคพึ่งพิงสารเสพติดในระดับอ่อน หากมีอาการข้างต้น 4-5
ข้อ จัดเป็นโรคพึ่งพิงสารเสพติดในระดับปานกลาง หากมีอาการข้างต้น 6 ข้อขึ้นไป จัดเป็นโรคพึ่งพิงสารเสพติด
ในระดับรุนแรง นอกจากนั้น ควรประเมินปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการใช้สารเสพติดและให้การดูแลรักษาไป
พร้อมกันด้วย เช่น การติดเชื้อโรคจากการฉีดยาหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงในระหว่างการใช้ยา รวมทั้งโรคร่วมทาง
กาย เช่น วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเกิดภาวะทางจิตหรือเป็นโรคจิต หรือภาวะซึมเศร้าที่อาจจะ
นำไปสู่การฆ่าตัวตาย (3) **เลือกใช้รูปแบบการบำบัดรักษาที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าได้ผล** ควรวางแผน
ทางการแก้ไขปัญหายาโดยคำนึงถึงองค์ความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับภาวะการติดสารเสพติดและใช้วิธีการที่มี
หลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุน (4) **คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้ารับการรักษา** บริการ
บำบัดยาเสพติดควรคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิมนุษยชน ควรใช้ความสมัครใจและให้บริการ
มาตรฐานที่นำไปสู่การฟื้นฟูสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้เข้ารับการรักษา (5) **เน้นกลุ่มเป้าหมายพิเศษบาง**

กลุ่ม เช่น เด็ก เยาวชน สตรี หญิงตั้งครรภ์ ผู้ที่มีอาการทางจิต หญิง/ชายขายบริการ ชนกลุ่มน้อยและร่อนเร่ ควรได้รับการดูแลให้สอดคล้องกับความจำเป็นเฉพาะกลุ่มด้วย (6) การบำบัดรักษาในระบบยุติธรรม ภาวะพึ่งพิงสารเสพติดเป็นโรคที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์ที่ถูกต้อง ผู้ป่วยที่โดนจับกุมคุมขังและต้องโทษในระบบยุติธรรมควรจัดให้ได้รับการบำบัดที่ถูกต้องทางการแพทย์ โดยการบำบัดในชุมชน ควรเป็นทางเลือกแทนการกักกัน (7) การมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการรักษาและชุมชน การจัดบริการบำบัดรักษาในระดับชุมชนสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี เอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับชุมชนในการบำบัดฟื้นฟูและการสนับสนุนทรัพยากร/งบประมาณของพื้นที่/ชุมชน (8) ธรรมนูญในบำบัดรักษาเสพติด การบำบัดรักษาเสพติด ควรใช้หลักธรรมนูญในการจัดบริการ ตั้งแต่การประกาศนโยบายที่ชัดเจน การจัดรูปแบบกระบวนการบำบัดที่ชัดเจนโปร่งใสตรวจสอบได้ การจัดสรรบุคลากร ความรับผิดชอบ ระบบนิเทศงานและทรัพยากร/งบประมาณที่เหมาะสมในการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ (9) การจัดระบบบำบัดรักษาเสพติด นโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานประสานขับเคลื่อนชุดบริการบำบัดรักษา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาระบบนโยบาย ยุทธศาสตร์และการประสานงานการบำบัด เพื่อตอบสนองให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาเสพติดที่ซับซ้อนและเกิดประโยชน์สูงสุด จึงเห็นได้ว่าแม้จะใช้สารเสพติดจนมีภาวะพึ่งพิงแล้ว การบำบัดรักษาที่ได้ผลดียังคงต้องการการมีส่วนร่วมจากชุมชน การบำบัดรักษาไม่อาจจะส่งผลดีได้อย่างยั่งยืนหากขาดการทำงานร่วมกับครอบครัวและชุมชนที่ผู้ติดยาเสพติดอาศัยอยู่ ตามแนวทางการบำบัดรักษาในระดับชุมชนโดย WHO และ UNDOC มีหลักการที่เน้นให้เกิดการบำบัดในพื้นที่ มีการสนับสนุนให้ดำเนินงานร่วมกับชุมชนเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชนเพื่อการดูแลที่ครอบคลุมทั้งปัญหาทางกาย-จิตใจ-สังคม โดยดูแลแบบผู้ป่วยนอกในสถานที่เข้าถึงได้อย่างอิสระ สะดวกและไม่ติดขัดเรื่องค่าใช้จ่าย ดูแลอย่างต่อเนื่องและบูรณาการการดูแลไปพร้อมกับการให้บริการด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมอื่นๆ

3) การคิดเชิงบริหาร Executive Functions (EFs) กับการสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดในเด็กปฐมวัย
 นำเสนอโดย รศ.ดร.นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล
 และนางสุภาวดี หาญเมธี ประธานกรรมการบริหาร สถาบัน RLG (รักลูก Learning Group Institute)



การคิดเชิงบริหาร หรือ Executive Functions (EFs) เป็นการทำหน้าที่ของสมองที่ช่วยให้บุคคลบริหารจัดการงานจนสำเร็จตามเป้าหมาย แบ่งเป็นสองส่วนคือ (1) ด้านการรู้จักซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลที่มีต่อกระบวนการคิดของตนเอง เช่น การตั้งเป้าหมาย วางแผน จัดลำดับความสำคัญของงาน เริ่มต้นลงมือทำ คิดแก้ไขปัญหา ประเมินและปรับปรุงการทำงาน ความจำขณะทำงาน (2) ด้านการควบคุมพฤติกรรม เช่น การยับยั้งควบคุมอารมณ์ ความคิดและการกระทำให้มุ่งมั่นจดจ่อกับงานจนเสร็จ ไม่วอกแวกไปตามสิ่งล่อใจจนทำงานไม่เสร็จ คิดไตร่ตรองก่อนทำ ไม่หุนหันพลันแล่น โดย EFs ถูกใช้เมื่อบุคคลตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย เช่น เมื่อเปลี่ยนโรงเรียน เปลี่ยนที่ทำงาน พบเพื่อนใหม่ เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เมื่อบุคคลต้องทำในสิ่งที่ไม่เคยทำมาก่อน เมื่อเจอเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด เมื่อสิ่งที่ทำไม่เป็นไปตามที่คาดหมาย เมื่อต้องอดทนต่อสิ่งยั่วยู่เพื่อเลือกทำสิ่งที่สำคัญกว่า หรือสิ่งที่สังคมยอมรับ ในบริบทเหล่านี้ EFs ช่วยให้บุคคลบริหารจัดการงานจนสำเร็จได้อย่างถูกต้องเหมาะสม หรืออาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมที่ทำซ้ำเป็นประจำเกิดเป็นความเคยชินไม่ต้องการ EFs แต่ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปที่ต้องการพฤติกรรมใหม่ที่ไม่เหมือนที่เคยปฏิบัติมาต้องการ EFs

สมองส่วนหน้าสุดมีบทบาทต่อการพัฒนาด้านการรู้จัก การชะลอความอยาก/ความต้องการ (Delay Gratification) และการคิดเชิงบริหาร (Executive Functions) เพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดตั้งแต่ในเด็กปฐมวัย เนื่องด้วยปัญหาเด็กติดยาเสพติดเกิดจากปัญหาหลายระดับตั้งแต่ในครอบครัว ในโรงเรียน ในสังคม หลายช่วงวัยตั้งแต่วัยปฐมวัย วัยมัธยม วัยรุ่นตอนปลายซึ่งมีระดับของการพัฒนาการทางสมองที่แตกต่างกัน คำถามสำคัญคือการป้องกันควรอยู่ในระดับไหน วัยไหน ผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร โดยผลลัพธ์จะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยป้องกัน (Protective Factors) ได้แก่ การสนับสนุนจากพ่อแม่ผู้ปกครอง ทักษะการคิด/ทักษะทางปัญญา ทักษะการกำกับอารมณ์ ทักษะการแก้ไขปัญหา สะสมบ่มเพาะการควบคุมอารมณ์เมื่อเผชิญกับความผิดหวัง ความเครียด และหรือความยากลำบากด้วยความรู้ความเข้าใจ เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจจนสามารถปรับตัวทนทานต่อความไม่ได้ตั้งใจกลายเป็นภูมิคุ้มกันทางใจ (Resilience) ที่จะรับมือกับ Adversity หรืออุปสรรคที่นำมาซึ่งปัญหาทางจิตและการใช้ยาเสพติด เช่น พัฒนาการที่ผิดปกติไม่สมวัย ถูกกระทำด้วยความรุนแรง ถูกทอดทิ้ง ภาวะเครียด ภาวะบอบช้ำทางจิตใจ ความบกพร่องทางพันธุกรรม เป็นต้น

EFs เกี่ยวข้องกับยาเสพติดอย่างไร จากการรวบรวมผลวิจัยจากต่างประเทศของ รศ.ดร.นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล ผู้เชี่ยวชาญด้าน Executive Functions จากศูนย์วิจัยประสาทวิทยาศาสตร์ สถาบันชีววิทยาศาสตร์ โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ความบกพร่องของ EFs เป็นสาเหตุของการติดยาเสพติด การศึกษาจากภาพถ่ายสมองและอาการทางคลินิก แสดงให้เห็นว่ามีความบกพร่องในการทำงานของสมองส่วนหน้าในผู้ที่ติดยาเสพติด ความบกพร่องในการทำงานของสมองส่วนหน้าทำให้ไม่สามารถยับยั้งความคิดและการกระทำ (Inhibition) ซึ่งเกี่ยวข้องกับทุกขั้นตอนของการติดยาเสพติดตั้งแต่ทำให้เข้าไปอยู่ในสถานการณ์เสี่ยง ทดลองใช้ยา ใช้ซ้ำจนติด รวมทั้งการกลับไปใช้ใหม่ รศ.ดร.นวลจันทร์ ชี้ว่า สมองส่วนหน้าทำหน้าที่ยับยั้งการเข้าหายาเสพติดโดยควบคุมความคิดและการกระทำ (Cognitive Control) ยับยั้งไม่ให้อบสนองออกไปตามความต้องการ รู้จักคิดว่าสิ่งไหนไม่ดี ยับยั้งไม่ทำในสิ่งที่ไม่ได้ การส่งเสริมให้เด็กมีทักษะ EFs ที่ดีตามวัยจึงช่วยลดปัญหาพฤติกรรม ลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาการเรียน ปัญหาสังคม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ติดการพนัน ติดยาเสพติด ช่วยพัฒนาประเทศของเราอย่างยั่งยืน

4) การเรียนรู้ “ระบบสุขภาพอำเภอ” นวัตกรรมจากการบูรณาการ

นำเสนอโดย นางสาวรุ่งนภา มลารัตน์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย



ระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ต้องการแกนนำอยู่ในทุกระดับ ตั้งแต่ส่วนกลาง-เขต-จังหวัด-อำเภอ โดย “ทีมนำ” (core team) ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน โดยทุกฝ่ายต้องทำความเข้าใจแนวคิดและหลักการที่จะนำไปสู่กระบวนการที่ใหม่ และนำไปสู่การกระทำ/ปฏิบัติใหม่ในลักษณะ bottom up ไม่ใช่ top-down ตลอดจนเรียนรู้ควบคู่กันไปเพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการจัดการโดยไม่ใช้สูตรสำเร็จตามงบประมาณที่เมื่อหมดงบก็ว่ากันใหม่ซึ่งเป็นการทำงานซ้ำซากปีแล้วปีเล่า แต่ชาวบ้านพูดคุยผ่านความคิดไปสู่การปฏิบัติใหม่ในพื้นที่ โดยค่อยเป็นค่อยไป ใจเย็น ใช้เวลา กว่าจะได้ไฉย

ปัญหาชุมชนในพื้นที่ = ปัญหาร่วมของชุมชนพื้นที่ = ปัญหาหน้าหมู่บ้านของทุกหน่วยงานในพื้นที่ที่ต้องมากำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาชุมชน

5) ระบบสุขภาพอำเภอกับการแก้ปัญหาสุขภาพจิต

นำเสนอโดย นางสุดา วงศ์สวัสดิ์ ผู้ช่วยอธิบดีกรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต ดำเนินงานด้านสุขภาพจิตภายใต้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ตั้งแต่ปี 2557 ยึดประเด็นสุขภาพที่มาจากความต้องการ และสภาพบริบทของพื้นที่เป็นสำคัญ ด้วยการวิเคราะห์เชื่อมโยงถึงประเด็นสุขภาพจิตที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาพสำคัญนั้น ๆ แล้วดำเนินงานควบคู่กันไป เพื่อยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขที่มุ่งให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีให้กับประชาชน ลดความเหลื่อมล้ำและสร้างการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เน้นการดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ยึดความต้องการและความจำเป็นของประชาชนในพื้นที่เป็นหลัก โดยมีระบบสุขภาพระดับอำเภอ เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานร่วมกับภาคีทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างครบวงจร ทั้งกาย จิต และสังคม ครอบคลุมทุกมิติในทุกกลุ่มวัย



6) การศึกษาเรียนรู้ “การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนตำบลแม่เปา”

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านขุนห้วยแม่เปา และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกระแล (ชาติพันธุ์ม้ง) ตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

การศึกษาเรียนรู้ “การให้บริการเมทาโดนระยะยาวในชุมชน”

หมู่บ้านสินติคีรี เป็นหมู่บ้านหนึ่งในตำบลแม่สลองนอก อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย



7) การศึกษาเรียนรู้ “การสร้างภูมิคุ้มกันในเด็กและเยาวชนอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน”

ตำบลชัยอุดม อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

การศึกษาเรียนรู้ “การดูแลสงเคราะห์ต่อเนื่อง” ตำบลบ้านป้อม อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

การศึกษาเรียนรู้ “ป้องกัน ค้นหา คัดกรอง จูงใจบำบัด ดูแลต่อเนื่องโดย รพสต.+อสม.”

ตำบลท่าฉนวน อำเภอกงไกรลาส จังหวัดสุโขทัย



การสร้างภูมิคุ้มกัน
ในเด็กและเยาวชน
อย่างมีส่วนร่วมของชุมชน
บ้านชัยอุดม อำเภอทุ่งเสลี่ยม สุโขทัย



การดูแลและสงเคราะห์ต่อเนื่อง
ผู้มีปัญหาหายาเสพติดในชุมชน
บ้านป้อม อำเภอคีรีมาศ สุโขทัย



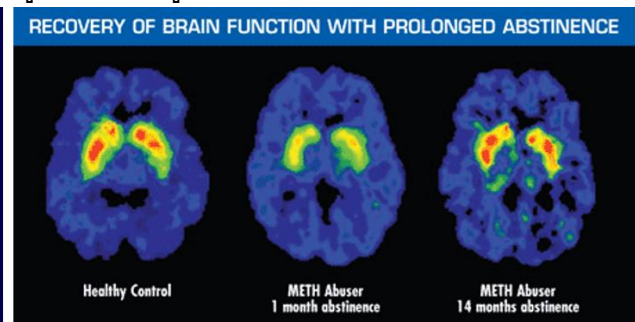
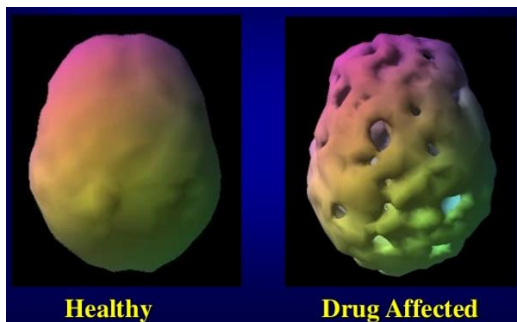
ป้องกัน-ค้นหา-คัดกรอง-จูงใจบำบัด
-ดูแลต่อเนื่อง
ผู้มีปัญหาหายาเสพติดในชุมชน
ท่าฉนวน อำเภอกงไกรลาส สุโขทัย

3.3 การสนับสนุนระยะ “สิ้นสุด” การดำเนินโครงการฯ

จัดเวทีสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 3-4 พฤศจิกายน 2559

1) ทบทวนสถานการณ์การระบาดของสารเสพติดและทิศทางการแก้ไขที่เปลี่ยนแปลงไป

นำเสนอโดย ผศ. ดร. นพ.อภิรักษ์ อร่ามรัตน์ ผู้อำนวยการศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ



สภาพการแก้ไขปัญหายาเสพติดในปัจจุบันของประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติด จำนวนผู้เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด การบำบัดรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผลกระทบข้างเคียงในเชิงลบจำนวนมากซึ่งเกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ใช้ยา การเพิ่มขึ้นของผู้ต้องขัง จำนวนผู้ต้องขังล้นเรือนจำ การเบี่ยงเบนทรัพยากรในการปราบปรามยาเสพติด การละเมิดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน เป็นต้น สาเหตุหนึ่งน่าจะมาจากมุมมองทัศนคติต่อยาเสพติด โดยเฉพาะยาบ้าบนวาทกรรมแบบเดิมที่มีต่อผู้เข้ามาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดในเชิงลงโทษอย่างหนัก ส่งผลต่อการกำหนดนโยบาย กฎหมาย นิยามยาเสพติด นิยามการจำหน่าย การนำเข้าที่ผิดพลาดตามต่อกันมาเป็นเพราะสังคมถูกทำให้กลัวยาเสพติดจนเกินเหตุ แต่เมื่อผลปรากฏชัดแล้วว่าปัญหายาเสพติดที่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริงยิ่งแก้ยิ่งเพิ่มปัญหา และความมุ่งหมายที่จะทำให้โลกปลอดยาเสพติดนั้นมีโอกาสเป็นไปได้ หากแต่สิ่งที่เป็นไปได้คือ การทำความเข้าใจในข้อเท็จจริงของยาบ้า-ยาเสพติดและข้อเท็จจริงของอาการเสพติดบนฐานคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่ไม่ใช่เรื่องเล่า ความเชื่อ การคิดไปเอง หรือแม้แต่การกลัวเกินความจริงอย่างที่เคยเป็นมา

อาการเสพติดเกิดจากภาวะ "สมองติดยา" (Brain Addiction) หมายถึง ช่วงเวลาที่สมองในส่วนที่คิดด้วยสติปัญญา คิดด้วยความมีเหตุผล เกิดความสมดุลกับสมองส่วนอยากที่ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์และความอยาก ก่อให้เกิดแรงกระตุ้นจนนำไปสู่ความอยากยา และจำเป็นต้องหาเพื่อนำมาเสพ เมื่อเสพแล้วจะมีความสุข ถือว่าเป็นอาการป่วยทางจิตอย่างรุนแรง เพราะสารเสพติดจะไปกระตุ้นสมองแบบเรื้อรัง ทำให้สมองเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น เนื่องจากสมองส่วนอยากจะติดต่อกับสิ่งกระตุ้นเร้าที่ให้ความสุขใจตามธรรมชาติ ทำให้ผู้เสพติดเกิดความเบื่อหน่าย แต่สมองส่วนอยากนี้จะไวต่อสารเสพติด ทำให้เกิดพฤติกรรมหมกมุ่นต่อการเสพยา ผลที่ตามมาคือสมองส่วนคิดแย่งลง ทำอะไรไปตามความอยาก ขาดความยับยั้งชั่งใจ ซึมเศร้า แปรปรวน เซลล์สมองฝ่อ สติปัญญาแย่งลง กลายเป็นโรคสมองเสื่อมในที่สุด ภาวะสมองติดยานี้ มีระยะเวลาในการป่วยของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับชนิดของสารเสพติดแต่ละตัว ไม่สามารถระบุเจาะจงได้ อีกทั้ง มีปัจจัยแทรกซ้อนต่างๆ มากมาย อาทิ ภาวะบุคคล พันธุกรรม แรงกดดันทางสังคม ตลอดจนค่านิยมที่ผิดๆ โดยส่วนใหญ่แล้วมักเกิดขึ้นจากแรงกระตุ้นเร้าจากภายนอก ผสมผสานกับแรงกระตุ้นเร้าจากภายใน ซึ่งแรงกระตุ้นเร้าจากภายนอก ได้แก่ อุปกรณ์การเสพ สถานที่เสพ เพื่อนที่เสพ แหล่งขาย ผู้ค้า ผู้ซื้อยา สถานบันเทิง วันที่เคยเสพ เงิน โทรศัพท์มือถือ เป็นต้น ส่วนแรงกระตุ้นเร้าภายในคือ อารมณ์เป็นทุกข์และสุข รวมถึงอารมณ์ทางเพศ ที่สำคัญบางคนมีความเข้าใจผิดโดยนำยาเสพติดมาใช้ในการลดความอ้วน

ด้านการรักษาผู้ป่วยสมองติดยานั้น จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาอย่างต่ำ 1-2 ปี ขึ้นอยู่กับสารแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยเสพ ส่วนระยะยาวนั้นมีการผสมจิตสังคมนำบำบัดที่มีประสิทธิภาพเพิ่มเข้าไป เนื่องจากโรคติดยาเป็นโรคเรื้อรังจึงจำเป็นต้องสร้างทัศนคติที่ดี ปรับฐานความผูกพันทางพื้นฐานครอบครัวและสังคมเสียใหม่ ปัจจุบันโรคยาเสพติดที่นำไปสู่ภาวะสมองติดยานั้น คนทั่วไปมักคิดว่ารักษาไม่ได้ แต่แท้จริงแล้วสามารถรักษาได้ โดยจะมีการนำยาปฏิชีวนะเข้าช่วยในการรักษาร่วมกับทางจิตเวช เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม โดยขั้นตอนในการบำบัดนั้นมีการบวกรวม 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการประเมินและสร้างความสนใจ ขั้นตอนพิษยาซึ่งเป็นการรับผู้ป่วยในระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพใช้ระยะเวลาขั้นต่ำ 4-6 เดือน และขั้นตอนติดตามผลจะใช้เวลาติดตามผลและช่วยเหลือ 1-2 ปี

การบำบัดรักษาและดูแลผู้ไชยาบ้า จำเป็นต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องถึงผลของยาบ้า/เมทแอมเฟตามีนต่อการทำงานโดยเฉพาะการทำงานกลางคืนจะให้ผลดีในตอนแรก แต่เมื่อ "กิน" เมทแอมเฟตามีนอย่างต่อเนื่องจะทำให้หลับได้น้อยลง ผลดีจากการทำงานกลางคืนลดลง ยิ่งกินมาก ความดันจะสูง ยาสะสมในร่างกายเพิ่มแต่ฤทธิ์ไม่เพิ่ม ยิ่งกินปริมาณมากจะรู้สึกพอใจว่ากินปริมาณน้อย แม้มีฤทธิ์สั้นๆ เมื่อกินมากแต่ฤทธิ์ไม่ยาว ความดันจะสูง ทำงานไม่เพิ่ม แต่ยาสะสม ดังนั้น หากต้องการไชยาบ้าเพื่อการทำงาน กินยาไม่ต้องมากก็ทำงานได้ดี แต่ต้องหลับให้เพียงพอและกินอาหารให้เพียงพอ

ท่ามกลางการระบาดอย่างรุนแรง กฎหมายของประเทศไทยมุ่งทั้งปราบปรามผู้ค้าและบำบัดรักษาผู้เสพ โดยนำเครื่องมือ ASSIST (Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test) แบบประเมินระดับความเสี่ยงในการใช้สารเสพติด พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก เป็นแบบสัมภาษณ์ 8 ข้อคำถาม ใช้เวลาเพียง 10 นาทีเพื่อคัดกรองและประเมินความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดต่างๆ ทั้ง ยาสูบ สุรา กัญชา โคเคน ยาบ้า ยาปลอมประสาท ฯลฯ คะแนนที่ได้จากแบบสัมภาษณ์จะบอกถึงระดับความเสี่ยงจากการใช้สารแต่ละชนิดคือ 0-3

= เสี่ยงต่ำ 4-26 = เสี่ยงปานกลาง และ >26 = เสี่ยงสูง เพื่อวางแผนการบำบัดรักษาได้อย่างสอดคล้องกับความ
เสี่ยง โดยกรณีเสี่ยงต่ำ ครอบครัวและชุมชนสามารถช่วยกันดูแลได้โดยไม่ต้องพบแพทย์ เสี่ยงปานกลาง
บุคลากรทางการแพทย์ระดับ รพสต. และ รพช. ช่วยดูแล เสี่ยงสูง ต้องให้การดูแลเบื้องต้นแล้วส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ
ในโรงพยาบาลเฉพาะทางเพื่อรักษาและลดผลกระทบ

อาการเสพ/ติดยาเสพติดเป็นอาการทางสมอง เป็นโรคสมองติดยา (Brain Addiction) ซึ่งสามารถรักษา
ได้แต่ต้องใช้เวลา ภาพต่อไปนี้จะแสดงการฟื้นตัวของสมองในกลุ่มผู้เสพยาบ้าหลังหยุดเสพ โดยระบบการบำบัด
สารเสพติดของสาธารณสุขไทยให้บริการได้ตามระดับความเสี่ยงของการใช้สารเสพติดคือ เสี่ยงต่ำ รักษาด้วย
BA ดูแลโดยครอบครัว ชุมชน อสม. รพสต. เสี่ยงปานกลาง รักษาด้วย BI+MI ดูแลโดยรพสต. และ รพช. เสี่ยง
สูง รักษาด้วย BI+MI และส่งต่อให้ดูแลโดยโรงพยาบาลสุขภาพจิต และหรือศูนย์บำบัดยาเสพติด

ทิศทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับนานาชาติ หลายประเทศได้ปรับเปลี่ยนมุมมองจาก “ผู้เสพ
เป็นอาชญากร” ไปสู่ “ผู้เสพคือผู้ป่วย” เมื่อเป็นผู้ป่วยก็ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา และมีข้อมูลทางการแพทย์ว่า
อาการเสพติดสามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเฉพาะในรายของผู้เริ่มเสพที่ยังไม่มีอาการเสพติด สามารถให้
การบำบัดและดูแลต่อเนื่องได้ในชุมชนและระบบสาธารณสุขพื้นฐาน แนวทางดังกล่าวช่วยลดการนำผู้เสพเข้าสู่
กระบวนการยุติธรรมและลดจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำได้จำนวนมาก

2) แนวทางการพัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อรองรับนโยบายรัฐบาลด้านยาเสพติด นำเสนอโดย นพ.อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่



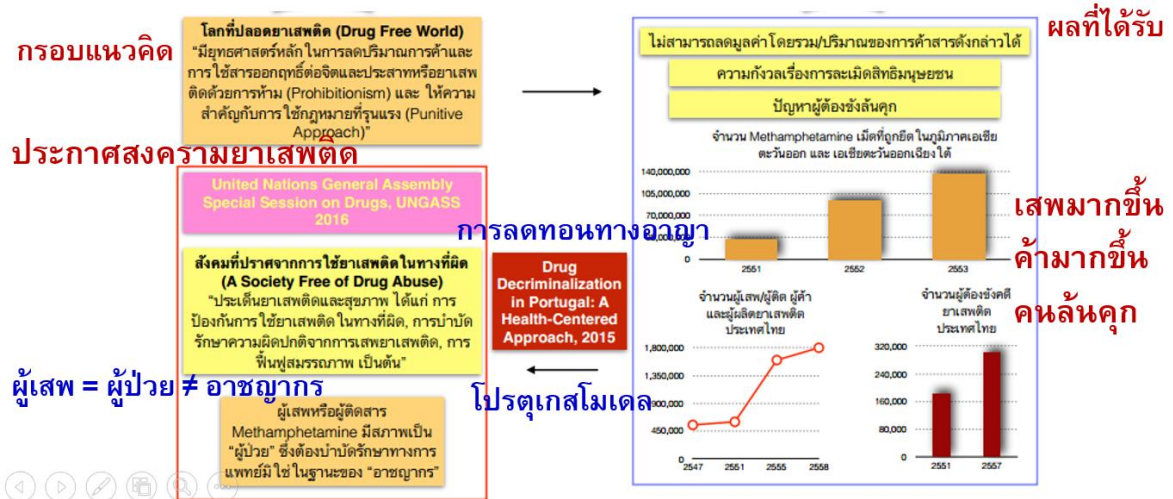
ทิศทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับนานาชาติ
ได้ปรับเปลี่ยนมุมมองจาก “ผู้เสพเป็นอาชญากร” ไป
สู่ “ผู้เสพคือผู้ป่วย” เมื่อเป็นผู้ป่วยก็ต้องรับการบำบัด
รักษา ข้อมูลทางการแพทย์บ่งชี้ว่าอาการเสพติด
สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเฉพาะในผู้เริ่มเสพที่
ยังไม่มีอาการเสพติด และสามารถให้การดูแลต่อเนื่อง
ได้ในชุมชนและระบบสาธารณสุขพื้นฐาน แนวทาง
ดังกล่าวช่วยลดการนำผู้เสพเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม
และลดจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำได้จำนวนมาก

กรอบแนวคิดที่เปลี่ยนไปของการจัดการยาเสพติดจาก “ผู้เสพ = อาชญากร” เป็น “ผู้เสพ = ผู้ป่วย” จาก
การประกาศสงครามยาเสพติดที่เน้นปราบปรามและเพิ่มโทษทางอาญาแก่ผู้เสพ ซึ่งผลที่ได้รับไม่ทำให้ผู้เสพ
ลดลง ยาบ้าระบาดมากขึ้น จำนวนผู้ค้ามากขึ้นและจำนวนผู้เสพมากขึ้นจนเกิดปรากฏการณ์คนล้นคุกจากการ
จับกุมผู้เสพเข้าสู่กระบวนการทางอาญา เปลี่ยนไปสู่การเน้นบำบัดรักษาและลดทอนความเป็นอาชญากรในผู้เสพ

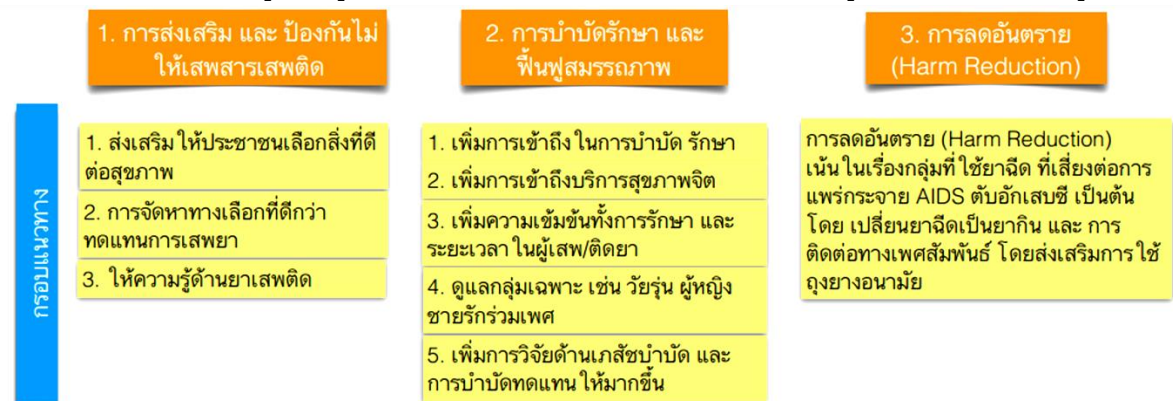
ที่มาของการปรับระบบจากการประชุมสมัชชาประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดโลก
UNGASS 2016 โดยพลเอกไพบูลย์ คุ้มฉายา รัฐมนตรียุติธรรม ได้กล่าวถ้อยแถลงในนามหัวหน้าคณะผู้แทน
ไทยยืนยันว่า “ไทยไม่เห็นด้วยกับการทำยาเสพติดให้ถูกกฎหมายและการลดทอนความเป็นอาชญากรรม

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง” แนวโน้มของการแก้ไขปัญหายาเสพติดจะยึดมุมมองทางสาธารณสุขมากขึ้นควบคู่ไปกับการป้องกันและปราบปรามโดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนอย่างครอบคลุมทั้งสตรี เด็กและเยาวชน จากการประชุมดังกล่าว รัฐมนตรียุติธรรมจึงได้หารือในการประชุม ศอ. ปส. ชาติ วันที่ 22 มิถุนายน 2559 และประกาศนโยบายแนวทางในต้านยาเสพติดโดย (1) ยาเสพติดและยาบ้ายังเป็นสิ่งผิดกฎหมายในประเทศไทย (2) ยังไม่มีการหาหรือหรือข้อสรุปในการจัดกลุ่มยาเสพติดสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทใหม่ในขณะนี้ แต่จะตั้งคณะกรรมการในการศึกษาข้อมูลในเรื่องนี้ (3) ยังมีการดำเนินมาตรการป้องกัน ปราบปรามและบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม ได้แก่ กลุ่มผู้ผลิตและผู้ค้ารายใหญ่ต้องถูกดำเนินมาตรการทางกฎหมายอย่างเด็ดขาด กลุ่มผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดถือเป็นผู้ป่วย ควรอยู่ในการดำเนินการด้านสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุข ป้องกันเด็กและเยาวชนด้วยการสร้างภูมิคุ้มกันตั้งแต่เด็กประถมวัย สนับสนุนส่งเสริมการทำงานลักษณะบูรณาการกับผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในลักษณะประชารัฐ

กรอบแนวทางและมาตรการยาเสพติดด้านสาธารณสุขอย่างสร้างสรรค์ โดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน



กรอบแนวทางและมาตรการยาเสพติดด้านสาธารณสุขอย่างสร้างสรรค์ ประกอบด้วย การส่งเสริมและป้องกันไม่ให้สารเสพติด การบำบัดบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการลดอันตราย โดยเพิ่มความครอบคลุมการให้บริการบางด้านถึงระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปรับปรุงกฎหมายประเภทสารเสพติดกรณี Methamphetamine ให้เอื้อต่อผู้เสพ/ผู้ติด สามารถเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยได้สะดวกและถูกต้อง



ข้อสรุปหลักการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดด้านสาธารณสุข (1) การปรับใช้ “โปรตุเกสโมเดล” เป็นการปรับนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทของสังคม นำหลักการปกครองและมาตรการทางสาธารณสุขกำกับและดูแลผู้เสพยาในฐานะผู้ป่วยหรือที่เรียกว่า “decriminalization” อันเป็นการปรับนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทของสังคม รวมถึงนำหลักการปรับกระบวนการยุติธรรมโดยอาศัยชุมชนเป็นพื้นฐาน (community-based justice) มาปรับใช้ (2) หลักการบำบัดรักษาผู้เสพยา/ผู้ติดยาเสพติด ให้ความสำคัญกับคนที่หลงผิด ให้ถือว่า “ผู้เสพยา/ผู้ติดคือผู้ป่วย” ต้องได้รับการดูแลรักษามากกว่าการลงโทษอาญาทางกฎหมาย แต่ให้ใช้มาตรการทางสาธารณสุข มาตรการทางการปกครอง และมาตรการทางสังคม และให้ความสำคัญกับผลสำเร็จตามมาตรฐานการบำบัด ใน 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ (3) หลักการควบคุมสารเสพติด ยังคงให้สารเสพติด Methamphetamine (ยาบ้า) เป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษปี พ.ศ. 2522 เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2539 หรือเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ประเภทที่ 1 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ถือว่าเป็นยาเสพติดที่ต้องควบคุมและมีบทลงโทษกับผู้ผลิต ในส่วนของสารเสพติด Amphetamine เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประเภทที่ 2 ตามพระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทปี พ.ศ. 2518 เป็นยาควบคุมซึ่งต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ (4) หลักการบำบัดรักษา (คัดกรอง บำบัดรักษาฟื้นฟู และติดตามดูแลช่วยเหลือ) ยังคงไว้ซึ่งการดำเนินการค่ายของกระทรวงมหาดไทยเพื่อรองรับปริมาณผู้เข้ารับการบำบัด ทั้งนี้ ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ ยังคงไว้ซึ่งภาคีเครือข่ายและควบคุมกำกับมาตรฐานการบำบัดรักษา รวมถึงการกำหนดให้มีการใช้มาตรฐานด้านสาธารณสุขควบคู่กับมาตรการทางปกครองและสังคม ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนตั้งแต่การคัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟู และติดตามดูแลช่วยเหลือ ให้ที่มิวิชาการสาธารณสุขศึกษาการดำเนินงานในศูนย์คัดกรองผู้เสพยา/ผู้ติดยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. กทม. เพื่อพัฒนาปรับใช้ในการดำเนินการของศูนย์คัดกรองในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงค่ายของกระทรวงมหาดไทย (5) หลักการตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ นำมาปรับใช้ในมาตรการสาธารณสุขเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษายาเสพติด

การปรับระบบบำบัดในกระทรวงสาธารณสุขเป็นการร่วมกันทำงานโดยกรมการแพทย์ (สถาบันจิตเวชกลางและสาขา 7 แห่งทั่วประเทศ) กรมสุขภาพจิต (โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช) สำนักอำนวยการปลัดกระทรวง (รพสต. รพช. และ อสม. ราว 1 ล้านคนทั่วประเทศ) ภารกิจประกอบด้วย การกำหนดมาตรฐานใน 3 บริบทของโรงพยาบาลทุกระดับไปจนถึงการดูแลที่บ้าน (hospital-based and residential/home-based) กำหนดคุณภาพครอบคลุมความพร้อมและภาวะการณ์ คัดกรอง ประเมิน บำบัด รักษา ดูแลระยะยาว โดยค่ายศูนย์ขวัญยังคงมีอยู่โดยใช้กลไกมหาดไทยร่วมกับกลไกภาครัฐ 9 ชั้นตอนในการคัดกรอง recruit ผู้มีปัญหายาเสพติดเข้าสู่ระบบบำบัด ใช้แบบคัดกรอง ASSIST v.2 และบันทึกใน บสต. ปรับใหม่ ส่งต่อโรงพยาบาลเฉพาะทางกรณีมีแนวโน้มที่จะเป็นภัยต่อทั้งตนเองและผู้อื่น (self-harm and social harm) จุดเปลี่ยนหลักคือ มุ่งเน้นการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (harm reduction) และโปรแกรมคุมประพฤติแบบไม่ควบคุมตัวกำหนดให้รายงานตัวทุกเดือนซึ่งมีราว 40,000 คนทั่วประเทศ ซึ่งผู้ถูกคุมประพฤตินี้นับว่าเป็นผู้เสพยาจะถูกส่งกลับเข้าไปดูแลในพื้นที่โดย รพสต. และลงทะเบียนบันทึกเข้า บสต. ที่ปรับใหม่

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากมาตรการควบคุมยาเสพติดอย่างสร้างสรรค์ เป็นทั้งผลต่อประชาชนและผลต่อประเทศชาติ ผลต่อประชาชน ได้แก่ ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เช่น วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดที่ถูกต้องและสามารถปกป้องตนเองจากสารเสพติดได้ ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาทั้งทางกายและทางจิตอย่างครอบคลุม ท้าถึงและมีคุณภาพ ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดมีบริการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด (harm reduction) ที่ครอบคลุม ท้าถึง และมีคุณภาพ ผลต่อประเทศชาติ ได้แก่ ลดความแออัดในเรือนจำ ลดการเกิดและแพร่กระจายของโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น AIDS ลดปริมาณผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ลดความเสียหายทางเศรษฐกิจจากการเสพยาและติดยาเสพติด ลดอาชญากรรมรูปแบบต่างๆ จากการเสพยาและติดยาเสพติด ประเทศชาติ “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”

3) ทारीและตอบข้อซักถามกับคณะทำงานในพื้นที่นำร่อง

โดย ผศ. ดร. นพ.อภิรักษ์ อร่ามรัตน์ และ นพ.อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณะ

คำถาม 1 ขั้นตอนการเปลี่ยนระบบบำบัดจากคุมประพฤตินาสู่สาธารณสุขเปลี่ยนอย่างไร **คำตอบ** ขั้นตอนเดิม หากตำรวจตรวจจับพบยาเสพติด (บางพื้นที่) 5 เม็ดส่งอัยการฟ้องศาล (บางพื้นที่) ต่ำกว่า 5 เม็ดส่งโรงพยาบาลเพื่อคัดกรองด้วย ASSIST และโรงพยาบาลจะแจ้งให้บำบัด (ASSIST linked BI) และให้คำปรึกษาไปเรื่อยๆ จนกว่าจะนำมาเข้าค่ายบำบัดของมหาดไทย (บางพื้นที่) ส่งคณะอนุฯ ตาม พรบ. พื้นฟู วินิจฉัยให้คุมประพฤติแบบไม่ควบคุมตัว) แล้วคัดกรองเพื่อส่งบำบัด แต่หากผิดเงื่อนไขจึงส่งอัยการเพื่อฟ้องศาล ขั้นตอนใหม่ (อุดมคติเพราะยังไม่ชัดเจน) เพิ่มบุคลากรสาธารณสุขในคณะอนุฯ ตาม พรบ. พื้นฟู คัดกรองระดับการเสพยาแบบเดิมด้วยการปิดล้อมป้องกัน ตั้งด่าน ตรวจปัสสาวะ ประชากรรัฐ ตำรวจตรวจพิสูจน์ยังคงเดิม คัดกรองซ้ำในสถานบำบัด/ศูนย์คัดกรองของคณะอนุฯ

คำถาม 2 Service Plan สาขายาเสพติด **คำตอบ** Service Plan สาขายาเสพติดพัฒนาขึ้นใหม่แยกจาก Service Plan สาขาจิตเวช ซึ่งเป็นระบบที่มารองรับการจัดการบำบัดยาเสพติดโดยไม่อิงกับจิตเวช สถานะขณะนี้คือ รอข้อสรุปว่าใครทำอะไรตั้งแต่ต้นจนปลายกระบวนการเพื่อไม่ให้ผู้ป่วย (ผู้เสพยาเสพติด) หลุดไปจากระบบบำบัด ป.ป.ส. เปลี่ยนแนวทางการคัดกรอง เมื่อตั้งด่านตรวจแล้วส่งตัวผู้ป่วยมายังศูนย์คัดกรองยาเสพติดในอำเภอจะปรับเปลี่ยนวัน-เวลาให้บริการเป็น 5 วันทำการ วันละ 8 ชั่วโมง

คำถาม 3 Harm Reduction หมายถึงการใช้สารทดแทนหรือไม่ เช่น เด็กติดกัญชา แต่หากกัญชาไม่ได้ ใช้ใบมะเขือขึ้นแทน เมื่อนำใบมะเขือขึ้นไปทดสอบทางแพทย์แผนไทยพบว่ามึฤทธิ์แก้ไอ ลดเสมหะ ไม่มีฤทธิ์เสพยา แต่คงมีผลทางจิตใจของผู้ใช้กัญชา ก็ให้ใช้ต่อไปถือเป็นการลดอันตรายหรือไม่ **คำตอบ** Harm Reduction ในความเข้าใจอย่างง่ายคืออะไรที่ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีอันตรายจากยาเสพติดน้อย (self-harm) รวมถึงสังคมมีอันตรายน้อยลง (social harm) ถือว่าเป็นการลดอันตรายทั้งสิ้น โดยเป็นคำแนะนำและหรือแนวปฏิบัติที่ยึดผู้ใช้ = ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered/user-centered) ไม่ใช่ผู้บำบัดเป็นศูนย์กลาง อาทิ การใช้ยาทดแทน การบำบัดรักษา พฤติกรรมทางเลือกอื่นๆ อนึ่ง การสร้างสรรค์ของผู้ใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งพึงระวัง เช่น กรณี 4x100 ใช้กระท่อมไม่มากแต่ใส่สารออกฤทธิ์อื่นๆ มากเพื่อตอบสนองต่อ brain addiction หากควบคุมไม่ได้ก็จะเป็นอันตรายต่อผู้ใช้/ผู้เสพเอง

บทที่ 4

ผลการดำเนินงานของพื้นที่นำร่อง 10 ชุมชน

ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) เป็นเรื่องใหม่ การเชื่อมโยงเข้ากับงานด้านยาเสพติดจึงน่าสนใจและท้าทายมาก ในหลายพื้นที่แยกงานด้านยาเสพติดออกจากงานสุขภาพ และงานสุขภาพตามกรอบระบบสุขภาพอำเภอก็ยังไม่เชื่อมโยงกับยาเสพติด แต่ระบบสุขภาพอำเภอกับการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดน่าจะบูรณาการรวมไปกันได้ โดยชุมชนใช้ความเป็นพี่น้องและสายสัมพันธ์เพื่อค้นหาว่าใครเป็นปัญหา ปัญหาอยู่ที่ไหน จะจัดการกับปัญหาอย่างไร ซึ่งชุดความคิดอาจลั่นกันบ้าง หากสามารถหยุดการ ฟุ้งพามาเป็นฟุ้งพินตนเองได้ ก็จะช่วยให้ผู้มีปัญหา ยาเสพติดเข้าใจในต้นทุนของตนเอง ยอมรับ ปรับตัว และใช้ ชีวิตต่อไปได้ ใน 10 พื้นที่นำร่องของโครงการฯ ในระยะที่ 1 ซึ่งมีบริบท มีองค์ประกอบของคณะทำงาน มี ทรัพยากร และมีปัญหา ยาเสพติดแตกต่างกัน ต่างดำเนินกิจกรรมไปตามเนื้อหาที่มุ่งเน้นทั้งประเด็นงานป้องกัน เฝ้าระวัง บำบัดรักษา และฟื้นฟูดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีความพยายามที่จะเชื่อมโยงปัญหา ยาเสพติดใน พื้นที่เข้ากับระบบสุขภาพอำเภอที่หลากหลายออกไป ดังต่อไปนี้

4.1 ผลการดำเนินงานของพื้นที่นำร่อง 10 ชุมชน

ในเวทีสัมมนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ช่วงสิ้นสุดโครงการฯ ระยะที่ 1 เดือนกันยายน 2559 ณ จังหวัด สุโขทัย ทุกพื้นที่นำร่องปฏิบัติการและสังเกตการณ์ได้นำเสนอผลงานที่ดำเนินการผ่านมาแล้ว และในการประชุม ระดมสมองเดือนพฤศจิกายน 2559 จังหวัดเชียงใหม่ ได้ร่วมกันวางแผนในระยะที่ 2

ตำบลเขื่อนผาก อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

แกนนำคือ รพสต. กำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ (บางคน) แต่สัมพันธ์ภาพและการสนับสนุนจากหน่วยงาน ภาครัฐทั้งในท้องถิ่นและอำเภอยังต้องการปลูก/ปลุกสัมพันธ์ภาพอีกมาก + กระตุ้นภาวะ active citizen อีกมาก เพื่อการทำงานแบบ bottom-up บนข้อมูลจริงของพื้นที่ ผลงานด้านการป้องกันคือ ให้ความรู้ผ่านเวทีแลกเปลี่ยน ประชาคมหมู่บ้าน ให้การอบรมในโรงเรียน ให้ข้อมูลผ่านหอกระจายข่าวสร้างความตระหนักผ่านกิจกรรมชุมชน ผลงานด้านการเฝ้าระวังคือ ตั้งด่าน สุ่มตรวจบัสสาธารณะ สอดส่องร้านค้า/ร้านเกม/โรงเรียน แต่ผู้เสพยาเข้าถึงง่าย เพราะผู้ค้าอยู่ในหมู่บ้านข้างเคียงโดยรอบ ผลงานด้านการบำบัดดูแลคือ ร่วมในค่ายอำเภอ และบำบัดในชุมชน เน้นติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องหลังผ่านค่ายแล้วเพื่อป้องกันไม่เสพยาซ้ำเกี่ยวข้องกับยาอีก ผลงานด้านการฟื้นฟู สงเคราะห์ต่อเนื่องคือ เยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่คุมประพฤติเพื่อรับรองความประพฤติเพื่อส่งเข้าทำงานใน สถานประกอบการได้ ประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานสนับสนุนทั้งในและนอกพื้นที่ การเชื่อมโยง ปัญหา ยาเสพติดเข้ากับ DHS พบว่ามีความพยายามเชื่อมโยงปัญหา ยาเสพติดเข้ากับปัญหาสุขภาพและปัญหา สังคม รวบรวมข้อมูลทุกด้านและป้อนคืนกลับสู่ชุมชนและหน่วยงานภาครัฐตามโอกาสอำนวย

คณะทำงานด้านยาเสพติดของตำบลเขื่อนผากถือว่าเป็นการทำงาน “ส่วนที่ขาด” ของราชการ เช่น คำสั่งที่ 108 ให้คัดกรองผู้มีปัญหา ยาเสพติดเข้าค่ายบำบัดอำเภอ ราชการก็คัดกรองของราชการไป แต่ก็ยังมี ส่วนที่ขาดหรือส่วนที่หลุดอย่างแน่นอนและส่วนดังกล่าวก็จะกลับไปกองกันอยู่ในชุมชน คณะทำงานก็จะเก็บตก

มาบำบัดในชุมชน โดยไม่ใช้แบบคัดกรอง ASSIST V.2 หรือแบบคัดกรองอื่นใด แต่ชุมชนยอมมีข้อมูลที่ปรากฏชัดเจนอยู่แล้ว เพียงรู้ว่าใครเสพรักจะเข้าถึงบ้านไปชักชวนจูงใจให้มาบำบัดแบบสมัครใจ

ผลงานในระยะที่ 1 คณะทำงานตำบลเขื่อนผาก อำเภอพร้าวมีความพอใจในระดับหนึ่ง และได้ระดมสมองเพื่อวางแผนงานในสองปีข้างหน้าเพื่อเคลื่อนงาน 3 ระดับโดย ระดับอำเภอ วางแผนจะเชื่อมงานในพื้นที่ไปยังเวทีระดับอำเภอ เพราะพื้นที่ไม่มีอำนาจสั่งการ และได้ใช้เวลาทำความเข้าใจกับอำเภอมาหนึ่งปีจนสามารถต่อเนื่องงานได้อย่างครอบคลุม 11 ตำบล 109 หมู่บ้าน แต่ระดับความเข้าใจในเนื้องานก็ยังล็กสั้นไม่เท่ากันอยู่ จึงจะอบรมปรับพื้นฐานคณะทำงาน พัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยมบ้านที่ผ่านการอบรมบางส่วนมาจากยุติธรรมชุมชนแล้วประมาณ 40 คนในอำเภอ รวมถึงปรับปรุงระบบข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและตรงกันทุกส่วน จะเป็นศูนย์ข้อมูลกลางของอำเภอ ระดับพื้นที่ปฏิบัติการ หวังว่าทีมเยี่ยมบ้านจะได้รับมอบหมายผู้มีปัญหาเสพรักที่ต้องดูแลช่วยเหลืออย่างกระจายตัว และเกาะติดการเยี่ยมเยียนอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง ร่วมกับตั้งด้านชุมชนเพื่องานป้องกันปราบปรามทั้งค้ำส่งและค้ำปลักในพื้นที่ สนับสนุนการทำงานของตำรวจ สร้างภูมิคุ้มกันเด็กมัธยมในโรงเรียนพร้าวราว 2,000 คน นอกจากนี้ยังดึงเด็กที่ผ่านการบำบัดมาแล้ว นำมาเป็นพวกเดียวกับทีมงานให้ช่วยหาข่าวแจ้งเบาะแส เป็นจิตอาสาช่วยงานในชุมชน “ดึงเด็กมาทำดี” เด็กๆ ก็จะช่วยชวนพรรคพวกมาร่วมกันทำดี และกียกย่องเชิดชูให้ชุมชนชมเชย ระดับอำนวยการ วางแผนจะประชุมคณะทำงานทุก 2 เดือนร่วมกับติดตามเยี่ยมบ้าน และศึกษาดูงานเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในคณะทำงาน

ตำบลบวกค้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

แกนนำคือ ผู้ใหญ่บ้าน และตำรวจ DARE ผลงานด้านการป้องกันคือ ให้ความรู้และความเข้าใจในพิษภัยของยาเสพรักและพยายามเข้าถึงผู้มีปัญหาเป็นรายบุคคล ผลงานด้านการเฝ้าระวังคือ พยายามติดตามบุคคลที่มีปัญหาเสพรักและแก้ไขเป็นรายบุคคล ผลงานด้านการบำบัดดูแลคือ คัดกรอง พุดคุยให้กำลังใจเพื่อจูงใจยอมรับการบำบัด ส่งต่อบำบัด ติดตามหลังการบำบัด ผลงานด้านการฟื้นฟูสงเคราะห์ต่อเนื่องคือ เยี่ยมให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาทั้งระหว่างและหลังบำบัดเพื่อให้การช่วยเหลือต่อเนื่อง การเชื่อมโยงปัญหาเสพรักเข้ากับ DHS พบว่ายังไม่สามารถเชื่อมโยงยาเสพรักเข้ากับระบบสุขภาพอำเภอ เพราะยังต้องสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือทั้งในระดับชุมชนและเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอโดยเฉพาะระบุคคลที่รับผิดชอบในหน่วยงานภาครัฐให้ชัดเจนและทำงานอย่างต่อเนื่องไม่เปลี่ยนตัวบ่อย

ผลงานในระยะที่ 1 คือ “ครอบครัวอบอุ่นสร้างทุนชีวิต” ยังดำเนินการไม่สำเร็จในกิจกรรม “ครอบครัวดูแลเยาวชน” แต่ในระยะที่ 2 ได้วางแผนงานชื่อ “ดอกแก้ว (ทองกวาว) บานที่บวกค้าง” โดยจะเพิ่มงาน 3 ด้าน ได้แก่ (1) ดูแลครอบครัวที่มีปัญหา ครอบครัวแตกแยก ครอบครัวพ่อแม่มีพฤติกรรมไม่เป็นต้นแบบที่ดี เพราะจะส่งผลให้เด็กมีปัญหา (2) ขยายผลไปชุมชนอื่นเพื่อป้องกันผู้เสพรักหน้าใหม่และป้องกันผู้เสพรักเก่าเสพรักซ้ำ (3) พัฒนาศักยภาพและเสริมความเข้มแข็งของคณะทำงาน เชื่อมโยงกับ DHS อำเภอ โดยขับเคลื่อนภายใต้ DHS ของอำเภอสันกำแพง ประเด็นมุ่งเน้นคือ อาหารปลอดภัย + long term care + อุบัติเหตุ และมีธรรมนูญชีวิตเพื่อการพัฒนาคน ภายใต้กรอบ UCCARE นำร่องพุดคุยกับชุมชนทั้งชาวบ้านและเยาวชนเพื่อขับเคลื่อนงานด้านยาเสพรักในบวกค้าง เริ่มต้นด้วยการระดมความคิดเห็น → ค้นหาปัญหา → สรุปผลการค้นหาข้อมูล → แก้ไขปัญหาร่วมกัน → ติดตามประเมินผล → ทบทวน ซึ่งเป็นการทำงานที่ไม่มีหน่วยงานใดเป็นพระเอกหรือนางเอก

ทุกคนทำงานไปพร้อมกัน ทำ MOU กัน ไม่แยก function ของแต่ละหน่วยงาน ปัญหาของพื้นที่ไม่เพียงเป็นภาระของใครคนใดคนหนึ่ง ซึ่งแตกต่างจากการขับเคลื่อนงานในระดับอำเภอซึ่งเน้นณรงค์สร้างกระแส มี To Be No. 1 แต่ไม่เจาะแก้ไขปัญหอย่างจริงจังจึงไม่ต้องการทำตามแบบอย่างของอำเภอ เพราะปัญหายังอยู่ในพื้นที่ ผู้เสพ-ผู้ค้าก็ยังคงอยู่ สำหรับคณะทำงานที่ตำบลบวกค้างจะทำงานอย่างจริงจังเจาะลึกถึงเหตุปัญหด้วยกิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์เพื่อสร้างครอบครัวตัวอย่างอย่างน้อย 2 ครอบครัวในแต่ละหมู่บ้านต่อเดือน ในหนึ่งปีจะได้ครอบครัวตัวอย่าง 26 ครอบครัว หรือ 52 ครอบครัวต่อสองปี ครอบครัวตัวอย่างจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ชุมชน รวมถึงกิจกรรมติดตามฟื้นฟูผู้ผ่านการบำบัดจำนวน 30 คน ไม่ให้เสพซ้ำและให้มีงานทำไม่ให้ว่างงาน โดยดึงเพื่อนผู้ผ่านการบำบัดมาช่วยเพื่อน หรือเพื่อนชวนเพื่อนเข้าบำบัด ดึงมาเป็นคนดีทั้งผู้ผ่านการบำบัดก่อนหน้าและปัจจุบัน ช่วยกันสานต่องานของชุมชนและคณะทำงาน กิจกรรมดังกล่าวดำเนินไปภายใต้การเปลี่ยนมุมมองของชุมชนจากผู้เสพเป็นผู้ป่วยไม่ใช่อาชญากร เพื่อร่วมกันสร้างมาตรการทางสังคมของชุมชนในเชิงป้องกันแก้ไขในชุมชนโดยชุมชน โดยไม่ผลักดันออกจากชุมชนไปเข้าคุก/เรือนจำ เป็นการเปิดโอกาสผู้มีปัญหาเสพยาเสพติด เพื่อ “ดอกกว่าวบานที่บวกค้าง”

ตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

แกนนำคือ คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดตำบลแม่เปา ประกอบด้วย อบต. รพสต. โรงพยาบาลพญาเม็งราย โดยมีคณะกรรมการ DHS อำเภอและคณะทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด อำเภอเป็นหน่วยงานพี่เลี้ยง ผลงานด้านการป้องกันคือ ออกแบบ สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมการใช้เวลาของเด็ก/วัยรุ่นอย่างสร้างสรรค์ทั้งดนตรี กีฬา สำนึกรักบ้านเกิด ค่ายทักษะชีวิต และให้ผู้ใหญ่เป็นแบบอย่างที่ดี ผลงานด้านการเฝ้าระวังคือ ตั้งชุดเฉพาะกิจ สุ่มสำรวจในโรงเรียน งานวัด งานรื่นเริง สอดส่องวัยรุ่นในพื้นที่ ผลงานด้านการบำบัดดูแลคือ ร่วมกับครอบครัวติดตามดูแลหลังการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ลดการตีตราและกระตุ้นชุมชนให้โอกาสผู้มีปัญหาเสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดแล้ว ผลงานด้านการฟื้นฟูสงเคราะห์ต่อเนื่องคือ อบรมและส่งเสริมอาชีพ กระตุ้นชุมชนให้โอกาส และเพิ่มผู้ประกอบการในชุมชนจ้างงานผู้มีปัญหาเสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดแล้ว การเชื่อมโยงปัญหายาเสพติดเข้ากับ DHS พบว่าพยายามเชื่อมโยงปัญหายาเสพติดเข้ากับปัญหาสุขภาพ ปัญหาสังคม ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รวบรวมข้อมูลทุกด้านและป้อนคืนกลับสู่ชุมชนและหน่วยงานภาครัฐตามโอกาสอำนวย

แต่เดิมคณะทำงานอำเภอพญาเม็งรายมุ่งงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กแรกคลอดจนถึงปฐมวัย บนความเชื่อที่ว่าถ้าทำงานกับเด็กจะแก้ปัญหสุขภาพได้ทุกเรื่องทั้ง NCDs มะเร็ง ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร รวมถึงยาเสพติดด้วย โดยทำงานร่วมกับผู้ปกครอง จัดตั้ง caravan เสริมสร้างเด็ก เน้น EQ ต่อมาได้เรียนรู้ EF ในอนาคตก็จะทำงานเน้นทั้ง EQ และ EF เพื่อการพัฒนาสมองส่วนหน้า ปีที่ผ่านมาได้สร้างครู ก. และขยายเครือข่ายจากโรงเรียนไปยัง รพสต. เจ้าหน้าที่ห้องคลอด ครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็ก 21 แห่ง ครูอนุบาลเด็กอายุ 5-6 ขวบ และผู้บริหาร อบต. อปท. จากอำเภอพญาเม็งรายขยายไปยังผู้ดูแลงานเด็กของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นการยกระดับงานจากอำเภอสู่จังหวัด ครอบคลุม 18 อำเภอ โดยการสร้างครู ก. เพื่อพัฒนาสติปัญญาเด็กโดยให้เลือก 1 คนที่มีใจทำงานเด็กอย่างแท้จริง ดำเนินงานด้วยงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงราย

กิจกรรมที่ได้ดำเนินงานไปแล้ว เช่น กิจกรรม #1 “แก้อาบน้ำน้อย” (ผู้ใหญ่บ้านน้อย) หมายถึงการสร้างภาวะผู้นำให้เด็กแล้วให้เด็กเป็นผู้นำเด็กทำหน้าที่ดูแลกันเอง จัดเป็นงานพัฒนาเด็กและเยาวชนอย่างหนึ่งเพื่อสร้างภูมิชีวิตเด็กและเยาวชน ภายใต้การสนับสนุนจากนักวิชาการด้านประสาทวิทยาศาสตร์จากมหาวิทยาลัยมหิดลและมูลนิธิรักษ์ลูก นอกจากพัฒนาเด็กและเยาวชนแล้ว ยังพัฒนาผู้ปกครองเด็กช่วงวัย 3-4 ขวบซึ่งเป็นช่วงวัยที่เหมาะสมที่สุดในการปลูกฝัง EF อีกด้วย งานพัฒนาต้องทำทุกปีอย่างต่อเนื่องเพราะเด็กอายุ 3 ขวบก็จะเติบโตขึ้นและเด็กอายุ 3 ขวบรุ่นใหม่อีกจะเข้ามาร่วมกิจกรรมในปีต่อไป กิจกรรม #2 “เยี่ยมบ้าน-ทานข้าว” เพื่อทำข้อมูลสำหรับค่ายศูนย์ขวัญตำบลเป็นฐานข้อมูลกลางใช้ร่วมกันทั้งอำเภอให้การช่วยเหลือครอบครัวจนกระทั่งหาแหล่งอาชีพในตำบลโดยแสวงหาผู้ประกอบการหรือนายจ้างที่มีจิตอาสาช่วยเหลือสังคมรับผู้พ้นโทษเข้าทำงาน หากในตำบลไม่มีแหล่งงานก็จะแสวงหาไปในพื้นที่อื่นแล้วไปจังหวัดแต่จะเน้นงานอาชีพที่อยู่ในท้องถิ่นใกล้บ้านของผู้พ้นโทษเป็นหลัก กิจกรรม #3 “พัฒนาระบบชุมชนในการช่วยเหลือฟื้นฟูทั้งกลุ่มศพและผู้พ้นโทษ” ในการพัฒนาระบบจะทำให้งานต่างๆ ดำเนินต่อไปได้แม้บุคคลจะย้ายไปย้ายมาก็ตาม โดยคณะทำงานประกอบด้วยหน่วยงานระดับตำบลและอำเภอมาศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ได้แก่ ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น ครู รพสต. สภาสตรี สภาเด็กและเยาวชน พระสงฆ์ กลุ่มเด็กเสี่ยง กลุ่มศพ กลุ่มผู้พ้นโทษ ด้วยการสนับสนุนจากทีมพี่เลี้ยงคือ โรงพยาบาลเม็กราย สสอ. นายอำเภอ ทำให้สามารถเคลื่อนงานได้ทั้งในเชิงป้องกัน บำบัด ดูแล และฟื้นฟูสงเคราะห์ต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยังมีการประเมินหลังการดำเนินงาน (After Action Review: AAR) และถอดบทเรียนเพื่อเผยแพร่และปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นในการดำเนินงานในอนาคต โดยทุกกิจกรรมที่ออกแบบและดำเนินงานเป็นการเปิดโอกาสให้บัวทุกแหล่งองกรมในอำเภอพญาเม็กราย อีกทั้ง ผลงานที่เกิดขึ้นจัดเป็น “ผลงานหน้าห่ม” หมายถึงเป็นผลงานของทุกคนทุกหน่วยงานร่วมกันเป็นเจ้าของ ใครจะนำไปใช้หรืออ้างอิงผลงานก็ย่อมได้

หลังจากที่ได้ศึกษาดูงานจากหลายพื้นที่ที่ขับเคลื่อนงานในอนาคตจะปรับใช้รูปแบบชุมชนบำบัดโดยนางฟ้าทำจนของอำเภอทำจน กับหัวหน้าชุมชนบำบัดของอำเภอศีร์ษะเกษ ในอีกสองปีข้างหน้า (1) สร้างคนในอนาคต ทำเรื่องเด็กและผู้ปกครอง เพราะการปลูกฝังวันนี้จะไม่ต้องคอยแก้ปัญหาวันหน้า (2) ช่วยเหลือผู้พ้นโทษ ผู้ผ่านค่าย นำมาช่วยงานด้านสังคมในชุมชน (3) พัฒนาที่มงานและขยายเครือข่ายโดยนำพาไปดูงานให้มีประสบการณ์ด้วยตนเอง หากทำทั้งสามงานก็จะได้ “ชุมชนแห่งความสุข” โดยไม่หวังว่ายาเสพติดจะหมดไปแต่จะอยู่ร่วมกับยาเสพติดอย่างมีภูมิคุ้มกันที่แข็งแรงและให้โอกาสผู้ก้าวพลาด

ตำบลป่าซางและตำบลปากบ่อ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน

แกนนำคือ อสค. และ อสม. แต่จุดอ่อนของพื้นที่คือสายสัมพันธ์กับเทศบาลตำบล ยังมีอุปสรรคด้านทัศนคติ พวกพ้อง อิทธิพล ผลประโยชน์ ทำให้นายาเสพติดในชุมชนอ่อนแอลงจากจุดเริ่มต้นโครงการฯ ผลงานด้านการป้องกันคือ ร่วมกับโครงการ To Be No. 1 ในโรงเรียน ในชุมชน และร่วมกับโครงการครู DARE ผลงานด้านการเฝ้าระวังคือ ตั้งด่าน สุ่มตรวจ คัดกรองนักเรียน นักศึกษา แรงงานในโรงงาน ผลงานด้านการบำบัดดูแลคือ ส่งเข้าบำบัดตามระบบสมัครใจและบังคับบำบัด ผลงานด้านการฟื้นฟูสงเคราะห์ต่อเนื่องคือ อสค. ในพื้นที่ดูแลร่วมกับเจ้าหน้าที่คุมประพฤติ พยายามดึงชุมชนเข้ามาร่วม การเชื่อมโยงปัญหาเสพติดเข้ากับ

DHS พบว่ามีการประสานลักษณะ bottom-up ยังไม่เกิดขึ้น ยังคงเป็นแบบ top-down มาจากคณะทำงาน DHS แก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอป่าซาง

ตลอด 1 ของโครงการบูรณาการฯ ในระยะที่ 1 ทำให้คณะทำงานเข้าใจ DHS มากขึ้น ได้ลงพื้นที่ “ขยายความคิด” และชักชวนคนที่มีจิตอาสาเข้ามาร่วมเป็นคณะทำงาน แต่พบว่าแต่ละชุมชนยังขัดแย้งกันอยู่ซึ่งเป็นโจทย์ใหญ่ของคณะทำงาน ซึ่งงานในระยะที่ 1 เน้นการสร้างความเข้าใจผ่านเวทีในชุมชน ในระยะที่ 2 จะยกระดับสู่เวทีระดับอำเภอ พร้อมกับลงพื้นที่ทำเวทีทั้งในป่าซางและปากบ่อง 10 ชุมชนหมู่บ้าน มุ่งสร้างความเข้าใจใน DHS ในผู้นำชุมชน สำหรับงานเพิ่มเติมในระยะที่ 2 จะ (1) เน้นสร้างภูมิคุ้มกันในกลุ่มเด็กและเยาวชนร่วมกับผู้ปกครอง อัยสอนหลาน ภูมิปัญญาท้องถิ่น ครอบครัวยุวชนในเด็กวัย ๖.5 และ ๖.6 โดยเฉพาะป้องกันบุหรีและสุราซึ่งเป็นต้นทางของยาเสพติด โดยสร้างความเข้าใจในสภาเด็กและให้เด็กขับเคลื่อนงานป้องกันในกลุ่มของเด็กๆ ด้วยตนเอง (2) พัฒนาศักยภาพทีมงาน พาไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมเขื่อนผาก อำเภอพร้าว (3) เตรียมความพร้อมผู้ผ่านค่าย ผู้พันโทษ ผู้ถูกคุมประพฤติในโครงการพ่อแม่อาสา โดยติดตามเยี่ยมเยียนและฝึก/ส่งเสริมอาชีพ (4) ตั้งด่านชุมชน เพราะป่าซางเป็นเขตติดต่อกับอำเภอสันป่าตองและอำเภอเมืองเชียงใหม่ เพื่อป้องกัน คัดกรอง และนำผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่ระบบบำบัด โดยคณะทำงานซึ่งแกนหลักเป็น อสค. จะใช้แนวทางโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยตัว + โปรแกรมพ่อแม่อาสา + การเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่องของสำนักงานคุมประพฤติในการขับเคลื่อนกิจกรรม โดยมุ่งสร้างกลุ่มพ่อแม่อาสา คุยกันทุกเดือนเพื่อค้นหาทางออกหรือทางแก้ไขปัญหาร่วมไปกับการสร้างอาชีพให้กับผู้มีปัญหาเสพติดที่เพิ่งพ้นโทษหรือถูกคุมความประพฤติและยังไม่มีอาชีพ ขณะที่ทำงานไปก็จะรวบรวมหลายทีมที่ทำงานอยู่แล้วในพื้นที่เข้ามาร่วมทำงานเป็นทีมเดียวกัน (เราเป็นทีมเขา เขาเป็นทีมเรา) ก็จะกลายเป็นพลังที่ทวีคูณและน่าจะมีแนวโน้มได้รับความร่วมมืออย่างดีจากชุมชน

ตำบลบ้านป้อม อำเภอศีร์ษะมาส จังหวัดสุโขทัย

แกนนำคือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ผลงานด้านการป้องกันคือ ให้ความรู้ จัดลานกีฬา ออกกำลังกาย ส่งเสริมกิจกรรมชุมชนทุกคนมีส่วนร่วมผ่านงานบุญประเพณี การอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรม ผลงานด้านการเฝ้าระวังคือ จัด “พลัง 25 ตาสับปรอด” สอดส่องคนแปลกหน้า สุ่มตรวจในโรงเรียน สุ่มเยี่ยมลูกบ้าน ประเมินพฤติกรรม ให้ความรู้ ผลงานด้านการบำบัดดูแลคือ เยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องจากค่ายบำบัดและโรงพยาบาล ผลงานด้านการฟื้นฟูสงเคราะห์ต่อเนื่องคือ ร่วมกับครอบครัว ให้การช่วยเหลือส่งเสริมอาชีพและด้านอื่นๆ อย่างสม่ำเสมอ ดึงผู้มีปัญหาเข้ามาช่วยบำเพ็ญประโยชน์ การเชื่อมโยงปัญหาเสพติดเข้ากับ DHS พบว่าพยายามเชื่อมโยงปัญหาเสพติดกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ ดึงบุคลากรจาก รพสต. และโรงพยาบาลอำเภอมาเป็นทีมสุขภาพของตำบลออกเยี่ยมและดูแลผู้มีปัญหา

พื้นที่ดำเนินงานคือ ตำบลบ้านป้อม หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 4 มีปัญหาเสพติด ขณะที่หมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 6 มีปัญหาสุรา แต่ละพื้นที่จึงมีจุดเน้นต่างกัน โดยหมู่ที่ 3 เน้นงานป้องกันและบำบัดโดยชุมชนด้วยการสร้างผู้นำชุมชนและชาวบ้านมาเป็นผู้นำบำบัด หมู่ที่ 4 เน้นงานบำบัด โดยทีมสุขภาพจะให้ความรู้ชุมชนให้บำบัดเองเป็นและค้นหาเข้าถึงรายบุคคล เน้นกิจกรรมสร้างภูมิคุ้มกันบุหรี สุรา ยาเสพติดในวัยรุ่น ร่วมกับติดตามช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมาย ส่งเสริมอาชีพให้กับผู้ผ่านการบำบัด เน้นเศรษฐกิจพอเพียงอย่างยั่งยืน หมู่ที่ 5 เน้นงานป้องกัน

ในวัยรุ่น หมู่ที่ 6 เน้นปัญหาสุราโดยเฉพาะผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว เนื่องจากสุราเกี่ยวข้องกับอย่างใกล้ชิดกับยาเสพติด หากต้องการลดปัญหาเสพติดต้องลดปัญหาสุราด้วย นอกจากนี้พื้นที่ทำงาน 4 หมู่บ้าน แล้วยังจะขยายเครือข่ายด้วยการตั้งตำรวจและทหารเข้ามาร่วมกันทำงาน

การทำงานมุ่งเจาะผู้มีปัญหาเสพติดเป็นรายกลุ่ม ลดกลุ่มเสี่ยง ทำงานร่วมกับเครือข่ายทหารและตำรวจซึ่งให้ความร่วมมืออย่างดี คณะทำงานจะช่วยงานปราบปรามของตำรวจและทหาร ขณะที่ตำรวจและทหารก็มาช่วยงานเยี่ยมบ้านของคณะทำงานซึ่งนำทีมโดย อสค. ที่รู้ตัวผู้เสพยาจะชักชวนมาบ่าบัดก่อนที่จะถูกจับดำเนินคดีและมีประวัติ blacklist ติดตัวอันจะส่งผลต่อการใช้ชีวิตและการทำงานในอนาคต นี่เป็นข้อจูงใจสำคัญทำให้ได้รับความร่วมมือเข้าบ่าบัดอย่างสมัครใจ นอกจากนี้ยังจะตั้งศูนย์เรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง ตั้งเป้าหมายไว้ 30 กว่าแห่งทั่วอำเภอเพื่อสร้างอาชีพโดยหวังว่าจะช่วยดึงผู้เสพยาไม่ให้ออกไปเสพยาอีก และจะสร้างอาสาสมัครในชุมชนทำหน้าที่ให้คำแนะนำกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง โดยดำเนินงานไปตามวงจร P-D-C-A และ AAR รวมถึงถอดบทเรียน เพื่อปรับปรุงงานในพื้นที่และเพื่อถ่ายทอดให้แก่พื้นที่อื่น สิ่งที่ต้องการจาก NSAC คือ สื่อด้าน brain addiction และ model สมองแบบถอดชิ้นส่วนแยกได้ รวมถึงวิธีทัศน์และอื่นๆ จากปปส. ที่เกี่ยวกับโรคสมองติดยาเพื่อเป็นสื่อการสอนและให้ความรู้เรื่องอาการเสพติดความสุข

ตำบลชัยอุดม อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

แกนนำคือ รพสต. ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำและกรรมการหมู่บ้าน อสม. อปพร. ชรบ. ผลงานด้านการป้องกัน คือ ออกแบบ 7 กิจกรรมสร้างภูมิคุ้มกันซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย เน้น “เด็กคิด-ผู้ใหญ่สาน” ผลงานด้านการเฝ้าระวังคือ ดึงความร่วมมือจากทุกคน ทุกหน่วยงานช่วยกันสอดส่องทั้งเป็น/ไม่เป็นทางการ รายงานผ่าน LINE กลุ่มชัยอุดมโมเดล ผลงานด้านการบำบัดดูแลคือ ค้นหา คัดกรอง ชี้แจงทำความเข้าใจ กระบวนการรักษา และจูงใจเข้าบำบัดรักษาโดยไม่มีอัตรา drop out ผลงานด้านการฟื้นฟูส่งเสริมต่อเนื่องคือ กระตุ้นชุมชนเห็นใจให้โอกาสผู้มีปัญหาเสพติดที่ผ่านการบำบัดให้มีอาชีพและสรรหาแหล่งสนับสนุนอาชีพ การเชื่อมโยงปัญหาเสพติดเข้ากับ DHS พบว่าพยายามเชื่อมโยงปัญหาเสพติดกับปัญหาเศรษฐกิจส่วนตัว รายจ่ายเกินรายได้ และสร้างชุดปฏิบัติการด้านยาเสพติดระดับอำเภอประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ

ทีมทำงานหลักจะนำโดยพยาบาล แต่วันนี้ตำรวจในบทบาทของครู DARE มาแลกเปลี่ยนสิ่งที่ทำและได้ บทเรียนในพื้นที่ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยในงานคัดกรองในโรงเรียน ร่วมกับอาจารย์ใหญ่คัดกรองนักเรียนที่ใช้ยาเสพติด มาทำ MOU กับนักเรียน และอบรมให้ความรู้ร่วมกันทั้งโรงเรียน แต่ผ่านไปสักพักก็กลับไปมีปัญหาเหมือนเดิมเพราะปัญหาอยู่ในชุมชน ยาเสพติดยังอยู่ในชุมชน จากนั้นจึงนายอำเภอเพื่อจัดตั้งชุด ชรบ. หมู่บ้าน ตั้งด่านตรวจ สุ่มตรวจ ประชาสัมพันธ์กดดัน 6 เดือนปัญหาหายไป แต่ก็กลับมาใหม่ เพราะคนในชุมชนยังคงดื่มสุราเป็นวิถีชีวิตและประเพณี ซึ่งสุราเป็นต้นทางของยาเสพติด ปัญหายังคงอยู่ในชุมชน ยาเสพติดก็ยังมีระบาดอยู่ ตำรวจเคยใช้มาตรการจูงใจตัดเสื้อบอลให้หากวัยรุ่นเลิกสูบบุหรี่ได้ แต่กลับสื่อสารไปในทางตรงกันข้ามว่าหากสูบบุหรี่จะได้รับแจกเสื้อบอล ... จากประสบการณ์ทำงานที่ไม่เคยแก้ไขปัญหายาเสพติดได้จริงจัง จึงคิดว่าหากแก้ไขที่ชุมชนซึ่งเป็นแหล่งรวมปัญหา ทำชุมชนบำบัด เริ่มต้นที่ผู้นำชุมชน ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต น่าจะลดปัญหาลงได้

“ชัยอุดม Model” มุ่งสร้างภูมิคุ้มกันของเด็กและเยาวชนให้ปลอดภัยเสพติด 100% โดยมี รพสต. ครู ประถม-มัธยม ครู กศน. เทศบาล ตำรวจ พระสงฆ์ ผู้ใหญ่บ้าน เป็นทัพหน้า ซึ่งเป็นคณะทำงานที่ประกอบด้วย สหวิทยาการหลากหลายอาชีพกว่า 30 คน เป็นคนรุ่นอายุเดียวกัน เป็นศิษย์เก่าสถาบันเดียวกัน เป็นเพื่อนกัน ทำให้การทำงานคล่องตัวไม่มีช่องว่างในการสื่อสาร ทำงานทดแทนกันได้ ไม่มีใครเก่งกว่ากัน แต่เดินไปพร้อมกัน ทั้งเป็นคนในพื้นที่ที่จะอยู่ติดพื้นที่ที่สามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ห่างหายไปจากมือของผู้บริหารหน่วยงานราชการซึ่งมีการโยกย้ายบ่อยทำให้งานสะดุดและต้องวนกลับไปจุดเริ่มต้นทุกครั้งยากที่จะก้าวหน้า อีกทั้งทีมงานสหวิทยาการยังมีจุดเด่นจุดแข็งต่างกันสำหรับมาช่วยแก้ไขปัญหา เช่น ผู้ใหญ่บ้านเก่งการเงินจะให้ทักษะการทำบัญชีส่วนตัวและครัวเรือน ครู กศน. เก่งการสร้างเสริมอาชีพ เทศบาลถนัดอำนวยพื้นที่จัดหาของขวัญรางวัล-ปฏิคมในการจัดกิจกรรม ตำรวจเก่งด้านนันทนาการกิจกรรม เป็นต้น ทุกข้อมูลและทุกกิจกรรมของคณะทำงานจะนำรายงานแก่นายอำเภอและหัวหน้าส่วนราชการเพื่อทราบอย่างสม่ำเสมอ จากนั้นก็จะนำไปประกาศเผยแพร่ในชุมชนโดยมุ่งสื่อสารเชิงประโยชน์ให้แก่ชุมชนได้ตระหนักว่าประโยชน์ของกิจกรรมต่างๆ ชุมชนและเด็กเยาวชนจะได้อะไรบ้างเพื่อหวังว่าจะดึงดูดการมีส่วนร่วมจากชุมชนได้เมื่อชุมชนตระหนักในประโยชน์ที่ได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อม

“ชัยอุดมโมเดล” มุ่งสร้าง “เด็กน้ำดี” ก่อนไปแก้ไข “เด็กที่ก้าวพลาด” สืบเนื่องมาจากปัญหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ผ่านการบำบัด กลุ่มผู้ถูกคุมประพฤติ เน้นงานป้องกันและส่งเสริมอาชีพ กิจกรรมที่ภูมิใจถ่ายทอด ได้แก่

- “เด็กคิด ผู้ใหญ่สาน” และ “สภาเด็กเยาวชน” มุ่งเป้าที่เด็กน้ำดี หวังให้เด็กน้ำดีเป็นทัพหน้า ด้วยการสร้างภาวะผู้นำให้เด็กโดยที่เด็กไม่รู้ตัว เป็นการสร้างเวทีแสดงออกของเด็ก สร้างโอกาสให้เด็กระดมสมอง ส่งเสริมความคิดที่เด็กร่วมกันสร้างสรรค์ให้เป็นผลงานรูปธรรมเพื่อให้เกิดสมดุลและสมบูรณ์ในหมู่บ้านชุมชน โดยอำนวยให้เด็กคิดเองจะได้ลงมือทำตามความคิดและความสนใจของตนเอง ที่ผ่านมามีโครงการนำทั้ง อาทิ ป่าชุมชน น้ำ ดิน อาหารปลอดภัย เป็นต้น
- “โรงเรียนชีวิต” และ “โรงเรียนพุทธบุตร” เป็นการสร้าง life skills/living skills ให้เด็กๆ โดยเฉพาะเด็กที่ครอบครัวไม่สมบูรณ์ แยกแยก ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ อยู่กับญาติผู้ใหญ่ โดยนำภูมิปัญญาพื้นบ้านสำหรับชีวิตประจำวัน อาทิ ปลูกผัก เก็บพืช ก่อไฟ หุงข้าว ทำงานบ้าน งานครัว งานสวน ขุดบ่อน้ำ ไปจนถึงฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ส่งเสริมสัมมาอาชีพต่างๆ ให้ทางเลือกกับเด็กๆ ที่จะเติบโตขึ้นมาในยุค Thailand 4.0 ก็ยังเข้าใจที่มาของพื้นที่ซึ่งเป็นสังคมเกษตรกรรมตั้งแต่ยุค Thailand 1.0, 2.0, 3.0 นอกจากจะได้เข้าใจที่มาของตนเองแล้วยังสร้างความภาคภูมิใจในบ้านเกิดอีกด้วย จากนั้นขยายจากเด็กน้ำดี ไปสู่เด็กก้าวพลาด เป็นดาวล้อมเดือน
- “ดาวล้อมเดือน” มุ่งปรับทัศนคติ สร้างแรงบันดาลใจ ให้โอกาส ให้อาชีพที่เรียนรู้ง่าย ลงทุนน้อย เริ่มต้นทำได้เลย มีการทำพันธสัญญากับเด็กในการให้ความช่วยเหลือและติดตามผล สำหรับเดือนที่พัฒนาตนเองขึ้นมาได้ก็จะกลายเป็น “เดือนเด่น” เป็น role model ให้กับเด็กก้าวพลาดคนอื่นได้เดินรอยตาม เดือนเด่นจะทำหน้าที่ peer support ให้กับเด็กก้าวพลาดคนอื่นที่จะไม่เสพซ้ำ ไม่ทำผิดซ้ำ นำพาไปทำกิจกรรมส่งเสริมต่างๆ เช่น งานสล่า

อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

แกนนำคือ สสอ. และโรงพยาบาลลานสัก ผลงานด้านการป้องกันคือ อบรมให้ความรู้และจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนักให้นักเรียนในโรงเรียน ส่งเสริมสถาบันครอบครัว ผลงานด้านการเฝ้าระวังคือ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตั้งด่านตรวจในพื้นที่เสี่ยง ผลงานด้านการบำบัดดูแลคือ คัดกรองด้วยชุดตรวจปัสสาวะเน้นนักเรียนกลุ่มเสี่ยงเพื่อจูงใจบำบัดด้วยรูปแบบจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ ผลงานด้านการฟื้นฟูสงเคราะห์ต่อเนื่องคือ ประสานผู้นำชุมชนให้ทุนประกอบอาชีพแก่ผู้มีปัญหาเสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดและมีความประพฤติดี การเชื่อมโยงปัญหาเสพยาเสพติดเข้ากับ DHS พบว่าพยายามเชื่อมโยงปัญหาเสพยาเสพติดกับปัญหาครอบครัวแตกแยก ปัญหาสังคม และปัญหาเศรษฐกิจส่วนตัวรายจ่ายเกินรายได้ นำประเด็นยาเสพติดเป็น ODOF ที่ทุกฝ่ายต้องเข้ามาส่วนร่วมดำเนินการ

อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมา

แกนนำคือ งานป้องกันอำเภอดง โรงพยาบาลดง สสอ. และสถานศึกษา ผลงานด้านการเฝ้าระวังคือ มุ่งงานเฝ้าระวังเป็นหลักด้วยเครื่องมือ/โปรแกรมคอมพิวเตอร์พัฒนาโดยเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อสร้างต้นแบบระบบและฐานข้อมูลการเฝ้าระวังยาเสพติดในชุมชน การเชื่อมโยงปัญหาเสพยาเสพติดเข้ากับ DHS พบว่าพยายามเชื่อมโยงปัญหาเสพยาเสพติดกับปัญหาสุขภาพในวัยรุ่น และพยายามสร้างแนวร่วมในการทำงานระหว่างชุมชนกับอำเภอ แต่ภาระงานของผู้นำชุมชนมีมากเพราะทุกกิจกรรมมาลงที่ชุมชนทำให้การมีส่วนร่วมในเชิงรุกในทุกกิจกรรมมีน้อย

หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบคือ โรงพยาบาลดง โดยลักษณะภูมิประเทศของอำเภอดงเป็นศูนย์กลางการค้าของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูลจากสำนักงาน ป.ป.ส. ภาค 3 ในปี 2559 พบว่าจำนวนคดีจับกุมผู้ค้าสารเสพติดสูงเป็นอันดับสองของภาคตะวันออกเฉียงเหนือรวม 9,451 คดี รองจากจังหวัดอุบลราชธานี 9,668 คดี โดยมียาบ้ามากที่สุด มูลค่าของกลางจับกุมมากที่สุด 150 ล้านบาท อัตราความชุกของจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดร้อยละ 8.9 สูงกว่าอัตราของประเทศและของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอัตราร้อยละ 6.49 พบว่าผู้ใช้ยาเสพติดที่อายุต่ำที่สุดคือ 15 ปี อัตราความชุกของผู้ใช้ยาเสพติดอยู่ในช่วงอายุ 15-25 ปีมากที่สุด

พื้นที่ของอำเภอดงไม่ใช่ต้นทางผลิต-ลำเลียง และไม่ใช้ตลาดของยาเสพติด น่าจะเป็นพื้นที่ตรงกลางน้ำมากกว่า การเชื่อมโยงระบบเฝ้าระวังในการแก้ไขปัญหาสุขภาพมีลำดับการดำเนินงานคือ การเฝ้าระวัง → การป้องกัน/ควบคุม → การบำบัดรักษา → การฟื้นฟู/ติดตาม → คัดคนดีสู่สังคม โดยด้านการเฝ้าระวังจะมุ่งค้นหาสาเหตุ ปัจจัย การกระจายของยาเสพติดและผู้ใช้ยาเสพติดเพื่อพัฒนาเครื่องมือและมาตรการต่างๆ ด้านการป้องกัน/ควบคุมจะได้ข้อมูลอัตราการป่วย หรือไม่ป่วยของผู้ใช้สารเสพติด ตลอดจนอัตราการระบาดของสารเสพติดในพื้นที่ ด้านการบำบัดรักษาจะได้ข้อมูลผู้ใช้สารเสพติดที่บำบัดแล้วหาย หรือไม่หาย หรือตาย และด้านการฟื้นฟู/ติดตาม จะได้ข้อมูลชีวิตของผู้ใช้สารเสพติดที่ปกติหรือไม่ปกติ หรือต้องการความช่วยเหลือพัฒนาอาชีพ

งานในปีที่ผ่านมาได้เริ่มต้นระบบฐานข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังในระดับอำเภอแต่ยังไม่สมบูรณ์ แผนการดำเนินงานในสองปีข้างหน้าจะเน้นทั้งสานต่อ-เชื่อมโยง-ขยายผล โดย (1) สานต่อ ระบบเฝ้าระวังจากปี 2559 ซึ่งเป็นฐานข้อมูลระดับอำเภอและเป็นแหล่งข้อมูลหลักฐานเดียวในการทำงานเฝ้าระวังยาเสพติดครอบคลุมจำนวน

ผู้ใช้ ผู้เสพ/ผู้ติด ผู้เสี้ยง ในงานสานต่อหมายถึง การสร้างเครือข่ายและกลไกการดำเนินงานเฝ้าระวังต่อ พัฒนา ศักยภาพและยกระดับเครือข่ายเฝ้าระวังภาคประชาชนจำนวน 156 คน รวมถึงประเมินประสิทธิผลของระบบเฝ้า ระวังใน 10 ตำบล (2) เชื่อมโยง จากข้อมูลตั้งต้นจะนำเข้าสู่ ศป-ปส.อ.คง มุ่งหวังจะดึงผู้โช้ยาที่ผ่านค่ายบำบัด แล้ว หรือ peer ร่วมกับปราชญ์ชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน มาช่วยงานบำบัดฟื้นฟูในชุมชน เพื่อลดขนาดของกลุ่ม เสี้ยงโช้ยาเสพติดในโรงเรียนและในชุมชน จำนวน 23 โรงเรียน ใน 156 หมู่บ้าน โดยใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง ที่พัฒนาขึ้น (3) ขยายผล ขยายระบบเฝ้าระวังให้ครอบคลุมทุกชุมชนหมู่บ้าน โรงเรียนระดับมัธยม และโรงเรียน ขยายโอกาสทั่วทั้งอำเภอ รวมถึงพัฒนาหมู่บ้านชุมชนบำบัดต้นแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ใน พื้นที่อำเภอคง 2 หมู่บ้าน

ในพื้นที่อำเภอคงมีคณะทำงานระบบสุขภาพอำเภอที่ทำงานแก้ไขปัญหาเสพติด ประกอบด้วย ทีมพี่ เลี้ยง 8 คน ทีมงาน 60 คน เครือข่ายเฝ้าระวังกว่า 500 คน ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการดำเนินงานในสองปี ข้างหน้า คาดว่าชุมชน โรงเรียน และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเสพติดในอำเภอคงจะ (1) ได้ แนวทางในการเฝ้าระวังเพื่อลดปัญหาเสพติดและเป็นต้นแบบให้พื้นที่อื่นที่มีสภาพปัญหาคล้ายคลึงกัน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป (2) เกิดการพัฒนาเฝ้าระวังเพื่อลดปัญหาเสพติด (3) เกิดหมู่บ้านชุมชน ต้นแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่อำเภอคง และเป็นต้นแบบให้พื้นที่อื่นที่มีสภาพปัญหา คล้ายคลึงกันสามารถนำไปดำเนินการต่อได้ (4) ลดจำนวนผู้โช้ยาเสพติดรายใหม่ในโรงเรียนและชุมชนอำเภอ คง โดยมีตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินโครงการ ได้แก่ ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรม มี กิจกรรมแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดแบบมีส่วนร่วมระดับอำเภอ มีมาตรการและ กลไกที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังเพื่อลดความต้องการใช้สารเสพติดของนักเรียน มีหมู่บ้านชุมชนบำบัดต้นแบบ โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ อย่างน้อย 2 หมู่บ้าน ผู้ผ่านการบำบัดเลิกโช้ยาเสพติด/สารเสพติดที่ผิด กฎหมายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ผู้ใช้/ผู้เสพสารเสพติดรายใหม่ในโรงเรียนและชุมชนอำเภอคงลดลง ทั้งนี้ การสร้างความต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดโครงการบูรณาการฯ คณะทำงาน “คงโมเดล” จะส่งเสริมสนับสนุนระบบ เฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นให้เป็นระบบอัตโนมัติและผลักดันเป็นงานประจำในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนส่งเสริม ชุมชนบำบัดให้เป็นวัฒนธรรมของชุมชน

เรื่องเล่าสองเรื่องที่ถูกใจนำเสนอโดยโรงพยาบาลคง คือ “กิจกรรมบำบัดยาเสพติดแบบสมัครใจ” อำเภอ คงไม่ทำค่ายบำบัดแต่ทำคลินิกโดยโรงพยาบาลคงให้ห้องแก่ผู้ผ่านค่ายบำบัดรุ่นก่อนมาจัดพื้นที่ตามที่ชอบ เป็น คลินิกที่ไม่เคยปิดประตู เป็นพื้นที่เปิดให้พูดคุยกัน ต้อนรับผู้มีปัญหาเสพติดที่สมัครใจบำบัดจากการพูดคุย และชักชวนของทั้งผู้ผ่านการบำบัด และพี่ บ้า น้ำ อา ที่เป็นหมอ พยาบาล ครู ตำรวจ ฯลฯ ที่เป็นคณะทำงาน ใน คลินิกนี้จัดบรรยากาศให้เหมือนบ้าน เป็นมิตร มีน้ำ ขนม หนังสือ โทรทัศน์ ให้เข้ามาพักผ่อนโดยไม่คิดค่าบริการ เน้นการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจเชื่อใจเพราะจะเป็นฐานสำคัญของการจูงใจเข้าสู่การบำบัดแบบ สมัครใจ ใช้ ASSIST v.2 เป็นเครื่องมือ ผลคะแนนที่ได้จะเชื่อมสู่การจูงใจบำบัด (ASSIST linked BI) สื่อสารด้วย ภาษาง่ายๆ เชงเปรียบเทียบการเสพยากับโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยให้ผู้เสพยาเสพติดตระหนักถึงปัญหาเชิงสุขภาพ ด้วยตัวเองเพื่อสมัครใจบำบัดให้ได้ผล มีการตั้งกลุ่มสนทนาผ่าน LINE ให้สื่อสารกันอย่างทั่วถึงและต่อเนื่องแม้ เมื่อผ่านการบำบัดไปแล้ว อีกหนึ่งเรื่องเล่าคือ “ชวนเพื่อนรักมาทักหมม” ที่มุ่งงานป้องกันการตั้งครรภก่อนวัยอัน ควร โดยเฉพาะวัยรุ่นชายที่มีปัญหาเสพติดและไม่พร้อมเป็นพ่อเพื่อไม่ให้ขยายปัญหาให้หนักหนากว่าเดิม มี

การแจกถุงยางอนามัยฟรี ทั้งสองเรื่องเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ได้รับรางวัลด้านการบำบัดดีเด่นระดับประเทศ ต่อไป จะขยายจากโรงพยาบาลไปยังชุมชน

อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต

แกนนำคือ สสจ. ภูเก็ต และเทศบาลนครภูเก็ต ร่วมกับ ศ.ปปส.อ. ซึ่งเป็นหน่วยงานรูปธรรมด้านงานยาเสพติดระดับอำเภอ ดำเนินงานทุกกิจกรรมในงานด้านยาเสพติดครบถ้วนและทำจริงจัง ตลอดจนผลักดันภาพของศูนย์อำเภอไปสู่ศูนย์ตำบลและศูนย์หมู่บ้าน ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากท้องถิ่น/ท้องที่ ผลงานด้านการเฝ้าระวังคือ มุ่งงานเฝ้าระวังเป็นหลักด้วยเครื่องมือ/โปรแกรมคอมพิวเตอร์พัฒนาโดยเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อสร้างต้นแบบระบบและฐานข้อมูลการเฝ้าระวังยาเสพติดในชุมชน การเชื่อมโยงปัญหาเสพติดเข้ากับ DHS พบว่าพยายามเชื่อมโยงปัญหาเสพติดกับปัญหาพฤติกรรมเด็กปฐมวัย ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อดึงการมีส่วนร่วมจากชุมชนและทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาดำเนินกิจกรรม และผลักดันปัญหาเสพติดเข้าสู่แผนงานการแก้ไขปัญหของระบบสุขภาพอำเภอเมืองภูเก็ต

อำเภอเมืองภูเก็ตจัดเป็นพื้นที่ปลายทางของยาเสพติด เพราะเป็นแหล่งท่องเที่ยว ผู้ใช้ยาเสพติดมีทั้งคนในพื้นที่ คนต่างถิ่น และนักท่องเที่ยว งานในอีกสองปีข้างหน้าจะเน้นสร้างภูมิคุ้มกันในกลุ่มเด็กปฐมวัยในโรงเรียนร่วมกับครูและผู้ปกครองซึ่งได้นำร่องไปบ้างแล้วได้รับความสนใจอย่างมาก จากนั้นจะขยายไปยัง รพ สต. ร่วมกับงานคัดกรอง จากนั้นขยายไปยังนักเรียนมัธยม บุรณการกับ อบต. เทศบาลภูเก็ต ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากเทศมนตรีภูเก็ตอย่างดี ทั้งได้แนะนำให้ตั้งสภาเยาวชนมาร่วมในทีมทำงานด้วย และหวังว่าจะขยายเต็มพื้นที่ทุกตำบลในอำเภอ แต่งานป้องกันในกลุ่มผู้ใหญ่ในเขตเมืองน่าจะดำเนินการยาก แต่ก็ก็นำผู้เสพที่บำบัดหายขาดแล้วมาช่วยบำบัดผู้เสพในปัจจุบัน (peer support) ตั้งชื่อกิจกรรมว่า “สร้างดาวเด่นเป็นคนดี” ส่งเสริมศักยภาพความโดดเด่นของทั้ง peer ผู้ใช้ที่หายแล้วกับผู้ใช้ที่ยังอยู่ระหว่างบำบัดให้มีโอกาสได้มีกำลังใจบำบัดรักษาจนเลิกขาดและกลับเป็นคนดีสู่สังคม ซึ่งยังเป็นการลดอคติ/ตีตราจากชุมชน ในเวลาเดียวกันหาชุมชนให้โอกาสและมีทำที่ที่ต้อนรับอย่างเป็นมิตร จะลดอาการต่อต้านและประชดแก่ค่านิยมของผู้ใช้ยาเสพติดลงด้วย ในการคืนคนดีสู่สังคม เน้นการสร้างเสริมความคิดใหม่ คิดเชิงบวก คิดรักและพัฒนาบ้านเมือง คิดภาคภูมิใจในตนเอง คิดช่วยเหลือสังคม เสริมแรงทางบวก เช่น พาผู้มีปัญหาเสพติดไปชมพิพิธภัณฑ์ให้เห็นประวัติศาสตร์ การพัฒนาบ้านเมืองของบรรพบุรุษเพื่อสืบสานและพัฒนาบ้านเมืองต่อไป สร้างแรงบันดาลใจในการทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชนและพัฒนาบ้านเมือง ร่วมกลุ่มกันทำประโยชน์แก่สังคม เช่น หากสนใจด้านสิ่งแวดล้อม ก็ส่งเสริม สนใจด้านศิลปะ ก็ส่งเสริมและมีพื้นที่ให้ลงมือทำ ให้ผลงานเป็นที่ประจักษ์แก่ชุมชนและเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อผู้มีปัญหาเสพติดไปในทางบวกได้ ทีมงานก็ให้ความสำคัญและเชิดชูเกียรติ

งานในระยะที่ 2 ตั้งชื่อว่า “ต้นไม้ของพ่อ” จากสถานการณ์ระบาดของยาเสพติดทั้งยาบ้า กระท่อม กัญชา ไอซ์ และโคเคน คณะทำงานจะเน้นค้นหา-คัดกรอง-สนใจเข้าสู่การบำบัด จากข้อมูลพบว่าผู้เสพยาใหม่อายุน้อยที่สุด 9-12 ปี ทั้งยังเน้นสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน จัดตั้ง “กลุ่มก่อกองใจ” ของเด็กประถมซึ่งเป็นสภาเยาวชนของเด็กเล็กที่จะอำนวยความสะดวกให้ได้คิดสร้างสรรค์ โดยร่วมมือกับครูประถมและผู้ปกครองเพื่อขยายให้ครอบครัวเด็กนักเรียนปฐมวัยในอำเภอเมืองภูเก็ตทั้งหมด จะมีจำนวนกลุ่มเป้าหมายราว 3,000 คน ซึ่งเมื่อคณะทำงานได้

ข้อมูลมาแล้วจะตั้งทีมให้ความช่วยเหลือ ทำงานร่วมกับ DHS อำเภอ ประกอบด้วย เทศบาล อปท สสอ ศอ.สปป พม อสม กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน รวมถึงเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการ empower ชุมชน และเชิดชูเกียรติของครูที่เข้ามาร่วมเป็นคณะทำงาน เพราะใบประกาศหรือโล่ห์ต่างๆ จะเป็นผลงานบันทึกใน portfolio เพื่อการพิจารณาให้รางวัลการทำงานและเป็นการสร้างแรงจูงใจให้คนทำงานในอีกส่วนหนึ่ง

งานในระยะที่ 2 มีลักษณะเป็น R2R และ R&D คาดหวังที่จะมีฐานข้อมูลระดับอำเภอ และ website ที่ผู้เข้าชมสามารถกรอกแบบประเมินตนเองและรับคำปรึกษาแนะนำหรือให้ความรู้ด้านยาเสพติดจากบุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลวิษระ อีกทั้งพัฒนาคู่มือทำงานให้กับคณะทำงาน ทั้งนี้ คณะทำงานยังต้องการพัฒนาศักยภาพจึงต้องการ (1) วิทยากรกระบวนการ (2) ทักษะการถอดบทเรียน (3) องค์กรความรู้และทักษะการสร้างภูมิคุ้มกันในเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะการสื่อสารกับเด็กที่เป็นลูกครึ่งตะวันตก และ (4) ทักษะ basic counselling ในชุมชน

อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา

แกนนำคือ สภาหัวหน้าส่วนราชการตำบลคูหาใต้ จุดอ่อนของพื้นที่คือสายสัมพันธ์กับ นักการเมืองท้องถิ่น มีอุปสรรคด้านทัศนคติ พวกพ้อง อิทธิพล ผลประโยชน์ ฐานเสียง/ฐานคะแนน ผลงานด้านการป้องกันคือ แบ่งโซนบ้าน แบ่ง อสม. ดูแล คริวเรือน เปิดพื้นที่ สร้างเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารร่วมกับทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องในการติดอาวุธทางปัญญาให้เยาวชนและคนทำงานด้านยาเสพติดในพื้นที่ ผลงานด้านการเฝ้าระวังคือ ใช้กลไกกฎหมายประชาคมหมู่บ้าน และกลไกกฎหมายภาครัฐเฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรอง ผลงานด้านการบำบัดดูแลคือ สืบเนื่องจากการค้นหา คัดกรอง จูงใจเข้าสู่ค่ายบำบัดและฝึกวิชาชีพหรือสนับสนุนให้ศึกษาต่อภายใต้กองทุนที่ระดมเงินร่วม 1:1 รัฐและชุมชน ผลงานด้านการฟื้นฟูสงเคราะห์ต่อเนื่องคือ สร้างเครือข่าย อสค. และยุติธรรม ชุมชนทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน เยี่ยมครอบครัว และดูแลสงเคราะห์ต่อเนื่อง การเชื่อมโยงปัญหาเสพติดเข้ากับ DHS พบว่าพยายามพัฒนาโครงสร้าง DHS ระดับหมู่บ้านและตำบล เชื่อมโยงปัญหาเสพติดกับปัญหาเศรษฐกิจ เน้นการสร้างความคิดใช้ชีวิตแบบเศรษฐกิจพอเพียง ใช้คำสั่ง คสช. 108/2557 เพื่อเปิดทางการทำงานด้านยาเสพติดในพื้นที่ทั้งงานป้องกัน เฝ้าระวัง บำบัดดูแล และฟื้นฟูสงเคราะห์ต่อเนื่อง

4.2 สรุปผลการดำเนินงานของ 10 ชุมชนที่เป็นพื้นที่นำร่องปฏิบัติการและสังเกตการณ์

โดยภาพรวมของการขับเคลื่อนโครงการฯ กล่าวได้ว่าการออกแบบกิจกรรมตาม 4 หน่วยงานหลักอยู่ในระยะลองผิดลองถูก แผนงานมีความก้าวหน้าไปในระดับหนึ่ง สรุปได้ดังตารางด้านล่าง

ตารางที่ 2: เปรียบเทียบการขับเคลื่อนงานด้านยาเสพติดใน 10 พื้นที่นำร่องของโครงการฯ ระยะที่ 1

งานป้องกัน	งานเฝ้าระวัง	งานบำบัดดูแล	งานฟื้นฟูสงเคราะห์
พื้นที่นำร่องส่วนใหญ่ยังคงเน้นการอบรมให้ความรู้ มุ่งนักเรียนในโรงเรียน พื้นที่ที่ทีมทำงานแข่งแกร่งจะออกแบบกิจกรรมป้องกันที่สร้างสรรค์และหลากหลาย เช่น พญาเม็งราย คีรีมาส และทุ่งเสลี่ยม	พื้นที่นำร่องส่วนใหญ่ยังคงเน้นการตั้งด่าน สุ่มตรวจ สอดส่อง ยกเว้นเมืองภูเก็ต และคง ที่มุ่งสร้างต้นแบบระบบและฐานข้อมูลการเฝ้าระวังยาเสพติดในชุมชนด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์	ทุกพื้นที่นำร่องคัดกรองเพื่อจูงใจผู้มีปัญหาเสพติดเข้ารับการบำบัด สังเกตได้ว่าในพื้นที่ที่ทีมสุขภาพเป็นแกนนำ จะมีการให้ข้อมูลสร้าง ความเข้าใจในกระบวนการบำบัดและให้คำปรึกษาตลอดกระบวนการ	ทุกพื้นที่นำร่องพยายามให้ความช่วยเหลือหลังการบำบัดโดยเน้นการมีงานทำ แต่ทุกพื้นที่ยังขาดการมองถึงการฟื้นฟูเชิงกาย-จิต-สังคม ซึ่งต้องให้ความรู้ความเข้าใจต่อไป

เมื่อสิ้นสุดโครงการฯ ในระยะที่ 1 ทั้ง 10 พื้นที่นำร่องปฏิบัติการและสังเกตการณ์ได้มองเห็นและตระหนักถึงความไม่ร่วมมือร่วมใจกันอย่างแท้จริงระหว่างกลไกชุมชนและกลไกภาครัฐ ยังต้องอาศัยเวลาเพื่อฟื้นฟูและสร้างความสัมพันธ์ทั้งภายในและระหว่างชุมชน รวมถึงเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานภาครัฐทั้งที่เป็นและไม่ใช่เป็นทางการ

การดำเนินงานช่วงต้นของโครงการฯ ทั้ง 10 ชุมชนที่เป็นพื้นที่นำร่องต่างตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นของการพัฒนากลไกชุมชนและกลไกบูรณาการตลอดจนการออกแบบกิจกรรมแนวใหม่ที่สร้างผลกระทบในพื้นที่ทั้งการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดที่มีประสิทธิภาพและหวังผลได้ ทั้ง 10 พื้นที่นำร่องในโครงการฯ มีความพยายามเชื่อมโยงปัญหาเสพติดของชุมชนเข้ากับปัญหาสุขภาพ ปัญหาวัยรุ่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคม ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการพิจารณาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นปัจจัยสาเหตุและผลกระทบที่ได้รับจากยาเสพติด เพื่อเปิดประเด็นและแสวงหาแนวร่วมทำงานด้านยาเสพติดในพื้นที่แต่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ (Service Plans) ของ DHS 20 ชุดบริการซึ่งรวมบริการบำบัดรักษาเสพติดเอาไว้ด้วย แต่ก็ยังไม่สามารถยกระดับปัญหาเสพติดขึ้นมาเป็น One District One Project: ODO หรือหนึ่งตำบลหนึ่งโครงการเพื่อเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพของ DHS ได้

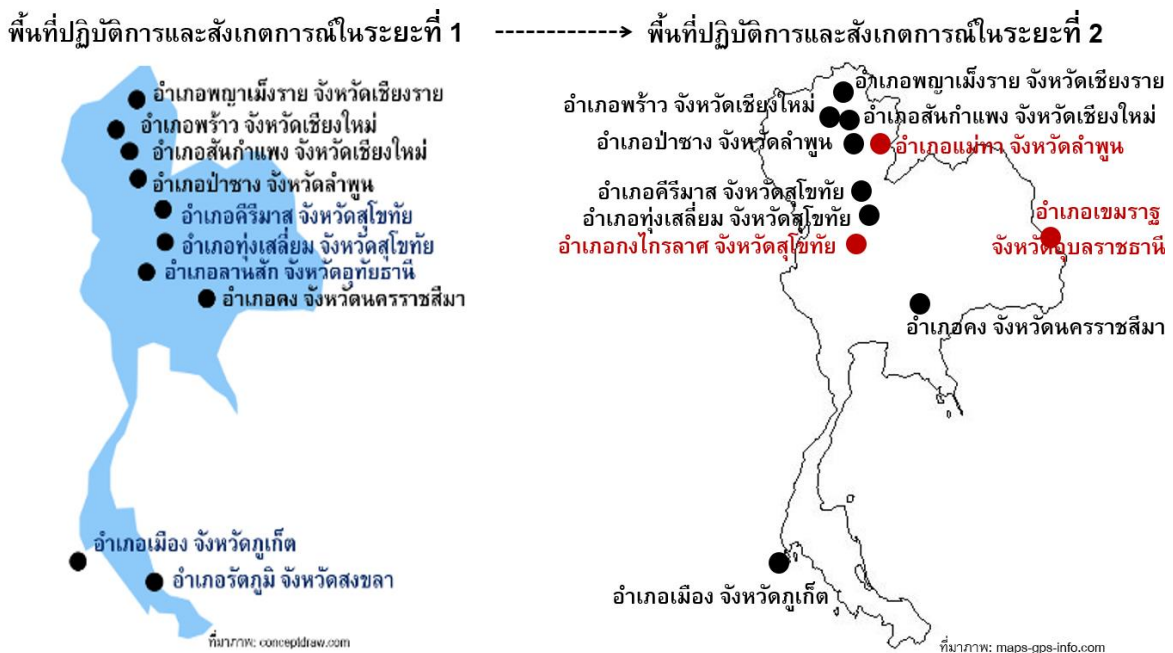
นอกจากนี้ ทั้ง 10 ชุมชนที่เป็นพื้นที่นำร่องดำเนินโครงการฯ ยังมีความพยายามที่จะปลูก/ปลุกภาวะ Active Citizen ทั้งในระดับผู้นำ/แกนนำ/จิตอาสาในชุมชน ตลอดจนการปลูก/ปลุกสายสัมพันธ์ในชุมชนเพื่อการลุกขึ้นมาเป็นเจ้าของและแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่เชิงรุกและอย่างสมัครสมานสามัคคีที่ยังอ่อนกำลังอยู่ กลไกชุมชนยังไม่ Bottom-up ไปเชื่อมโยงเข้ากับกลไกบูรณาการกับหน่วยงานรัฐระดับอำเภอซึ่งยังคงมีลักษณะต่างคนต่างทำตาม KPI ของตนเองและ Top-down เช่นเดิม นอกจากนี้ สัมพันธภาพในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ของหน่วยงานสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและภาคประชาสังคมที่มีอยู่เดิม มีความหลากหลายโดยส่วนใหญ่จะมีสัมพันธภาพที่ดีในวงจำกัด ตามบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องอาศัย

การทำความเข้าใจและการจูงใจให้มีส่วนร่วม โดยมีเป้าหมายการทำงานสอดคล้องตรงกันและมีกระบวนการสื่อสาร ปรึกษาหารือ ร่วมตัดสินใจและเรียนรู้ร่วมกัน

เนื่องจากระบบสุขภาพอำเภอเป็นระบบใหม่และยังมีการดำเนินงานมาไม่นาน โครงสร้างการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแยกจากงานยาเสพติด อีกทั้ง ผู้รับผิดชอบงานระบบสุขภาพอำเภอของทางสาธารณสุขในพื้นที่หลายแห่งยังเข้าใจว่างานยาเสพติดเป็นงานของหน่วยงานมหาดไทย ตามโครงสร้างของศูนย์พลังแผ่นดินเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด (ศพ.ปส.) ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดและนายอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบในระดับอำเภอ งานยาเสพติดจึงไม่ใช่งานโดยตรงของหน่วยงานสาธารณสุข ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาความเข้าใจร่วมกันในการสนับสนุนงานบูรณาการภายใต้โครงสร้างกลไกของระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

4.3 ชุมชนที่สนใจจะเข้าร่วมโครงการฯ ระยะที่ 2

ในการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมในระยะที่ 1 มีการวางแผนกิจกรรมต่อเนื่องไปในระยะที่ 2 พบว่ามี 3 ชุมชนซึ่งเป็นพื้นที่สังเกตการณ์ในระยะที่ 1 และเป็นพื้นที่ที่ได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมโครงการฯ ในระยะที่ 2 ได้มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับการขับเคลื่อนงานในอนาคต ได้แก่ (1) ตำบลท่าฉนวน อำเภอองไกรลาส จังหวัดสุโขทัย (2) ตำบลทาบลาดุก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน และ (3) ตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี



ภาพที่ 6: พื้นที่นำร่องในระยะที่ 2 ของโครงการฯ

ตำบลท่าฉนวน อำเภอองไกรลาส จังหวัดสุโขทัย

ในปี 2556 หมู่ 2 บ้านหนองบัวเป็นพื้นที่แพร่ระบาดรุนแรง แต่ได้แก้ไขด้วยการเข้าถึงและคัดกรองผู้มีปัญหารายบุคคล จูงใจให้เข้ารับการบำบัดอย่างสมัครใจ รวมถึงติดตามต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำ จน

สามารถลดจำนวนผู้มีปัญหายาเสพติดลดลงจาก 80 เหลือ 23 เหลือ 4 คนโดยไม่กลับไปเสพซ้ำ และไม่มีตัวเลขผู้ใช้เพิ่มอีกในปี 2558 ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหโดยไม่ผูกพันกับปีงบประมาณที่จะค้นหาผู้มีปัญหาเฉพาะในช่วงเวลาที่จะทำค่ายบำบัดอำเภอ หากค้นหาพบก่อนหน้าจะจัดค่ายก็จะปล่อยตัวไปและรองกว่าเปิดค่ายจึงนำมาบำบัดซึ่งไม่ได้ผล แต่ที่หมู่ 2 ค้นหาผู้มีปัญหารายบ้าน รายบุคคล ทำงานร่วมกับทุกภาคส่วนในชุมชนอย่างเชื่อมโยงและเครือข่ายทศสตรและเป้าของแต่ละหน่วยงานในพื้นที่ เช่น นำเป้าของตำรวจมาแชร์กับเป้าของ รพสต. กับเป้าของกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน ในยุทธศาสตร์ทั้งค้นหา คัดกรอง บำบัด ติดตาม และกำหนดเป็นเป้าร่วมของพื้นที่ซึ่งมีทุกหน่วยงานทำงานด้วยกันเพื่อร่วมกันทำงานตั้งแต่ต้นทางถึงปลายทางของกระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน จนกระทั่งสถานการณ์ในหมู่ 2 อยู่ในการควบคุม จึงคิดต่อไปอีกว่าหากหมอ พยาบาล ตำรวจที่เป็นทีมงานเดิมต้องย้ายไปจากพื้นที่ หรือกำนัน-ผู้ใหญ่บ้านเปลี่ยนคนไป ใครจะมาทำงานต่อเนื่อง ชาวบ้านจะทำอย่างไร ผนวกกับมีเหตุการณ์ระบาคในหมู่ 3 ทีมงานจึงขยายงานไปยังหมู่ 3 โดยดึงชาวบ้านมาเรียนรู้และร่วมทีมทำงาน เพราะชาวบ้านเป็นคนที่อยู่ติดพื้นที่เสมอจะได้ดูแลคนในพื้นที่เดียวกันต่อไป

กล่าวได้ว่าตำบลท่าฉนวนเป็น “ชุมชนบำบัดซึ่งบำบัดโดยชุมชน” อย่างแท้จริง ไม่ใช่ชุมชนบำบัดที่บำบัดโดยหน่วยงานภายนอก เป็นจุดกำเนิดของ “นางฟ้าท่าฉนวน” คือ อสค. ที่ดูแล 1 คนต่อ 20 บ้าน ที่รู้จักข้อมูลของคนในหมู่บ้าน สามารถค้นหาผู้มีปัญหาและสนใจเข้าสู่การบำบัด แผนงานที่จะทำในโครงการบูรณาการฯ อีกสองปี จะเน้นเสริมความรู้และทักษะให้ “ทีมนางฟ้า” ยกระดับเป็น “หมอชุมชน” สามารถทำชุมชนบำบัดด้วย Matrix อย่างย่อร่วมกับติดตามต่อเนื่อง 1 ปี ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้ในค่ายบำบัดของอำเภอ + เข้าใจเรื่องสมอง ตติยา + ออกแบบกิจกรรมชุมชนซึ่งบ้านหนองบัวเป็นชุมชนไทยทรงดำ ก็จะอิงงานยาเสพติดไปกับประเพณีที่มีเอกลักษณ์ โดยเฉพาะในงาน follow-up กล่าวคือ งาน follow-up ที่ไม่เป็นทางการทำโดยทีมนางฟ้า แต่งาน follow-up ที่เป็นทางการในงานบุญประเพณีเดือนละครั้งทำงานบำเพ็ญประโยชน์ในชุมชน ภายใต้กระบวนการค้นหาและตัวเลขข้อมูลที่ต้องตรงกันของทุกหน่วยงาน เน้นการให้โอกาสทางสังคมโดยไม่ใช้มาตรการผลักดันผู้มีปัญหาเสพติดออกไปจากชุมชน หรือส่งออกไปคุก/เรือนจำ แต่ต้องหาวิธีแก้ไขบำบัดและให้มีส่วนร่วมในชุมชนต่อ

เรื่องเล่าดำเนินงานแก้ไขปัญหในพื้นที่สีแดงและชุมชนบำบัดที่บำบัดโดยชุมชนในชุมชน พื้นที่หมู่ 3 บ้านหางตลาด ซึ่งจะนัดหมายพูดคุยกับชุมชน 3 ครั้ง โดยนัดครั้งที่ 1 เพื่อรับทราบปัญหาและแนวทางการทำงานร่วมกันพร้อมทั้งปรับทัศนคติของชุมชนต่อผู้มีปัญหาเสพติด นัดครั้งที่ 2 เพื่อร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการประจำตำบล นัดครั้งที่ 3 เพื่อพบปะผู้นำธรรมชาติและผู้นำทางการซึ่งเป็นการลงพื้นที่ของคณะทำงาน ในการลงพื้นที่จะได้ข้อมูลของผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั้งผู้ค้าและผู้เสพ เปิดให้ชุมชนแจ้งข้อมูลแบบเขียนใส่กล่องโดยไม่เปิดเผยตัวเป็นการป้องกันความปลอดภัยของชุมชนและทำให้ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลอย่างสะดวกใจ จากนั้นนำข้อมูลในกล่องมาคัดแยก ข้อมูลผู้ค้าส่งให้แก่เจ้าหน้าที่รัฐฝ่ายปราบปราม คัดไว้แต่ข้อมูลผู้เสพเพื่อคัดกรองซ้ำอีกครั้งก่อนสนใจเข้าสู่การบำบัดและช่วยเหลือให้หายขาดไม่กลับไปเสพซ้ำอีก ในการสนใจบำบัดเป็นการลงพื้นที่เชิงรุกแบบเคาะประตูบ้านพร้อมกับการสร้างมุมมองที่ดีต่อค่ายบำบัดให้กับทั้งผู้มีปัญหาเสพติดและสมาชิกในครอบครัว เพราะครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ในการลงพื้นที่ดำเนินการควบคู่ไปกับการรณรงค์ทางสุขภาพโดย อสม. ซึ่งอยู่ในทีมผู้นำธรรมชาติโดยไม่ชูประเด็นปัญหายาเสพติด แต่ใช้ประเด็นการดูแลสุขภาพเป็นตัวนำ เช่น ไข้เลือดออก เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง พื้นฟูสุขภาพผู้พิการ

นอกจากการลงพื้นที่ในหลายเหตุผลแล้ว ทีมแกนนำสุขภาพยังอบรมให้ความรู้โดยเฉพาะเหล่าและสุราให้กับกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเด็กนักเรียนในสถานศึกษาและเด็กนอกสถานศึกษา จากนั้นต่อเนื่องด้วยการขอความร่วมมือจากร้านค้าในชุมชนงดขายเหล้าและบุหรี่ให้กับเด็กและเยาวชน รวมถึงอบรมอาสาสมัครตำรวจบ้านเพื่อร่วมเฝ้าระวังในชุมชนด้วยการตั้งด่านชุมชนโดยชุมชนและตำรวจบ้าน

หลังจากนั้นเปิดค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน (วันที่ 19-30 กันยายน 2559) ใช้พื้นที่ของวัดเป็นชุมชนบำบัดโดยชุมชนซึ่งนัดกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการคัดกรองและตั้งใจเข้าบำบัดแบบสมัครใจเข้ามาอยู่ในค่ายเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมใหม่ มีครอบครัวเข้าร่วม มีชุมชนเข้ามาช่วยทั้งจัดเตรียมสถานที่ จัดกิจกรรม จัดอาหารเครื่องดื่ม จัดของขวัญรางวัล มีเครือข่ายบริการสุขภาพและทีมจากโรงพยาบาลกโศภราชมาเสริมพลังด้วยความรู้และทักษะต่างๆ ที่จำเป็นแก่การปรับเปลี่ยนของผู้มีปัญหายาเสพติด

ทิศทางของคณะทำงานอำเภอท่าฉนวนคือ แก้ไขปัญหาด้วยการป้องปรามและชุมชนบำบัดโดยทำให้สะอาดเป็นหมู่ๆ แล้วนำบทเรียนจากหมู่บ้านเดิมไปปรับทำในหมู่บ้านใหม่ และหมู่บ้านเดิมก็ยังคงต้องทำงานเฝ้าระวังต่อไปเพื่อไม่ให้ปัญหาเดิมกลับมาแล้วจะต้องมาเริ่มต้นแก้ปัญหากันใหม่อีกครั้ง

ตำบลทาบลาตูก อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

พื้นที่ตั้งของอำเภอแม่ทามีความอ่อนไหวต่อปัญหายาเสพติดเพราะเป็นเส้นทางลำเลียงยาสองเส้นทางคือ ตลาดสวนกล้วย และเส้นอำเภอแม่อน-อำเภอสันกำแพง-ตำบลทาบลาตูก-อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง โดยเลือกตำบลทาบลาตูกเป็นพื้นที่ทำงาน ซึ่งเป็นพื้นที่เกษตร ประชากรทำไร่ข้าวโพดฝักอ่อนและเลี้ยงโคนม มีปัญหาใช้ยาเสพติดในกลุ่มวัยแรงงานเพื่อให้ทำงานทนและนาน ขณะเดียวกันเด็กและเยาวชนก็เป็นผู้เสพเพิ่มมากขึ้น และพื้นที่ก็มีปัญหาสุราด้วย (จาก หจก.สุราชุมชน) เนื่องจากยังไม่เคยร่วมในโครงการบูรณาการฯ จึงจะขับเคลื่อนด้วยการชี้แจงทำความเข้าใจและชักชวนทั้งทีมสุขภาพ ทีมสาธารณสุข ทีมปกครอง ทีมท้องที่/ท้องถิ่นจากโรงพยาบาล ตำรวจ อปท. ปลัดอำเภอ และนายอำเภอเข้ามาเป็นคณะทำงาน โดยมุ่งกลุ่มเป้าหมายทั้งผู้เสี่ยงคือเยาวชนวัยรุ่นเพราะผู้ปกครองไม่มีเวลาดูแลลูกหลานใกล้ชิดเนื่องจากต้องทำงานหนัก และผู้เสพคือคนวัยแรงงาน อาจเริ่มต้นด้วยการจัดตั้งชมรม To Be No.1 ในระดับโรงเรียนและระดับตำบลสำหรับขับเคลื่อนงานป้องกัน และจะเสริมพลังกลุ่มของตำบลทาบลาตูก ร่วมไปกับการทำค่ายเยาวชน ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเป็นสุข ชุมชนร่วมใจต้านภัยยาเสพติดในงานรณรงค์และใช้กีฬาเป็นเครื่องมือ

ตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

บริบทของพื้นที่อำเภอเขมราฐตั้งอยู่ติดชายแดนลาวเป็นทั้งเส้นทางพักและลำเลียงยาเสพติดจากลาวมาไทย ขณะเดียวกันก็ลักลอบส่งมอเตอร์ไซค์ที่ถูกโจรกรรมมาจากไทยไปลาว ปัญหายาเสพติดผู้เสพส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นมากกว่าวัยทำงาน สำหรับ DHS อำเภอเขมราฐเน้นทำงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง NCDs ในงานด้านยาเสพติดจะมุ่งล้อมรั้วชุมชนให้เข้มแข็ง ปลุกพลังเด็กและเยาวชนไม่ให้โตดขำรั้วเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด แผนงานที่จะดำเนินงานในโครงการบูรณาการฯ จะลดการเสพยาในผู้ผ่านค่ายบำบัด ส่งเสริมเยาวชนที่ผ่านค่ายบำบัดให้มาเป็นทีมเยี่ยมบ้านช่วยงานสงเคราะห์ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และสร้างการมีส่วนร่วมจากชุมชนในการทำงานด้านป้องกันและบำบัดดูแล

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

โครงการการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับอำเภอ ระยะที่ 1 (กรกฎาคม 2558 – กันยายน 2559) กำหนดวัตถุประสงค์ “หลัก” คือ เพื่อพัฒนาระบบบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขยาเสพติดในระดับอำเภอโดยใช้โครงสร้างของระบบสุขภาพอำเภอ วัตถุประสงค์ “รอง” คือ เพื่อพัฒนารูปแบบที่หลากหลายของ “กลไกชุมชน” ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และเพื่อพัฒนารูปแบบที่หลากหลายของ “กลไกบูรณาการ” ระดับอำเภอในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด **ผลผลิต (Output) #1** งานด้านป้องกัน ได้แก่ รูปแบบการค้นหา/คัดกรองปัญหาสุขภาพร่วมกับการใช้สุราและสารเสพติดในชุมชน แนวปฏิบัติการป้องกัน/เฝ้าระวังที่สอดคล้องกับสภาพความเสี่ยงต่อปัญหายาเสพติดของครอบครัวและระบบสุขภาพอำเภอ **#2** งานด้านเฝ้าระวัง ได้แก่ ตัวแบบ/รูปแบบการเฝ้าระวังและมาตรการที่เหมาะสมเพื่อลดความต้องการใช้สารเสพติดในสภาพความจริงสอดคล้องกับระบบสุขภาพอำเภอและวัฒนธรรมของชุมชน **#3** งานด้านบำบัดแก้ไข ได้แก่ รูปแบบการบำบัดรักษาอาการเสพติดในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเสพ/กระทำผิดซ้ำอย่างยืดหยุ่นเข้ากับระบบสุขภาพอำเภออย่างต่อเนื่องในพื้นที่ **#4** งานด้านฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ กระบวนการพัฒนาผู้ประสานในพื้นที่ที่สามารถเชื่อมโยงการดำเนินงานของชุมชนและภาครัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงรูปแบบของการพัฒนาศูนย์บูรณาการเพื่อการดูแลผู้เสพยาเสพติดและผู้พันโทษในระดับตำบลที่เป็นของชุมชน ทำร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างไร้รอยต่อ **ผลลัพธ์ (Outcome)** ในพื้นที่นำร่องดำเนินงาน ได้แก่ ครอบครัวเข้มแข็งเพื่อป้องกัน-เฝ้าระวัง-ดูแลผู้มีปัญหายาเสพติดและยกระดับชุมชนเข้มแข็งเพื่อการแก้ปัญหายาเสพติดอย่างเข้าใจ อย่างมีส่วนร่วม และอย่างยั่งยืน **ตัวชี้วัดความสำเร็จ #1** เกิดแนวคิด/แผนวิจัยและพัฒนางานบูรณาการป้องกันและแก้ไขยาเสพติดตามกรอบ/หลักเกณฑ์ของระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ที่เป็นจริงในพื้นที่ต่าง ๆ **#2** เกิดแผนพัฒนาเชิงวิชาการที่สนับสนุนการขับเคลื่อนแผนงานบูรณาการป้องกันและแก้ไขยาเสพติดในระดับอำเภอ **#3** เกิดเครือข่ายคณะทำงานเพื่อพัฒนาการบูรณาการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับอำเภอที่มีความพร้อมในการดำเนินงานระยะยาวในพื้นที่ต่าง ๆ

5.1 สรุปผลการดำเนินงานโครงการฯ ในระยะที่ 1

โดยภาพรวมของการขับเคลื่อนโครงการฯ ระยะที่ 1 (กรกฎาคม 2558 - กันยายน 2559) กล่าวได้ว่าเมื่อสิ้นสุดเวลาดำเนินงาน 15 เดือน กิจกรรมต่างก้าวหน้าไปตามแผนงานของ 10 ชุมชนที่เป็นพื้นที่นำร่องปฏิบัติการ แม้โครงการฯ ยังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อพัฒนาระบบบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขยาเสพติดในระดับอำเภอโดยใช้โครงสร้างของระบบสุขภาพอำเภอ แต่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์รองในระดับหนึ่งคือ (1) เพื่อพัฒนารูปแบบที่หลากหลายของ “กลไกชุมชน” ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และ (2) เพื่อพัฒนารูปแบบที่หลากหลายของ “กลไกบูรณาการ” ระดับอำเภอในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ตลอดจนบรรลุบางส่วนของผลลัพธ์ (Outcome) และผลผลิต (Output) ทั้ง 4 ด้านคือ ด้านป้องกัน ด้านเฝ้าระวัง ด้านบำบัดแก้ไข และด้านฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องของแต่ละชุมชนใน 10 พื้นที่นำร่องในโครงการฯ ซึ่งมีระดับความเข้มแข็งของทีมทำงานและชุมชนแตกต่างกัน ตารางในหน้าถัดไปเป็นการเปรียบเทียบผลผลิต/ผลลัพธ์/ตัวชี้วัดที่วางแผนไว้กับที่ดำเนินการได้จริงในระยะที่ 1 ของโครงการฯ

ตารางที่ 3: เปรียบเทียบผลผลิต (output) และผลลัพธ์ (outcome) ที่ต้องการของโครงการฯ กับที่เกิดขึ้นจริง

ผลผลิต (output) ที่ต้องการ	ผลผลิต (output) ที่เกิดขึ้นจริง	ผลลัพธ์ (outcome) ที่ต้องการ	ผลลัพธ์ (outcome) ที่เกิดขึ้นจริง
รูปแบบ/แนวปฏิบัติ/มาตรการด้านป้องกัน- เฝ้าระวัง-บำบัดแก้ไข-ฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องที่หลากหลายเหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์จริงของพื้นที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิต/วัฒนธรรมของชุมชน และ สอดคล้องกับ DHS	พื้นที่นำร่องส่วนใหญ่ <u>ด้านป้องกัน</u> ยังเน้นอบรมให้ความรู้ มุ่งนักเรียนซึ่งเป็นกลุ่มเด็กดีในโรงเรียน <u>ด้านเฝ้าระวัง</u> ยังเน้นตั้งด่าน สุ่มตรวจ สอดส่อง <u>ด้านบำบัดดูแล</u> คัดกรอง จูงใจบำบัด แต่ขาดการสร้างความเข้าใจและขาดการให้คำปรึกษาโดยตลอดกระบวนการ <u>ด้านฟื้นฟูสงเคราะห์</u> ต่อเนื่อง เน้นอาชีพสร้างรายได้ ยังขาดการฟื้นฟูองค์รวม (กาย-จิต-สังคม)	ครอบครัวเข้มแข็ง และชุมชนเข้มแข็ง <u>ครอบครัวเข้มแข็ง</u> เพื่อป้องกัน เฝ้าระวังดูแลผู้มีปัญหา ยาเสพติด <u>ชุมชนเข้มแข็ง</u> เพื่อแก้ไขปัญหา ยาเสพติดอย่างเข้าใจ อย่างมีส่วนร่วม และอย่างยั่งยืน	ได้ครอบครัวเข้มแข็งและได้ชุมชนเข้มแข็งในระดับหนึ่ง ในบางพื้นที่นำร่อง ยังต้องพัฒนาต่อเนื่อง ในระยะที่ 2 ของโครงการฯ
กระบวนการพัฒนาผู้ประสานในพื้นที่ที่สามารถเชื่อมโยงงานของชุมชนและภาครัฐอย่างมีประสิทธิภาพ	ยังต้องพัฒนาต่อเนื่อง ในระยะที่ 2 ของโครงการฯ		
รูปแบบการพัฒนาศูนย์บูรณาการเพื่อดูแลผู้เสพยาเสพติดและผู้พันโทษในตำบลที่เป็นของชุมชนทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างไร้รอยต่อ	ยังต้องพัฒนาต่อเนื่อง ในระยะที่ 2 ของโครงการฯ		

ตลอดระยะที่ 1 ของการขับเคลื่อนโครงการฯ กล่าวได้ว่าการออกแบบกิจกรรมตาม 4 หน่วยงานหลักอยู่ในระยะลองผิดลองถูก แผนงานมีความก้าวหน้าไปในระดับหนึ่ง ทีมทำงานในพื้นที่นำร่องได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่ออกแบบและริเริ่มขับเคลื่อนในระดับหนึ่ง เมื่อสิ้นสุดโครงการฯ ในระยะที่ 1 ทั้ง 10 พื้นที่นำร่องตระหนักว่ายังไม่สามารถปรับเปลี่ยนปัญหา ยาเสพติดจากมิติของปัญหาอาชญากรรมทางสังคมไปสู่มิติของปัญหาสุขภาพได้ เนื่องมาจากการทบทวนข้อมูลสถานะทางสุขภาพที่มียาเสพติดเป็นสาเหตุและเป็นผลกระทบยังไม่สะท้อนถึงขนาดความรุนแรงของปัญหา ยาเสพติดในพื้นที่จนนำไปสู่การยกระดับปัญหา ยาเสพติดขึ้นมาเป็น One District One Project: ODOP หรือหนึ่งตำบลหนึ่งโครงการเพื่อขับเคลื่อนปัญหา ยาเสพติดในชุมชนให้เป็นปัญหาสุขภาพ

ของอำเภอที่เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ (Service Plans) ของ DHS 20 ชุดบริการซึ่งรวมชุดบริการ บำบัดรักษา ยาเสพติดเอาไว้ด้วยได้ อีกทั้ง 10 พื้นที่นำร่องตระหนักถึงความไม่ร่วมมือร่วมใจกันอย่างแท้จริง ระหว่างกลไกชุมชนและกลไกภาครัฐ ยังต้องอาศัยเวลาเพื่อฟื้นฟูสายสัมพันธ์และสร้างความสัมพันธ์ทั้งภายใน และระหว่างชุมชน รวมถึงเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานภาครัฐทั้งที่เป็นและไม่เป็นทางการ เพื่อการทำงานด้านยาเสพติดอย่างสามัคคีมีเป้าหมายเดียวกัน

การเคลื่อนงานด้านยาเสพติดที่ผ่านมา มีการบูรณาการกันในหลายระดับตั้งแต่หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด นับว่าเป็นบูรณาการทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ แต่ระยะต่อไปหาก ศ.ปปส.อ. โดยฝ่าย ปกครองกับยุติธรรม กับระบบสุขภาพอำเภอโดยสาธารณสุขจะบูรณาการกันก็น่าจะช่วยสนับสนุนงานยาเสพติด ในระดับชุมชนได้ดีมาก อีกทั้งแนวทาง Community Policing หรือตำรวจมวลชนสัมพันธ์ในระดับตำบลจะช่วยให้ มาก ยิ่งหากมีการปรับนโยบายให้ตำรวจมวลชนสัมพันธ์ที่ขับเคลื่อนงานด้านยาเสพติดสามารถนำไปคิดเป็น ผลงานความดีความชอบเพื่อการปรับขึ้นก้าวหน้าทางอาชีพของตำรวจด้วยแล้ว ก็จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือ ระหว่างตำรวจกับชุมชน สรุปว่า ศ.ปปส.อ. บูรณาการกับระบบสุขภาพอำเภอซึ่งเป็นทั้งกลไก Top-down และ Bottom-up ทำงานร่วมกันในงานยาเสพติดที่แฝงไปกับงานส่งเสริมสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมระดับ ชุมชน แม้แต่ละชุมชนจะมีสถานะความเข้มแข็งที่อ่อน-กลาง-แข็งแตกต่างกัน แต่ก็น่าจะเป็นแนวทางใหม่ที่มีความหวัง

ภาคีเครือข่ายที่สนับสนุนแต่ละกิจกรรมแตกต่างกันไปในแต่ละชุมชนที่เป็นพื้นที่นำร่อง โดยกิจกรรมในระดับหมู่บ้าน บางพื้นที่ที่มีทีมสุขภาพของ รพสต. อสม. และ รพช. สนับสนุน บางพื้นที่ที่มีทีมปกครองท้องที่/ ท้องถิ่น กำหนด/ผู้ใหญ่บ้าน สนับสนุน บางพื้นที่มีตำรวจ อพปร. ชรบ. และครู DARE กิจกรรมในระดับตำบล มี ทั้งสภาตำบลและคณะกรรมการตำบล กิจกรรมในระดับอำเภอ มีทั้งคณะกรรมการ DHS อำเภอ และหรือ หน่วยงานอำเภอ กิจกรรมรวมในโครงการฯ มี สำนักงาน ป.ป.ส. ส่วนกลาง สำนักงาน ภาค 5 และภาค 6

ผลงานเชิงปริมาณจากกิจกรรมการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ การอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การศึกษาดู งานในพื้นที่ต้นแบบทั้งในจังหวัดเชียงรายและจังหวัดสุโขทัย การเข้าร่วมของสมาชิกจาก 10 พื้นที่นำร่อง ปฏิบัติการและสังเกตการณ์ตลอดเวลา 15 เดือนของโครงการฯ ในระยะที่ 1 มีคณะทำงานพื้นที่ซึ่งผสมผสานกัน ทั้งเจ้าหน้าที่รัฐ เจ้าหน้าที่ท้องที่/ท้องถิ่น นักวิชาการ/นักวิจัย จิตอาสา อาสาสมัคร เยาวชนกว่า 200 คนได้รับ ข้อมูล ข่าวสาร องค์ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่จำเป็นและสำคัญต่อการดำเนินงานด้านยาเสพติดในพื้นที่จาก วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิที่รับเชิญมาบรรยายในหัวข้อต่างๆ ดังแสดงในบทที่ 3 ของรายงานฉบับสมบูรณ์นี้

การบรรลุผลลัพธ์ (Outcome) ผลการดำเนินงานโครงการฯ ระยะที่ 1 สามารถบรรลุผลลัพธ์ใน 10 พื้นที่ นำร่องด้านการสร้างครอบครัวเข้มแข็งเพื่อป้องกัน เฝ้าระวัง ดูแลผู้มีปัญหา ยาเสพติด สามารถยกระดับชุมชน เข้มแข็งเพื่อการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดอย่างเข้าใจและอย่างมีส่วนร่วมในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่ยั่งยืน

การบรรลุตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPIs) ผลการดำเนินงานโครงการฯ ระยะที่ 1 สามารถบรรลุ 2 ใน 3 ตัวชี้วัด ในระดับหนึ่งคือ เกิดเครือข่ายคณะทำงานเพื่อพัฒนาการบูรณาการป้องกันแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในระดับอำเภอ

ที่มีความพร้อมในการดำเนินงานใน 10 พื้นที่นำร่อง และพัฒนาแผนเชิงวิชาการที่สนับสนุนการขับเคลื่อน แผนงานบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับอำเภอ แต่ยังคงอยู่ในระหว่างการพัฒนาแผนงาน บูรณาการป้องกันและแก้ไขยาเสพติดตามกรอบ/หลักเกณฑ์ของระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมกับบริบทและ สถานการณ์ที่เป็นจริงใน 10 พื้นที่นำร่อง

ครอบครัวเข้มแข็งและชุมชนเข้มแข็งเป็นผลลัพธ์ที่คาดหวังของโครงการ โดยครอบครัวเข้มแข็งจะ สามารถป้องกัน-เฝ้าระวัง-ดูแลผู้มีปัญหาเสพติดซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวที่เป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของสังคม ในขณะที่เดียวกัน หากครอบครัวเข้มแข็งก็จะช่วยยกระดับชุมชนให้เข้มแข็งยิ่งขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดใน พื้นที่อย่างเข้าใจ อย่างมีส่วนร่วม และอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ดำเนินการร่วมกันระหว่างนักวิชาการ เจ้าหน้าที่ภาครัฐ และจิตอาสาด้านยาเสพติดจากภาคประชาชนในพื้นที่นำร่อง โดยในการดำเนินงานช่วงต้นของ โครงการ พบว่าการเชื่อมโยง “กลไกชุมชน” กับ “กลไกบูรณาการ” ระดับอำเภอในพื้นที่ทำให้เป็นการทำงานที่ ใหม่/แตกต่างจากงานชุมชนเข้มแข็งอื่นๆ โดยเน้นคัดเลือก พัฒนา ชุมชนเข้มแข็ง เสริมวิชาการสารเสพติด ทุก ด้าน ป้องกัน เฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรอง ดูแล พัฒนา “กลไกบูรณาการ” กับหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอ ในพื้นที่ตามบริบทและสายสัมพันธ์อย่างน้อยสองหน่วยขึ้นไป จึงเลือกที่จะไม่ตั้งเป้าหมายเชิงปริมาณ แต่ ตั้งเป้าหมายเชิงคุณภาพ ขยายความเข้าใจและสัมพันธ์ภาพการทำงานร่วมกัน เรียนรู้ร่วมกัน ขยายผลบน พื้นฐานการเรียนรู้ร่วมกันแบบ “คู่หู” บวก “คู่ขนาน” ให้ทำเอง เสริมการเรียนรู้ ทำเป็นเครือข่ายภาคี มีหน่วยงาน สาธารณสุขเป็นหลักตามกรอบระบบสุขภาพอำเภอ ร่วมกับชุมชนและหน่วยที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาชุมชน เข้มแข็งต่อไป ชุมชนจะแก้ไขปัญหาและยั่งยืนได้เอง

นอกจากนี้ การพัฒนากลไกบูรณาการทั้งระดับชุมชนและระดับอำเภอในโครงการ ยังเป็นความ พยายามที่จะสร้างเครือข่ายทำงานด้านยาเสพติดในพื้นที่นำร่องให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และ สถานการณ์ปัญหาเสพติดร่วมกัน ทำให้สามารถพัฒนางานวิชาการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับอำเภอให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาเสพติดทั้งในพื้นที่และโครงสร้างระบบสุขภาพอำเภอ ของประเทศ ตลอดจนทำให้เกิดคณะทำงานและเครือข่ายภาคีการพัฒนางานบูรณาการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับอำเภอที่เข้มแข็ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล เทศบาลอำเภอ ผู้นำชุมชน วัด โรงเรียน สถาน ประกอบการ กลุ่ม/ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสา ครอบครัว ประชาชน ร่วมกับหน่วยงาน ปกครอง ตำรวจ ศึกษา เกษตร พัฒนาความมั่นคงของมนุษย์และสังคม ตลอดจนภาคเอกชน และ NGOs ต่างๆ มีเป้าหมายคือ ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มี คุณภาพและได้รับความไว้วางใจจากประชาชนซึ่งจะเป็นต้นทุนในการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในพื้นที่

สาเหตุสำคัญที่ทำให้การดำเนินกิจกรรมของโครงการ ระยะที่ 1 บรรลุผลผลิต ผลลัพธ์ ตัวชี้วัด และ วัตถุประสงค์เพียงบางส่วนแต่ยังไม่ทั้งหมดโดยสมบูรณ์ น่าจะเป็นเพราะการทบทวนสถานการณ์ด้านยาเสพติด ของพื้นที่ยังไม่สะท้อนขนาดความรุนแรงของปัญหา จึงไม่สามารถยกระดับปัญหาเสพติดเป็นหนึ่งอำเภอหนึ่ง ปัญหาสุขภาพ (One District One Project: ODOP) ในระบบสุขภาพอำเภอได้ อีกทั้งยังมีปัญหาสายสัมพันธ์ที่ อ่อนแอในครอบครัวทำให้สมาชิกไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด สายสัมพันธ์ที่อ่อนแอในชุมชนทำให้ขาดจิตอาสา

และขาดการมีส่วนร่วม คนทำงานน้อย และสายสัมพันธ์ที่อ่อนแอของชุมชนกับอำเภอ ล้วนเป็นปัจจัยล้มเหลวที่ทำให้ไม่สามารถบูรณาการงานเข้าด้วยกัน ยังไม่สามารถบูรณาการงานยาเสพติดเข้ากับงานสุขภาพในพื้นที่ ยังมีลักษณะต่างคนต่างทำ และปรากฏวัฒนธรรมการทำงานแบบสั่งการจากบนลงล่าง Top-down เป็นส่วนใหญ่

จากการประเมินสถานการณ์และการดำเนินงานระยะที่ 1 ของโครงการฯ พบปัญหาสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ ปัญหาด้านงบประมาณ ปัญหาจำนวนชุมชนต้องการเข้าร่วมมากกว่าแผน ปัญหาด้านความเข้าใจในระบบสุขภาพอำเภอ และปัญหาด้านสัมพันธภาพในการดำเนินงานระดับพื้นที่ โดย **ปัญหาด้านงบประมาณ** ในการเริ่มต้นโครงการฯ การสร้างความเข้าใจที่สอดคล้องตรงกันและในเวลาที่เหมาะสมของพื้นที่นำร่องเป็นสิ่งสำคัญเพื่อกำหนดทิศทางของการพัฒนาภาคชุมชน นำไปสู่การสังเคราะห์องค์ความรู้เดิมที่พื้นที่ดำเนินงานได้สะสมมาแล้ว นำมาประมวลร่วมกับแนวคิดด้านการบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดให้เกิดข้อสรุปของสถานการณ์ยาเสพติดในพื้นที่ รวมถึงออกแบบกิจกรรมเชิงบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมตามกรอบของระบบสุขภาพอำเภอ จึงจำเป็นต้องจัดสัมมนา-ชี้แจง-ระดมสมองรวมทุกพื้นที่นำร่องและหลายครั้งแต่งบประมาณดำเนินการนั้นจำกัด **ปัญหาด้านจำนวนชุมชนสนใจเข้าร่วมมาก** พบว่ามีพื้นที่ที่สนใจเข้าร่วมโครงการฯ มากกว่าที่เสนอในโครงการฯ ที่รับทุน ซึ่งเสนอดำเนินการใน 8 พื้นที่แต่มี 10 พื้นที่เข้าร่วม **ปัญหาด้านความเข้าใจในระบบสุขภาพอำเภอ** เนื่องจากระบบสุขภาพอำเภอเป็นระบบใหม่ และยังมีการดำเนินงานมาไม่นาน โครงสร้างการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแยกจากงานยาเสพติด อีกทั้ง ผู้รับผิดชอบงานระบบสุขภาพอำเภอของทางสาธารณสุขในพื้นที่หลายแห่งยังเข้าใจว่างานยาเสพติดเป็นงานของหน่วยงานมหาดไทย ตามโครงสร้างของศูนย์พลังแผ่นดินเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหา ยาเสพติด (ศพ.ปส.) ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดและนายอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบในระดับอำเภอ งานยาเสพติดจึงไม่ใช่งานโดยตรงของหน่วยงานสาธารณสุข **ปัญหาด้านสัมพันธภาพในการดำเนินงานระดับพื้นที่** สัมพันธภาพในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ของหน่วยงานสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและภาคประชาสังคมที่มีอยู่เดิม มีความหลากหลาย โดยส่วนใหญ่จะมีสัมพันธภาพที่ดีในวงจำกัด ตามบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

การแก้ไขปัญหาที่ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือดำเนินการในระยะที่ 1 ของโครงการฯ ได้แก่ แก้ไขปัญหางบประมาณที่จำกัดโดยของบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากเงินอุดหนุนของสำนักยุทธศาสตร์ สำนักงาน ป.ป.ส. และรวมทรัพยากร/เงินกับโครงการอื่นที่เกี่ยวข้อง แก้ไขปัญหาจำนวนพื้นที่สนใจเข้าร่วมมากที่เสนอในโครงการฯ ที่รับทุน โดยขอรับการสนับสนุนเฉพาะในประเด็นการพัฒนาการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดจากแผนงาน ผรส. สำนัก1/สสส. และรับพื้นที่อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ซึ่งสนใจงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดในเยาวชนระดับมัธยม เข้าร่วมโครงการฯ โดยอาศัยกรอบแนวคิดของระบบสุขภาพอำเภอในการบูรณาการงานป้องกันยาเสพติด หากสามารถบริหารจัดการให้เกิดทีมพื้นที่ที่เหมาะสมและเกิดการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ได้อย่างสอดคล้องกัน อาจจะสามารถให้การสนับสนุนพื้นที่ที่มีความพร้อมเข้าร่วมโครงการฯ ได้อีก 1-2 พื้นที่ แก้ไขปัญหาความเข้าใจในระบบสุขภาพอำเภอ โดยพัฒนาความเข้าใจร่วมกันในการสนับสนุนงานบูรณาการฯ ภายใต้โครงสร้างกลไกของระบบสุขภาพอำเภอทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ในทิศทางของการพัฒนาภาคชุมชน นำไปสู่การสังเคราะห์องค์ความรู้เดิมที่พื้นที่ดำเนินงานได้สะสมมาแล้ว นำมาประมวลร่วมกับแนวคิดด้านการบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดให้เกิดข้อสรุปของสถานการณ์ยาเสพติดใน

พื้นที่ รวมถึงออกแบบกิจกรรมเชิงบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม ตามกรอบของระบบสุขภาพอำเภอ แก้ไขปัญหาด้านสัมพันธภาพในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ โดยทำความเข้าใจและการจูงใจให้มีส่วนร่วม มีเป้าหมายการทำงานสอดคล้องตรงกัน มีกระบวนการสื่อสาร ปรึกษาหารือ ร่วมตัดสินใจ และเรียนรู้ร่วมกัน

5.2 อภิปรายผล

โครงการฯ ตั้งอยู่บนสมมติฐานสำคัญคือ ระบบสุขภาพอำเภอ หรือ District Health System (DHS) จะใช้เป็นโครงสร้างและกลไกในการขับเคลื่อนการบูรณาการงานป้องกันแก้ไขยาเสพติดในระดับอำเภอได้อย่างไร มีผลดีผลเสียอะไรบ้าง เพียงใด จากผลการดำเนินโครงการฯ ในระยะที่ 1 (กรกฎาคม 2558 – กันยายน 2559) พบว่าสิ่งสำคัญสำหรับการเริ่มต้นงานยาเสพติดในโครงสร้าง DHS คือ DHS ต้องมีช่องทาง/พื้นที่เปิดให้ผู้ที่สนใจ มาช่วยงานยาเสพติดได้มาพบเจอพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน โดยทุกคนต้อง “วางของ” ของตัวเองลงก่อน “ของที่ต้องวาง” ได้แก่ นโยบาย-พันธกิจ-KPI-แผนปฏิบัติการเฉพาะหน่วยงานของตน แต่ต้องเอาปัญหาของพื้นที่เป็นตัวตั้ง และเอาเรื่องของตัวเอง/หน่วยงานของตนเป็นเรื่องรอง สิ่งสำคัญถัดไปแต่ก็นับว่าเป็นโจทย์ใหญ่เช่นกันคือ “ข้อมูลและแนวปฏิบัติด้านยาเสพติดที่หน่วยงานมีและดำเนินอยู่” ถือเป็น “ปรากฏการณ์” เช่น ข้อมูลที่ ปปส. มี ก็เป็นปรากฏการณ์ของ ปปส. แต่อาจไม่ใช่ข้อมูลจริงของพื้นที่เลยก็ได้ หรือ ข้อมูลที่ตำรวจมี ที่ฝ่ายปกครอง อำเภอมี ที่โรงพยาบาลมี ที่คุมประพฤติมี ก็เป็นปรากฏการณ์ของตำรวจ ของอำเภอ ของโรงพยาบาล ของคุมประพฤติ แต่อาจไม่ใช่ข้อมูลจริงของพื้นที่เลยก็ได้ หากแต่ละหน่วยงานยังยึดติดอยู่กับข้อมูลของตนเองและทำงานเพียงระดับปรากฏการณ์ก็จะไม่นำไปสู่สิ่งใหม่ในระดับอำเภอ ซึ่งทั้ง “ช่องทาง/พื้นที่” + “ของของแต่ละหน่วยงานถือไว้ (นโยบาย-พันธกิจ-KPI-แผนปฏิบัติ)” + “ปรากฏการณ์ (ข้อมูล-แนวปฏิบัติของหน่วยงาน)” ยังคงเป็นวัฒนธรรมการทำงานของภาครัฐต่อปัญหาเสพติดในพื้นที่ที่ปรากฏอยู่ชัดเจน

DHS ต้องการมากคือ เป้าหมายร่วม เพราะหากงานยาเสพติดเป็นโจทย์ร่วม ก็ต้องมีเป้าหมายร่วม ซึ่งต้องไม่ใช่เป้าหมายระดับนโยบายที่เป็นของประเทศหรือส่วนกลาง หากยังทำงานในพื้นที่แบบยึด Policy-KPI เท่ากับยังป่วยเป็นโรคตัวชีวิตอยู่ อีกทั้งส่วนกลางไม่ต้องบอกวิธี เพราะถือว่าเป็นการดูถูกชุมชนมาก ส่วนกลางไม่ต้องบอกการวิเคราะห์ข้อมูล เพราะชาวบ้านจะฝ่อในความสามารถของการคิดวิเคราะห์ หากภาครัฐ/ส่วนกลาง มาบอกให้คิดให้ทำทุกอย่างสุดท้ายก็กลายเป็นผลเมือง passive แทนที่จะ active อย่างที่ควรจะเป็น

หน้าที่ของ DHS นั้น “การเชื่อมโยง” ในทุกมิตินับว่าเป็นเรื่องใหญ่ โดยเฉพาะต้องมองออกไปนอกกรอบ เพื่อเห็นมุมมองใหม่ๆ ซึ่งไม่ง่ายเพราะคนเคยเข้าใจอย่างจำกัด ก็ยอมทำงานอย่างจำกัด หากคิดและมองนอกกรอบก็จะเห็นมุมมองใหม่ๆ และเชื่อมโยงเข้าหากันเป็นองค์รวมของอำเภอ เมื่อเข้าใจโจทย์แล้วก็ร่วมกันค้นหาวิธีด้วยกัน หากเป็นวิธีที่เหมาะสมกับพื้นที่แล้วก็ค่อย action ไปตามนั้น ซึ่งการคิดและทำอยู่ในกรอบเดิมๆ ก็เป็นอีกหนึ่งอุปสรรคสำคัญของการเชื่อมโยงปัญหาเสพติดเข้ากับ DHS

การเชื่อมโยงงานด้านยาเสพติดเข้ากับระบบสุขภาพอำเภอที่แฝงไปกับงานส่งเสริมสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมระดับชุมชน แม้แต่ละชุมชนจะมีสถานะความเข้มแข็งที่อ่อน-กลาง-แข็งแตกต่างกัน แต่ก็น่าจะ เป็นแนวทางใหม่ที่มีความหวังเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนยกระดับสู่การบูรณาการใน

ระดับอำเภอ แต่การใช้โครงสร้างของระบบสุขภาพอำเภอมารองรับการพัฒนาระบบบูรณาการงานยาเสพติดในระดับอำเภอยังพบอุปสรรคที่สำคัญคือ “กระบวนการเรียนรู้ทั้งของชุมชนและหน่วยงานระดับอำเภอ” ซึ่งต้องให้ความสำคัญกับการจัดการเรียนรู้ให้เป็นระบบ ให้เป็นตัวแบบการพัฒนาของชุมชนตนเอง นำตัวแบบไปจัดการปัญหา ทบทวนผลงาน เกิดการเรียนรู้ใหม่ อาจเกิดตัวแบบใหม่ ปรับกระบวนการเพื่อรับมือกับปัญหาใหม่ที่เป็นผลจากการปฏิบัติก่อนหน้า

การทำงานด้านยาเสพติดในกรอบ DHS จึงต้องจับมือ/ร่วมมือกันโดยไม่ทำงานในระดับปรากฏการณ์ การเคลื่อนงานยาเสพติดตามกรอบ DHS จึงต้องจับเข่าคุยกัน วางทุกอย่างไว้ เริ่มทำความเข้าใจกับพื้นที่ร่วมกันใหม่ ร่วมคิดแก้ไข ร่วมทุกข์ร่วมสุข DHS เป็นการเปลี่ยนวิธีทำงาน เปลี่ยนสถานที่ทำงาน ต้องวางข้อมูลของหน่วยงานตนไว้ แล้วลงพื้นที่ไปหาคนในชุมชน เรียนรู้ใหม่ด้วยกันซึ่งจะนำไปสู่การพบกับ “โจทย์ใหม่” ที่จริงแท้กว่าในพื้นที่ เพราะสิ่งที่อันตรายคือ ความรู้และข้อมูลที่มีจะปิดกั้น/กักขังตัวเองจากการเปิดรับสิ่งใหม่ เสมือนน้ำเต็มแก้วที่เต็มอะไรเข้าไปใหม่ก็ล้นทิ้งเสียเปล่าๆ การทำงานในพื้นที่เชิงบูรณาการจึงต้องวางอะไรๆ ของตนและหน่วยงานตนลงเสียก่อน การลงพื้นที่โดยวางข้อมูลเดิมที่เป็นปรากฏการณ์ของแต่ละหน่วยงานไว้ก่อนนั้น เปรียบเสมือนการดำน้ำลึกไปค้นหาข้อมูลและปัญหาของพื้นที่ หากไม่ดำน้ำไปสู่ข้อมูลเชิงลึกของพื้นที่ หากยังทำงานในระดับปรากฏการณ์ของหน่วยงานอยู่ ก็เท่ากับว่ากำลังเข้าสู่โปรแกรมมาตรฐาน ซึ่งอันตรายเพราะอาจไม่เข้ากัน/ไม่เหมาะสม/ไม่ fit กับปัญหาจริงของพื้นที่เลยก็ได้ จึงต้องการชวนให้ทุกคนที่ร่วมทำงานต้อง “ดำน้ำลึก” ระดับ scuba เพื่อลงไปค้นหาปัญหาที่เป็นโจทย์แท้จริงของพื้นที่ของตนให้พบ หากยังดำน้ำในระดับ snorkel หมายถึงยังทำงานด้วยข้อมูลระดับปรากฏการณ์อยู่ เมื่อได้ข้อมูลปัญหาจริงของพื้นที่แล้วจึงมาระดมความคิดเพื่อค้นหาทางออก หรือวิธีการแก้ไขปัญหานั้นด้วยกันโดยชุมชนคิด วิเคราะห์ ค้นหาวิธีของตนเองด้วยตนเอง

DHS ไม่ใช่คำสั่ง แต่เป็นเครือข่ายการทำงาน หากยังยึดติดกับ KPI แม้ปัญหาระดับปรากฏการณ์ลดลง แต่ก็ยังเป็นเพียงชั่วคราวและหายหน้าจะเกิดในพื้นที่ระยะยาว DHS จึงเป็นแผนก่อสร้างตัวเพื่อตีความมีส่วนร่วมจากทุกคนทุกกลุ่มในชุมชน ตั้งแต่ เด็ก วัยรุ่น พ่อแม่ คนแก่ ซึ่งล้วนเป็นต้นทุนในพื้นที่ เป็นกลไกปฏิบัติการระดับตำบล ขณะที่กรรมการ DHS เป็นกลไกนโยบายระดับอำเภอ หากยังจัดการความสัมพันธ์ของคนในพื้นที่แล้วยังดึงดูดยคนเข้ามาทำงานกันมาก หากยังทำงานแล้วความสัมพันธ์ยิ่งดีขึ้นก็เท่ากับว่าเงินมาถูกทางแล้ว แต่หากยังทำงานแล้วยังผลักคนออกจากกัน รู้สึกไม่ดีต่อกัน ความสัมพันธ์ลดลงเท่ากับว่าเดินผิดทาง แต่โดยศักยภาพของสังคมไทย ชุมชนไทย ครอบครัวไทยนั้นยังพอมือที่ช่วยกันรับมือกับปัญหาได้ แต่สิ่งที่ทำให้เขารู้สึกไม่มี/หมดแรงที่จะดูแลผู้มีปัญหาเสพติดในชุมชนอาจมาจากอิทธิพลบางอย่าง เงื่อนไขในชีวิตอื่น ๆ สิ่งดีๆ ที่ถูกลืมนำไปในชุมชน รวมถึงสายสัมพันธ์ในชุมชนลดลงอ่อนแอลง เมื่อมีปัญหาเสพติดเข้ามาเกี่ยวข้องก็ต้องพึ่งความผูกพันความสัมพันธ์ขึ้นในครอบครัวขยายสู่ทั้งชุมชน หากสามารถทะเลาะกันบ้าง ๆ นี้ได้ พลังครอบครัวและพลังชุมชนก็จะเกิดขึ้น เพิ่มมากขึ้น ยิ่งเครือข่ายใหญ่และขับเคลื่อนไปในเชิงป้องกันและแก้ไข เท่ากับว่าพยายามลดอุปสงค์ เมื่ออุปสงค์ลดลง อุปทานก็หดหายลงไปด้วย

DHS ต้องการและต้องสร้างภาวะ Active Citizen ให้เกิดกับคนในอำเภอ ทำได้โดยการฟังกันมากขึ้น คิดด้วยกันมากขึ้น ความสัมพันธ์ต่อกันดีขึ้น จาก Formal Relationship จะกลายเป็น Friendship ปัญหาจะถูกแก้ไข

อย่างไรก็ดีขึ้นอยู่กับระดับความสัมพันธ์ของคนในชุมชน รวมถึง inclusive approach คนในชุมชนช่วยกันดึงคนในชุมชนเข้ามาร่วมคิดร่วมแก้ไขปัญหา รวมถึงดึงคนที่มีความรู้เข้ามาทำงาน แม้ว่าการดึงคนเข้ามาอาจทำให้มีปัญหามากขึ้นก็ตาม ก็ยังดีกว่ากำหนดมาตรฐานลงไปและผลักคนที่มีความรู้ออกไปจากชุมชน

ความท้าทายของการเปลี่ยนมุมมองต่อการจัดการปัญหาสุขภาพจิตจากมิติอาชญากรรมทางสังคม (ผู้เสพเป็นอาชญากร) ไปสู่มิติสุขภาพ (ผู้เสพเป็นผู้ป่วย) เพื่อเชื่อมโยงกับ DHS จำเป็นต้องเร่งสร้างความเข้าใจของทีมชุมชนต่อระบบสุขภาพอำเภอ ขณะเดียวกันก็ทบทวนสถานการณ์-เก็บรวบรวมข้อมูล-วิเคราะห์ขนาดปัญหาสุขภาพจิตต่อสุขภาพของประชาชนพื้นที่ ร่วมไปกับการยกระดับปัญหาสุขภาพจิตให้เป็น One District One Project (ODOP) และบูรณาการงานด้านยาเสพติดเป็นประเด็นสุขภาพและเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพอำเภอ ขณะที่ปัญหาการปลูก/ปลูกสัมพันธภาพในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ของหน่วยงานสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านยาเสพติดและภาคประชาสังคมที่มีอยู่เดิม มีความหลากหลาย โดยส่วนใหญ่จะมีสัมพันธภาพที่ดีในวงจำกัด ตามบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ จึงจำเป็นต้องเร่งทำความเข้าใจให้เห็นถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสายสัมพันธ์และสร้างสัมพันธภาพ ร่วมไปกับการจูงใจให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมโดยพยายามสร้างโอกาสและเปิดพื้นที่พบปะแลกเปลี่ยนเพื่อกำหนดเป้าหมายการทำงานด้านยาเสพติดและด้านสุขภาพให้สอดคล้องตรงกันและมีกระบวนการสื่อสาร ปรึกษาหารือ ร่วมตัดสินใจและเรียนรู้ร่วมกัน

5.3 ข้อเสนอแนะ

การเชื่อมโยง “กลไกชุมชน” กับ “กลไกบูรณาการ” ระดับอำเภอในพื้นที่นับว่าเป็นการทำงานที่ใหม่และแตกต่างจากงานชุมชนเข้มแข็งอื่นๆ โดยเน้นคัดเลือกและพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ร่วมกับเสริมวิชาการสารเสพติดทุกด้านทั้ง ป้องกัน เฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรอง ดูแล ในการพัฒนา “กลไกบูรณาการ” กับหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอในพื้นที่ตามบริบทและสายสัมพันธ์อย่างน้อยสองหน่วยขึ้นไปโดยไม่ตั้งเป้าหมายเชิงปริมาณแต่ตั้งเป้าหมายเชิงคุณภาพ ด้วยการขยายความเข้าใจและสัมพันธภาพการทำงานร่วมกัน เรียนรู้ร่วมกัน ขยายผลบนพื้นฐานการเรียนรู้ร่วมกันแบบ “คู่หู” บวก “คู่นาน” ให้ทำเอง เสริมการเรียนรู้ ทำเป็นเครือข่ายภาคี มีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นหลักตามกรอบระบบสุขภาพอำเภอร่วมกับชุมชนและหน่วยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งต่อไป ชุมชนจะสามารถแก้ไขปัญหาและยั่งยืนได้เอง

ความคิดของการบูรณาการการทำงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตนั้นก็มีมานานแล้ว อีกทั้งมีหลายกลไกและหลายระดับ แต่ระดับจังหวัดก็ใหญ่ไป หรือระดับตำบลก็เล็กไป ระดับอำเภอดูจะพอดีกับการจัดการปัญหาต่างๆ จากนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยจังหวัดเป็นระดับนโยบาย ตำบลเป็นฐานปฏิบัติ คำว่า “อำเภอ” น่าจะเป็น turning point เป็น best area-based ว่าด้วยขนาดของสายสัมพันธ์ของคนในอำเภอ เพราะการแก้ไขปัญหาที่ดีต้องตั้งอยู่บนความสัมพันธ์ที่ดี ในทางตรงกันข้าม หากไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีก็ไม่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาใดๆ ได้ ซึ่งน่าจะเป็นสมมติฐานของ UCARE ในการดำเนินงาน DHS อีกทั้งผู้บริหารงานระดับอำเภอ ดูเหมือนตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอน่าจะอยู่ติดพื้นที่มากที่สุด เสถียรกว่า โยกย้ายน้อยที่สุด มึงบไปลงที่ CUP (Contracting Unit for Primary Care) อยู่เสมอ

ในการปรับเปลี่ยนมุมมองว่าปัญหาสุขภาพเสพติดเป็นปัญหาสุขภาพ และการดูแลแก้ไขผู้มีปัญหาสุขภาพเสพติด โดยบุคลากรสาธารณสุขทั้งในระดับโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นบริการสุขภาพพื้นฐานติดพื้นที่ และในระดับโรงพยาบาลชุมชน ร่วมกับ/เชื่อมโยงกับหน่วยงานภาครัฐอื่นที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกัปัญหาสุขภาพเสพติดในระดับอำเภอ ในการขับเคลื่อนโครงการฯ ระยะที่ 1 พบประเด็นเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับจังหวัดดังนี้

ประเด็นระดับท้องถิ่น: การยกปัญหาสุขภาพเสพติด (ปัญหาสุขภาพ) เป็น One District One Problem:

ODOP

ทั้ง 10 พื้นที่นำร่องในโครงการฯ มีความพยายามเชื่อมโยงปัญหาสุขภาพเสพติดของชุมชนเข้ากับปัญหาสุขภาพ ปัญหาयरุ่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคม ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการพิจารณาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นปัจจัยสาเหตุและผลกระทบที่ได้รับจากยาเสพติด แต่ก็ยังไม่สามารถยกระดับปัญหาสุขภาพเสพติดขึ้นมาเป็น One District One Project (ODOP) หรือหนึ่งตำบลหนึ่งโครงการเพื่อเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ หรือ Service Plans ของ DHS ที่มีให้บริการ 20 ชุดซึ่งรวมชุดบริการบำบัดรักษาสุขภาพเสพติดเอาไว้ด้วยได้ สืบเนื่องจากการทบทวนข้อมูลสถานะทางสุขภาพที่มียาเสพติดเป็นสาเหตุและเป็นผลกระทบ

เมื่อไม่สามารถปรับเปลี่ยนปัญหาสุขภาพเสพติดจากมิติของปัญหาอาชญากรรมทางสังคมไปสู่มิติของปัญหาสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนปัญหาสุขภาพเสพติดในชุมชนให้เป็นปัญหาสุขภาพของอำเภอได้ จึงไม่สามารถกระตุ้นตั้งและหรือระดมทรัพยากรบริการสุขภาพของ DHS ทั้งในระดับโรงพยาบาลอำเภอ ในระดับโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล จากหน่วยงานท้องถิ่น/ท้องถิ่น และจากหน่วยงานอำเภอที่เกี่ยวข้องมาสร้างสรรคกิจกรรมและพัฒนาเชิงระบบในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเสพติดและผู้ใกล้ชิดที่ได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแลประคับประคองผู้มีปัญหาสุขภาพเสพติดอย่างเป็นองค์รวมทั้งกาย-จิต-สังคม เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาสุขภาพอื่นที่มักได้รับเลือกเป็น เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) หรือแม้แต่กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพระหว่างเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ

หากแกนนำทีมทำงานใน 10 พื้นที่นำร่องของโครงการฯ ในระยะที่ 1 ไม่ใช่หรือไม่มีทีมสุขภาพจากหน่วยบริการปฐมภูมิเข้ามาร่วมด้วยแล้ว ก็พบว่ากิจกรรมของทีมทำงานใน พื้นที่นำร่องจึงยังคงเป็นรูปแบบทำซ้ำเหมือนที่เคยทำมาโดยเฉพาะกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเสพติด (ที่ผ่านการบำบัด/ที่พ้นโทษ/ที่อยู่ในระหว่างคุมประพฤติ) ก็จะทำให้ความเอื้ออาทร รับรู้รับฟังปัญหา ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ เพิ่มทักษะการทำงาน ให้โอกาสและสงเคราะห์ด้านอาชีพการมิงานทำ แต่ก็ยังขาดการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาเสพติดโดยเฉพาะยาบ้า อีกทั้งยังขาดการให้ทักษะการใช้ชีวิตและใช้เวลาที่สร้างสรรค์กว่าการยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด โดยเฉพาะทักษะ EF หรือ Executive Function เพื่อความยับยั้งชั่งใจต่อสิ่งยั่วยุเป็นภูมิคุ้มกันยาเสพติดที่แข็งแรงในจิตใจของผู้ที่มี/เคยมีปัญหาสุขภาพเสพติดตลอดจนกลุ่มเสี่ยง ขณะที่ทักษะ EF เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดนั้นในบางพื้นที่นำร่องนำไปใช้ในงานป้องกันโดยประยุกต์ใช้กับเด็กเยาวชนกลุ่มติทั้งในโรงเรียนและในเวทีประชาคมหมู่บ้าน ซึ่งก็จะได้กลุ่มเด็กติมาเป็นแนวร่วมงานด้านยาเสพติดในชุมชน หากแต่กลุ่มเด็กเสี่ยงและในพื้นที่เสี่ยงเช่น แหล่ง

บันเทิง ร้านเกม จุดชุมนุมมั่วสุม และสื่อออนไลน์ที่เข้าถึงได้อย่างสะดวกด้วยโทรศัพท์มือถือ ที่มงานพื้นที่ยังคงใช้มาตรการเฝ้าระวังแบบเดิมคือ สุ่มตรวจ ตั้งด่าน เป็นหลัก

ประเด็นระดับจังหวัด: การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอกับปัญหายาเสพติด (ปัญหาสุขภาพ) เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ สู่แนวปฏิบัติในพื้นที่ชุมชน

ระบบสุขภาพอำเภอเป็นเรื่องใหม่เพิ่งเริ่มขับเคลื่อนได้ไม่นานนัก โครงสร้างการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแยกจากงานยาเสพติด อีกทั้ง ผู้รับผิดชอบงานระบบสุขภาพอำเภอของทางสาธารณสุขในพื้นที่หลายแห่งยังเข้าใจงานยาเสพติดเป็นงานของหน่วยงานมหาดไทย ตามโครงสร้างของศูนย์พลังแผ่นดินเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด (ศพ.ปส.) ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดและนายอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบในระดับอำเภอ งานยาเสพติดจึงไม่ใช่งานโดยตรงของหน่วยงานสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องพัฒนาความเข้าใจร่วมกันในการสนับสนุนงานบูรณาการภายใต้โครงสร้างกลไกของระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

เนื่องจากเป็นระบบสุขภาพอำเภอเป็นระบบใหม่ การเชื่อมโยงระบบสุขภาพอำเภอเข้ากับงานด้านยาเสพติดในพื้นที่ชุมชนจึงน่าสนใจและท้าทายมาก ในหลายพื้นที่ที่ยังแยกงานด้านยาเสพติดออกจากงานสุขภาพและงานสุขภาพตามกรอบระบบสุขภาพอำเภอก็ยังไม่เชื่อมโยงกับยาเสพติด แต่ระบบสุขภาพอำเภอกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดน่าจะบูรณาการร่วมไปกันได้ หากชุมชนซึ่งอยู่ในพื้นที่ใช้ความเป็นพี่น้องและสายสัมพันธ์เพื่อลุกขึ้นมาเป็นเจ้าของปัญหายาเสพติดในพื้นที่ของตน ร่วมมือกันค้นหาว่าใครเป็นปัญหา ปัญหาอยู่ที่ไหน จะจัดการกับปัญหาอย่างไร ซึ่งชุดความคิดในแต่ละชุมชนอาจถกเถียงกันบ้าง แต่ก็น่าจะสามารถหยุดการพึ่งพาหน่วยงานภาครัฐให้มาเป็นพึ่งพิงตนเองในการจัดการกับปัญหายาเสพติดในพื้นที่ของตนได้ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนทัศนคติจากปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาอาชญากรรมทางสังคมเป็นปัญหาสุขภาพ การเสพยาเสพติดเป็นอาการทางสมองและรักษาหายได้ ด้วยการสนับสนุนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นบริการสุขภาพพื้นฐานในพื้นที่ มีบุคลากรสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นทั้งหน่วยรุก (outreach team) ร่วมกับหน่วยงานด้านป้องกัน-เฝ้าระวังและแกนนำ/จิตอาสาต้านยาเสพติดในหมู่บ้าน/ตำบล ทำหน้าที่ค้นหาและแจ้งใจผู้มีปัญหาเข้ามาสู่การบำบัดรักษา โดยไม่ต้องรอคำสั่งกวาดจับ-เข้าค่ายจากฝ่ายปราบปรามและความมั่นคง และเป็นหน่วยรับ (care team) ร่วมกับหน่วยงานคุมประพฤติและทีมงานชุมชนทำหน้าที่ดูแลและฟื้นฟูส่งเสริมต่อเนื่อง ก็จะอำนวยให้ชุมชนสามารถให้การดูแลผู้ที่มีปัญหายาเสพติดในพื้นที่ได้ และทำให้ผู้ที่มีปัญหายาเสพติดเข้าใจในต้นทุนตนเอง ยอมรับ ปรับตัว ใช้ชีวิตต่อไปได้

การเคลื่อนงานด้านยาเสพติดที่ผ่านมามีการบูรณาการกันในระดับตั้งแต่หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด นับว่าเป็นบูรณาการทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ แต่ระยะต่อไปหากศูนย์อำนวยการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขยาเสพติดอำเภอ (ศ.ป.ปส.อ.) โดยฝ่ายปกครองกับยุติธรรม กับระบบสุขภาพอำเภอ โดยสาธารณสุขจะบูรณาการกันก็น่าจะช่วยสนับสนุนงานยาเสพติดในระดับชุมชนได้ดีมาก อีกทั้งแนวทาง Community Policing หรือตำรวจมวลชนสัมพันธ์ในระดับตำบลจะช่วยได้มาก ยิ่งหากมีการปรับนโยบายให้ตำรวจมวลชนสัมพันธ์ที่ขับเคลื่อนงานด้านยาเสพติดสามารถนำไปคิดเป็นผลงานความดีความชอบเพื่อการปรับขึ้นก้าวหน้าทางอาชีพของตำรวจด้วยแล้ว ก็จะช่วยส่งเสริมความร่วมมือระหว่างตำรวจกับชุมชน หาก ศ.ป.ปส.อ.

บูรณาการกับระบบสุขภาพอำเภอซึ่งเป็นทั้งกลไก Top-down และ Bottom-up ทำงานร่วมกันในงานยาเสพติดที่
แฝงไปกับงานส่งเสริมสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมระดับชุมชน แม้แต่ละชุมชนจะมีสถานะความเข้มแข็ง
ที่อ่อน-กลาง-แข็งแตกต่างกัน แต่ก็น่าจะเป็นแนวทางใหม่ที่มีความหวัง

ความพยายามของโครงการฯ นี้คือ การเชื่อมโยงปัญหาสุขภาพเข้ากับระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) เพื่อ
อิงอาศัยสุขภาพเป็นประเด็นนำและรองรับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ตลอดจนทำให้เกิด
คณะทำงานและเครือข่ายภาคีการพัฒนางานบูรณาการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับอำเภอที่เข้มแข็ง
ประกอบด้วย โรงพยาบาลอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วน
ตำบล เทศบาลตำบล เทศบาลอำเภอ ผู้นำชุมชน วัด โรงเรียน สถานประกอบการ ภาคเอกชน NGOs ต่างๆ
กลุ่ม/ชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครคุมประพฤติ จิตอาสา ครอบครัว ประชาชน
ร่วมกับหน่วยงานปกครอง มหาตมไทย ยุติธรรม สาธารณสุข ตำรวจ ศึกษา เกษตร พัฒนาความมั่นคงของมนุษย์
และสังคม เป็นต้น ซึ่งจะต้องดำเนินการทั้งในระดับปฏิบัติและระดับนโยบาย โดยในระดับปฏิบัติงานยาเสพติด
นั้นได้ขับเคลื่อนคืบหน้าไปภายใต้โครงการฯ นี้แล้วในเบื้องต้น 10 พื้นที่นำร่องในระยะที่ 1 และระยะต่อเนื่อง
ขณะที่ในระดับนโยบายยาเสพติดนั้น เพื่อให้เกิดการกำหนดนโยบายและทิศทางการจัดการกับปัญหายาเสพติด
ในเชิงปัญหาสุขภาพ + ผู้เสพเป็นผู้ป่วย + การดูแลในชุมชนโดยชุมชนทำได้และให้ผลคุ้มค่าที่สุดนั้นต้องการ
เครือข่ายภาคีและเวทีวิชาการระดับประเทศที่สามารถระดมบุคลากรและหน่วยงานระดับนโยบายให้มาร่วม
ระดมความคิดและขับเคลื่อนการปฏิบัติอย่างมีระบบและทำงานเชิงรุก ซึ่งหวังว่าภาควิชาการสารเสพติด (ภวส.)
จะดำเนินบทบาทและอำนวยความสะดวกที่จะนำไปสู่นโยบายด้านป้องกันและแก้ไขยาเสพติดที่เหมาะสมและ
สอดคล้องกับวิถีของนานาประเทศในทิศทางยาเสพติดที่คำนึงถึงมนุษยธรรม (Humane Drug Policy) ตลอดจน
ขับเคลื่อนสังคมด้านการป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้เสพสารเสพติดในระบบสาธารณสุข ระบบ
ยุติธรรม และชุมชนดังพันธกิจของ ภวส. ที่ระบุแสดงไว้

5.4 แผนการดำเนินงานในระยะต่อไป (ระยะที่ 2 ของโครงการฯ)

การเคลื่อนงานด้านยาเสพติดในกรอบระบบสุขภาพอำเภอต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้
ต้องจัดการเรียนรู้ให้เป็นระบบ เป็นตัวแบบการพัฒนาของชุมชนตนเอง นำตัวแบบไปจัดการปัญหา ทบทวน
ผลงาน เกิดการเรียนรู้ใหม่ อาจเกิดตัวแบบใหม่ ปรับกระบวนการเพื่อรับมือกับปัญหาใหม่ที่เป็นผลจากการ
ปฏิบัติก่อนหน้านี้ ในการเชื่อมโยงงานด้านยาเสพติดเข้ากับระบบสุขภาพอำเภอที่แฝงไปกับงานส่งเสริมสุขภาพ
เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมระดับชุมชน แม้แต่ละชุมชนจะมีสถานะความเข้มแข็งที่อ่อน-กลาง-แข็งแตกต่างกัน
แต่น่าจะเป็นแนวทางใหม่ที่มีความหวังเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนยกระดับสู่การบูร
ณาการในระดับอำเภอต่อไป การใช้โครงสร้างของระบบสุขภาพอำเภอมารองรับการพัฒนากระบวนการงาน
ยาเสพติดในระดับอำเภอจึงน่าจะเป็นระบบหลักที่สอดคล้องกับโครงสร้างการพัฒนางานในระดับปริมณฑลของ
กระทรวงสาธารณสุขน่าจะสามารถพัฒนาให้เกิดคุณภาพและความยั่งยืนได้อย่างต่อเนื่อง

หากมีคำถามต่อโครงการฯ ว่าในระดับอำเภอมีศูนย์อำนวยการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหายา
เสพติด (ศ.ป.ป.ส.อ.) ดำเนินงานด้านยาเสพติดระดับอำเภออยู่แล้ว ทำไมต้องขับเคลื่อนตามกรอบระบบสุขภาพ
อำเภอ (DHS) ด้วย คำตอบคือ บางกลไกที่ใช้อำนาจปกครองแต่เพียงอย่างเดียวก็ไม่นำไปสู่ทางออกของปัญหา

แต่เจ้าหน้าที่และหน่วยงานในกลไกอื่นๆ ควรเล่นบทบาทเป็น Facilitator และ Supporter อำนวยความสะดวกให้ประชาชนลุกขึ้นมา action กับปัญหาในพื้นที่ของเขาจะดีกว่า ยิ่งยืนกว่า

แผนการดำเนินโครงการฯ ระยะที่ 2 คือ การสร้างภาวะ Active Citizen ให้กับแกนนำ/ผู้นำ/จิตอาสาในชุมชน การปลูก/ปลูกสายสัมพันธ์ในชุมชนให้เข้มแข็ง รวมถึงการสร้างและรักษาสมดุลระหว่างระบบราชการกับกระบวนการชุมชน ซึ่งเป็นประเด็นท้าทายของ DHS โดยการทำงานด้านยาเสพติดต้อง “ปะทะ” กันจากหลายหน่วยงาน เป็นการปะทะระหว่างข้อมูล ความรู้ วิชาการ แนวปฏิบัติของหน่วยงานรัฐและหน่วยงานวิชาการ กับประสบการณ์ของชาวบ้าน ซึ่งหากเสริมสร้างพลังของชุมชนให้แข็งแรงพอก็จะสามารถชี้แจงภาครัฐได้และปกป้องการทำงานของชุมชนได้ สามารถ Bottom-up จนเกิดบูรณาการคือ ชุมชนลุกขึ้นมาตอบสนองปัญหาของตนเองในพื้นที่ และรัฐลงทรัพยากรสนับสนุน โดยไม่นานนโยบายส่วนกลางไปกดทับชุมชน แต่เคารพซึ่งกันและกัน ชุมชนเองก็ต้องแสดงศักยภาพให้กับหน่วยงานรัฐได้เรียนรู้เขาก็จะให้อำนาจแก่ชุมชนจัดการตนเอง ประเด็นที่ชุมชนร่วมคิดร่วมวิเคราะห์และค้นหาวิธีการจัดการกับปัญหาจะกลายเป็น Public Policy หรือนโยบายสาธารณะเฉพาะของชุมชนนั้น ระบบในชุมชนเป็นของชุมชน งานยาเสพติดไม่ขึ้นอยู่กับใคร ไม่ขึ้นอยู่กับนายอำเภอคนใด ไม่ว่าเขาจะย้ายไปย้ายมากก็ตาม แต่สัมพันธ์ภาพในชุมชน ประสบการณ์ของชุมชน องค์กรชุมชน และเครื่องมือ เช่น ธรรมนูญสุขภาพ เป็นของส่วนรวมในชุมชน

แผนการดำเนินงานระยะต่อไป ยังหมายรวมถึงการจัดทีมงานให้การสนับสนุนการทำความเข้าใจในการทำงานร่วมกันในระดับพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง หรือผู้นำภาคประชาชนในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการฯ ให้สามารถจัดทำแผนงานเบื้องต้นร่วมกันได้ ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานตามแผนจัดทำแผนการติดตามเพื่อให้การสนับสนุนด้านวิชาการ บันทึกความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค รวมทั้งความคิดเห็นของผู้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกๆระดับ ทั้งการลงพื้นที่ร่วมทำความเข้าใจกับผู้ที่เกี่ยวข้อง การจัดประชุมในระดับจังหวัดเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ การจัดสัมมนาเชิงวิชาการในประเด็นจำเพาะตามเป้าหมายการดำเนินงาน เช่น จำเพาะประเด็นการสร้างภูมิคุ้มกัน การค้นหาคัดกรองผู้เสพ การนำผู้เสพเข้าสู่ระบบบำบัด การลดอันตรายจากยาเสพติด การเฝ้าระวังและการพัฒนาระบบข้อมูลยาเสพติดในระดับพื้นที่ ร่วมกับการบูรณาการแผนการติดตามงานเข้ากับแผนการติดตามโครงการวิจัยอื่นของ ภวส. ที่สอดคล้องกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ในทิศทางการพัฒนางานวิชาการยาเสพติดในพื้นที่ และลดความสับสน/ซ้ำซ้อน

การเรียนรู้จากทีมทำงานใน 10 พื้นที่นำร่องของโครงการฯ ระยะที่ 1 จะสามารถสร้างผลผลิต (Outputs) ของโครงการฯ ทั้ง 4 กรอบงานด้านยาเสพติดคือ ด้านป้องกัน ด้านเฝ้าระวัง ด้านบำบัดแก้ไข และด้านฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง ในระยะที่ 2 ของโครงการฯ ให้เกิดเป็นรูปแบบการค้นหา/คัดกรองปัญหาสุขภาพร่วมกับการใช้สารและสารเสพติดในชุมชน แนวปฏิบัติการป้องกัน/เฝ้าระวังที่สอดคล้องกับสภาพความเสี่ยงต่อปัญหาเสพติดของครอบครัวและระบบสุขภาพอำเภอ ตัวแบบ/รูปแบบการเฝ้าระวังและมาตรการที่เหมาะสมเพื่อลดความต้องการใช้สารเสพติดในสภาพความจริงหรือสถานการณ์จริงของพื้นที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพอำเภอและวิถีชีวิต/วัฒนธรรมของชุมชน รูปแบบการบำบัดรักษาอาการเสพติดในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเสพ/กระทำผิดซ้ำอย่างยืดเยื้อเข้ากับระบบสุขภาพอำเภออย่างต่อเนื่องในพื้นที่ กระบวนการพัฒนาผู้ประสานในพื้นที่ที่มีคุณภาพสามารถ

เชื่อมโยงการดำเนินงานของชุมชนและภาครัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบของการพัฒนาศูนย์บูรณาการเพื่อการดูแลผู้เสียหายเสพติดและผู้พันโทษในระดับตำบลที่เป็นของชุมชนทำร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างไร้รอยต่อ และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์หลักคือ พัฒนาระบบบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขยาเสพติดในระดับอำเภอโดยใช้โครงสร้างของระบบสุขภาพอำเภอได้ในที่สุด

ส่งท้ายด้วยคำกล่าวของ ศ. ดร. พญ.สาวิตรี อึ้งฉานังค์กรชัย ผู้จัดการ แผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด ในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ จังหวัดสุโขทัย เดือนกันยายน 2559 กล่าวว่่า

งานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด แต่เดิมถูกมองเป็นภาระหน้าที่เฉพาะของหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ต่อมา มีหน่วยงานการศึกษา/นักวิชาการ/นักวิจัยเข้ามาร่วมด้วย พร้อมกับความพยายามเข้าถึงและดึงชุมชนและจิตอาสาเข้ามาร่วมทำงานด้วยกันในลักษณะงานวิจัย เมื่องานวิจัยดำเนินแล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด นักวิชาการ/นักวิจัยก็สรุปรายงานส่งแหล่งทุน โดยหวังว่าชุมชนจะขับเคลื่อนงานด้านยาเสพติดที่ริเริ่มไว้ต่อไป แต่ก็มักพบปัญหาขาดความต่อเนื่องของงานด้านยาเสพติดในชุมชนเมื่อนักวิชาการ/นักวิจัยออกจากพื้นที่ แต่ในโครงการบูรณาการฯ ครั้งนี้ ปรับการทำงานไปสู่การระเบิดจากภายใน ริเริ่มและขับเคลื่อนโดยชุมชน ชุมชนเป็นเจ้าของ หลายชุมชนเป็นเครือข่ายทำงานแลกเปลี่ยนแนวคิดและประสบการณ์ หน่วยงานภาครัฐและ NGO (หากมี) เป็นส่วนสนับสนุน ประสานงานกันทุกส่วนโดยไม่ใช้ต่างคนต่างทำ เชื่อว่าแม้เมื่อจบโครงการฯ แล้ว ชุมชนก็จะยังสามารถเคลื่อนงานยาเสพติดที่ระเบิดไว้ต่อเนื่องต่อไปได้ เพราะเมื่อทุนในพื้นที่เข้มแข็งแล้ว ทุนภายนอกอาจไม่จำเป็นเลย



บรรณานุกรม

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS)

[Online] www.phdb.moph.go.th

การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ใช้และผู้ติดยาเสพติด (2008). สำนักงานป้องกันยาเสพติด และปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UN Office on Drugs and Crime: UNODC)

[Online] <https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbt/cbt-brief-TH.pdf>

การประชุมสมัชชาประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหาเสพติดโลก UNGASS 2016. หน่วยงานความร่วมมือ ด้านนโยบายยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Drug Policy Consortium: IDPC)

[Online] <http://idpc.net/policy-advocacy/the-un-general-assembly-special-session-on-drugs-ungass-2016>

กรอบแนวทางและมาตรการยาเสพติดด้านสาธารณสุขอย่างสร้างสรรค์. นโยบายการพัฒนาระบบบำบัดฟื้นฟู ผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อรองรับนโยบายรัฐบาลด้านยาเสพติด (2559). สถาบันธัญญารักษ์ กระทรวงสาธารณสุข [Online] <http://www.thanyarak.go.th>

กระบวนการจัดการการบริหารงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภออย่างเป็นเอกภาพ. โครงการสนับสนุนการ พัฒนางานประจำสู่งานวิจัยระดับประเทศ (Routine to Research Thailand)

[Online] <http://www.r2rthailand.org/knowledge>

Area-Based Collaborative Research and Development (AB-C R&D) งานวิจัยเพื่อพัฒนาทั้งพื้นที่. สำนักงาน กองทุนสนับสนุนการวิจัย [Online] <http://abc.trf.or.th>

หน่วยงานรับผิดชอบดำเนินโครงการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์อภิรักษ์ อรามรัตน์

ผู้อำนวยการ

ศูนย์วิชาการสารสนเทศติดภาคเหนือ

ชั้น 6 อาคารบัณฑิตศึกษา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โทรศัพท์ 053-946163 โทรสาร 053-945114

Email: apinun.aramrat@gmail.com, apinun@med.cmu.ac.th

Website: <http://www.nsaccmu.com>