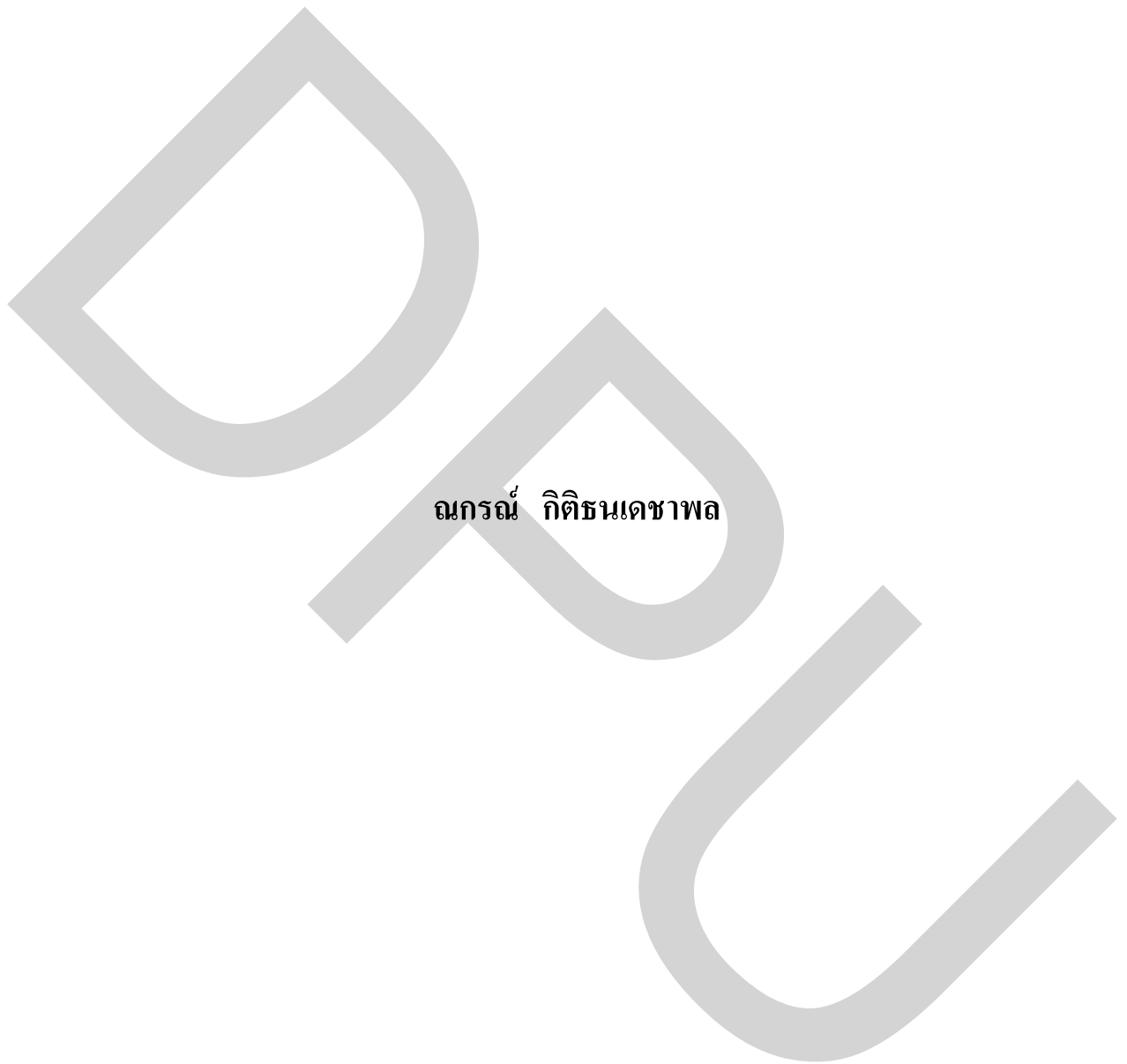


มาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติด



กรม กิติชนเดชาพล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

พ.ศ. 2556

Legal Measures for Rehabilitation on Drug Offenders



NAKORN KITITHANADECHAPALA

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Law

Department of Law

Pridi Banomyony Faculty of Law, Dhurakij Pundit University

2013

หัวข้อวิทยานิพนธ์	มาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิด ยาเสพติด
ชื่อผู้เขียน	ฉกรรณ กิติธินเดชาพล
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณพทร์
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
ปีการศึกษา	2556

บทคัดย่อ

สารเสพติดมีความเกี่ยวข้องกับสังคมมนุษย์มาอย่างยาวนาน ในแง่ของการรักษาทางการแพทย์ที่มีการใช้สารเสพติดในการลดอาการเจ็บปวดของร่างกาย แต่ทว่าฤทธิ์ของสารเสพติดทำให้ผู้ได้รับสารเสพติดมีความต้องการสารเสพติดในปริมาณที่มากขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาตามมาหลายประการ ปัญหายาเสพติดได้พัฒนาลักษณะการใช้สารเสพติดที่มีความหลากหลายและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น การกำหนดนโยบายทางอาญาในการจัดการกับปัญหาเสพติดของประเทศไทยนั้น มีทั้งการกำหนดมาตรการบังคับทางอาญาประเภท “โทษ” ที่รุนแรงถึงขั้นประหารชีวิตสำหรับการผลิตและจำหน่ายยาเสพติดที่มีฤทธิ์รุนแรง นโยบายทางอาญาได้มีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการกำหนดนโยบาย “ผู้เสพคือผู้ป่วย” ซึ่งต้องเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ซึ่งในทางปฏิบัติกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยังยึดโยงและอยู่ในเงื่อนงำของกฎหมายยาเสพติด อาจกล่าวได้ว่าผู้เสพยายังคงมีความเป็น “อาชญากร” อยู่ จากการศึกษายังพบว่ามีผู้เสพยาเสพติดจำนวนมากที่ไม่มีเจตนาชั่วร้ายเข้าสู่ระบบราชทัณฑ์ และได้เรียนรู้ประสบการณ์การกระทำความผิดในรูปแบบต่างๆ ในเรือนจำ ทั้งยังถูกกีดกันจากสังคมเมื่อพ้นโทษออกมาอีกด้วย สังคมไทยจึงประสบกับปัญหาที่เป็นวังวนเรื่อยไป ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งที่เป็นผลจากยาเสพติด ได้แก่ ปัญหาทางสาธารณสุขของผู้ติดยาเสพติดและการแพร่ระบาดของโรคที่ติดต่อทางโลหิต เช่น โรคเอดส์และไวรัสตับอักเสบบ เป็นต้น จากการศึกษา นโยบายยาเสพติดและมาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติดของต่างประเทศ พบว่ามีการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการลดผลกระทบทางลบที่มีต่อสุขภาพของผู้ติดยาเสพติด และมุ่งเน้นการให้บริการทางสาธารณสุข การให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข มากกว่าการกำหนดให้ผู้ติดยาเสพติดหยุดการใช้ยาเสพติดทันที แต่เมื่อแนวคิดดังกล่าวถูกนำมาใช้ในประเทศไทย โดยการจัดกิจกรรมการให้บริการเข็มและอุปกรณ์การฉีดยาที่สะอาด

อาสาสมัครองค์กรพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้องกับโครงการดังกล่าว กลับถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุม รวมถึงความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกาที่ให้ความเห็นว่า การจัดกิจกรรมดังกล่าวอาจจะเป็น การสนับสนุนการกระทำความผิดตามกฎหมายยาเสพติด จึงส่งผลกระทบต่อการดำเนินโครงการดังกล่าว ทั้งเมื่อศึกษาข้อมูลทางการแพทย์พบว่าผู้เสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นอาการของ โรคสมองติด ยา ที่ต้องได้รับการรักษาทั้งอาการทางกายและทางจิตอีกด้วย ดังนั้นผู้ติดยาเสพติดจึงถือเป็นผู้ป่วยอัน ควรได้รับการบริการทางสาธารณสุข ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพในมิติอื่น ๆ ร่วมด้วย

เมื่อศึกษาถึงมาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติด ทั้งของ ประเทศไทยและต่างประเทศประกอบกัน ผู้ศึกษาเห็นว่าประเทศไทยควรดำเนินนโยบายยาเสพติด ในสามด้าน ได้แก่ ลดอุปทานของยาเสพติด คือการมุ่งใช้มาตรการทางกฎหมายที่ชัดเจนแก่ผู้ค้าและ เครือข่ายยาเสพติดรายใหญ่ การลดอุปสงค์ของยาเสพติด คือมุ่งเน้นการบำบัดรักษาและดำเนิน มาตรการผู้เสพยาคือผู้ป่วยโรคสมองติดยาอย่างแท้จริง และด้านสุดท้ายคือ ลดอันตรายจากการใช้ยา เสพติด โดยการสร้างสภาพแวดล้อมและจัดโครงการที่เหมาะสมต่อไป ในเรื่องการพัฒนามาตรการ ทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติด รัฐควรกำหนดมาตรการที่เหมาะสมต่อผู้ ติดยาเสพติด นำแนวคิดเบี่ยงเบนออกจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญา และนำผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่ การฟื้นฟูและบำบัดรักษาโดยอาศัยมาตรการบังคับทางอาญาประเภท “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” แทน “โทษทางอาญา” โดยนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ในการพัฒนามาตรการทาง กฎหมายที่มีความเหมาะสมต่อสถานการณ์ของปัญหาทั้งเพื่อปรับปรุงบทบัญญัติมาตรา 49 ของ ประมวลกฎหมายอาญาเรื่อง “คุมตัวไว้ในสถานพยาบาล” ให้มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับผู้ติดยา เสพติดแต่ละราย นอกจากการคุมตัวผู้ติดยาเสพติดไว้ในสถานพยาบาล โดยให้ผู้ติดยาเสพติดหยุด เสพยาเสพติดทันทีแต่เพียงอย่างเดียว เพราะวิธีการดังกล่าวไม่สามารถแก้ปัญหายาเสพติดได้อย่าง แท้จริง ทั้งต้องกำหนดเหตุยกเว้น โทษให้แก่แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความชัดเจน ในการปฏิบัติงานของแพทย์และบุคลากร และยังเป็น การปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายในการ ปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

Thesis Title	Legal Measures for Rehabilitation on Drug Offenders
Author	NakornKitithanadechapala
Thesis Advisor	Assistant Professor ThaneeVorapatr
Department	Law
Academic year	2013

ABSTRACT

Humans have used drugs of one sort or another for thousands of years. The problems of addiction were recognized gradually. Criminal legal measures against drug abuse in Thailand were both severe criminal punishment for drug trafficker, and narcotic addict rehabilitation on drug addict. Thailand enacted Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545, which classifies people who use drugs as “patients” instead of “criminals.”. Aggressive policy, supporting by government in practical has little chance of succeeding, obviously illicit drugs remain easily accessible and widespread drug use remain high. The importance problems of drug abuses are the public health and HIV/AIDS epidemics, continuing to emphasize in many countries. The new recovery harm reduction refer to policies, programs and project that aim to reduce the medical, social and economic harms associated with psychoactive substance. Although Thailand has experienced some success in reducing the sexual transmission of HIV, among certain affected populations HIV rates remain high among people who inject drugs. As harm reduction measures, Needles and Syringes program has operated by public health officials and NGOs, arrested by the police. Further, The Council of State of Thailand has dissenting opinion, regarding to the operation may be guilty as drug aid offence. Addiction is a complex disorder characterized by compulsive drug use. While each drug produces different physical effects, all abused substances share one thing in common, repeated use can alter the way the brain looks and functions. This research reflects that the government should, shift drug addict to rehabilitation system, and avoid stigma from criminal justice procedure. “Measure of Safety”, Article 49, is suitable and flexible in drug situation, deserve of criminal legal measure for recover drug abuse by seeking to bring the several treatment services closer to each drug dependence problems.

กิติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสะดวกและอนุเคราะห์ จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรภัทร์ ที่ได้กรุณาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ให้ผู้เขียน โดยอาจารย์ได้ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มาโดยตลอด ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์กอบกุล จันทวโร ที่ปรึกษาด้านกฎหมายเสพติด สำนักงานป.ป.ส. ที่กรุณาให้ความรู้ และคำแนะนำที่มีค่า ในการจัดทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้เป็นอย่างยิ่ง รวมถึงคุณวีระพันธ์ งามมี ผู้เชี่ยวชาญจากมูลนิธิพีเอสไอประเทศไทย ที่ได้มอบคำปรึกษาและให้ความรู้เรื่องยาเสพติดอย่างรอบด้าน ผู้เขียนจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

นอกจากนี้ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฌ นคร ที่กรุณา รับเป็นประธานกรรมการ อาจารย์ ดร.อุทัย อาทิวา รongศาสตราจารย์อัจฉริยา ชูตินันท์ ที่กรุณา สละเวลาอันมีค่ารับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และได้กรุณาชี้แนะและให้คำแนะนำที่เป็น ประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จึงขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็น อย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณครอบครัวของผู้เขียน ที่ได้กรุณาสับสนุนทั้งกำลังทรัพย์ กำลังใจ และสติปัญญาแก่ผู้เขียนตลอดมา ตลอดจนเพื่อนๆ และเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานทุกฝ่าย ที่คอยอำนวยความสะดวกและมอบกำลังใจแก่ผู้เขียนเป็นอย่างดี ทั้งนี้ผู้เขียนขอขอบคุณผู้ใหญ่ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ที่ทำให้เรารู้ว่าทุกปัญหาไม่เกินกว่าศักยภาพของมนุษย์ที่จะจัดการแก้ไขและ เฝ้าดูหน้าเพื่อพัฒนาตนเองต่อไป

ท้ายสุดนี้หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะมีคุณค่าและประโยชน์ต่อการศึกษากฎหมาย ผู้เขียน ขอมอบความดีทั้งหมดแก่ผู้มีพระคุณพ่อแม่ ครูบาอาจารย์ของผู้เขียนทุกท่าน ที่หล่อหลอมประสิทธิ ประสาทวิชาความรู้ความสามารถให้แก่ผู้เขียน อนึ่งหากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีข้อบกพร่องประการ ใด ผู้เขียนขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

ณกรณ์ กิติชนเดชาพล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	๖
กิตติกรรมประกาศ.....	๖
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
1.3สมมติฐานของการศึกษา.....	4
1.4ขอบเขตของการศึกษา.....	4
1.5วิธีการดำเนินการศึกษา.....	5
1.6ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
2. ความเป็นมาแนวคิดทฤษฎีและมาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระ ทำความผิดยาเสพติดในประเทศไทย.....	6
2.1การดำเนินการกับผู้กระทำความผิดยาเสพติดในประเทศไทย.....	6
2.1.1 วิวัฒนาการในการดำเนินการกับผู้กระทำความผิดยาเสพติด.....	6
2.1.2 นโยบายหรือยุทธศาสตร์ในการดำเนินการกับผู้กระทำความผิดยาเสพติด	8
2.2หลักสากลและหลักสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับผู้กระทำความผิดยาเสพติด....	11
2.3ความเป็นมาและแนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด.....	30
2.3.1 ความหมายของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด.....	30
2.3.2 หลักการและวัตถุประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด.....	32
2.3.3 รูปแบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด.....	35
2.4 มาตรการทางกฎหมายและรูปแบบในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ในประเทศไทย.....	40
2.4.1 ทฤษฎีจุดมุ่งหมายของการลงโทษ และมาตรการบังคับทางอาญา.....	40
2.4.2 กฎหมายยาเสพติด และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง.....	48
2.4.3 มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ผิดยาเสพติด และมาตรการลด	

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
อันตรายจากการใช้ยาเสพติด.....	59
2.4.4 การนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ในประเทศไทย.....	64
2.4.5 รูปแบบและประสิทธิภาพของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด.....	68
2.4.6 ปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมาย.....	73
3. มาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติด และการลด อันตรายจากการใช้ยาเสพติดในต่างประเทศ.....	76
3.1 มาตรการทางกฎหมายและรูปแบบในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ของประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายแบบประมวลกฎหมาย (Civil Law).....	76
3.1.1 ประเทศโปรตุเกส.....	76
3.1.2 ประเทศมาเลเซีย.....	86
3.2 มาตรการทางกฎหมายและรูปแบบในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ของประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law).....	95
3.2.1 ประเทศแคนาดา.....	95
3.2.2 ประเทศออสเตรเลีย.....	108
4. วิเคราะห์แนวทางพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิด ยาเสพติดของประเทศไทย.....	117
4.1 วิเคราะห์มาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ของประเทศไทยกับมาตรการทางกฎหมายของต่างประเทศ.....	117
4.1.1 ปัญหาและอุปสรรคของมาตรการทางกฎหมาย.....	117
4.1.2 แนวทางพัฒนามาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ใช้ยาเสพติด โดยการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาดำเนินการ.....	119
4.2 วิเคราะห์สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย.....	127
4.2.1 สถานะของผู้ใช้ยาเสพติดกับบริบทของสังคมไทย.....	127
4.2.2 ผลกระทบต่อหลักสากล และหลักสิทธิมนุษยชน.....	130
4.3 วิเคราะห์แนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด.....	132
4.3.1 ประโยชน์ที่ได้รับ.....	133

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4.3.2 ผลกระทบต่อการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้.....	134
4.4วิเคราะห์แนวทางพัฒนานโยบาย/ยุทธศาสตร์ยาเสพติดของประเทศไทย.....	137
4.4.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกำหนดนโยบาย/ยุทธศาสตร์.....	137
4.4.2 ศึกษาเปรียบเทียบกับนโยบาย/ยุทธศาสตร์ต่างประเทศ.....	138
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	140
5.1 บทสรุป.....	140
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	143
บรรณานุกรม.....	151
ภาคผนวก.....	157
ประวัติผู้เขียน.....	214

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาเรื่องยาเสพติดในปัจจุบันนี้ มีการแพร่ระบาดทั้งในส่วนของผู้ค้ายาเสพติดและผู้เสพยาเสพติด พบว่ามีกรณีที่ผู้เสพยาเสพติดแล้วไม่ไปก่อกำเนิดอันตรายแก่ผู้อื่น ตลอดจนเสพยาแล้วก่อคดีอาชญากรรมหลายรูปแบบ ทั้งอาชญากรรมที่เป็นความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ หรือชีวิตร่างกาย ทั้งเมื่อพิจารณาด้านสภาพภูมิศาสตร์ของประเทศไทย ที่มีส่วนที่ติดกับพื้นที่สามเหลี่ยมทองคำ ซึ่งถือเป็นแหล่งผลิตยาเสพติดที่สำคัญแห่งหนึ่งของโลก จึงส่งผลให้มีปริมาณยาเสพติดที่ไหลทะลักเข้ามาในประเทศไทยนับวันจะเพิ่มจำนวนอย่างไม่หยุดยั้ง

การแก้ปัญหายาเสพติดของประเทศไทยนั้น พบว่ามีบทบัญญัติกฎหมายหลากหลายฉบับด้วยกัน ที่มีจุดมุ่งหมายในการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยใช้นโยบายในการปราบปรามและแก้ไขปัญหายาอย่างเร่งรัดเด็ดขาด แต่ยังมีกฎหมายบางส่วนที่ถือตามนโยบายบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยยึดถือหลักการว่าผู้เสพยาเสพติดเป็นผู้ป่วยมิใช่อาชญากร แต่ความรุนแรงของปัญหายาเสพติดก็ไม่ปรากฏว่าลดลงกลับทั้งยังทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในสังคมปัจจุบัน

เมื่อรัฐบาลประกาศนโยบายผู้เสพยาคือผู้ป่วย ซึ่งจะต้องได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ในทางปฏิบัติพบว่าผู้เสพยาเสพติดยังคงถูกจับกุมเป็นจำนวนมาก ส่วนพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ซึ่งถือเป็นกฎหมายในส่วนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโดยตรง ก็ยังยึดโยงและอยู่ในเงื่อนงำของกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด อาจกล่าวได้ว่าผู้เสพยายังถือเป็นอาชญากรตามกฎหมายเช่นเดิม หากพิสูจน์ได้ว่ามีสารเสพติดในร่างกาย ก็จะเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาภายใต้ระบบบังคับ ทั้งนี้ผู้เสพยาที่ถือเป็นผู้ป่วยจะต้องผ่านกระบวนการต่างๆที่เคร่งครัดและผ่านการรับรองจากเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจตามกฎหมาย จึงจะพ้นมลทินและไม่ถูกดำเนินคดีอาญา แต่หากไม่ผ่านเกณฑ์การบำบัด ก็จะต้องถูกส่งตัวไปดำเนินคดีตามขั้นตอนยุติธรรมทางอาญาต่อไป

จากสถิติการเข้ารับการบำบัดรักษาตั้งแต่ ปี 2551 – 2554 ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จาก 94,295 คนในปี 2551 เป็น 190,507 คน ในปี 2554 หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตัว และในปี 2555 มีผู้เข้า

รับการบำบัดรักษา จำนวน 567,837 คน¹ ที่มีจำนวนผู้รับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าตัว ข้อมูลทางสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเข้ารับบำบัดที่เพิ่มสูงขึ้น แต่ปัญหายาเสพติดในสังคมไทยไม่ได้ลดน้อยลงไปแต่อย่างใดซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกระบวนการบำบัดรักษาที่ต้องได้รับการพัฒนาและแก้ไขปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้เมื่อผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่ระบบงานราชทัณฑ์ ก็จะถูกนำไปขังรวมกับนักโทษอื่นภายในเรือนจำ ส่งผลให้ปัญหาผู้เสพยาเสพติดที่ความรุนแรงมากยิ่งขึ้น เห็นได้ชัดในกรณีผู้เสพยาเสพติดในปริมาณน้อย หรือไม่ได้มีเจตนาชั่วร้ายเมื่อถูกคุมขังร่วมกับผู้กระทำความผิดคดีอาญาอื่นๆ หรือผู้ค้ายาเสพติด หรือผู้ที่เสพยาเสพติดโดยมีเจตนาชั่วร้าย ทำให้เกิดการเรียนรู้ช่องทางในการกระทำความผิด หรือซึมซับเจตนาชั่วร้ายของบุคคลผู้กระทำความผิดในรูปแบบต่างๆ ที่ได้พบปะกันภายในเรือนจำ ทำให้ผู้เสพยาเสพติดเหล่านั้นกลายเป็นผู้มีเจตนาชั่วร้าย และเมื่อพ้นโทษออกมาแล้วแทนที่จะกลับมาเป็นพลเมืองของสังคม กลับกลายเป็นผู้เชี่ยวชาญในการกระทำความผิดประเภทต่างๆ อันเกิดจากการเรียนรู้พฤติกรรมของผู้กระทำความผิดระหว่างถูกคุมขังนั่นเอง

ในการแก้ไขปัญหายาเสพติดรัฐบาลเองไม่มีนโยบายสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องต่อสังคมในเรื่องยาเสพติด ขาดการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและความคิดของสังคมที่รังเกียจและตีตราผู้ติดยาเสพติด ทั้งยังขาดความตระหนักว่าผู้เสพยาเสพติดกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเผชิญหน้ากับปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างร้ายแรง เพราะการเสพยานอกจากวิธีการใช้เข็มแล้ว วิธีการใช้เข็มฉีดสารเสพติดเข้าสู่ร่างกายก็เป็นอีกวิธีที่ผู้เสพยาใช้ในการเสพยา ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้เองก่อให้เกิดการติดเชื้อโรค ไม่ว่าจะเป็นเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบชนิดต่างๆ ตลอดจนเชื้อโรคร้ายอื่นๆ ทั้งเมื่ออาสาสมัครองค์กรพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้องกับโครงการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด จัดกิจกรรมการให้บริการเข็มและอุปกรณ์การฉีดที่สะอาด กลับถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายยาเสพติดจับกุม สถานการณ์ยุ่งยากเพิ่มขึ้น เมื่อคณะกรรมการกฤษฎีกาให้ความเห็นว่า การบริการเข็มและอุปกรณ์การฉีดที่สะอาด อาจจะเป็นการสนับสนุนการกระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานในส่วนขององค์กรพัฒนาเอกชนและหน่วยงานสาธารณสุขในเรื่องดังกล่าวแม้ความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกาไม่ใช่คำวินิจฉัยของศาลก็ตาม

ทั้งรัฐบาลไม่ชัดเจนในเรื่องนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) แนวคิดเบี่ยงเบนออกจากกระบวนการยุติธรรม (Diversion) โดยการกำหนดเป็นมาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติด ซึ่งวิธีการดังกล่าวประสบความสำเร็จและมี

¹จาก ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์ (22 กุมภาพันธ์ 2556) สำนักงาน ปปส.

ประสิทธิภาพอย่างยิ่งในประเทศที่ประสบปัญหายาเสพติดเช่นเดียวกับประเทศไทย กล่าวคือ นอกจากสามารถลดปริมาณผู้เสพยาเสพติดในประเทศลงได้ ยังสามารถจัดการกับปัญหาด้านสาธารณสุขของผู้เสพยาได้อีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิดดังกล่าว ไม่เน้นปริมาณและตัวชี้วัดเป้าหมายเป็นความสำเร็จของโครงการ ทั้งเป็นแนวคิดที่ลดผลกระทบทางลบจากการใช้ยาเสพติด ทั้งในด้านการสาธารณสุขของผู้ติดยาเสพติด และเป็นการปรับทัศนคติในสังคม เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถอยู่ในสังคมอย่างเป็นปกติสุขได้อีกด้วย

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน พบว่าในช่วงประกาศสงครามยาเสพติดที่ผ่านมา มีการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ปรากฏว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2553 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 มีเรื่องร้องเรียนการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้านกระบวนการยุติธรรมที่เกี่ยวกับคดียาเสพติดต่อคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ รวมทั้งสิ้น 56 เรื่อง² ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาการนำมาตรการทางกฎหมายมาใช้ ตลอดจนการกำหนดนโยบายและการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายให้สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชน

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาเบื้องต้นนี้ จึงควรศึกษาถึงแนวคิดในการนำมาตรการลดอันตราย (Harm Reduction) มาปรับใช้ ทั้งในส่วนการดำเนินนโยบายและการบัญญัติแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย ประสิทธิภาพประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าว ประกอบกับบริบทของสังคมไทย ทั้งนี้เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหายาเสพติดในประเทศไทย และการกำหนดมาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติด เพื่อแก้ไขปรับปรุงผู้เสพที่ถือเป็นผู้ป่วยให้เป็นคนดีและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาแนวคิดความเป็นมากรอบการดำเนินงานและวิธีการในการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาใช้ในการพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติด
2. เพื่อศึกษาแนวทางการกำหนดนโยบาย/ยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหายาเสพติด โดยการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาใช้ในการพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติดของประเทศไทยและต่างประเทศ
3. เพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพของการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาใช้ในการพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติดของประเทศไทย

² จากสารบบคำร้อง ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ด้านสิทธิในกระบวนการยุติธรรม ปี 2552-2555.

ไทยและต่างประเทศ และความสอดคล้องกับสถานการณ์ยาเสพติด สถานะของผู้ติดยาเสพติด หลักสากลและหลักสิทธิมนุษยชน

4. เพื่อศึกษาแนวทางในการปรับปรุงพัฒนากฎหมาย ที่เอื้อต่อการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาใช้ในการพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติดการเบี่ยงเบนออกจากกระบวนการยุติธรรม การใช้มาตรการบังคับทางอาญาประเภท “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” ในการกำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อแก้ไขฟื้นฟูบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ความสอดคล้องต่อสถานะของผู้ติดยาเสพติด หลักสากลและสิทธิมนุษยชน

1.3 สมมติฐานของการวิจัย

การที่รัฐบาลประกาศทำสงครามยาเสพติดอย่างจริงจัง โดยใช้นโยบายปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด โดยมุ่งผลสำเร็จด้านปริมาณเป็นสำคัญ และการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 อันไม่สอดคล้องกับสถานะของผู้เสพยาเสพติด หลักสากลและหลักสิทธิมนุษยชน ก่อให้เกิดความเสียหายและการรุกรอนสิทธิเป็นอย่างมาก รวมถึงการแพร่ระบาดของโรคในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดอีกด้วย การแก้ไขฟื้นฟูและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ถือเป็นผู้ป่วยโรคสมองติดยานั้น ควรนำแนวคิดเบี่ยงเบนออกจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญามาประยุกต์ใช้ โดยกำหนดคณะกรรมการสหวิชาชีพวินิจฉัยมาตรการฟื้นฟูที่เหมาะสม ทั้งหลีกเลี่ยงการลงโทษทางอาญาที่ไม่สามารถแก้ปัญหาเสพติดได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้ควรพัฒนามาตรการบังคับทางอาญาประเภท “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” รวมถึงพัฒนาบทกเว้นโทษเฉพาะตัวแก่แพทย์ และบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้กระทำความผิดยาเสพติด โดยอาศัยแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ในการขับเคลื่อนปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติดต่อไป

1.4 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาแนวคิดความเป็นมา กรอบการดำเนินงานและวิธีการในการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาใช้ในการแก้ปัญหาเสพติด และศึกษามาตรการและการกำหนดนโยบายในการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาใช้ในการแก้ปัญหาเสพติดของประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายแบบประมวลกฎหมาย (Civil law) และประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายแบบจารีตประเพณี (Common law)

1.5 วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลที่เป็นเอกสารภาษาไทย เอกสารภาษาต่างประเทศ รายงานการศึกษาวิจัย บทความ เอกสารเผยแพร่ของหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน วิทยานิพนธ์ประมวลกฎหมายรวมถึงกฎหมายระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง และสื่ออิเล็กทรอนิกส์และระบบออนไลน์ต่างๆ โดยนำข้อมูลที่ศึกษาได้มาสรุปผล

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบแนวความคิดความเป็นมา กรอบการดำเนินงานและวิธีการในการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาใช้ในการพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติด
2. ทำให้ทราบแนวทางการกำหนดนโยบายยาเสพติดโดยการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ในการพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติดของประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อศึกษาถึงข้อดีและข้อเสียตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาเสพติดในประเทศไทย โดยคำนึงถึงระบบกฎหมายของแต่ละประเทศประกอบกัน
3. ทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาใช้ในการพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติด ความสอดคล้องกับสถานะของผู้ติดยาเสพติด หลักสากลและหลักสิทธิมนุษยชน
4. ทำให้ทราบแนวทางในการปรับปรุงพัฒนากฎหมายและนโยบาย/ยุทธศาสตร์ยาเสพติด ที่เอื้อต่อการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาใช้ในการพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติดการเบี่ยงเบนออกจากกระบวนการยุติธรรม การใช้มาตรการบังคับทางอาญาประเภท “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” ในการกำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อแก้ไขฟื้นฟูบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ความสอดคล้องต่อสถานะของผู้ติดยาเสพติด หลักสากล สิทธิมนุษยชน

บทที่ 2

ความเป็นมา แนวคิดทฤษฎีและมาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อ ผู้กระทำความผิดยาเสพติดในประเทศไทย

2.1 การดำเนินการกับผู้กระทำความผิดยาเสพติดในประเทศไทย

2.1.1 วิวัฒนาการในการดำเนินการกับผู้กระทำความผิดยาเสพติดในประเทศไทย

สารเสพติดก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวชุมชนและประเทศชาติ หากจะย้อนไปถึงการเข้ามาของสารเสพติดจะพบว่า เริ่มมาตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา ต่อมาปัญหาสารเสพติดได้พัฒนาตัวเองไปในลักษณะที่สลับซับซ้อนและทวีความรุนแรงมากขึ้นจนกระทั่งถึงปัจจุบัน โดยผู้นำเข้ามาครั้งแรกเป็นชาวอาหรับ โดยเป็นผู้นำเข้ามายังประเทศจีนในศตวรรษที่ 7 ต่อมาในศตวรรษที่ 14 ชาวเขาที่อยู่ทางตอนใต้ของจีนได้รับอิทธิพลวิธีเสพและการปลูกฝิ่นไว้จากชาวอาหรับ และเมื่อประเทศไทยได้มีการติดต่อค้าขายทางเรือกับประเทศจีนในสมัยสุโขทัย จึงได้มีการรับเอาวัฒนธรรมการสูบฝิ่นเข้ามาและแพร่หลายต่อมาจนถึงสมัยกรุงศรีอยุธยา เป็นเหตุให้ประชาชนและทหารไม่เป็นอันทำมาหากินเพราะมัวแต่สูบฝิ่น ดังนั้นสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1 แห่งกรุงศรีอยุธยาจึงทรงบัญญัติบทลงโทษผู้กระทำความผิดเอาไว้ในพระไอยการลักษณะ โจรที่มีใจความสำคัญตอนหนึ่งว่า

“ 81 มาตราหนึ่งผู้เสฟฝิ่นกินฝิ่นขายฝิ่นนั้นให้ลงพระอาญาจหนักหนาริบราชบาทว์ให้สิ้นเชิง ทะเวนบก 3 วัน ทะเวนเรือ 3 วัน ให้จำคุกใส่คุกไว้กว่าจะอดได้ ถ้าอดได้แล้วให้เรียกเอาทานบนแก้ตัวญาติพี่น้องไว้แล้วจึงให้ปล่อยผู้สูบฝิ่นกินฝิ่นออกจากโทษ”

ต่อมาในสมัยสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวแห่งราชวงศ์รัตนโกสินทร์ มีการติดต่อกับประเทศจีนมากขึ้นและมีชาวจีนอพยพเข้ามามากขึ้นรวมทั้งได้มีการนำเอาฝิ่นเข้ามาสูบและจำหน่ายในประเทศไทย ทรงเล็งเห็นถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจึงทรงมี พระราชบัญญัติเรื่องฝิ่นและสักเลข จ.ศ. 1186 ห้ามขายและสูบฝิ่นแต่ก็ไม่สามารถยุติการลักลอบการค้าฝิ่นในประเทศได้ ดังนั้น ในสมัยรัชกาลที่ 4 จึงได้โปรดเกล้าให้เปลี่ยนนโยบายใหม่ อนุญาตให้มีระบบเจ้าภาษี และให้คนไทยสูบฝิ่นหรือขายฝิ่นได้ ในสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงเล็งเห็นภัยอันตรายของปัญหาฝิ่นและมีพระราชประสงค์ให้การเลิกสูบฝิ่นเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ในขณะที่รัฐได้รายได้จากภาษีอื่น แต่ถ้าพิจารณาถึงผลต่อรายได้ของประเทศ พบว่า ประมาณหนึ่งในห้าของรายได้

ทั้งหมดของประเทศมาจากภากษีฝิ่น ต่อมาในปี พ.ศ. 2414 รัฐได้เข้าควบคุมการจำหน่ายรวมทั้งการเสพฝิ่นด้วย มีการออกใบอนุญาตให้แก่ห้างร้านที่จำหน่ายฝิ่นให้แก่ผู้เสพ และเมื่อ พ.ศ.2449 ได้มีการจัดตั้งกรมฝิ่นหลวงขึ้น ส่วนมอร์ฝิ่นเข้ามาประเทศไทยโดยผ่านกระบวนการยาที่ใช้ในวงการแพทย์ เมื่อ พ.ศ.2451 ได้ประกาศห้ามนำมอร์ฝิ่นเข้ามาในประเทศไทยและได้มีการตรากฎหมายเกี่ยวกับสารเสพติด 3 ฉบับคือ พระราชบัญญัติมอร์ฝิ่นและโคเคอิน (หมายถึงมอร์ฝิ่นและโคเคอิน) พ.ศ. 2456 พระราชบัญญัติฝิ่น พ.ศ.2464 และพระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษ พ.ศ.2465

ปัจจุบันนี้กระบวนการค้าฝิ่นและสารเสพติดอื่น ๆ มีการพัฒนาไปอย่างมากมายและรวดเร็ว พบว่า ใน พ.ศ.2493 มีการนำเข้ามาเมทแอมเฟตามีนมาใช้ในการบำบัดโรค และได้มีการควบคุมให้เป็นยาอันตรายภายใต้พระราชบัญญัติการขายยา พ.ศ.2493

พ.ศ. 2498 รัฐบาลมีนโยบายให้เลิกการสูบและจำหน่ายฝิ่น ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2499 แต่กระทรวงการคลังเห็นว่ารัฐจะขาดรายได้ของแผ่นดินลงไปจึงขอเลื่อนการให้เลิกฝิ่นเป็นสิ้นปี พ.ศ.2499

พ.ศ. 2546 รัฐบาลไทยนำโดย พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร ได้ประกาศนโยบายการกวาดล้างสารเสพติดในประเทศไทย และเสนอให้เปลี่ยนผู้เสพเป็นผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา ในช่วงเวลาของการปราบปรามสารเสพติดปีแรกเน้นที่ “แอมเฟตามีน” เพราะสถานการณ์สารเสพติดในขณะนั้น พบว่าวัยรุ่นและกลุ่มแรงงานนิยมใช้ ส่วนสารเสพติดอื่นๆ โดยเฉพาะเฮโรอีนความนิยมลดลงเพราะต้องใช้อุปกรณ์หลายอย่างในการเสพ และมีการเปลี่ยนฐานการผลิตจากสามเหลี่ยมทองคำไปสู่ประเทศอัฟกานิสถาน ทำให้การเข้ามาของเฮโรอีนยากกว่าเดิม ที่ฐานผลิตอยู่ที่สามเหลี่ยมทองคำ แต่ถึงกระนั้นผลพวงของการใช้เฮโรอีนที่พบก็ยังคงอยู่ อาทิเช่น การคิดเชื้อเอชไอ วี/เอดส์ และวัณโรคในกลุ่มผู้ใช้เข็มทำให้ผู้เสพหลายรายเสียชีวิตและบางส่วนหลบซ่อน ย้ายที่อยู่ บางรายใช้สารอื่นฉีดทดแทน¹

พ.ศ. 2553 รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้กำหนดนโยบายป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ตามคำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่ 306/2553 เรื่องปฏิบัติการประเทศไทยเข้มแข็งชนะยาเสพติด อย่างยั่งยืน ได้กำหนดมาตรการทางเลือกโดยมุ่งลดอันตรายของชุมชนและสังคมจากการใช้ยาเสพติด และเปิดทางเลือกให้ผู้เสพรับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม เพื่อลดความหนาแน่นของระบบบำบัดรักษาและลดจำนวนผู้กระทำผิดบางส่วนที่ถูกคุมขังในเรือนจำ ซึ่งถือเป็นครั้งแรกที่ได้นำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาประกาศเป็นนโยบาย แต่ทว่ายังไม่ได้มีการกำหนดแนวทางชัดเจนในการปฏิบัติให้เป็นที่ยอมรับ แต่มีการดำเนินโครงการนำร่องในบางพื้นที่ แต่ในปี

¹ จาก “แนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด: ตอนที่ 1,” โดย นวลตา อากาศภะกุล, 2549, สงขลานครินทร์เวชสาร, 25 (1), น.62-63.

พ.ศ. 2554-2555 ปรากฏว่ามีได้มีการบรรจุ แนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดไว้ในยุทธศาสตร์ของประเทศแต่อย่างไร

จนกระทั่งปลายปี พ.ศ. 2555 โดยรัฐบาลยิ่งลักษณ์ ชินวัตร เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2555 ได้มีคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 30/2555 เรื่องแนวปฏิบัติแผนการแก้ไขปัญหายูสเอ/ผู้ติดยาเสพติด โดยได้กำหนดให้กลุ่มผู้ติดยาเรื้อรัง² นั้น ต้องดำเนินการโดยส่งไปบำบัดฟื้นฟู แบบผู้ป่วยในระยะยาวรวมถึงพิจารณาให้ใช้แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้งนี้อย่างเหมาะสมกับสภาพของผู้ติดยาเรื้อรังแต่ละราย เพื่อลดผลกระทบต่อผู้เสพ ครอบครัว สังคม และชุมชน ซึ่งนับว่ามีการให้ความสนใจในการนำแนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอีกครั้ง ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่ดีอันจะก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อไป

จากอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยในฐานะประเทศผู้ผลิตและประเทศทางผ่านของการลำเลียงสารเสพติดมักจะถูกเพ่งเล็งจากสายตาชาวโลก จนบางครั้งส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของประเทศส่วนผู้เสพที่เข้ามารับการบำบัดแล้วมักติดยาซ้ำเนื่องจากไม่ได้รับการบำบัดทางจิต สภาพจิตใจยังไม่เข้มแข็งพอที่จะสู้มรสชาติของยาและกลับไปเสพยาซ้ำ บางคนในครอบครัวต่างก็ติดสารเสพติดและพัฒนาจากผู้เสพกลายเป็นผู้จำหน่าย³

2.1.2 นโยบาย/ยุทธศาสตร์ในการดำเนินการกับผู้กระทำความผิดยาเสพติดในประเทศไทย

1.ความเป็นมา

ในเรื่องของยาเสพติด ประเทศไทยได้มีความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในระดับทวิภาคี และพหุภาคีในด้านของการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ทั้งนี้ในกรอบอาเซียน รัฐบาลไทยกำหนดประเด็นปัญหายาเสพติดว่าเป็นปัญหาความมั่นคงในภูมิภาค และที่ประชุมคณะรัฐมนตรีอาเซียนเองก็ได้ประกาศเจตนารมณ์ให้ภูมิภาคอาเซียนปลอดยาเสพติดในปี พ.ศ.2558 (Drug Free 2015) โดยกำหนดแผนปฏิบัติการอาเซียนเพื่อต่อต้านการลักลอบผลิต การค้า และการเสพยาเสพติด เพื่อให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นแนวทางในการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าพื้นที่ปลูกพืชเสพติดลดลง การจับกุมผู้ค้าเสพยาเสพติดบางประเทศลดลง บางประเทศเพิ่มขึ้น พบการทำลายโรงงานผลิตยาเสพติด บางประเทศผู้เสพยาเสพติดประเภทฝิ่น กัญชามีจำนวนเท่าเดิม ส่วนผู้เสพยาเสพติดในกลุ่มแอมเฟตามีน หรือ ATS (Amphetamine-type

²หมายถึง ผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นประจำและต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปีขึ้นไป ไม่สามารถเลิกหรือหยุดเสพยาได้แม้จะผ่านการบำบัดหลายครั้ง ไม่ตั้งใจเลิกยาเสพติดอย่างจริงจัง.

³จาก “แนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด: ตอนที่ 1,” โดย นวลตา อาภาศัพท์กุล, 2549, สงขลานครินทร์เวชสาร, 25 (1), น. 63.

stimulants) ได้แก่ เมทแอมเฟตามีน/ไอซ์ แอมเฟตามีน non-specified amphetamines และกลุ่มเอ็กซ์ตาซี มีจำนวนเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามผลจากการประชุมสุดยอดผู้นำอาเซียนครั้งที่ 21 ซึ่งจัดขึ้นระหว่างวันที่ 3-4 เมษายน 2555 ณ กรุงพนมเปญ ประเทศกัมพูชาที่ผ่านมา ได้รับรองปฏิญญาร่วมของผู้นำประเทศอาเซียนในการเป็นอาเซียนที่ปลอดยาเสพติดในปี พ.ศ. 2558 ทั้งนี้อาเซียนได้ประกาศวิสัยทัศน์การเป็นเขตปลอดยาเสพติดอาเซียนภายในปี 2563 และต่อมาเห็นพ้องที่จะเลื่อนเป้าหมายของการให้อาเซียนเป็นเขตปลอดยาเสพติดให้เร็วขึ้นอีก 5 ปี เป็นปี พ.ศ.2558 ทั้งนี้ได้นิยามการเป็นอาเซียนที่ปลอดยาเสพติดว่า คือการที่ประเทศสมาชิกอาเซียนสามารถควบคุม ปัญหายาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการค้ามนุษย์ที่เป็นปกติสุขของสังคม

2. นโยบายและยุทธศาสตร์⁴

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือด้านยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ปี 2556-2558 ถือเป็นยุทธศาสตร์ในประเทศเพื่อรองรับการเปิดประชาคมอาเซียน โดยมี 3 กรอบความคิดและ 4 กลยุทธ์ กล่าวคือ

กรอบความร่วมมือ

ความร่วมมือด้านยาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนเป็นความร่วมมือที่มีมานานในรูปแบบต่างๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ทุกประเทศต่างก็ตระหนักว่าปัญหายาเสพติดเป็นภัยของมนุษยชาติร่วมกัน ที่ทุกประเทศต้องร่วมมือที่จะขจัดภัยดังกล่าวนี้ กรอบความคิดความร่วมมือด้านยาเสพติดจึงเป็นการพัฒนาต่อยอด ให้สำเร็จผลโดยเร็วยิ่งขึ้น โดยอาศัยเงื่อนไขของการรวมตัวกันเป็นประชาคมอาเซียนเป็นแรงผลักดันที่สำคัญ ทั้งนี้ให้กำหนดกรอบความคิด ทางยุทธศาสตร์ดังนี้

1. ใช้กรอบความคิดที่ทุกประเทศในอาเซียนได้กำหนดเป็นยุทธศาสตร์ร่วมกัน ในการเป็นเขตปลอดยาเสพติดอาเซียน ภายในปี ค.ศ.2015 (2558) เป็นกรอบความคิดหลัก
2. ใช้กรอบความคิดที่จะทำให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นวาระภูมิภาค ซึ่งเป็นกรอบข้อเสนอเชิงรุกของรัฐบาล และได้รับการขานรับจากทุกประเทศในอาเซียนในทางหลักการแล้ว
3. ใช้กรอบความคิดหลัก “ขยายจุดร่วม มุ่งผลโดยตรง เสริมสร้างความพร้อม” เป็นหลักที่จะพัฒนาความร่วมมือเชิงรุก เพื่อแสวงหามาตรการการปฏิบัติต่างๆ ที่จะส่งผลต่อการลดระดับปัญหายาเสพติดโดยเร็ว

⁴จาก ร่างกรอบยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ปี 2558 (น.4-40), โดย ศูนย์อำนวยการพลังยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.), 2556, กรุงเทพฯ: สำนักงานป.ป.ส.

กลยุทธ์

เพื่อให้มีผลในการเร่งยกระดับการมีส่วนร่วมของประเทศต่างๆในประเทศอาเซียน ซึ่งจะมีผลต่อการลดระดับปัญหายาเสพติดภายในประเทศในระยะเวลา 3 ปี เพื่อรองรับความเป็นประชาคมอาเซียน จึงกำหนด 4 กลยุทธ์สำคัญในการบรรลุยุทธศาสตร์ตามลำดับดังนี้

กลยุทธ์ที่ 1 ขยายความร่วมมือเชิงรุกต่อมาตรการที่ส่งผลกระทบต่อการลดปัญหาเสพติดอย่างเป็นทางการ โดยในระยะ 3 ปีนี้ แม้จะยังไม่เข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยสมบูรณ์ส่วนใหญ่จะมุ่งไปสู่การเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ แต่เฉพาะกรณีปัญหาเสพติด อาศัยข้อตกลงการสร้างเขตปลอดยาเสพติดอาเซียนในปี 2558 และข้อตกลงร่วมให้ปัญหาเสพติดเป็นความร่วมมือระดับภูมิภาค ดังนั้นการกำหนดกลยุทธ์ขยายความร่วมมือในงานด้านยาเสพติดในกลุ่มอาเซียนให้เป็นผลในการลดปัญหาเสพติดอย่างเป็นทางการ จึงเป็นกลยุทธ์หลัก ใน 3 ปีนี้ โดยขยายความมือที่สำคัญในด้าน Supply reduction เป็นหลัก ได้แก่ การขยายความร่วมมือในการข่าว การปราบปรามกลุ่มการค้ายาเสพติด การสกัดกั้นยาเสพติดทั้งตามแนวชายแดนและท่าอากาศยานนานาชาติ การปราบปรามยาเสพติด การลดพื้นที่ปลูกพืชเสพติด

กลยุทธ์ที่ 2 เตรียมการ สร้างความพร้อมต่อมาตรการที่จะมุ่งขยายความร่วมมือที่มากขึ้น โดยพิจารณามาตรการที่สำคัญและจำเป็นที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือในกลุ่มอาเซียนเพิ่มมากขึ้น ด้วยการสร้างความพร้อมหรือแสวงหาข้อตกลงใจเพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาเสพติดที่จะมีการยกระดับมากขึ้น

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาคือความร่วมมือในหลายรูปแบบตามความเหมาะสมสอดคล้องกับภารกิจและการแสวงหาประเด็นร่วม โดยพัฒนาความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาเสพติดในรูปแบบต่างๆ ทั้งในรูปแบบของกลุ่มประเทศอาเซียน ความร่วมมือแบบพหุภาคี ไตรภาคีและทวิภาคี ตามความเหมาะสมของสภาพปัญหา ภารกิจและข้อตกลงใจร่วมกัน เพื่อให้ความร่วมมือที่เกิดขึ้นปรากฏผลเป็นรูปธรรม

กลยุทธ์ที่ 4 เสริมบทบาทภาคีนอกกลุ่มประเทศอาเซียน หรืออาเซียนบวก โดยชักชวนแสวงหาความร่วมมือกับประเทศนอกอาเซียน ที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหาเสพติดในประเทศอาเซียน ทั้งในภาพรวมทุกประเทศ หรือในประเทศเฉพาะ เพื่อให้เกิดผลสะท้อนกลับต่อการลดปัญหาเสพติดในอาเซียนตามมาตรการที่เหมาะสมและเป็นข้อตกลงใจร่วมกัน

โดยสรุปแล้วการประกาศให้ประเทศเป็นเขตปลอดยาเสพติดนั้น หากพิจารณาตามความเป็นจริงเห็นได้ว่าไม่มีประเทศใดที่ปลอดยาเสพติดอย่างแท้จริง แม้ประเทศที่พัฒนาและมีมาตรการในการจัดการกับปัญหาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ ก็ยังคงมีการใช้ยาเสพติดภายในประเทศเช่นกัน ดังนั้นคำว่า “ปลอดจากยาเสพติด (Drug Free)” นั้นน่าจะหมายถึง ประเทศ

นั้นๆสามารถควบคุมปัญหาเสพติดได้ โดยการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้รู้จักการใช้ยาเสพติดที่ปลอดภัย และลดผลกระทบทางลบอันเกิดจากการใช้ยาเสพติด ทั้งยังรวมไปถึงการลดจำนวนผู้ติดยาเสพติดรายใหม่อีกด้วย ดังนั้น “ปลอดยาเสพติด (Drug Free)” จึงหมายถึงประเทศที่มีอัตราส่วนผู้ติดยาเสพติดกับจำนวนประชากรของประเทศในปริมาณที่ควบคุมได้นั่นเอง

2.2 หลักสากลและหลักสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับผู้กระทำความผิดยาเสพติด

เมื่อกล่าวถึงปัญหาสารเสพติด ยังมีความเข้าใจผิดอยู่มากในเรื่องของ "การใช้ยา" และ "การเสพติดยา" ทำให้การพิจารณากระบวนการดูแลรักษาเป็นไปได้ค่อนข้างยุ่งยากรวมทั้งอาจทำให้เกิดปัญหาในกระบวนการประเมินผลกิจกรรมการรักษาด้วย ในช่วงเริ่มต้นของ "การใช้ยา" นั้น ผู้ใช้ยังอาจไม่มีสภาวะเสพติดเกิดขึ้น โดยเฉพาะหากใช้สารที่มีฤทธิ์เสพติดไม่สูง แต่เมื่อมีการใช้ต่อเนื่อง ฤทธิ์เสพติดที่สารนั้นมีต่อร่างกายจึงจะทำให้เกิด "ภาวะเสพติด" ขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ให้การนิยามของภาวะที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดไว้ ดังนี้

1. การใช้ยาในทางที่ผิด (Harmful use, abuse) หมายถึง การใช้ยาเสพติดในลักษณะที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ เช่นภาวะซึมเศร้าจากการดื่มสุราอย่างหนัก

2. การติดยาเสพติด (Dependence syndrome) หมายถึง ภาวะผิดปกติทางด้านพฤติกรรมสติปัญญาความคิดอ่าน และระบบสรีระร่างกายซึ่งเกิดภายหลังจากการเสพสารซ้ำๆ ทั้งพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ได้กำหนดบทนิยามของคำว่า “ติดยาเสพติด” หมายความว่า “เสพยาเสพติดเป็นประจำติดต่อกันและตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งพายาเสพติด”

2.2.1 สถานะของผู้กระทำความผิดยาเสพติด

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 นั้น หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวไว้ว่า “โดยหลักการแล้วผู้เสพยาเสพติดมีสภาพเป็นผู้ป่วยอย่างหนึ่ง มิใช่อาชญากรปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดจึงสมควรกระทำให้กว้างขวาง”⁶

ดังนั้นเมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 แล้ว ผู้เสพยาเสพติดจึงอยู่ในสถานะของผู้ป่วย มิใช่อาชญากรตามกฎหมายอาญาอีกต่อไป และจากการศึกษาทางการแพทย์พบว่า ผู้ติดยาเสพติดคือผู้ป่วยเช่นกัน โดยอาการติดยาเสพติดและแสดงพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติดนี้เป็นอาการของ “โรคสมองติดยา” ที่ต้องได้รับการเยียวยารักษา และ

⁵ผู้ติดยาเสพติด. สืบค้น 18 สิงหาคม 2556, จาก<http://www.udon-ncoc.com/sara3.php>.

⁶หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545.

ดูแลบำบัดรักษาอย่างถูกวิธี ในการศึกษาถึงสถานะของผู้ติดยาเสพติดนั้นจำเป็นต้องพิจารณาหลักทฤษฎีต่างๆประกอบกัน ดังนี้

1. ทฤษฎีการติดตรา(The Label Theory)

โฮเวิร์ด เบคเคอร์ (Howard Saul Becker) นักสังคมวิทยาชาวอเมริกัน ผู้มีส่วนก่อตั้ง “ทฤษฎีการติดตรา” ในปี ค.ศ.1963 เห็นว่าการเบี่ยงเบนไม่เกี่ยวกับคุณภาพของพฤติกรรม แต่เกี่ยวข้องกับผลจากปฏิกิริยาตอบโต้ทางสังคม ดังนั้นเบคเคอร์จึงจัดกลุ่มความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบโต้ทางสังคม

เบคเคอร์ เห็นว่าบุคคลทุกคนในสังคม ไม่ว่าจะในเวลาใดก็อาจถูกติดตราว่าเป็นผู้เบี่ยงเบนได้ เบคเคอร์ อธิบายว่า กลุ่มทางสังคมเป็นตัวการสำคัญในการสร้างพฤติกรรมเบี่ยงเบน โดยการสร้างกฎเกณฑ์ (Rule) ขึ้นมาเป็นผลทำให้ผู้ที่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์นั้นต้องกลายเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน

Shure (1971) แบ่งระดับการติดตราออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกลุ่มผู้สร้างกฎหมาย
2. ระดับกระบวนการยุติธรรม
3. ระดับตัวบุคคล

เซอร์ เน้นว่าการติดตราระดับตัวบุคคลสำคัญที่สุด เซอร์อธิบายกระบวนการตอบสนองต่อการติดตราไว้ว่าการตอบสนองแบ่งออกเป็น 3 ประเภทได้แก่

1. ประเภทฝังไว้ในความคิด (Stereotyping)
2. ประเภทการตีความย้อนหลัง (Retrospective interpretation)
3. ประเภทการเจรจาต่อรอง (Negotiation)

ในเรื่องการติดตรานี้เป็นเรื่องที่บุคคลในสังคมกำหนดความหมายให้แก่ผู้อื่น ว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือมีพฤติกรรมเป็นอาชญากร ซึ่งในการกำหนดความหมายอาศัยวิธีการสื่อสารเพื่อให้ผู้อื่น และสังคมรับรู้ความหมายนั้น

ในเรื่องเกี่ยวกับการรับรู้ความหมายนี้ วอลเตอร์ ลิปปมันน์ (Walter Lippmann) ปัญญาชนอเมริกันผู้มีชื่อเสียง ได้ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการตีความหมายต่อสิ่งต่างๆ ของคนเรา จากการที่ได้รับรู้เรื่องราวเหตุการณ์ และสิ่งต่างๆ ใว้อย่างน่าสนใจว่า “บุคคลมักได้ยิน ได้ทราบเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ในโลกจากบุคคลอื่น ก่อนที่จะได้พบเห็นด้วยตนเอง หรือบางครั้งตลอดชีวิตก็ไม่เคยได้พบเห็นสิ่งนั้นๆด้วยตนเองเลย ดังนั้น บุคคลที่ยังห่างเหินจากสิ่งใด ก็จะยังใช้ความคิดที่ฝังอยู่ภายใน เพื่อทำความเข้าใจกับสิ่งที่ตนไม่ได้พบเห็นด้วยตนเอง...”

เมื่อเปรียบเทียบกับเรื่องอาชญากรรม บุคคลทั่วไปได้รับรู้เรื่องอาชญากรรมจากบุคคลอื่น หรือจากสื่อมวลชน และมองอาชญากรรมจากความรู้สึกภายในของตนเอง ส่วนการตีความย้อนหลังเป็นขั้นตอนที่ใช้ในการสร้างเรื่องราวอัตตะชีวะประวัติของผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนขึ้นมาใหม่

เซอร์ เห็นว่า ชีวิตของบุคคลแต่ละคนย่อมประสบการณ์ และเคยประกอบพฤติกรรมบางอย่างที่สังคมไม่ยอมรับ หรือไม่เป็นไปตามครรลองของสังคมมากพอเพียง ที่จะทำให้เห็นว่าบุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนมาตลอดชีวิต เซอร์พยายามที่จะให้มนุษย์มีบทบาทเป็นผู้กระทำทางสังคม ในทัศนะของเซอร์เขาเห็นว่ามนุษย์เป็นผู้กระทำทางสังคมมากกว่า โดยการใช้วิธีการตอบโต้การที่สังคมมุ่งตีตราตนเองโดยใช้วิธีการ 2 วิธีคือ วิธีการเจรจาเพื่อลดความผิด (Bargaining) และวิธีการปฏิเสธความเบี่ยงเบน (Deviant disavowal)⁷

2. โรคสมองติดยา (Brain Disease)

สมองคืออวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายที่สำคัญมาก โดยทำหน้าที่ควบคุมการทำงานต่างๆของร่างกาย โดยการทำงานของสมองนั้นเกิดขึ้นจากการติดต่อสื่อสารส่งสัญญาณกันระหว่างเซลล์ประสาทกับเซลล์อวัยวะอื่นๆ เช่น เซลล์กล้ามเนื้อ เป็นต้น ทั้งนี้สารเคมีในสมองที่ทำหน้าที่เป็นตัวส่งผ่านสัญญาณประสาทนี้เองที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับกลไกการติดยาเสพติดของมนุษย์ แท้จริงแล้วกลไกการเสพติดเป็นกลไกตามธรรมชาติของร่างกายเพื่อใช้ในการแสวงหาสิ่งซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ได้แก่ อาหาร น้ำ เพศสัมพันธ์ และการทำนุบำรุงดูแลเอาใจใส่ เป็นต้น ทั้งนี้สิ่งเหล่านี้เองที่เป็นสิ่งซึ่งเร้าหรือกระตุ้นความพอใจของมนุษย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ⁸

จากการศึกษาพบว่าการใช้ยาเสพติด จะมีผลต่อสมอง 2 ส่วน คือ สมองส่วนนอกหรือสมองส่วนคิด (Cerebral Cortex) และสมองส่วนที่อยู่ชั้นในหรือสมองส่วนอยาก (Limbic System) สมองส่วนคิดมีหน้าที่ควบคุมสติปัญญา การใช้ความคิดแบบมีเหตุผล ขณะที่สมองส่วนอยากเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก ดังนั้นเวลาคนเราเสพยาเสพติด ด้วยจะไปกระตุ้นทำให้สมองสร้างสารเคมีชื่อโดปามีน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้มนุษย์เกิดความรู้สึกมีความสุข แต่ยาเสพติดทำให้สมองสร้างโดปามีนมากกว่าที่ธรรมชาติกำหนดจนทำให้รู้สึกเป็นสุขมากขึ้นกว่าปกติ สมองจึงมีการปรับตัวด้วยการลดการหลั่งสารเคมีนั้นลง เมื่อหมดฤทธิ์ของยาเสพติด จึงเสมือนว่าร่างกายมีอาการ

⁷ จาก , เอกสารประกอบคำบรรยายวิชาทฤษฎีอาชญาวิทยา (น.59-60), โดย รองศาสตราจารย์ณัฐวัฒน์สุทธิโยธิน, 2553, กรุงเทพฯ: เอกสารอัดสำเนา.

⁸ จาก, สมองและกลไกการเสพติด, โดย ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, (เรียบเรียงจาก Slide Teaching Packets, by NIDA (National Institute on Drug Abuse), 1999, USA).

ขาดสารโคปามีนทำให้มีอาการหงุดหงิด หรือซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้เสียหายพยายามแสวงหายามาใช้ซ้ำ ในขณะที่เดียวกันเมื่อใช้ยาเสพติดบ่อยๆ จะทำให้สมองส่วนคิดถูกทำลายไปด้วย การใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลจะเสียไปแล้วสมองส่วนอยากจะอยู่เหนือสมองส่วนคิด จนทำอะไรตามใจตามอารมณ์มากกว่าเหตุผล ผู้ที่ใช้ยาจึงมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีอารมณ์ก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ทำให้มีการใช้ยาเสพติดบ่อยขึ้น พอเสพไปหลายๆ ครั้ง สมองก็จะจดจำตัวกระตุ้นที่อยู่แวดล้อมขณะเสพยาเสพติดไม่ว่าจะเป็นสถานที่ เพื่อนที่เคยเสพยาด้วยกัน หรือตัวยาเสพติด แล้วเอาไปเชื่อมโยงกับความสุขที่เกิดจากฤทธิ์ของยาเสพติด เมื่อสมองไม่ได้รับการกระตุ้นจากยาเสพติด โคปามีนตามธรรมชาติก็ไม่เพียงพอที่จะสร้างความสุขได้ ผู้ติดยาเสพติดจะเกิดอาการทรมานทรมาน เมื่ออยากมีความสุขก็ต้องพึ่งยาเสพติด สมองจึงจะหลั่งโคปามีนมามากพอจนผู้ติดยาเสพติดเกิดความสุขได้ อาการเช่นนี้เรียกว่า “สมองติดยา”

ในที่สุดก็ห้ามตัวเองไม่ได้ ต้องทำทุกวิถีทางให้ได้ยาเสพติดมาเสพ ผลสุดท้ายจะเกิดความสูญเสียอย่างรุนแรงในด้านต่างๆ ของชีวิต ทั้งนี้เพราะผู้เสพไม่สามารถควบคุมตนเองได้ด้วยสติปัญญาหรือความคิดที่มีเหตุมีผล จึงทำให้มีอาการทางจิตและสามารถเป็นโรคจิตเต็มขั้นได้ในที่สุด การที่สมองติดยาทำให้ผู้ติดยาเสพติดต้องเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง การที่คิดว่าเสพยาเสพติดแล้วถ้าจิตใจเข้มแข็งก็สามารถเลิกเสพยาได้นั้นเป็นความคิดที่ผิด เนื่องจากสมองได้ถูกทำลายไปแล้วจึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา⁹

ทั้งนี้อาการของโรคสมองติดยานั้นจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ 1.) ระยะเวลา 2.) กรรมพันธุ์ และ 3.) สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูประกอบกัน โดยการดูแลและรักษาผู้ติดยาเสพติดในปัจจุบันนี้คือการทำให้ผู้เสพรู้จักคิดโดยอาศัยเหตุผล และให้สมองฟื้นฟูจากยาและอาการเสื่อมของสมอง ทั้งนี้ยังต้องทำให้สมองส่วนคิดกลับมาควบคุมสมองส่วนอยากให้ได้ และต้องใช้การเบี่ยงเบนผู้เสพจากยาเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำอีก ประกอบกับการประเมินทางคลินิกโดยจิตแพทย์เพื่อสังเกตพฤติกรรมอีกด้วย ทั้งนี้ระยะเวลาในการดูแลรักษาโดยทั่วไปใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 4 เดือนขึ้นไป ซึ่งปัจจุบันกระบวนการดูแลรักษานี้เรียกว่ากระบวนการ FAST model, TC โดยโปรแกรมนี้เหมาะสำหรับผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ฟีน หรือสารเสพติดที่ไม่ใช่เฮโรอีน เพราะการรักษากลุ่มผู้เสพเฮโรอีนมีความยุ่งยากมากกว่า ส่วนภายหลังการรักษาต้องมีการติดตามผลว่า ผู้เข้ารับการบำบัดต้องไม่เสพยาหรือสารอื่นจนครบหนึ่งปีถึงจะเรียกว่าหายจากอาการติดยา¹⁰

⁹จาก โรคสมองติดยา (ภาพสไลด์ประชากรประชุม คณะอนุกรรมการปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ครั้งที่ 2/2556), โดย นพ. อังกูร ภัทรารกร, 2556.

¹⁰จาก “แนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด: ตอนที่ 1,” โดย นวลตา อากาศภะกุล, 2549, สงขลานครินทร์เวชสาร, 25 (1), น. 66.

3. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory)

Sigmund Freud ผู้คิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ได้อธิบายและให้ความสำคัญต่อกระบวนการทำงานของจิตเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ได้อธิบายว่าการทำงานของจิตเป็นผลจากแรงขับภายในของมนุษย์ เพื่อตอบสนองต่อสัญชาตญาณในการดำรงชีวิตอยู่ของคน แรงขับภายในของมนุษย์ก็เป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันของสภาวะจิต 3 ส่วน ได้แก่

1. Id เป็นสภาวะจิตที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิด จึงหมายรวมถึงสัญชาตญาณ และมักเกี่ยวกับการตอบสนองความปรารถนาทางกาย เป็นพลังให้ได้มาซึ่งความพอใจ โดยไม่คำนึงถึงเหตุผลและความเป็นจริง หรือความถูกต้องดีงาม Id จึงมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “พลังแสวงหาความสุข” (Pressure Seeking)

2. Ego เป็นสภาวะจิตแห่งการรู้และเข้าใจ การใช้เหตุผล การดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย และการแสวงหาวิธีการเพื่อตอบสนองพลัง Id เช่น เมื่อหิว Id พลัง Ego ก็จะใช้เหตุผลตรรกะตรงว่าจะบำบัดความหิวโดยวิธีใด หรือมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า พลัง “รู้ความจริง” (Reality Principle)

3. Superego เป็นสภาวะจิตที่เกิดจากการเรียนรู้ เช่นเดียวกับ Ego แต่แตกต่างจาก Ego คือ เป็นส่วนที่เกี่ยวกับคุณค่าที่เป็นสภาพในอุดมคติต่างๆ เช่น ความถูกต้อง มโนธรรม ความยุติธรรม ฯลฯ จึงกล่าวได้ว่า Superego จึงไม่ทำงานตอบสนอง Id แต่หากจะหักล้างความรุนแรงของพลัง Id ต่างหาก

อาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมและบุคลิกภาพของคนจะเป็นเช่นไรนั้น ขึ้นอยู่กับการทำงานของทั้ง 3 ส่วน ว่ามีความสอดคล้องและสามารถทำงานร่วมกันได้หรือไม่ สภาวะจิตใดมีอิทธิพลเหนือตัวอื่นย่อมเป็นตัวชี้ลักษณะของคนนั้น เช่น ถ้าพลังของ Id มีอำนาจสูง บุคลิกภาพของคนผู้นั้นจะเป็นแบบเด็ก ไม่รู้จักโต เอาแต่ใจตนเอง ถ้า Ego มีอำนาจสูงคนผู้นั้นจะเป็นคนมีเหตุผลเป็นนักปฏิบัติ ถ้า Superego มีอำนาจสูง ก็เป็นนักอุดมคตินักทฤษฎี

สำหรับการใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์มาอธิบายการคิดยาเสพติดนั้น สามารถอธิบายได้ว่าการคิดยาเสพติด เป็นอีกหนึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการทำงานไม่เหมาะสมของทั้ง 3 ส่วน (Id Ego Superego) ในบุคคลนั้นๆ โดยการทำงานทั้ง 3 ส่วน จะให้น้ำหนักไปทางสัญชาตญาณดิบ (Id) มากกว่าส่วนอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อตอบสนองต่อการแสวงหาความสุข และความพึงพอใจตามสัญชาตญาณดิบของบุคคลที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง หรือได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอ อันเนื่องมาจากการขาดหรือไม่สามารถแสวงหาความสุขและความพึงพอใจในรูปแบบพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมได้ การใช้ยาเสพติดจึงเป็นอีกหนึ่งตัวอย่างของการเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพอ่อนแอ เช่น ผู้ติด

ยาเสพติดมักมีสาเหตุมาจากการถูกเพื่อนชักจูง ถูกขอร้องให้เสพ หรือเสพเพราะต้องการการยอมรับจากผู้อื่น

เมื่อมีการใช้ยาเสพติดในครั้งแรกๆ ร่างกายของผู้เสพจะได้รับความสุขและความพึงพอใจจากการเสพอย่างเต็มที่ ก่อให้เกิดเป็นพลังในการขับเคลื่อนสัญชาตญาณให้เป็นตัวสั่งการ เมื่อเกิดความต้องการการเสพยาเสพติดในครั้งต่อไป ซึ่งเป็นความสุขและความพึงพอใจในระดับเข้มข้น และการใช้ยาเสพติดนั้นได้กระตุ้นให้ระดับจิตใต้สำนึก (Unconscious) หลุดพ้นจากการควบคุม และเริ่มเป็นตัวกลางสำคัญทำหน้าที่ควบคุม และสั่งการการดำเนินชีวิตของมนุษย์ให้เป็นไปตามที่จิตที่ถูกกดคั้นนั้นต้องการต่อไป นอกจากนี้เมื่อเกิดพฤติกรรมการเสพยาเสพติดแล้ว จิตใต้สำนึกจะทำหน้าที่สั่งการให้พฤติกรรมอื่นๆ ของบุคคลนั้นเป็นไป เพื่อรักษาการดำรงอยู่ของพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดไว้ อีกทั้งในช่วงที่ไม่ได้ใช้ยาเสพติด จิตใต้สำนึกจะทำให้เกิดความหวาดกลัว ในรูปลักษณะและความรุนแรงแตกต่างกันออกไป

ดังนั้น เพื่อปกป้องตนเองจากความกลัว ความเครียด และความกดดัน จิตใต้สำนึกจะทำหน้าที่สั่งการให้บุคคลนั้น รักษาหรือดำรงพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด กล่าวคือการหันกลับไปใช้ยาเสพติดอีกครั้ง และหากบุคคลใดใช้กลวิธานนี้อยู่เป็นประจำย่อมจะพัฒนาไปสู่บุคลิกภาพที่อ่อนแอมากยิ่งขึ้น เริ่มมีการปลีกตัว หลีกหนีความจริงและอยู่ในโลกของการหลอกลวง กระทำในสิ่งที่ไม่เหมาะสมและผิดกฎหมาย ในท้ายที่สุดจิตใต้สำนึกก็จะสั่งการให้คนติดยาเสพติดประพฤติปฏิบัติ และแสดงพฤติกรรมต่างๆ รวมทั้งมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เป็นการสั่งการโดยปราศจากความรู้สึกตัว และยากต่อการควบคุมหรือไม่สามารถควบคุมได้อีกต่อไป จนกว่าจะได้รับการบำบัดรักษาเยียวยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการพัฒนาบุคลิกภาพไปสู่ความสมดุลต่อไป¹¹

โดยสรุปเมื่อพิจารณาทั้งอาการของโรคสมองติดยา ประกอบกับทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ประกอบกันแล้ว อาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดนั้นก่อให้เกิดโรคซึ่งเป็นอาการเจ็บป่วยทางจิต ทั้งในส่วนจิตใต้สำนึกและการสูญเสียความรู้สึกผิดชอบชั่วดีของผู้ติดยาเสพติด ทั้งเป็นผลให้การทำงานของสมองนั้นเสียสมดุล โดยทำให้สมองส่วนอยากมาครอบงำสมองส่วนคิดของผู้ติดยา ด้วยเหตุดังกล่าวนี้เองทำให้ Social Judgment ของผู้ติดยาเสพติดเสียไป ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตต่างๆตามมามากมาย อาทิเช่น ความเป็นคนวิกลจริต หูแว่ว ประสาทหลอน และหนักที่สุดคืออาจทำให้เป็นอัลไซเมอร์ได้ในอนาคต ดังนี้จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วย โดยอาการเจ็บป่วยที่แสดงออกมาเพราะฤทธิ์ของยา ซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยต้องหาวิธีการที่เหมาะสมในการบำบัดรักษาต่อไป

¹¹จาก ทำไมคนถึง ติดยาเสพติด ตอนที่ 1 : ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (เอกสารวิชาการเผยแพร่ ประจำเดือน กันยายน 2549) (น.3-5), โดย ไพฑูรย์ แสงพุ่ม, 2549, กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด สฟป.

2.2.2 หลักสากลเกี่ยวกับผู้กระทำความผิดยาเสพติด¹²

องค์การหลักขององค์การสหประชาชาติที่ดำเนินงานด้านยาเสพติด คือ โครงการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศแห่งสหประชาชาติ (United Nations International Drug Control Program) โครงการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศแห่งสหประชาชาติ (UNDCP) เป็นองค์กรที่องค์การสหประชาชาติได้จัดตั้งและมีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2543 โดยเป็นการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารภายในขององค์การสหประชาชาติ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากขึ้น องค์การสหประชาชาติ จึงได้ยกเลิกองค์กรเดิมคือ กองยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ ซึ่งเป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการยาเสพติด กองทุนเพื่อควบคุมการใช้ยาในทางที่ผิด และฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศแห่งสหประชาชาติ โดยโครงการฯจะรับผิดชอบงานทั้งหมดอันเป็นผลสืบเนื่อง จากการดำเนินงานตามอนุสัญญาระหว่างประเทศเกี่ยวกับยาเสพติด การดำเนินงานวิจัยและการปฏิบัติงานผสมผสานต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพในการดำเนินการ ตามข้อตัดสินใจของคณะกรรมการยาเสพติดระหว่างประเทศ และคณะกรรมการยาเสพติด

ผู้บริหารสูงสุด UNDCP คือผู้อำนวยการบริหาร (Executive Director) ซึ่งจะมีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารงาน ควบคุม ดูแลกิจกรรมต่างๆ ด้านยาเสพติดภายใต้ขอบเขตของสหประชาชาติ จัดหางบประมาณและประสานงาน จัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้ระบบสหประชาชาติ ตำแหน่งผู้อำนวยการบริหารนี้เทียบเท่ากับตำแหน่งรองเลขาธิการระบบสหประชาชาติ

องค์การสหประชาชาติได้ให้ความช่วยเหลือประเทศไทย ในการแก้ไขปัญหาเสพติดมาโดยตลอด และไทยเองก็มีบทบาทในเวทีของสหประชาชาติทางด้านยาเสพติด ซึ่งเป็นที่ยอมรับของนานาประเทศ และองค์การสหประชาชาติว่า รัฐบาลมีความตั้งใจจริงที่จะแก้ไขปัญหาเสพติด และให้ความร่วมมือกับองค์การสหประชาชาติอย่างเต็มที่ในการขจัดปัญหาเสพติด ประเทศไทยในฐานะเป็นประเทศภาคีอนุสัญญาระหว่างประเทศด้านยาเสพติด ได้ปฏิบัติตามพันธกรณีตามอนุสัญญา และพิธีสารของสหประชาชาติด้านยาเสพติด และปฏิบัติตามมติและข้อเสนอแนะจากการประชุมด้านยาเสพติด ที่สหประชาชาติจัดขึ้นตลอดมา

ประเทศไทยได้เข้ามาเป็นภาคีอนุสัญญาของสหประชาชาติด้านยาเสพติดแล้วดังนี้

1. อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ปี ค.ศ. 1961 (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) แก้ไขพิธีสาร ปี ค.ศ. 1972

¹²การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด: กรอบความร่วมมือระหว่างประเทศสืบค้น 6 สิงหาคม 2556, จาก<http://www1.oncb.go.th/document/p1-solution28.htm>.

2. อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ปี ค.ศ. 1971 (Convention on Psychotropic substances, 1971)

3. พิธีสาร ปี ค.ศ. 1972 แก้ไขเพิ่มเติมอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด ปี ค.ศ. 1961 (1972 Protocol Amending the single Convention of Narcotic Drugs, 1961)

4. อนุสัญญาว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติด และวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ปี ค.ศ.1988 (Convention against illicit on Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988)

ทั้งนี้อนุสัญญาเหล่านี้ได้มีบทบัญญัติที่ให้รัฐภาคีสมาชิกออกกฎหมายภายในให้เป็นไปตามที่อนุสัญญาระบุไว้ ซึ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดโทษและความผิด ตลอดจนมาตรการพิเศษในกรณีเป็นผู้ค้ายาเสพติด หรือผู้กระทำความผิดซึ่งน่าสนใจ มีดังต่อไปนี้

ข้อ 3 ความผิดและบทลงโทษ วรรค 4 ของอนุสัญญาว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติด และวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ปี ค.ศ.1988 (Convention against illicit on Narcotic Drugs and Psychotropic Substance 1988) ได้กำหนดให้รัฐภาคีดำเนินการกับความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดดังนี้

4. (ก) แต่ละภาคีจะต้องดำเนินการให้การกระทำความผิดที่บัญญัติไว้ตามวรรค 1 ของข้อนี้มีโทษซึ่งพิจารณาตามลักษณะความร้ายแรงของความผิดเหล่านี้ เช่น การจำคุกหรือการจำกัดอิสรภาพในรูปแบบอื่น การปรับและการริบทรัพย์สิน

(ข) นอกจากการตัดสินลงโทษหรือการลงโทษสำหรับความผิดแล้ว ภาคีอาจกำหนดให้ผู้กระทำความผิดต้องเข้ารับมาตรการต่างๆ เช่น การบำบัดรักษา การศึกษา การดูแลภายหลังการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการกลับคืนสู่สังคม

(ค) ถึงแม้ว่าจะมีอนุวรรค (ก) และ (ข) บัญญัติไว้ก็ตาม ในกรณีที่ความผิดมีลักษณะไม่ร้ายแรง และเมื่อเห็นเป็นการสมควร ภาคีอาจกำหนดมาตรการต่างๆ แทนการตัดสินลงโทษหรือการลงโทษ เช่น การศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการกลับคืนสู่สังคม รวมถึงการบำบัดรักษา หรือการดูแลภายหลังการบำบัดรักษาในกรณีที่ผู้กระทำความผิดเป็นผู้ค้ายาเสพติด

(ง) ภาครัฐอาจกำหนดมาตรการต่างๆ เป็นทางเลือกนอกเหนือจากการตัดสินลงโทษหรือการลงโทษ หรือมาตรการเพิ่มเติมจากการตัดสินลงโทษ หรือการลงโทษสำหรับการกระทำความผิดที่บัญญัติไว้ ตามวรรค 2 ของข้อนี้ ได้แก่ การบำบัดรักษา การศึกษา การดูแลภายหลังการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการกลับคืนสู่สังคมของผู้กระทำความผิด¹³

¹³ ข้อ 3 ความผิดและบทลงโทษ อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติด และวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1988.

2.2.3 สาธารณภัยเกี่ยวกับหลักสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับผู้กระทำความผิดยาเสพติด

ในระยะ 2-3 ปีมานี้ ปัญหาผู้เสพยาเสพติดมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สูงขึ้นเรื่อยๆ ปัญหายาเสพติดจึงเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี อันเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ทั้งยังเป็นการส่งผลกระทบต่อสิทธิในชีวิต ร่างกาย สิทธิสุขภาพ สิทธิในกระบวนการยุติธรรม สิทธิในความเป็นส่วนตัว การเลือกการดำเนินวิถีชีวิต และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และสิทธิที่จะได้รับการปกป้อง ช่วยเหลือและเยียวยาจากภาครัฐและสังคม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ เป็นเรื่องความมั่นคงของมนุษย์ และความมั่นคงทางสังคมนั่นเอง

นอกจากนี้องค์การสหประชาชาติว่าด้วยเอชไอวี/เอดส์ยังได้ประกาศ หลักการและเหตุผล 10 ประการ ที่สิทธิมนุษยชนควรเป็นศูนย์กลางของการต่อสู้กับปัญหาเอดส์ทั่วโลก¹⁴ ดังนี้

1. ทัวแต่ทำเทียมจะเป็นจริงไปไม่ได้ ถ้าปราศจากเรื่องสิทธิมนุษยชน
2. โครงการป้องกัน บำบัดและดูแลเอชไอวีกำลังได้รับผลกระทบ
3. ผู้หญิงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากความไม่เท่าเทียมกัน

ทางเพศที่เป็นไปอย่างกว้างขวาง

4. การละเมิดสิทธิมนุษยชนในประชาคมชายขอบก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อเอชไอวี
5. คนทำงานเอดส์ต้องเสี่ยงต่อการทำงานเพื่อที่จะให้รัฐบาลแสดงความรับผิดชอบต่อสถานการณ์
6. การเพิ่มงบประมาณสนับสนุนเพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถเอาชนะเอชไอวี/เอดส์ได้
7. สิทธิมนุษยชนไม่สามารถแยกออกจากสาธารณสุขที่ดีได้
8. เอดส์มีความแตกต่างจากโรคอื่นๆ
9. สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานจะตอบสนองต่อเอชไอวี/เอดส์ ที่สามารถปฏิบัติได้จริง

และมีประสิทธิภาพ

10. สิทธิมนุษยชนไม่ใช่เพียงคำพูดเท่านั้น

2.2.4 ความหมาย ขอบเขตและความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย และสถานะของผู้ติดยาเสพติด

(1) หลักสิทธิมนุษยชน

สิทธิมนุษยชน (Human Right) หมายถึง สิทธิที่มนุษย์ทุกคนมีความเท่าเทียมกัน มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลที่ได้รับการรับรอง ทั้ง

¹⁴ จาก รายงานการศึกษาทบทวนนโยบายและกฎหมายด้านเอดส์ของประเทศไทย, โดย ชุตติ มีสิทธิ์, จิรสุมัย ณ หนองคาย, และอาจารย์ มีสิทธิ์, 2551, กรุงเทพฯ: มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และองค์กรระหว่างประเทศด้านเอดส์ภายใต้สหประชาชาติ.

ความคิดและการกระทำที่ไม่มีการล่วงละเมิดได้ โดยได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และสนธิสัญญาระหว่างประเทศ

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่ามนุษย์ทุกคนบนโลกใบนี้ล้วนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ว่าผู้นั้นจะมีสถานะทางกายภาพ เศรษฐกิจและสังคมหรือวัฒนธรรมเช่นไร ซึ่งบุคคลอื่นที่มีสิทธิเช่นเดียวกันนี้พึงต้องเคารพและไม่ละเมิดซึ่งกันและกัน การอยู่ร่วมกันในสังคมจึงจะเกิดขึ้นได้ จึงมีการกล่าวไว้ว่าหลักการสิทธิมนุษยชนเป็นแนวทางสำคัญสำหรับการแก้ไขความขัดแย้งในสังคมโลกทุกมิติ ทั้งนี้พบว่าการบัญญัติรับรองในเรื่องสิทธิมนุษยชนไว้ทั้งในระดับสากล และการบัญญัติรับรองโดยกฎหมายของประเทศไทย ซึ่งขอยกประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

(1.1) หลักสิทธิมนุษยชนในทางสากล

ในทางสากลนั้นมีแนวคิดที่สำคัญประการหนึ่งได้แก่ แนวคิดที่ว่าผู้เสพยาเสพติดที่อยู่ในภาวะพึ่งพาสมาชิกนั้นเป็นอาการเจ็บป่วย ดังนั้นจึงต้องได้รับการบำบัดมากกว่าการลงโทษ ทั้งนี้โดยพิจารณาประกอบกับหลักสิทธิมนุษยชนในทางสากลดังนี้

ปฎิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน

โดยปฎิญญาสากลนี้ได้รับการรับรองจากที่ประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2491 ซึ่งนับเป็นรากฐานแนวคิดสิทธิมนุษยชนที่สำคัญ โดยประกอบด้วยหลักการและมาตรฐานทั่วไปด้านสิทธิมนุษยชนทั้งสิ้น 30 ข้อ เช่น

ข้อ 1 มนุษย์เกิดมาทุกคนมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีสิทธิ เสรีภาพ ความเสมอภาคและภราดรภาพ

ข้อ 2 สิทธิที่จะไม่ถูกเลือกปฏิบัติไม่ว่าเพราะเหตุแห่งความแตกต่างทางเชื้อชาติ ศิพ พหุภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมืองหรือเผ่าพันธุ์แห่งชาติ หรือสังคม ทรัพย์สิน กำเนิดหรือสถานะอื่น

ข้อ 11 สิทธิได้รับการสันนิษฐานว่าบริสุทธิ์ จนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่ามีความผิดตามกฎหมาย

ข้อ 21 ทุกคนมีสิทธิในการมีส่วนร่วมทางการเมืองและการเข้าถึงบริการสาธารณะ

ข้อ 25 ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาลและการบริการสังคมที่จำเป็น เป็นต้น

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ค.ศ.1966 โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. สิทธิในชีวิตและการกำหนดวิถีชีวิตของตนเอง

2. พันธกรณีของภาครัฐภาคีต่อการไม่เลือกปฏิบัติ และความเสมอภาคของหญิงและชาย

3. สิทธิในกระบวนการยุติธรรม

4. เสรีภาพในความเป็นส่วนตัว ครอบครัวและการติดต่อสื่อสารเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น การแสดงออกรวมถึงการรับและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

5. สิทธิในการมีส่วนร่วมทางการเมืองและการเข้าถึงบริการสาธารณะรวมถึงสิทธิในครอบครัวและสิทธิเด็ก

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ค.ศ.1966โดยมีสาระสำคัญของกติกาดังนี้ ได้แก่

1. ห้ามการเลือกปฏิบัติ ความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย

2. หลักสิทธิแรงงาน (เช่น สิทธิในการมีงานทำ สภาพการจ้างที่ยุติธรรม ฯลฯ)

3. สิทธิในครอบครัว การได้รับมาตรฐานขั้นพื้นฐานในการครองชีพ มาตรฐานทางสุขภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนสิทธิในการศึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อ 12

ข้อ 12.1 สิทธิของทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ข้อ 12.2 ขั้นตอนในการดำเนินการ โดยรัฐภาคีจะต้องดำเนินการรวมถึงสิ่งต่างๆที่จำเป็นหลักการสำคัญของปฏิญญาเรื่องโรคเอดส์

โดยมีกรอบความคิดต่อการแก้ไขปัญหาดังมี 3 กรอบความคิด คือ 1.) การป้องกันและรณรงค์ 2.) การรักษา 3.) การบรรเทาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม

ทั้งนี้มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดของผู้ติดยา เช่น

1. ประชาชนทุกคนต้องได้รับการปกป้อง ค้ำครอง ดูแลช่วยเหลือ โดยแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาคือการป้องกันและการรณรงค์เพื่อให้เกิดความตระหนัก

กลยุทธ์ในการป้องกันคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเพิ่มการเข้าถึงวัคซีน ถุงยางอนามัย การได้รับอุปกรณ์การฉีดที่ปราศจากเชื้อ และเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีในการวินิจฉัยที่ทันสมัย โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ

2. ทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะพึงหาได้ในการที่จะมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในหลายภูมิภาคทั่วโลกนั้น พบว่าถ้ามีการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปสู่การป้องกันที่ดีเช่นเดียวกัน

3. การบรรเทาผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การพิจารณาและยกระดับสภาพความเป็นอยู่ การเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคม และการลดผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว

ทั้งนี้การจะบรรลุเป้าหมายในการแก้ปัญหาดังกล่าวมานี้ ต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรต่างๆ อาทิเช่น ครอบครัว สังคม ชุมชนและภาคีต่างๆ ให้มีบทบาทและมีส่วนร่วม ในการวางแผนการคิดแก้ปัญหาโรคเอดส์ในทุกด้าน ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่มาตรฐานการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนอีกด้วย¹⁵

(1.2) หลักสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายของประเทศไทย

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของประชาชนชาวไทย ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และ แผนยุทธศาสตร์คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2554-2559

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

1. การคุ้มครองสิทธิมนุษยชน

ทั้งนี้รัฐธรรมนูญฯ ได้คุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ ตลอดจนความเสมอภาคของบุคคลไว้ในมาตรา 4 และการคุ้มครองนี้ยังรวมไปถึงการคุ้มครองนิติบุคคล คณะบุคคล ตลอดจนชุมชนอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตามบุคคลได้รับการรับรองตามรัฐธรรมนูญ ก็ต้องให้ความเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพ ทั้งต้องไม่กระทำการใดๆ อันเป็นการล่วงละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น หรือกระทำการใดๆ อันเป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญและศีลธรรมอันดีของประชาชน ตามมาตรา 28¹⁶

¹⁵จาก สรุปร้อยจากปฎิญญาสากลว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ (การประชุมสมัชชาแห่งสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ 2544), โดย กำพล ศรีวัฒนกุล (แปล), 2544, กรุงเทพฯ:คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล .

¹⁶รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550

มาตรา 4 “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง”

มาตรา 28 “บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญหรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน

บุคคลซึ่งถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้ สามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ เพื่อใช้สิทธิทางศาลหรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้

2. การคุ้มครองความเสมอภาคแก่ประชาชนชาวไทย

เพื่อกำหนดหลักความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติแก่บุคคลที่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ กำหนดตามหลักความเสมอภาค ทั้งเรื่องหลักกำเนิด เพศ ศาสนา เนื่องจากอยู่ภายใต้หลักกฎหมายเดียวกัน หลักความเสมอภาคกันต่อหน้ากฎหมาย เป็นหลักการสำคัญที่เป็นสากล จะต้องได้รับความคุ้มครองโดยไม่มีการแบ่งแยก ทั้งนี้รัฐมีหน้าที่จัดอุปสรรคและส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่นอีกด้วย¹⁷

3. การคุ้มครองสิทธิในความเป็นส่วนตัว

สิทธิในความเป็นส่วนตัว ได้แก่ สิทธิของบุคคลที่จะอยู่โดยลำพังของบุคคลใดๆ โดยปราศจากการแทรกแซงของบุคคลอื่น ทั้งนี้รัฐต้องให้ความคุ้มครองและจะให้เกิดการล่วงละเมิดมิได้ แต่หากเป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะแล้วก็จะอาจจะมีการกระทบสิทธิในความเป็นส่วนตัวได้ นอกจากนี้สิทธิในความเป็นส่วนตัวยังครอบคลุมถึงสิทธิครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียง ตลอดจนข้อมูลส่วนบุคคลอีกด้วย¹⁸

บุคคลย่อมสามารถใช้สิทธิทางศาลเพื่อบังคับให้รัฐต้องปฏิบัติในหมวดนี้โดยตรง หากการใช้สิทธิและเสรีภาพในเรื่องใดมีกฎหมายบัญญัติ รายละเอียดแห่งการใช้สิทธิและเสรีภาพตามที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้แล้วให้การใช้สิทธิและเสรีภาพในเรื่องนั้นเป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือจากรัฐ ในการใช้สิทธิตามความหมายในหมวดนี้”.

¹⁷รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550

มาตรา 5 “ประชาชนชาวไทยไม่ว่าเหล่ากำเนิด เพศ หรือศาสนาใด ย่อมอยู่ในความคุ้มครองแห่งรัฐธรรมนูญนี้เสมอกัน”

มาตรา 30 “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียม ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะเหตุแห่งความแตกต่างเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ศาสนา ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะบุคคล ฐานะเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมือง อันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้

มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อจัดอุปสรรค หรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพ ได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่นย่อมไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม”.

¹⁸รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550

มาตรา 35 “สิทธิของบุคคลในครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียง ตลอดจนความเป็นอยู่ส่วนตัว ย่อมได้รับความคุ้มครอง การกล่าวหรือไขข่าวแพร่หลายซึ่งข้อความหรือภาพไม่ว่าด้วยวิธีใดไปยังสาธารณชนอันเป็นการละเมิดหรือกระทบสิทธิของบุคคลในครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียง หรือความเป็นอยู่ส่วนตัว จะกระทำมิได้ เว้นแต่

4. การคุ้มครองสิทธิด้านกระบวนการยุติธรรม

บุคคลที่เป็นจำเลย หรือผู้ต้องหาข่มขู่กดดันนิยฐานไว้ก่อนว่าเป็นผู้บริสุทธิ์ และประชาชนทุกคนต้องมีส่วนร่วมและเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมได้โดยสะดวก รวดเร็วและทั่วถึง และระหว่างการพิจารณาคดีต้องเป็นไปอย่างถูกต้องรวดเร็วและเป็นธรรม ผู้เสียหาย ผู้ต้องหา จำเลย และพยานในคดีอาญาสามารถใช้สิทธิในการได้รับการคุ้มครอง และความช่วยเหลือจากภาครัฐ รวมถึงการชดเชยอีกด้วย

นอกจากนี้รัฐจะต้องดูแลให้มีการปฏิบัติและบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย อย่างถูกต้อง รวดเร็วและเป็นธรรมทั่วถึง ทั้งยังต้องส่งเสริมให้มีการให้ความรู้ทางกฎหมายแก่ประชาชน และต้องจัดระบบงานราชการและงานต่างๆ ในกระบวนการยุติธรรมให้มีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้องค์กรวิชาชีพช่วยเหลือประชาชนเกี่ยวกับการดำเนินกระบวนการยุติธรรม หน้าที่อีกประการของรัฐคือต้องป้องกันการล่วงละเมิดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนในกระบวนการยุติธรรม จากเจ้าหน้าที่ของรัฐและบุคคลอื่น และต้องอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนอย่างเท่าเทียมอีกด้วย¹⁹

พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ.2542

กฎหมายฉบับนี้ถือเป็น กลไกการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนระดับชาติ ทั้งนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 257 ได้กำหนดบทบาทของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติไว้หลายประการ ดังนี้

กรณีเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ บุคคลย่อมได้รับความคุ้มครองจากการแสวงประโยชน์โดยมิชอบจากข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตน ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ”.

¹⁹รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550

มาตรา 81 นี้มีเจตนารมณ์ เพื่อกำหนดให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนากฎหมายและการยุติธรรม โดยรัฐต้องดำเนินการดังนี้.

- (1) ให้บังคับใช้กฎหมายอย่างถูกต้องเป็นธรรม มีประสิทธิภาพและไม่เลือกปฏิบัติ
- (2) คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนให้พ้นจากการกระทำละเมิด และให้หมายความรวมถึงการถูกกระทำรุนแรงไม่ว่าทางใดๆ
- (3) ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการยุติธรรมและเข้าถึงได้สะดวก
- (4) จัดให้มีการช่วยเหลือหรือสนับสนุนในองค์กรภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือทางกฎหมาย ทั้งทางแพ่งทางอาญาและทางปกครองแก่ประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัว
- (5) จัดให้มีองค์กรอิสระในการพัฒนาและปฏิรูปกฎหมาย และตรวจสอบกฎหมายต่างๆ ว่าขัดหรือแย้งรัฐธรรมนูญหรือไม่ โดยให้นักกฎหมายหรือบุคคลจากภาคส่วนต่างๆมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง
- (6) จัดให้มีองค์กรอิสระเพื่อปฏิรูปกระบวนการยุติธรรม โดยให้ประชาชนจากภาคส่วนต่างๆ มีส่วนร่วมถึงศาลซึ่งมีความเป็นอิสระตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ.

1. ตรวจสอบและรายงานการกระทำหรือการละเลยการกระทำอันเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน หรืออันไม่เป็นไปตามพันธกรณี ระหว่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยเป็นภาคี และเสนอมาตรการการแก้ไขที่เหมาะสมต่อบุคคลหรือหน่วยงานที่กระทำ หรือละเลยการกระทำดังกล่าวเพื่อดำเนินการ ในกรณีที่ปรากฏว่าไม่มีการดำเนินการตามที่เสนอ ให้รายงานต่อรัฐสภาเพื่อดำเนินการต่อไป

2. เสนอแนะนโยบายและข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ ต่อรัฐสภา และคณะรัฐมนตรีเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน

3. ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และการเผยแพร่ความรู้ด้านสิทธิมนุษยชน

4. ส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยราชการ องค์กรการเอกชน และองค์กรอื่นในด้านสิทธิมนุษยชน

5. จัดทำรายงานประจำปีเพื่อประเมินสถานการณ์ด้านสิทธิมนุษยชน ภายในประเทศ และเสนอต่อรัฐสภา

6. อำนาจหน้าที่อื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

ในการปฏิบัติหน้าที่ ต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวมของชาติและของประชาชน ประกอบด้วย คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ มีอำนาจเรียกเอกสาร หรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องจากบุคคลใด หรือเรียกบุคคลใดมาให้ถ้อยคำ รวมทั้งมีอำนาจอื่นเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ²⁰ ดังนั้นกฎหมายฉบับนี้ย่อมเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของผู้เสียหายเสพติด ที่ต้องได้รับการคุ้มครองและรับรอง

(2.) สิทธิของผู้ป่วย

คำว่า “ผู้ป่วย” ในที่นี้ มิได้หมายถึงเฉพาะแต่คนเจ็บป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงผู้ที่ไปรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งหมดทุกประเภท ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นผู้บริโภคทางการแพทย์และสาธารณสุข (health care consumers) นั่นเอง ดังนั้น สิทธิของผู้ป่วย จึงหมายถึงสิทธิของพลเมืองทุกคนที่ไปรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

(2.1) หลักสิทธิของผู้ป่วยในทางสากล

หลักสิทธิของผู้ป่วยที่ปรากฏในทางสากลนั้นได้ปรากฏใน ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948) ซึ่งมีอยู่หลายข้อที่รับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ทั้งทางตรงและทางอ้อม นอกจากนี้องค์การระหว่างประเทศก็ได้มีการประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ เช่น

²⁰บทบาทคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. สืบค้น 17 กรกฎาคม 2556, จาก

http://www.nhrc.or.th/2012/wb/th/contentpage.php?id=2&menu_id=1&groupID=1&subID=2.

ปฏิญญาแห่งกรุงเฮลซิงกิ เกี่ยวเนื่องด้วยการวิจัยในมนุษย์ (Declaration of Helsinki on Biomedical Research involving Human Subject 1975)

คำประกาศของแพทยสมาคมโลกว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วย (The World Medical Association's Declaration on the Rights of the Patient 1981)

กฎบัตรยุโรปว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (European Charter on Rights of Patients in Hospital 1979) ซึ่งประกาศโดยคณะกรรมการว่าด้วย โรงพยาบาลของกลุ่มประเทศตลาดร่วมยุโรป (The EEC Hospital Committee)

(2.2) หลักสิทธิของผู้ป่วยในประเทศไทย

สำหรับสิทธิผู้ป่วยตามบทบัญญัติในกฎหมายไทยนั้น แม้จะมีได้มีระบุโดยตรงแต่ก็มีบทกฎหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยบัญญัติไว้เช่นกัน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

1. สิทธิในร่างกาย สิทธิในการเลือกรับการรักษา สิทธิในการตัดสินใจที่จะเลือกการรักษา

ส่วนที่ 3 มาตรา 32 ของรัฐธรรมนูญได้วางหลักไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายการจับและคุมขังบุคคล จะกระทำมิได้เว้นแต่มีคำสั่งหรือหมายของศาลหรือมีเหตุอย่างอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ” บทบัญญัติในมาตรานี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีเสรีภาพในร่างกายที่บุคคลอื่นต้องไม่ละเมิด การกระทำใดๆ ในการตรวจวินิจฉัย หรือการบำบัด โรคที่จะกระทำต่อผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่ยินยอมเป็นการละเมิดแก่เสรีภาพของผู้ป่วย เว้นแต่จะเป็นการกระทำของเจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 ที่กระทำการต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ ภายในขอบเขตของกฎหมายที่มีวัตถุประสงค์ที่จะคุ้มครองสาธารณสุข ให้ได้รับความปลอดภัยจากโรคติดต่อตามที่กฎหมายบัญญัติ

2. สิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ

บทบัญญัติ มาตรา 51 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550 ได้กำหนดให้รัฐให้ความคุ้มครองด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างเสมอภาค และต้องจัดการบริการสาธารณสุขให้เหมาะสมและมีมาตรฐาน ทัวถึงและมีประสิทธิภาพ และกำหนดให้ผู้ยากไร้ต้องเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือการรักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย²¹ ดังนี้

²¹รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550 มาตรา 51 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐ ซึ่งต้องเป็นไปอย่าง

อาจกล่าวได้ว่าสิทธิดังที่กล่าวมานี้ถือเป็น คำมั่นสัญญาที่เสมือนกำหนดหน้าที่ของรัฐพึงกระทำ ในการให้บริการเพื่อสุขภาพต่อพลเมืองของตน ทั้งยังสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนที่บัญญัติไว้ใน ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (1984)²² และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่สำคัญขององค์การอนามัยโลก ก็คือความต้องการให้ประชาชนทุกคนบรรลุถึงความเป็นอยู่ที่ดีในระดับที่สูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้บรรลุจุดมุ่งหมายนี้ได้ ก็คือการพัฒนาาระบบ สาธารณสุขแห่งชาติของประเทศต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ²³

3. คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย²⁴

เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐาน ความเข้าใจอันดีและเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรอง สิทธิของผู้ป่วยไว้ โดยประกาศสิทธิผู้ป่วย ไว้ ณ วันที่ 16 เมษายน 2541 รวม 10 ข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ใน รัฐธรรมนูญ

2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีทางเลือก ปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังกศัตร์ การเมือง เพศ อายุ และ ลักษณะของความเจ็บป่วย

3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและ เข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตนเว้นแต่เป็นการช่วย เหลือรีบด่วนหรือ จำเป็น

ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”.

²²ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน 1948 ข้อ 25 “ (1) มนุษย์ทุกคนมีสิทธิที่จะดำรงชีวิตตาม มาตรฐานเพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับตนเองและครอบครัว โดยรวมถึงการได้รับ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และบริการทางสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิที่จะได้รับหลักประกันความมั่นคง เมื่อว่างงาน เจ็บ ป่วย พิกัด เป็นหม้าย ยามชรา หรือเมื่อประสบเคราะห์กรรมจากเหตุการณ์ที่เขามีส่วนเกี่ยวข้องด้วย .

²³จาก สิทธิผู้ป่วย (น.19-21), โดย ศาสตราจารย์ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537, กรุงเทพฯ: โครงการ จัดพิมพ์คบไฟ .

²⁴ประกาศสิทธิผู้ป่วย. สืบค้น 20 สิงหาคม 2556, จาก<http://www.ra.mahidol.ac.th/dpt/ET/ETth>.

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุลและประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10. บิดา มารดาหรือผู้แทน โดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

(3) ความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย และสถานะของผู้ติดยาเสพติด

เมื่อพิจารณาจากสถานะของผู้ติดยาเสพติดที่เป็นผู้ป่วย โดยศึกษาจาก โรคสมองติดยา และการวิเคราะห์อาการทางจิตตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ประกอบกันแล้ว ผู้เสพยาซึ่งอยู่ในสถานะผู้ป่วยนี้ควรจะได้รับ การบำบัดรักษาทั้งสามสามารถใช้สิทธิของผู้ป่วยที่กฎหมายบัญญัติและรับรองไว้ในฐานะพลเมืองและประชาชนของรัฐ รัฐจำต้องดูแลผู้ติดยาเสพติดเหล่านี้ โดยการให้บริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานตามมาตรา 51 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และตามประกาศสิทธิของผู้ป่วยขององค์การวิชาชีพแพทย์ ทั้งนี้เพราะคำว่า “ผู้ป่วย” นั้นในวงการแพทย์ไม่ได้หมายถึงเฉพาะแต่ผู้เจ็บไข้ไม่สบายเท่านั้น แต่ยังมีหมายให้รวมไปถึงบุคคลทุกคนที่มารับ หรือต้องได้รับการทางการแพทย์ ดังนั้นสิทธิของผู้ป่วยจึงเป็นสิทธิของพลเมืองทุกคนที่ควรได้รับการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ซึ่งสิทธิพลเมือง (Civil Right) ดังกล่าวก็มีรากฐานมาจาก สิทธิมนุษยชน (Human right) อีกทีหนึ่งนั่นเอง หลักการสำคัญของสิทธิของผู้ป่วยจึงเป็นที่ยอมรับกันในระดับสากล นั่นก็คือ สิทธิของผู้ป่วยคือสิทธิของคนทุกคนรวมไปถึงผู้ติดยาเสพติด ที่จะตัดสินใจในกิจการส่วนตัวด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการแสดงอิสระเสรีของมนุษย์ประการหนึ่ง

2.2.5 สถานการณ์สิทธิมนุษยชนของผู้กระทำความผิดยาเสพติดในประเทศไทย

สถานการณ์ด้านสิทธิมนุษยชนของผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทยนั้นพบว่าในปัจจุบันมีเรื่องร้องเรียนการละเมิดสิทธิมนุษยชนของเครือข่ายผู้เสพยาเสพติดจำนวนมาก ซึ่งมีทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายปราบปรามยาเสพติด และการเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยา โดยในส่วนของนโยบายการปราบปรามยาเสพติดนั้นมีการมุ่งสถิติตัวเลขและเป้าหมายของจำนวนคดีเกี่ยวกับยาเสพติด จึงพบว่าปัญหาการละเมิดสิทธิเป็นจำนวนมาก อาทิเช่น ปัญหาการตั้งด่านของเจ้าหน้าที่ปราบปรามฯ เพื่อค้นยาเสพติดและตรวจปัสสาวะ ซึ่งการกระทำดังกล่าวนี้พบว่าโดยหลักการตามกฎหมายเรื่องค้นตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญานั้น การจะทำการค้นบุคคลใดๆ จะต้องมิเหตุอันควรสงสัย แต่จากการกระทำของเจ้าหน้าที่ขัดต่อหลักดังกล่าว ทั้งยังพบว่าในการตรวจปัสสาวะก็มีการบังคับให้ตรวจในสถานที่ที่ไม่เหมาะสม อาทิเช่น ช้างถนนอันเป็นที่สาธารณะโดยไม่มีฉากกั้นใดๆ และหากพบว่าผู้ใดมีปัสสาวะเป็นสีม่วงก็จะใส่กุญแจมือซึ่งไม่เป็นไปตามสิทธิของผู้ต้องหาตามกฎหมาย ในขั้นของการสอบสวนพบว่าการบังคับให้ผู้เสพยาเสพติดเป็นสายให้เจ้าหน้าที่ตำรวจ เพื่อแลกกับการไม่ถูกดำเนินคดี ซึ่งเป็นนโยบายที่มุ่งในการปราบปรามยาเสพติดเพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้มุ่งในการแก้ปัญหา โดยการใช้มาตรการลดอันตราย จึงไม่สามารถแก้ปัญหาเสพติดได้

ส่วนของการบำบัดผู้เสพยาเสพติดนั้นพบว่า ผู้เสพส่วนใหญ่ไม่สมัครใจเข้ารับกระบวนการบำบัด เพราะไม่เชื่อในประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนหน่วยงานที่รับผิดชอบ และความเหมาะสมของกระบวนการบำบัดซึ่งพบว่า ในหลายกรณีไม่เหมาะสมกับประเภทยาเสพติดที่ผู้เสพยาเสพติดใช้ การเข้ารับการบำบัดของผู้เสพยาจึงมักพบว่าเป็นการสมัครใจเข้ารับการบำบัดเพราะเหตุจูงใจอื่นๆ เช่น ครอบครัวยังบังคับ เรื่องความเกรงใจ หรือกลัวผลกระทบต่อหน้าที่การงานของญาติหรือครอบครัว และเมื่อมีผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดก็พบว่าการปฏิบัติต่อผู้ติดยาเสพติด เช่นเดียวกับผู้กระทำความผิดกล่าวคือ มีการทำบันทึกประวัติ และขึ้นบัญชีว่าเคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติดซึ่งขัดต่อหลักการที่ว่า “ผู้เสพเป็นผู้ป่วย” มีโชอาชญากร และในส่วนของกรให้บริการสารทดแทนเมธาโดนนั้น ผู้ที่จะเข้ารับบริการได้พบว่าจะต้องเป็นผู้ที่ถือบัตรทอง ตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมกลุ่มแรงงาน 3 กลุ่มสัญชาติอีกด้วย²⁵

²⁵ จาก การทบทวนนโยบายและกฎหมายด้านยาเสพติดของประเทศไทยเพื่อแก้ปัญหาเอชไอวี (น.64-65) โดย ชฤทธิ์ มีสิทธิ์และคณะ, 2555, กรุงเทพฯ: มูลนิธิทีเอสไอ ประเทศไทยและมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ .

2.3 ความเป็นมาและแนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)

2.3.1 ความหมายของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction) คือ การลดปัญหาหรือภาวะเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดกับตัวบุคคล ชุมชนและสังคมมักอยู่ในลักษณะของนโยบายและโครงการที่มีเป้าหมายเพื่อลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด การลดอันตรายนี้จะมุ่งที่การป้องกันอันตรายที่เกี่ยวข้องจากการใช้สารเสพติดมากกว่าการป้องกันการใช้สารเสพติดโดยตรง เป็นการเน้นการป้องกันอันตราย โรค การตาย การพัฒนาและรักษาชีวิต การแบ่งแยกกีดกันทางสังคม การคุมขัง การจัดวิธีต่างๆ ที่ทำให้พฤติกรรมที่อันตรายเป็นอันตรายน้อยลง ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจในขณะที่ผู้ติดยายังไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ บุญเรือง ไตรเรืองวรรณ (อ้างถึงใน มณฑิรา อินทรชสาร, 2551)

การลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction or Harm minimization) หมายถึง แนวนโยบายทางสาธารณสุขที่ออกแบบขึ้นเพื่อลดผลกระทบอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การกระทำผิดกฎหมาย และกิจกรรมอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงสูง โดยใช้นโยบายนี้ในการจัดการพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด ในหลากหลายระดับโดยให้บริการตามภูมิภาคของประเทศ (Wikipedia, 2013)

คำว่า “การลดอันตราย” ในกรณีของยาเสพติด หมายถึงแนวทางที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับการป้องกันหรือการลดอันตรายอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดที่อาจเกิดขึ้นต่อบุคคลหรือสังคม ซึ่งในขณะเดียวกันก็ปกป้องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิมนุษยชนของผู้ติดยาด้วย²⁶

ดังนั้นโดยสรุป การลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction) นั้น หมายถึง วิธีการหรือแนวนโยบายใดๆที่มีส่วนช่วยในการลดผลกระทบในทางลบจากการใช้ยาเสพติด ไม่ว่าจะเป็นการแพร่ระบาดของโรค การเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด (Overdose) ตลอดจนผลกระทบต่อสุขภาพสังคม เนื่องจากผู้ติดยาแต่ละรายมีสถานะและสภาพที่แตกต่างกันไป นโยบายนี้จะมาช่วยให้การใช้ยาเสพติดมีความปลอดภัยขึ้นจนท้ายที่สุดคือการเลิกยาอย่างถาวรของผู้ติดยาเสพติด โดยตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ติดยาเสพติด

ความหมาย ขอบเขต และความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดลดอันตราย (Harm Reduction) กับแนวคิดอื่นๆ มาตรการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) แนวคิดทำให้ถูกกฎหมาย Legalization และแนวคิดหันเบี่ยงเบนคดียาเสพติด (Diversion)

²⁶ การลดอันตรายจากการใช้ยา. สืบค้น 2 สิงหาคม 2556, จาก

มาตรการลดทอนอาชญากรรม (Decriminalization) หมายถึง การลดความผิดทางอาญา หรือบทลงโทษ โดยการลงโทษนั้นใช้วิธีอื่นที่ไม่ใช่ขังคุก เช่นอาจใช้วิธีปรับ หรือการบริการ สาธารณะ เป็นต้น โดยแนวคิด Decriminalization อยู่ระหว่างแนวคิด Prohibition กับแนวคิด Legalization²⁷

แนวคิด Legalization หมายถึง การทำให้ความผิดนั้น (การกระทำผิดในคดีอาญาเสพติด เล็กน้อย) ถูกต้องตามกฎหมายซึ่งอยู่ภายใต้เงื่อนไข การบริหารจัดการบางอย่าง เช่นการกำหนด ชนิด/ปริมาณยาเสพติดที่ครอบครอง, การใช้จ่ายเสพติดบางชนิดภายใต้จุดมุ่งหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง, การใช้จ่ายเสพติดในบางสถานที่(การกำหนดโซน),การกำหนดอายุผู้เสพยาเสพติด,การกำหนดภาษี เป็นต้น²⁸

แนวคิด Diversion เป็นแนวคิดที่มาจากแนวคิดของซีซาร์ เบคคาเรีย นักอาชญาวิทยา โดยมองว่าบุคคลผู้กระทำความผิดต้องได้รับโทษ การบังคับโทษทางอาญาต้องเสมอภาคกัน และเท่าเทียมกัน เว้นแต่บางกลุ่ม เช่น เด็ก คน โรคจิต ผู้เสพ/ติดยาเสพติด ฯลฯ ซึ่งมีสาเหตุในการกระทำ ความผิดที่แตกต่างจากผู้กระทำความผิดทั่วไป จึงต้องมีกระบวนการเป็นพิเศษ โดยเบี่ยงเบนออก จากกระบวนการยุติธรรมกระแสปกติ กลับไปสู่กระบวนการยุติธรรมที่เหมาะสมรองรับ เช่น การปรับวิธีพิจารณา (Procedure) โทษ (Sanction) เพื่อให้เป็นธรรมกับตัวจำเลยผู้กระทำความผิด²⁹

โดยสรุป Diversion ถือเป็นเครื่องมือหรือวิธีการอย่างหนึ่งตามแนวคิด Decriminalization กล่าวคือแนวคิด Decriminalization มีลักษณะเป็นการลดการลงโทษหรืออาจ เป็นการยกเลิกโทษทางอาญาของการกระทำความผิดบางประการ ทั้งนี้วิธีการหรือเครื่องมือที่ใช้ใน การลดการลงโทษหรือยกเลิกโทษอาจนำมาตราการเบี่ยงเบนคดีเป็นรูปแบบหนึ่งก็ได้ ทั้งนี้ในบริบท ของแนวคิด Legalization เป็นแนวคิดที่ต้องการทำให้ความผิดบางอย่างถูกต้องตามกฎหมายภายใต้ เงื่อนไขใดๆ จึงอาจกล่าวได้ว่าแนวคิด Decriminalization เป็นแนวคิดที่อยู่ตรงกลาง ระหว่างแนวคิด Legalization กับ Criminalization ส่วนความสัมพันธ์กับแนวคิดลดอันตราย (Harm Reduction) นั้น แนวคิดลดอันตราย (Harm Reduction) เป็นแนวคิดที่สนับสนุนแนวคิด Decriminalization ทั้งนี้เมื่อ ถือว่าผู้เสพคือ ผู้ป่วยที่ควรได้รับการบำบัดรักษาผู้เสพจึงไม่ใช่อาชญากรอีกต่อไป แนวคิด

²⁷ จากความแตกต่างระหว่าง Legalization กับ Decriminalization (เอกสารประกอบการประชุมเพื่อ พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่องกระบวนการยุติธรรมทางอาญาเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด โรงแรมอมารี ดอน เมือง แอร์พอร์ต), กรุงเทพฯ, 17 กันยายน 2554.

²⁸ เรื่องเดียวกัน.

²⁹ อ้างถึงใน มาตรการทางกฎหมายในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดีอาญาเสพติดของ ประเทศไทย (น.25), โดย จุฑามาศ พุทธิวิญญู, 2553. ลิขสิทธิ์ 2553 โดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Decriminalization จึงถูกนำมาใช้เพื่ออธิบายหลักในเรื่องลดทอนความเป็นอาชญากรรมของผู้เสพยาเสพติด แต่ทั้งนี้และทั้งนั้นการที่จะบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้เสพยากลับสู่สังคมได้นั้นย่อมต้องอาศัยการดำเนินการตามมาตรการลดอันตราย (Harm Reduction) ซึ่งถือเป็นการเบี่ยงเบนคดีออกจากระบบราชทัณฑ์ ตามแนวคิด Diversion อีกประการหนึ่งด้วย และในกรณีที่การบริการตามมาตรการลดอันตราย (Harm Reduction) บางชุดบริการ อาทิเช่น คลินิกบำบัดรักษาโดยใช้สารทดแทน ตามปกติถือเป็นเรื่องผิดกฎหมายไม่สามารถกระทำได้ เพราะเป็นการครอบครองหรือจำหน่ายจ่ายแจกยาที่กฎหมายควบคุม ดังนั้นจึงต้องทำการรับรองการให้บริการของคลินิกดังกล่าว โดยออกมาตรการทางกฎหมาย โดยอาศัยแนวคิด Legalization ทำให้การบริการดังกล่าวเป็นสิ่งที่กระทำได้อย่างเต็มที่ในใจที่กฎหมายรับรองนั่นเอง

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าแนวคิดต่างๆดังที่กล่าวไปข้างต้น ล้วนแต่เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการแก้ปัญหา ยาเสพติด ได้ทั้งสิ้น ทั้งนี้ต้องดูบริบทของการนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมและความรับรู้ของสังคมประกอบกัน

2.3.2 หลักการและวัตถุประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

(1) หลักการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)

The Canadian Centre on substance Abuse (CCSA, 1996) ได้เสนอหลักการของมาตรการลดอันตราย (Harm Reduction) ไว้ดังนี้

หลักปฏิบัตินิยม (Pragmatic)

แนวคิดลดอันตราย (Harm Reduction) ยอมรับว่าการใช้สารเสพติดของผู้เสพยา และการเปลี่ยนแปลงสภาวะจิตของผู้เสพนั้นเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งของผู้เสพ แม้ว่าการใช้ยาจะก่อให้เกิดอันตราย แต่ผู้เสพก็ได้ประโยชน์จากการใช้ยาเช่นกัน ดังนั้นการควบคุมและเยียวยาอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้น่าจะเป็นทางเลือกที่สามารถปฏิบัติได้จริง มากกว่าการมุ่งเน้นการเลิกใช้ยาอย่างสิ้นเชิง

คุณค่าความเป็นมนุษย์ (Humanistic Values)

การตัดสินใจใช้ยาเสพติดของผู้เสพนั้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและมีอยู่จริงซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่ต้องยอมรับประการหนึ่ง แต่การยอมรับนี้หมายถึงการไม่นำหลักจริยธรรมมาตัดสินการใช้ยาของผู้เสพ ทั้งการตัดสินเชิงลบ(คัดค้าน) หรือการสนับสนุนให้มีการเสพยา ดังนั้นไม่ว่าผู้เสพยาเสพติดจะใช้ยาเสพติดมากน้อยเพียงใด โดยวิธีการใดๆ ควรได้รับความเคารพเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ใช้นั้นด้วย

เน้นอันตรายจากการใช้ยา (Focus on Harm)

อันตรายจากการเสพยาเสพติดนับว่ามีความสำคัญมากกว่าการเสพยาเสพติด เพราะอันตรายนี้อาจเกี่ยวเนื่องกับเรื่องของสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ และผลกระทบอื่นๆที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล ชุมชน และสภาพสังคมโดยรวม ดังนั้นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญจึงเป็นเรื่องของการลดผลกระทบทางลบของการเสพยาเสพติดทั้งผลกระทบในทางส่วนตัว และทางสังคม

สร้างสมดุลระหว่างต้นทุนและผลประโยชน์ (Balancing Costs and Benefits)

เป็นการชั่งน้ำหนักโดยประเมินระหว่างปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด อันตรายจากการใช้ยาเสพติด กับต้นทุนและประโยชน์จากการลดอันตราย ทั้งนี้เพื่อให้สามารถจัดการทรัพยากรได้ตามความสำคัญของเรื่อง ทั้งนี้การลดอันตรายอาจเป็นการประเมินผลที่ได้จากการทำกิจกรรมลดอันตรายหรือการไม่ทำกิจกรรมใดๆ แต่ทั้งนี้ในการประเมินเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและต้องอาศัยตัวแปรต่างๆมากมายและต้องพิจารณาเรื่องระยะเวลาอีกด้วย

ทั้งนี้ A British Columbia Community Guide ได้วางหลักของการลดอันตรายจากการใช้ยาที่เพิ่มเติมจากหลักดังกล่าวเบื้องต้นดังนี้³⁰

ดำเนินการกับเป้าหมายที่จำเป็นก่อน (Priority of immediate goals)

การลดอันตรายนั้นจะต้องมีการเรียงลำดับเป้าหมายที่สามารถดำเนินการได้ เป้าหมายแรกคือการดำเนินการอย่างเต็มที่กับปัญหาสาธารณสุขของผู้เสพยา และการสร้างความปลอดภัยมากยิ่งขึ้นของสาธารณสุขชุมชน โดยเริ่มจากสถานที่ที่บุคคลเหล่านั้นอาศัยอยู่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีความกดดัน ทั้งนี้หลักการลดอันตรายมีพื้นฐานสำคัญในการเพิ่มประสิทธิผลซึ่งต้องอาศัยระยะเวลา

ความเกี่ยวข้องของผู้เสพยา (Drug user involvement)

กิจกรรมที่จัดให้ผู้เสพยามีส่วนร่วมนับเป็นหัวใจหลักของการลดอันตรายจากการใช้ยา โดยผู้เสพยาถือเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุดเกี่ยวกับลักษณะการใช้ยา การตัดสินใจเข้ารับบริการที่จัดให้ ก็ถือเป็นการเบี่ยงเบนและช่วยลดอันตรายจากการใช้ยาได้ อย่างไรก็ตามหลักการลดอันตรายตระหนักถึงความสามารถของผู้เสพยาในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

โดยสรุปการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนั้นถือเป็น วิธีการหนึ่งที่จะลดผลกระทบในทางลบจากการใช้ยาเสพติด การดำเนินการตามหลักการดังกล่าวเบื้องต้นนั้น จะต้องพิจารณาว่าการประเมินผลสำเร็จของมาตรการนี้ มิใช่การพิจารณาจากสถิติตัวเลขการเสพยาเสพติดที่ลดลง หากแต่พิจารณาถึงความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของผู้เสพยา และสาธารณสุขที่ดีของชุมชนและสังคม ดังนั้น

³⁰ From Harm Reduction : a British Columbia community guide (pp 5), by Ministry of Health, 2005, also available in PDF format on the British Columbia Ministry of Health website.

จุดมุ่งหมายหลักของการลดอันตรายจึงไม่ใช่การลดจำนวนผู้เสพ หรือลดปริมาณการเสพยาเสพติด แต่อย่างไร

(2) วัตถุประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดเข้าถึงบริการที่รอบด้านของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะหากเป็นโครงการที่บำบัดโดยการให้สารทดแทนระยะยาว เช่น เมธาโดนจะได้ผลดี

เพื่อลดจำนวนผู้เสพยาเสพติดโดยวิธีฉีด หากไม่สามารถเข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดได้ หรือเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางโลหิตในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดโดยวิธีฉีด

เพื่อลดความเสี่ยงทั้งในส่วนบุคคลและชุมชนอันเป็นผลมาจากการใช้ยาเสพติด

เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความรู้สำนึกและความมีเหตุมีผลของผู้เสพยาเสพติด

เพื่อสร้างนโยบายสารเสพติดและกระบวนการยุติธรรมเพื่อรองรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติด

เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ชุมชนในเรื่องการลดตรายาที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด และส่งเสริมให้ผู้เสพยาเสพติดได้รับการยอมรับจากสังคมชุมชน

เพื่อลดอันตรายจากการก่ออาชญากรรมของผู้เสพยาเสพติด

(3) กรอบการดำเนินงานในการใช้มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

สำหรับกรอบการดำเนินงานในการใช้มาตรการลดอันตรายในคดียาเสพติดนั้น ได้มีการจัดการเสวนาและได้เสนอยุทธศาสตร์การดำเนินการตามนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้งนี้ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญได้แก่

(1.1) ยุทธศาสตร์การบริการแบบบูรณาการและครบวงจร ทั้งนี้มีมาตรการสำหรับการดำเนินการ ได้แก่

1) เสริมสร้างความเข้าใจเชิงบวกของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

2) พัฒนาและให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่เป็นชุดบริการแบบครบวงจร ประกอบด้วยบริการ 10 ด้านให้ผู้ติดยาเสพติดแต่ละคนได้เข้าถึงบริการทุกด้านอย่างเหมาะสมและทั่วถึง โดยหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม

(1.2) ยุทธศาสตร์การบริการเชิงรุก ทั้งนี้มีมาตรการสำหรับการดำเนินการ ได้แก่

1) เพิ่มการเข้าถึงผู้ติดยาเสพติดในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครของภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดเข้าสู่ระบบบริการตามมาตรฐานของประเทศไทยในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างครบวงจร

2) เสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรและเครือข่ายที่ทำงานเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้เสพยาเสพติดด้วยวิธีฉีด

3) เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

(1.3) ยุทธศาสตร์การศึกษาวิจัยและประเมินผลทั้งนี้ มีมาตรการสำหรับการดำเนินการ ได้แก่

1) พัฒนาระบบข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

2) ศึกษาวิจัยผลกระทบของการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงนโยบายและวิธีการดำเนินงาน

3) ติดตามและประเมินผลนโยบายและการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด³¹

2.3.3 รูปแบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

1) รูปแบบการดำเนินการตามแนวทางการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดทั่วโลก มีการดำเนินงานต่างๆ ดังต่อไปนี้

เวทีและองค์การระหว่างประเทศได้เสนอแนะและสนับสนุน ให้มีนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ดังนี้³²

(1) สมัชชาองค์การสหประชาชาติ

Resolution of the United Nations General Assembly High-Level Meeting on HIV/AIDS (June 2006)

Declaration of Commitment of HIV/AIDS by the United Nations General Assembly 26th Special Session (UNGASS) 27th June 2001

(2) องค์การอนามัยโลก

(3) สำนักงานสหประชาชาติด้านยาเสพติดและอาชญากรรมรวมทั้งกรมวิชาการด้านยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ

³¹จาก “ยุทธศาสตร์ มาตรการและวิธีการดำเนินการ” โดยแพทย์หญิงเพชรศรี ศิรินิรันดร์ ผ.อ.ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ, รายงานสรุปการปฏิบัติงานล่าม การเสวนาเรื่อง “นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด” จัดทำโดยคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา และคณะกรรมการวิชาการและการพัฒนา, 4 มี.ค. 2553 เวลา 9.00-16.30 น., ณ ห้องประชุมคณะกรรมการหมายเลข 310 อาคารรัฐสภา 2.

³²จาก นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ทางเลือกใหม่ประเทศไทย (น. 25-28), โดย วิโรจน์ วีรชัย, 2553 ลิขสิทธิ์ 2553 โดยกระทรวงการต่างประเทศ.

โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ

WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Target for HIV Prevention, Treatment and Care for injecting Drug Users (2009)

Universal access for PWUD to all HIV and AIDS treatment is articulated in the WHO/UNAIDS: An Essential Practice Guide

(4) สำนักงานข้าหลวงใหญ่ด้านสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ

(5) สหพันธ์สภาภชาชาติและสภาเสี้ยววงเดือนระหว่างประเทศ (IFRC)

ในปี 2551 เลขธิการองค์การสหประชาชาติ (United Nations) นายบัน คี มูน ได้กล่าวว่าการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจะไม่สามารถประสบความสำเร็จได้ ถ้ากลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาสยังไม่ได้รับสิทธิในการเข้าถึงทางบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและสิทธิมนุษยชน เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิงบริการ กลุ่มชายรักชาย และผู้เสพยาเสพติดชนิด³³

และเพื่อให้ประเทศในเอเชียและแปซิฟิกได้ดำเนินการเรื่องลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) WHO ได้จัดทำข้อเสนอกลยุทธ์ในการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (A strategy for harm reduction in Asia and the Pacific) โดยให้แต่ละประเทศจัดทำแผนงานระดับชาติในการดำเนินการดังนี้

Understanding the twin epidemic of injecting drug use, HIV and other blood borne viruses

Identifying the barriers to scaling-up of harm reduction services and to the achievement of Universal Access together with the development of realistic mechanisms and strategies to overcome these barriers

Setting realistic targets – taking into account capacity of both human and financial responses are already in place and which elements are lacking or inadequate

Developing appropriate advocacy strategies that will focus on specific issues

Developing a costed plan of action to address gaps in capacity to reach set targets steps potential sources of required technical assistance as necessary

WHO, UNODC, UNAIDS ให้แนวทางสำหรับประเทศเพื่อกำหนดมาตรการการเข้าถึงการรักษา (Universal Access) เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้เสพยาโดยวิธีฉีดแบบองค์รวมประกอบด้วย

³³อ้างอิงใน เรื่องเดิม.

1. การออกไปให้บริการในชุมชนโดยเน้นรูปแบบ และวิธีการเพื่อนช่วยเพื่อน (Community outreach)

2. การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมทั้งการให้ข้อมูลความรู้ กับผู้ติดยาและ
คู่นอน

3. การเข้าถึงเข็มและอุปกรณ์ที่สะอาด

4. การบำบัดรักษาการติดยาโดยใช้ยาทดแทน

5. การให้คำปรึกษาและการตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

6. การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การแจกถุงยางอนามัย สำหรับผู้ติดยา
และคู่นอน

7. การดูแลรักษาเอ็ดส์รวมทั้งการรับยาต้านไวรัส การป้องกัน การวินิจฉัย และการ
รักษาวัณโรค โรคฉวยโอกาสอื่นๆ

8. การดูแลทางสาธารณสุขพื้นฐานรวมทั้งการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี และ การ
ดูแลปัญหาทางสุขภาพที่เกิดจากการใช้ยา

9. สนับสนุนนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง³⁴

ทั้งนี้ในส่วนของประเทศต่างๆก็ได้จัดรูปแบบในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด
เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดของประเทศตนนั้นได้เลือกเข้ารับบริการในรูปแบบต่างๆที่
เหมาะสมกับปัญหาของตนได้ ดังนี้

1. โปรแกรมเข็มและกระบอกฉีด (Needle and Syringe Programs) โปรแกรมการ
แลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดเป็นการดำเนินงานเพื่อลดอันตรายมากกว่าวิธีการดำเนินงาน
รูปแบบอื่นที่ทำได้ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี พบว่ามี
การดำเนินงานในยุโรป ออสเตรเลีย และบางส่วนของอเมริกาเหนือ ซึ่งปัจจุบันได้มีการดำเนินการ
โครงการดังกล่าวในประเทศกำลังพัฒนามากขึ้น ทั้งนี้สามารถดำเนินการ โครงการดังกล่าวนี้ควบคู่
กับวิธีการอื่น เช่นการทำกิจกรรมในชุมชน โดยใช้เพื่อนผู้ติดสารเสพติดในการช่วยเพื่อนและเน้น
การดำเนินการให้เข้าถึงกลุ่มคนชายขอบ เช่นกลุ่มที่ทำงานบริการทางเพศและคนที่ติดคุก เป็นต้น

2. การให้เมธาโดนและการให้การบำบัดแบบทดแทนอื่นๆ (Methadone and other
replacement therapies) โดยเมธาโดนจะนำมาใช้เพื่อเป็นสารทดแทนสารเสพติดในกลุ่มอนุพันธ์
ฝิ่น เช่น เฮโรอีน ซึ่งถือเป็นการบำบัดรักษาเพื่อลดอาการอยากยา ทั้งเป็นการลดอาการป่วยที่เกิดจาก
การขาดสารเสพติดที่ใช้เป็นปกติ (WHO. 1992)

³⁴อ้างอิงใน เรื่องเดิม.

3. ออกใบสั่งยาให้เฮโรอีน (Heroin Prescribing) การออกใบสั่งยาให้กับเฮโรอีนในทางเภสัช (Diamorphine) ให้กับคนติดยาเฮโรอีนมีอยู่ในบางประเทศ ซึ่งถือว่าเป็นการช่วยแก้ปัญหาให้กับทั้งบุคคลและสังคม ทั้งนี้ถือว่าเมธาโดนเป็นสารทดแทนเฮโรอีนที่มีอยู่โดยทั่วไป แม้ว่าผู้ติดยาบางคนอาจจะไม่ชอบผลจากการใช้เมธาโดนและไม่สามารถใช้เมธาโดนช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือนิยมนิยามได้ ดังนั้น การให้ใบสั่งยาเฮโรอีนจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการจัดการกับปัญหาโดยการให้ใบสั่งเฮโรอีนอาจจัดให้เฉพาะคลินิกบางแห่ง

4. การลดโทษและอันตรายที่เกี่ยวข้องทางอาญาในการใช้สารเสพติด การลดโทษหรือลดความเป็นอาชญากรในการเสพสารเสพติดนำมาซึ่งการควบคุมการลงโทษและลงโทษทางอาญา (United Nations office for Drug Control and Crime Prevention-UNDCP . 2000:18) ทั้งนี้การลดการลงโทษไม่จำเป็นต้องมีการบัญญัติแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย แต่อาจจะให้อำนาจเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือพนักงานสอบสวนในการออกคำสั่งใดๆในการกำหนดเงื่อนไขต่างๆ ให้ผู้ได้รับคำสั่งปฏิบัติก็ได้

5. ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาและการสื่อสาร (Information, Education and Communication – IEC) องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization. 1998) กล่าวไว้ว่า การใช้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาและการสื่อสาร (IEC) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการจัดการกับเรื่อง การติดยาเสพติดในโอวีในกลุ่มผู้เสพสารเสพติดแบบฉีด หลักการของ IEC จะกล่าวถึงการลดอันตรายได้หลายด้านและหลายรูปแบบ เช่น เรื่องการใช้ยาเกินขนาด การจัดทำสื่อประเภทต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลแก่สังคม เช่น โบปลิว วีดีโอ อินเทอร์เน็ต

6. การจัดห้องนิรภัยที่ปลอดภัยและการเสพยาเสพติดอื่นๆ ทั้งนี้เป็นการสร้างหรือจัดสภาพแวดล้อมเพื่อลดอันตรายทั้งต่อผู้เสพยาและกับชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้จากการมีห้องเสพยาได้แก่ การลดการใช้ยาเกินขนาด การป้องกันการติดเชื้อโรค และเป็นการจัดให้มีการเข้าถึงการบำบัดรักษา ผลต่อชุมชน คือการป้องกันการติดเชื้อนิโคตินไม่เป็นที่เป็นทาง และการลดภาพการนิโคตินเสพยาในที่สาธารณะ

7. การทดสอบเม็ดยาและจัดระบบการเตือนที่เกี่ยวข้องกัน (Pill testing and allied warning systems) เมื่อเทียบกับยาที่ถูกต้องตามกฎหมายแล้วพบว่า ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายมีองค์การที่ควบคุมคุณภาพยาน้อยมาก รวมถึงการบรรจุหรือแจกจ่ายด้วยก็ไม่มีองค์การใดๆทำการควบคุมมาตรฐานและความปลอดภัย จึงพบว่ามีกรณีตรวจพบอันตรายจากการผลิตยา และสารเสพติดหลายประการด้วยกัน

8. การสัมภาษณ์ที่เป็นแรงจูงใจ (Motivation interviewing) การให้บริการแก่ผู้ติดยาขององค์กรต่างๆต้องให้บริการที่เป็นมิตร เช่น การแลกเปลี่ยนเข็มนิโคตินและการทำกิจกรรมนอกสถานที่

ซึ่งต้องการให้มีการติดต่อระหว่างผู้ติดยากับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวกับสารเสพติด ทั้งนี้ต้องการให้มีการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสัมภาษณ์ที่เป็นการสร้างแรงจูงใจจึงเป็นการพูดคุยหรือให้คำปรึกษาระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ติดยา และเป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ลดการต่อต้านมากที่สุด ทั้งยังเป็นการเพิ่มความเข้มแข็งไปได้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอีกด้วย³⁵

2) รูปแบบการดำเนินการตามแนวทางการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดในประเทศไทย มีการดำเนินงานต่างๆ ดังต่อไปนี้

การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นการลดภาวะพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเสพติดด้วยวิธีหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี โดยมุ่งเน้นการให้บริการแก่ผู้ติดยาเสพติดแบบครบวงจรอย่างเหมาะสมและทั่วถึง ประกอบด้วยบริการ 10 ด้าน ได้แก่

1) การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเองเกี่ยวกับเอชไอวี และยาเสพติด

2) การฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และยาเสพติด

3) การให้บริการรักษาด้านจิตเวช และการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด

4) การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และการส่งต่อเพื่อรับบริการดูแลรักษา

5) การแจกถุงยางอนามัย

6) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

7) การบำบัดรักษายาเสพติด โดยใช้สารทดแทนรวมถึงเมธาโดน

8) การบริการแลกเปลี่ยนเข็มและอุปกรณ์ฉีดยา

9) กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

10) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคมและการป้องกันการเสพยาซ้ำ³⁶

³⁵จาก การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาสื่อและกลยุทธ์ในการสื่อสารเพื่อลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดแบบฉีดเข้าเส้น (น.28-31), โดย มณฑิรา อินคชสาร, 2551 ถึงสิทธิ์ 2551 โดยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์.

³⁶จาก นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (รายงานสรุปการปฏิบัติงานลุ่มจัดทำโดย คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา และคณะอนุกรรมการประชากรและการพัฒนา), โดย ศาสตราจารย์กานทิณี กุลละวณิชย์ (ประธานคณะอนุกรรมการประชากรและการพัฒนาในคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา), เมื่อวันที่ 4 มี.ค. 2553 เวลา 9.00-16.30 น., ณ ห้องประชุมคณะกรรมการหมายเลข 310 อาคารรัฐสภา 2.

2.4 มาตรการทางกฎหมายและรูปแบบในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในประเทศไทย

2.4.1 ทฤษฎีจุดมุ่งหมายของการลงโทษทางอาญา โครงสร้างของความผิดอาญา และมาตรการบังคับทางอาญา

1. ทฤษฎีจุดมุ่งหมายของการลงโทษทางอาญา

1) เพื่อยับยั้งข่มขู่(Deterrence)

เหตุผลสำคัญที่สุดในการบังคับใช้กฎหมายอาญา ได้แก่ การใช้กฎหมายเพื่อการยับยั้ง มิให้บุคคลอื่นเอาเยี่ยงอย่างด้วยการกระทำผิดเช่นเดียวกับผู้ที่ถูกลงโทษ กฎหมายสันนิษฐานต่อไปโดยมีหลักฐานสนับสนุนว่า เมื่อผู้ประพฤติฝ่าฝืนกฎหมายถูกลงโทษยิ่งรุนแรงเท่าใด ก็ยังมีผลในการยับยั้งหรือข่มขู่ผู้อื่นมิให้กระทำความผิด ในกรณีที่บุคคลใดก็ตามจะกระทำความผิดอย่างเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน ผู้นั้นจะมีความยับยั้งเพราะได้รับบทเรียนจากตัวอย่างที่ประสบแล้ว

2) เพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด

นักทฤษฎีอาชญาวิทยาได้ตั้งข้อสันนิษฐานว่ากฎหมายอาญาควรใช้บังคับโดยความมุ่งหมายในการแก้ไขผู้กระทำความผิด ถ้าสังคมนำกฎหมายไปใช้เพื่อปรับปรุงความประพฤติของผู้กระทำความผิด ก็เป็นที่เชื่อได้ว่าบุคคลนั้นควรสามารถกลับตนเป็นพลเมืองที่เคารพกฎหมายได้ หมายความว่าผู้กระทำความผิดควรมีสติปัญญาเพียงพอที่สามารถเปลี่ยนแปลงความประพฤติและรับการศึกษาอบรมได้ เหตุผลในการบังคับใช้กฎหมายตามวัตถุประสงค์นี้ มีลักษณะคล้ายคลึงกับการที่เราไม่ลงโทษบุคคลปัญญาอ่อนซึ่งสอบไม่ตก หรือประกอบการทำงานไม่ได้ ดังนั้น จึงไม่ควรลงโทษผู้กระทำความผิดซึ่งช่วยตนเองไม่ได้

2. โครงสร้างของความผิดอาญา

แม้ว่าประเทศไทยได้รับเอาระบบกฎหมายแบบประมวลกฎหมายมาใช้เป็นเวลานานแล้วก็ตาม แต่ปัจจุบันก็ยังมีปัญหาเกิดขึ้นเสมอเกี่ยวกับความเข้าใจระบบกฎหมายซีวิลลอว์ (Civil Law) ทั้งในส่วนที่เป็นเนื้อหาของกฎหมาย (Legal contents) และนิติวิธี (justice method) ในทางกฎหมายอาญาก็เช่นกัน นักกฎหมายเรายังมีความเห็นแตกต่างกันไปในปัญหาต่างๆหลายประการ ความเห็นที่แตกต่างกันในการวิเคราะห์ปัญหาในหลายๆเรื่องนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องโครงสร้างความผิดอาญา ทั้งนี้คงเนื่องมาจากการพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ที่แตกต่างกันระหว่างระบบกฎหมายซีวิลลอว์ (Civil Law) และระบบกฎหมายแบบคอมมอนลอว์ (Common Law)³⁷

³⁷จาก “โครงสร้างความผิดอาญา : ความแตกต่างในระบบกฎหมาย” โดย แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2529, วารสารนิติศาสตร์, 14(4), น.1-21.

1) โครงสร้างความคิดอาญาของคอมมอนลอว์ (Common Law)

หลักเกี่ยวกับ “ความคิดอาญา” ของคอมมอนลอว์ (Common Law) มีว่า “Actus non facit reum, nisi mens sit rea” ซึ่งหมายความว่า

“การกระทำไม่ทำให้ (ผู้กระทำการกระทำนั้น) เป็นความผิด หากไม่มีจิตใจที่ชั่วร้าย กล่าวคือ จิตใจที่เป็นอาชญากรรม เจตนาและการกระทำทั้งสองอย่างนี้ต้องประกอบกันจึงจะทำให้เป็นความผิดอาญา”³⁸

ความรับผิดชอบทางอาญาตามระบบกฎหมายคอมมอนลอว์แบ่งการพิจารณาออกเป็นสองส่วนคือ ส่วนที่เป็นภาวะวิสัยและส่วนที่เป็นอัตตวิสัย การพิจารณาส่วนที่เป็นภาวะวิสัยหมายถึงการพิจารณาส่วนที่เป็นกระทำความผิดของบุคคลซึ่งเข้าข่ายเป็นการกระทำในสิ่งที่ผิดกฎหมาย (Actus Reus) การพิจารณาส่วนที่เป็นอัตตวิสัยหมายถึง การพิจารณาส่วนที่เป็นจิตใจของบุคคลซึ่งดูที่การมีเจตนาชั่วร้ายหรือจิตใจที่ชั่วร้าย (Men Rea)

ดังนั้นองค์ประกอบของความคิดในระบบคอมมอนลอว์นั้น จึงได้แก่

(1) การกระทำความผิด (Actus Reus) หมายถึง การกระทำในสิ่งที่กฎหมายบัญญัติไว้ว่าเป็นความผิด จุดเริ่มต้นของการพิจารณาความรับผิดชอบคือ จะต้องมีการกระทำเพราะกฎหมายอาญามุ่งลงโทษสิ่งที่เป็นกระทำความผิดไม่ลงโทษสิ่งที่เป็นความคิด

หลัก Actus Reus เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญในความผิดอาญา หากพิจารณาจากกลายอักษรอักษรของ Actus Reus หมายถึงการกระทำที่เป็นความผิด โดยนักทฤษฎีทางนิติศาสตร์พยายามจะกำหนดบทนิยามของการกระทำ โดยบางท่านอธิบายว่า “การกระทำ” คือการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใจสมัคร แม้ว่าบางการกระทำอาจจำเป็นต้องพิจารณาพฤติการณ์ภายนอก และผลของการกระทำนั้นด้วย ซึ่งจะมีผลต่อการพิจารณาเรื่องหลักความรับผิดชอบทางอาญา จึงอาจกล่าวได้ว่า Actus Reus หมายถึงการกระทำความผิดและไม่ใช่ความผิดธรรมดา และรวมไปถึงพฤติการณ์แวดล้อมและผลของการกระทำประกอบด้วย³⁹

โดยสรุปแล้ว คำว่า “การกระทำ (Actus) ตรงกับคำว่า Act หมายถึง การกระทำ โดยประกอบด้วยสาระสำคัญ 3 ประการ คือ อริยาบท พฤติการณ์ประกอบอริยาบท และผลของอริยาบท และพฤติการณ์ประกอบอริยาบทนั้น

³⁸จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 96-97), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นกร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

³⁹ From Criminal law in a nutshell (pp. 136-137), by A. H. Loewy, 1984, Minnesota: West publishing co. Copyright 1975 by West publishing Co.

ส่วน Reus ตรงกับคำว่า “Wrong” หมายถึง ความผิด เป็นการพิจารณาว่าการกระทำนั้น มีกฎหมายบัญญัติว่าเป็น “ความผิด” หรือไม่ ซึ่งในที่นี้จะต้องพิจารณาตามบทบัญญัติของกฎหมาย ถ้าหากไม่มีกฎหมายกำหนดว่าเป็นความผิด ก็ถือว่าขาดองค์ประกอบของความผิดแล้ว การพิจารณา ส่วนนี้เรียกว่า “Reus”

(2) เจตนาร้าย (Mens Rea) คือสิ่งที่บอกสภาวะที่แท้จริงของจิตใจอันเกี่ยวกับจิตใจที่ชั่วร้าย (evil mind) นอกจากนี้ระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ คำว่า เจตนาร้าย ครอบคลุมทั้งส่วนที่เป็น การกระทำโดยเจตนา (Intention) และส่วนที่เป็น การกระทำประมาทโดยรู้ตัว (Recklessness)

อาจกล่าวได้ว่า Mens Rea นี้เป็นองค์ประกอบภายในของความผิดอาญา และถือเป็น แนวคิดที่สำคัญของกฎหมายอาญาสารบัญญัติ ทั้งนี้ตามความเป็นจริง Mens Rea นี้จะเปลี่ยนแปลง ไปตามความผิดอาญาแต่ละประเภทอีกด้วย โดย Mens Rea ถือเป็นเจตนาร้ายที่ไม่จำเป็นต้อง พิจารณาว่าผู้กระทำความผิดรู้ถึงความชั่วร้ายของตนหรือไม่ และไม่จำเป็นต้องคำนึงว่าสิ่งที่ตนทำ ไปผิดต่อหลักศีลธรรม⁴⁰

นอกจากนี้กฎหมายคอมมอนลอว์ยังพิจารณาเรื่อง

(3) ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผล (Causation) โดยปัญหาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลนี้ถือเป็นเงื่อนไขความรับผิดชอบทางอาญา เช่น จำเลยตั้งใจเล็ง ปืนไปที่เหยื่อ ในจุดที่เป็นอวัยวะสำคัญ (หัวใจ) และผลจากการกระทำทำให้เหยื่อตายในทันที ผู้กระทำจึงถือเป็นฆาตกรตามความผิดฐานฆ่าผู้อื่น เมื่อการกระทำทุกอย่างครบเพื่อให้บรรลุผลของ การกระทำ⁴¹

ทั้งนี้ในการพิจารณาเรื่องดังกล่าวนี้ เป็นการพิจารณาความเป็นเหตุเป็นผลระหว่างการ กระทำและผลของการกระทำ โดยต้องพิจารณาว่าการกระทำนั้นมีความเกี่ยวข้องกับผลของการ กระทำหรือไม่อย่างไร ผลของการกระทำที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการกระทำนั้นหรือไม่ เป็นผล โดยตรงหรือผลโดยอ้อม ตัว Causation เปรียบได้กับสะพานเชื่อมระหว่างการกระทำและผล

(4) ความสอดคล้องต้องกันระหว่างการกระทำและผล (Concurrence) หมายถึง การ พิจารณาว่าเจตนาที่มุ่งร้ายนี้ มีความสอดคล้องต้องกันกับการกระทำหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อความชัดเจน อาจกล่าวได้ว่าเป็นการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง การกระทำความผิด (Actusreus) และ เจตนาชั่ว (Mensrea) ที่ก่อให้เกิดการกระทำความผิดอาญา ทั้งนี้ยกเว้นความผิดโดยเคร่งครัด ในทาง

⁴⁰ From Criminal Law (pp. 120-122), by M. Jefferson, 1997, London: Pitman publishing. Copyright 1997 by Pearson professional Ltd.

⁴¹ From Criminal law in a nutshell (pp. 49-53), by A. H. Loewy, 1984, Minnesota: West publishing co. Copyright 1975 by West publishing Co.

ทฤษฎีถ้าหากการกระทำชั่ว (Actusreus) ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวเจตนาชั่ว (Mensrea) ก็ไม่อาจถือได้ว่าความผิดทางอาญาได้เกิดขึ้นแล้ว⁴²

2.) โครงสร้างของความผิดอาญาของซีวิลลอว์ (Civil Law)

เมื่อกล่าวถึงคำว่า “ความผิดอาญา” (Verbrechen / crime) โดยทั่วไปเราจะนึกถึงความผิดอาญาฐานต่างๆในประมวลกฎหมายอาญาภาคความผิด เพราะประมวลกฎหมายอาญาภาคความผิดได้บัญญัติถึงความผิดอาญาฐานต่างๆ โดยระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการกระทำที่ประกอบขึ้นเป็นความผิดอาญาฐานนั้นๆไว้ ซึ่งถ้าเรานึกถึงความผิดอาญาในทำนองดังกล่าวเราจะเห็นว่าความผิดอาญาฐานต่างๆ มิได้มีรายละเอียดการกระทำหรือส่วนประกอบต่างๆที่เหมือนกัน แม้กระนั้นก็ตามจากการศึกษาของนักนิติศาสตร์ภาคพื้นยุโรป โดยเฉพาะนักนิติศาสตร์เยอรมันพบว่าความผิดอาญาทุกฐาน มีข้อสาระสำคัญที่เหมือนกัน ซึ่งถ้าขาดข้อสาระสำคัญแล้วแม้เพียงข้อสาระสำคัญเดียว การกระทำนั้นจะไม่เป็น “ความผิดอาญา” ข้อสาระสำคัญ ที่เหมือนกันของความผิดอาญาทุกฐานนี้ จึงประกอบขึ้นเป็น “โครงสร้างของความผิดอาญา” (Verbrechensaufbau / Structure of crime)⁴³

โดย “โครงสร้างของความผิดอาญา” ประกอบด้วยข้อสาระสำคัญสามประการคือ⁴⁴

1. เป็นการกระทำที่มี “การครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ” (Tatbestandsmassigkeit) หรือไม่

องค์ประกอบของความผิดอาญาโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น “องค์ประกอบภายนอก” และ “องค์ประกอบภายใน”

“องค์ประกอบภายนอก” ประกอบด้วย ผู้กระทำ การกระทำ กรรมของการกระทำ ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผล และในบางกรณีอาจมีส่วนพิเศษอื่นๆด้วย เช่น เวลา กลางคืนในความผิดอาญาฐานลักทรัพย์ เป็นต้น

“องค์ประกอบภายใน” ประกอบด้วย เจตนา ประมาท มูลเหตุชกุงใจ และองค์ประกอบภายในอื่น เช่น การไตร่ตรองไว้ก่อน เป็นต้น

⁴² *Concurrence*. Retrieved August 7, 2013 from <https://en.wikipedia.org/wiki/Concurrence>.

⁴³ จาก พื้นฐานความรู้เกี่ยวกับกฎหมายอาญา (น.29-30), โดยศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร, 2553, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

⁴⁴ จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 103-104), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

“การครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ” นี้อาจครบเพียงในชั้นพยายามกระทำความผิด หรือครบในชั้นเตรียมกระทำความผิดในกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดในการกระทำในชั้นเตรียมกระทำความผิด⁴⁵

2. เป็นการกระทำที่มี “ความผิดกฎหมาย” (Rechtswidrigkeit) หรือไม่

ดังกล่าวมาแล้วว่าการกระทำจะเป็นความผิดก็ต่อเมื่อกรณีไม่มี “เหตุที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้” ในการพิจารณาการกระทำใดการกระทำหนึ่งต่อไปเมื่อเป็น “การกระทำที่ครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ” แล้วก็ต้องพิจารณาว่ามี “เหตุที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้” หรือไม่นั่นเอง⁴⁶

3. เป็นการกระทำที่มี “ความชั่ว” (Schuld) หรือไม่

“ความชั่ว” เป็นเรื่องของ “ความรู้ผิดชอบ” บุคคลที่จะสามารถมีความรู้ผิดชอบโดยปกติคือผู้ที่เป็นผู้ใหญ่แล้ว “ความชั่ว” ของบุคคลอาจจะเป็นกรณีใดกรณีหนึ่งคือ ไม่มีความชั่วเลย มีความชั่วอย่างจำกัด และมีความชั่วที่บริบูรณ์

โดยที่ “ความชั่ว” เป็นองค์ประกอบสำคัญของความผิดอาญา และตามที่กล่าวมาแล้วว่าผู้ที่จะถูกดำเนินคดี หรือมีความช่วนั้น จะต้องเป็นบุคคลธรรมดาเท่านั้น นิติบุคคลไม่มีชีวิตจิตใจจึงไม่อาจมีความรู้ผิดชอบ นิติบุคคลจึงมีความชั่วไม่ได้⁴⁷

ทั้งนี้ในข้อสาระสำคัญทั้งสามประการในโครงสร้างของความผิดอาญานั้น หากขาดข้อสาระสำคัญประการหนึ่งประการใดแล้วการกระทำนั้น ย่อมไม่มีความผิดอาญา (Verbrechen / crime) และข้อสาระสำคัญทั้งสามประการของความผิดอาญานี้ เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเรียงลำดับจากข้อสาระสำคัญในทางรูปแบบคือ “การครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ” (Tatbestandsmassigkeit) ไปสู่ข้อสาระสำคัญในทางเนื้อหาคือ “ความผิดกฎหมาย” (Rechtswidrigkeit) และ “ความชั่ว” (Schuld) และในข้อสาระสำคัญในทางเนื้อหาด้วยกันนั้น “ความผิดกฎหมาย” (Rechtswidrigkeit) จะมาก่อน “ความชั่ว” (Schuld)⁴⁸ อีกด้วย

ข้อเท็จจริงที่อยู่นอกโครงสร้างของความผิดอาญา มี 2 ประการคือ

1. เหตุยกเว้นโทษเฉพาะตัวและ

⁴⁵จาก ประมวลกฎหมาย : หลักกฎหมายและพื้นฐานการเข้าใจ (น.250-251), โดย ศาสตราจารย์ ดร. คณิต ฌ นคร, 2553, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

⁴⁶แหล่งเดิม.

⁴⁷แหล่งเดิม.

⁴⁸จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 102-105), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฌ นคร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

2. เหตุเพิ่มโทษเฉพาะตัว

“เหตุยกเว้นโทษเฉพาะตัว” คือ ข้อเท็จจริงหรือเหตุการณ์ที่อยู่นอก โครงสร้างของ ความผิดอาญา และเป็นข้อเท็จจริงหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้กระทำความผิดเป็นการเฉพาะตัว⁴⁹

โดยเหตุยกเว้นโทษเฉพาะตัวมีอยู่ 2 ประเภทคือ “เหตุห้ามลงโทษเฉพาะตัว” และ “เหตุ ยกโทษให้เฉพาะตัว”

“เหตุห้ามลงโทษเฉพาะตัว” คือข้อเท็จจริงแห่งเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรง กับผู้กระทำความผิดที่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ“ความผิดกฎหมาย” (Rechtswidrigkeit) ของการกระทำความผิด และ “ความชั่ว” (Schuld) ของผู้กระทำความผิด ซึ่งเนื่องจากเหตุผลในทางนโยบายในทางอาญา การ ลงโทษผู้กระทำความผิดย่อมเป็นอันตกไป⁵⁰

“เหตุยกโทษให้เฉพาะตัว” คือข้อเท็จจริงแห่งเรื่องในตัวผู้กระทำความผิดที่ไม่ขึ้นอยู่กับ “ความผิดกฎหมาย” (Rechtswidrigkeit) และ “ความชั่ว” (Schuld) ที่ย้อนหลังไปจัดการลงโทษซึ่ง มีอยู่เดิมออกไป เพราะความสมควรลงโทษซึ่งมีอยู่เดิมนั้น ไม่มีอีกต่อไป⁵¹

กรณีที่มีการกระทำความผิดอาญาและมี “เหตุห้ามลงโทษเฉพาะตัว” หรือมี “เหตุยก โทษให้เฉพาะตัว” นั้นจะเห็นได้ว่า “โครงสร้างของความผิดอาญา” ยังครบบริบูรณ์ทุกประการ “เหตุห้ามลงโทษเฉพาะตัว” ที่มีอยู่หรือ “เหตุยกโทษให้เฉพาะตัว” ที่เกิดขึ้นนั้นมิได้ทำให้ความไม่ ถูกต้องที่สมควรลงโทษสำหรับการกระทำนั้นเปลี่ยนแปลงไปแต่ประการใด แต่ในกรณีที่มีเหตุ ดังกล่าวมาแล้วนั้น กฎหมายเห็นว่าเป็นกรณีที่มีเหตุผลที่เป็นพิเศษนอกเหนือที่ยังไม่สมควรลงโทษ ผู้กระทำเท่านั้น⁵²

ประเทศไทยเราได้รับเอาระบบซีวิลล์ (Civil Law) มาใช้ และในการร่างประมวล กฎหมายอาญาฉบับปัจจุบันนั้น อิทธิพลความคิดทางกฎหมายอาญาของเยอรมันก็น่าจะมีอยู่ไม่น้อย ดังนั้นในการพิจารณา “ความผิดอาญา” ของประเทศไทยก็ควรที่จะศึกษาและวิจัยในเรื่อง “โครงสร้างของความผิดอาญา” ตามแบบของระบบกฎหมายซีวิลล์ลอว์ (Civil Law)

(3) มาตรการบังคับทางอาญา

⁴⁹จาก พื้นฐานความรู้เกี่ยวกับกฎหมายอาญา (น. 35), โดยศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร, 2553, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

⁵⁰จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 115-117), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

⁵¹แหล่งเดิม.

⁵²จาก พื้นฐานความรู้เกี่ยวกับกฎหมายอาญา (น. 36), โดยศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร, 2553, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

“มาตรการบังคับทางอาญา”ตามประมวลกฎหมายอาญามี 2 มาตรการ คือ “โทษ” และวิธีการเพื่อความปลอดภัย” ซึ่งต่างเป็นมาตรการบังคับทางอาญา หลักกฎหมายอาญาในปัจจุบันจึงเป็นกฎหมายอาญาที่เรียกว่า “กฎหมายอาญาคู่ขนาน”⁵³ กล่าวคือ

“กฎหมายอาญา” คือ บรรดากฎหมายทั้งหลายที่ระบุถึงความผิดอาญา โทษ วิธีการเพื่อความปลอดภัยและมาตรการบังคับทางอาญาอื่น และเป็นกฎหมายที่กำหนดให้ความผิดอาญาเป็นเงื่อนไขของการใช้โทษ วิธีการเพื่อความปลอดภัยและมาตรการบังคับทางอาญาอื่นนั้น⁵⁴

“โทษ” เป็นมาตรการบังคับทางอาญา (Criminal Sanction) ดั้งเดิมที่สุด และจนถึงบัดนี้ยังไม่มีสิ่งอื่นมาทดแทนโทษ อย่างไรก็ตามในต่างประเทศนั้น ได้มีแนวโน้มในการพัฒนาในเรื่องโทษดั้งเดิมไปในทิศทางที่จะใช้มาตรการอย่างอื่นมาทดแทนโทษดั้งเดิม⁵⁵

“วิธีการเพื่อความปลอดภัย” หมายถึง มาตรการบังคับทางอาญา ที่ใช้กับผู้กระทำความผิด เพื่อให้สังคมปลอดภัยจากการกระทำความผิดของผู้กระทำความผิดนั้นในอนาคต

“วิธีการเพื่อความปลอดภัย” เป็น “มาตรการบังคับทางอาญา” ที่เกิดขึ้นใหม่ในกฎหมายอาญาของไทยเรา และเป็น “มาตรการบังคับทางอาญา” ที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่า “โทษ” เพราะในบางกรณีการใช้โทษหรือล้าพังเพียงการใช้โทษไม่เพียงพอที่จะเป็นหลักประกันว่าสังคมจะปลอดภัย

อาจกล่าวได้ว่า การใช้โทษเป็นการกระทำเพื่อข่มขู่ผู้กระทำความผิดเอง และเป็นการข่มขู่ผู้อื่นไม่ให้เอาเยี่ยงอย่าง โทษจึงเป็นเรื่องของ “การป้องกันทั่วไป” (General prevention) ส่วนวิธีการเพื่อความปลอดภัยนั้นกระทำเพื่อป้องกันมิให้ผู้กระทำความผิดนั้นเองไปก่ออันตรายต่อสังคมอีกในอนาคต วิธีการเพื่อความปลอดภัยจึงเป็นเรื่องของ “การป้องกันพิเศษ” (Special prevention)⁵⁶

ทั้งนี้วิธีการเพื่อความปลอดภัย มีจำกัดอยู่เฉพาะที่กำหนดในประมวลกฎหมายอาญาเท่านั้น “การพักใช้หรือถอนใบอนุญาตขับขี่” ตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ.2522 มาตรา

⁵³จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 411), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

⁵⁴แหล่งเดิม น.33.

⁵⁵แหล่งเดิม น.379.

⁵⁶แหล่งเดิม น.412.

162⁵⁷ ก็ถือเป็น “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” เช่นเดียวกันเพราะถือเป็นการป้องกันพิเศษ มิให้ผู้ซบชู้ ก่ออันตรายแก่บุคคลหรือทรัพย์สินของผู้อื่นในอนาคตต่อไป

การใช้มาตรการบังคับทางอาญา โดยการใช้วิธีการเพื่อความปลอดภยนั้น ศาลต้อง พิจารณาหลักอันเป็นพื้นฐานสำคัญในการใช้ด้วย หลักดังกล่าวได้แก่ “หลักความสมควรแก่เหตุ” เป็นหลักสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการใช้อำนาจรัฐของพนักงาน กล่าวคือ การใช้อำนาจรัฐนั้น ต้องใช้ให้ เหมาะสมกับพฤติการณ์แห่งเรื่องเป็นกรณีแต่ละกรณีไป ฉะนั้น ในเบื้องต้นศาลต้องพิจารณาให้ถ่อง แท้และศาลต้องพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในอนาคตด้วย⁵⁸

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาวิธีการเพื่อความปลอดภัยตามประมวลกฎหมายอาญา ในส่วนที่ เกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติดนั้น กฎหมายกำหนดให้ศาลนำวิธีการเพื่อความปลอดภยประเภท “คุมตัวไว้ในสถานพยาบาล” มาใช้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันความปลอดภัยสาธารณะและเพื่อบำบัดรักษาผู้ ติดยาเสพติดอีกวิธีการหนึ่งดังแสดงตามบทบัญญัติตามประมวลกฎหมายอาญา ดังนี้

“มาตรา 48 ถ้าศาลเห็นว่า การปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง โรคนจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ซึ่งไม่ ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษตามมาตรา 65 จะเป็น การไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้”

“มาตรา 49 ในกรณีที่ศาลพิพากษาลงโทษจำคุก หรือพิพากษาว่ามี ความผิดแต่รอการ กำหนดโทษ หรือรอการลงโทษบุคคลใด ถ้าศาลเห็นว่าบุคคลนั้น ได้กระทำความผิดเกี่ยวเนื่องกับ การเสพยาสุราเป็นอาชญา หรือการเป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ศาลจะกำหนดในคำพิพากษาว่า บุคคล นั้นจะต้อง ไม่เสพยาสุรา ยาเสพติดให้โทษอย่างหนึ่งอย่างใด หรือทั้งสองอย่าง ภายในระยะเวลาไม่ เกินสองปีนับแต่วันพ้นโทษ หรือวันปล่อยตัวเพราะรอการกำหนดโทษ หรือรอการลงโทษก็ได้

ในกรณีที่บุคคลดังกล่าวในวรรคแรกไม่ปฏิบัติตามที่ศาลกำหนด ศาล จะสั่งให้ส่งไปคุม ตัวไว้ในสถานพยาบาลเป็นเวลาไม่เกินสองปีก็ได้”

ดังนั้น ความมุ่งหมายของการ “คุมตัวไว้ในสถานพยาบาล” คือ

⁵⁷มาตรา 162 “ในคดีที่ผู้ซบชู้ต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่าได้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ หรือ กฎหมายอื่นเกี่ยวกับรณนั้นๆ นอกจากจะได้รับการลดโทษตามบทบัญญัติดังกล่าวแล้ว ถ้าความปรากฏแก่ศาลว่า หากให้ผู้ นั้นซบชู้ต่อไปอาจเกิดอันตรายแก่บุคคล หรือทรัพย์สินของผู้อื่น ศาลมีอำนาจสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต ซบชู้ของผู้นั้นได้”.

⁵⁸จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 415), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นคร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

1. เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยสาธารณสุขจากผู้กระทำความผิดที่เนื่องจากเขาปราศจาก “ความชั่ว” (Schuld) เพราะจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ที่ไม่สามารถลงโทษผู้กระทำความผิดได้ แต่ผู้กระทำความผิดยังเป็นผู้ที่เป็นอันตรายต่อความมั่นคงสาธารณสุขอยู่ หรือ

2. เพื่อมิให้ผู้กระทำความผิดเกี่ยวข้องกับสุราเป็นอาจิน หรือผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษไปกระทำความผิดขึ้นอีก

การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลเพื่อความปลอดภัยสาธารณสุขจากผู้กระทำความผิดที่ปราศจาก “ความชั่ว” นั้นมีความสำคัญ เพราะผู้กระทำความผิดบางคนอาจไม่มีทางรักษาให้หายขาดจากความวิกลจริตได้ และยากยิ่งไปอีกก็คือ ผู้กระทำความผิดบางคนไม่อาจวินิจฉัยลงความเห็นในทางการแพทย์ได้ว่าเป็นผู้วิกลจริตหรือไม่⁵⁹

สำหรับวิธีการเพื่อความปลอดภัยประเภท “การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลสำหรับผู้เสพสุราเป็นอาจินหรือผู้ติดยาเสพติดให้โทษ” นั้น

“การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล” สำหรับผู้เสพสุราเป็นอาจิน หรือผู้ติดยาเสพติดให้โทษนี้คือ กรณีตามมาตรา 49

“การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล” ในกรณีนี้นอกจากจะกระทำเพื่อมิให้ผู้กระทำความผิดไปกระทำความผิดซ้ำแล้ว ยังแสดงให้เห็นถึงการเป็นมาตรการบำบัดอีกด้วย⁶⁰

2.4.2 กฎหมายยาเสพติดและกฎหมายสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดจำนวนมาก กฎหมายยาเสพติดของประเทศไทย มีกรตราเป็นพระราชบัญญัติจำนวน 17 ฉบับ โดยสามารถแบ่งกลุ่มได้ดังนี้⁶¹

กฎหมายที่กำหนดอำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในการปราบปรามยาเสพติด

1. พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2519 กฎหมายที่เน้นตัวยาแต่ละกลุ่ม

2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

3. พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.2518

4. พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ.2533

⁵⁹จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 478-479), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ณ นคร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

⁶⁰จาก กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (น. 480), โดย ศาสตราจารย์ ดร.คณิต ณ นคร, 2551, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

⁶¹อ้างถึงใน มาตรการทางกฎหมายในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทางคดียาเสพติดของประเทศไทย (น.25), โดย จุฑามาศ พุทธิวิญญู, 2553. ลิขสิทธิ์ 2553 โดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

5. พระราชบัญญัติควบคุมโรคกักกัน พ.ศ.2495
6. พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ.2535
กฎหมายที่เน้นมาตรการเฉพาะเรื่อง
7. พระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด พ.ศ.

2534

8. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545
9. พระราชบัญญัติการขนส่งทางบก พ.ศ.2522
10. พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ.2522
11. พระราชบัญญัติให้อำนาจทหารเรือปราบปรามการกระทำความผิดบางอย่างทางทะเล (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2534
12. พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ.2479
13. พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ.2542
14. พระราชบัญญัติความร่วมมือระหว่างประเทศในเรื่องทางอาญา พ.ศ.2535
15. พระราชบัญญัติส่งผู้ร้ายข้ามแดน พ.ศ.2472
16. พระราชบัญญัติการปฏิบัติเพื่อความร่วมมือระหว่างประเทศในการดำเนินการตามคำพิพากษาคดีอาญา พ.ศ.2527

17. พระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ.2509

จากการศึกษาการจําแนกกฎหมายที่เกี่ยวกับยาเสพติดที่มีอยู่ในประเทศไทยทั้งหมดแล้ว โดยภาพรวมกฎหมายยาเสพติดนั้นสามารถจําแนกกฎหมายที่เกี่ยวข้องออกเป็น กฎหมายที่เกี่ยวกับยาเสพติดโดยตรง และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

- (1)กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้กระทำความผิดยาเสพติด ได้แก่

พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2519 (ฉบับแก้ไข พ.ศ.2545) ให้นิยามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดว่า หมายถึง กฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท กฎหมายว่าด้วยการป้องกันการใช้สารระเหย และกฎหมายว่าด้วยมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

1. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 (ฉบับแก้ไข พ.ศ.2545)

ได้มีการแก้ไขปรับปรุงใหม่ในปี พ.ศ.2545 ทั้งนี้เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้ คือ เนื่องจากกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษที่ใช้บังคับอยู่ก่อนการแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย ได้ใช้บังคับมานานแล้วและมีบทบัญญัติที่ไม่เหมาะสมกับกาลสมัย จึงสมควร

ปรับปรุงกฎหมายดังกล่าวเพื่อให้การปราบปรามและควบคุมยาเสพติดให้โทษ เป็นไปโดยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยยาเสพติดให้โทษซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิกอยู่⁶²

ทั้งนี้มีการแก้ไขโทษในความผิดเกี่ยวกับการมีไว้ในครอบครอง มีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษจำนวนเล็กน้อย ให้มีโทษขั้นสูงสุดลงเพื่อให้เหมาะสมกับความผิด และให้บุคคลซึ่งต้องหว่ายาเสพติดเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รวมถึงกรณีให้ศาลสามารถลงโทษได้หากมีคำสารภาพของผู้กระทำผิด ทั้งนี้พนักงานอัยการไม่จำเป็นต้องสืบพยานประกอบเสมอไป และให้ศาลสามารถใช้มาตรการการรอกำหนดโทษหรือรอกำหนดลงโทษได้อย่างกว้างขวางขึ้น

ทั้งนี้เพื่อให้วัตถุประสงค์ในการปราบปรามและควบคุมยาเสพติดให้โทษเป็นไปโดยมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงมีมาตรการทางกฎหมายที่สำคัญในพระราชบัญญัตินี้ซึ่งได้รับการแก้ไขปรับปรุงดังนี้

(1) กำหนดให้รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ เช่น มีอำนาจกำหนดสถานพยาบาล ซึ่งรวมถึง โรงพยาบาล สถานพยาบาล สถานพักฟื้น หรือสถานที่อื่นใด ให้เป็นสถานที่ทำการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ

การออกกฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2547 ซึ่งจะมีผลให้

1. ผู้เสพยาเสพติดให้โทษ
2. ผู้เสพและมีไว้ในครอบครอง
3. ผู้เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย
4. ผู้เสพและจำหน่าย

ตามกฎหมายกำหนดก่อนความผิดปรากฏ

(2) มาตรการในการควบคุมการผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือการมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติด

- (3) มาตรการในการป้องกันและปราบปรามการติดยาเสพติด และ
- (4) มาตรการในการบำบัดรักษาและแก้ไขผู้ติดยาเสพติด

แต่อย่างไรก็ตาม กฎหมายฉบับนี้ก็ได้กำหนดให้มีมาตรการในลักษณะดังกล่าว ซึ่งอาจทำให้การป้องกันการแพร่กระจายของโรคเอดส์ไม่อาจประสบความสำเร็จได้⁶³

⁶²หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 (ฉบับแก้ไขปรับปรุง 2545).

บทบัญญัติกฎหมายที่น่าสนใจและเกี่ยวข้องกับมาตรการลดอันตราย

ในส่วนของมาตรา 57 ได้กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 กล่าวคือ ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin) หากผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุก ตั้งแต่หกเดือนถึงสามปี หรือปรับ ตั้งแต่หนึ่งหมื่นบาทถึง หกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตาม บทบัญญัติมาตรา 91 พระราชบัญญัติเดียวกัน หรือประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ใน ประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา พืชกระท่อม หากผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษ จำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ถ้ายาเสพติดให้โทษซึ่งเป็นวัตถุแห่งการกระทำ ความผิดดังกล่าวมานั้นเป็นพืชกระท่อม ผู้นั้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือ ปรับไม่ เกินสองพันบาท ตามบทบัญญัติมาตรา 92 พระราชบัญญัติเดียวกันนี้⁶⁴

ทั้งนี้มาตรา 58 ยังวางหลักห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษประเภท 2 กล่าวคือเสพยา เสพติดให้โทษทั่วไป เช่นมอร์ฟีน (Morphine) โคคาอีน (Cocaine) โคเดอีน (Codeine) ฝิ่น (Medicinal Opium) เว้นแต่การเสพนั้นเป็นการเสพเพื่อการรักษาโรคตามคำสั่งของผู้ประกอบ วิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งใน สาขาทันตกรรมที่ได้รับใบ อนุญาตตามมาตรา 17⁶⁵ และมีบทกำหนดโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืน โดยต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หก

⁶³จาก การทบทวนนโยบายและกฎหมายด้านยาเสพติดของประเทศไทยเพื่อแก้ปัญหาเฮอไอวี (น. 106-108) โดย ชฤทธิ์ มีสิทธิ์และคณะ, 2555, กรุงเทพฯ: มูลนิธิพีเอสไอ ประเทศไทยและมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิ คำนเอดส์ .

⁶⁴ดู พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 7 ยาเสพติดให้โทษแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ

- (1) ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin)
 - (2) ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (Morphine) โคคาอีน (Cocaine) โคเดอีน (Codeine) ฝิ่นยา (Medicinal Opium)
 - (3) ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 เป็นส่วนผสมอยู่ด้วยตามที่ ได้ขึ้น ทะเบียนตำรับยาไว้ตาม มาตรา 43 เช่น ยาแก้ไอผสมโคเดอีน (Codeine Cough Syrup)
 - (4) ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือประเภท 2 เช่น อาเซติก แอนไฮไดรด์ (Acetic Anhydride) อาเซติกคลอไรด์ (Acetyl Chloride)
 - (5) ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา พืชกระท่อม
- ทั้งนี้ ตามที่รัฐมนตรีประกาศระบุชื่อยาเสพติดให้โทษตาม มาตรา 8 (1) เพื่อประโยชน์แห่ง มาตรานี้ คำว่า ฝิ่นยา (Medicinal Opium) หมายถึงฝิ่นที่ได้ผ่านกรรมวิธี ปรุงแต่ง โดยมีความมุ่งหมายเพื่อใช้ในทางยา

⁶⁵ ดู มาตรา 17 “ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย หรือมิไว้ใจครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เว้น แต่ได้รับใบอนุญาต

เดือนถึงสามปี หรือปรับ ตั้งแต่หนึ่งหมื่นบาทถึงหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามบทบัญญัติ มาตรา 91 พระราชบัญญัติเดียวกัน

ส่วนบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการนำมาตรการลดอันตรายมาใช้ นั้นได้แก่ มาตรา 94 แห่งพระราชบัญญัตินี้ ที่ได้กำหนดไว้เพื่อยกเว้นความรับผิดตามกฎหมายให้กับผู้เสียหายเสพติด หากได้เข้ารับการบำบัดตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดก่อนที่ความผิดจะปรากฏต่อเจ้าหน้าที่ ให้บุคคลเช่นว่านี้ไม่ต้องรับผิดตามที่พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษกำหนดไว้ ตามบทบัญญัติมาตรา ดังกล่าว โดยถือเป็นบทบัญญัติมาตราเดียวที่พูดถึงเรื่องมาตรการลดอันตราย แต่ทั้งนี้ก็พบว่า บทบัญญัติดังกล่าวยังไม่ครอบคลุม เนื่องด้วยหากตีความบทบัญญัติมาตรา 94 แล้วน่าจะหมายถึง การต้องบำบัดรักษาหรือฉีดยาหรือสารทดแทนที่สถานบริการ หรือโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น ซึ่ง ในความเป็นจริงการให้บริการทางสาธารณสุขแก่ผู้เสียหายเสพติด ควรจะมีลักษณะยืดหยุ่นและ กว้างขวางมากกว่านี้

2. พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ.2518

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ เดิมนั้นบทบัญญัติกฎหมายในเรื่อง ยาเสพติดไม่ได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการทำลาย หรือนำไปใช้ประโยชน์ซึ่งของกลาง(วัตถุ ออกฤทธิ์) ที่พนักงานยึดตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามกฎหมายอื่น ทั้งในกรณีที่ไม่มีการฟ้องร้อง คดีต่อศาล และในกรณีที่มีการฟ้องคดีสู่ศาล ทำให้ภาระหน้าที่ดังกล่าวตกอยู่แก่กระทรวง สาธารณสุขในการเก็บรักษาและดูแลของกลางวัตถุ และทำให้สูญเสียงบประมาณจำนวนมาก

ดังนั้นเพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณ และให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐ ในการ ดำเนินคดีให้เป็นไปโดยรวดเร็วและบริสุทธิ์ยุติธรรม สมควรกำหนดให้ในกรณีที่มีการยึดวัตถุออก ฤทธิ์ตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามกฎหมายอื่น ถ้าไม่มีการฟ้องคดีต่อศาลและไม่มีผู้ใดอ้างความ เป็นเจ้าของ ภายในกำหนดเวลาให้ของกลางตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุข และหากมีการฟ้องคดี สู่ศาลเมื่อศาลชั้นต้นมีคำพิพากษาหรือมีคำสั่งให้ริบของกลางวัตถุออกฤทธิ์ ให้กระทรวง สาธารณสุขหรือผู้ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมอบหมายทำลาย หรือนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยไม่ต้อง รอให้คดีถึงที่สุด และสมควรแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติให้ศาลมีอำนาจสั่งให้ริบบรรดาวัตถุออกฤทธิ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ยานพาหนะ หรือวัตถุอื่นเพื่อให้สอดคล้องกับการเพิ่มเติมดังกล่าว

การมียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ไว้ในครอบครองค่านวมเป็นสารบริสุทธิ์ได้ตั้งแต่หนึ่งร้อยกรัม ขึ้นไปให้ถือว่ามิไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย

การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ กำหนดในกฎกระทรวง”.

3. พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 (แก้ไข พ.ศ.2542 และ พ.ศ. 2543)

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชกำหนดฉบับนี้ในปี พ.ศ.2533 คือ โดยที่ปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์หลายชนิดที่มีส่วนผสมของสารระเหยเป็นส่วนผสมหรือเจือปนอยู่ ทั้งนี้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวอาจถูกนำไปใช้ในทางอุตสาหกรรมก็ตาม แต่ในความเป็นจริงพบว่าหากมีการนำผลิตภัณฑ์ดังกล่าวไปสูดดม จะก่อให้เกิดอันตรายอย่างมากโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ประกอบกับยังไม่มีกฎหมายใช้บังคับ

สาระสำคัญของกฎหมาย เช่น

มาตรา 24/2 บัญญัติว่า ผู้ใดใช้สารระเหยบำบัดความต้องการของร่างกายหรือจิตใจ และได้สมัครใจขอเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลก่อนความผิดจะปรากฏ ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ โดยได้ปฏิบัติครบถ้วนตามระเบียบว่าด้วยการเข้ารับการบำบัดรักษา การบำบัดรักษาและการดูแลผู้ติดยาเสพติดในสถานพยาบาลดังกล่าว จนได้รับการรับรองเป็นหนังสือจากพนักงานเจ้าหน้าที่ที่รัฐมนตรีกำหนดแล้ว ให้ผู้นั้นพ้นจากความผิดตามกฎหมายบัญญัติไว้

ทั้งนี้ ไม่รวมถึงกรณีความผิดที่ได้กระทำไปภายหลังการสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาจากสาระของกฎหมายดังกล่าว มีความเห็นว่ากรณีการบำบัดโดยสมัครใจในกฎหมายแต่ละฉบับนั้น ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขที่แตกต่างกันไป ไม่เชื่อมโยงกันและผู้สมัครใจเข้ารับการบำบัดก็ยังคงเป็นอาชญากรอยู่ และจะพ้นผิดต่อเมื่อได้รับการรับรองจากเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจก่อน

4. พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2519 (ฉบับแก้ไข พ.ศ.2545)

เหตุผลในการตราและแก้ไขปรับปรุงกฎหมายฉบับนี้คือ ประการแรก เนื่องจากมาตรา 238 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติว่า ในคดีอาญาการค้นในที่รโหฐานจะกระทำมิได้ เว้นแต่จะมีคำสั่งหรือหมายของศาลหรือมีเหตุให้ค้นได้โดยไม่ต้องมีคำสั่งหรือหมายของศาล ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยจึงสมควรกำหนดเหตุให้ค้นได้โดยไม่ต้องมีหมายค้นไว้ให้ชัดเจน⁶⁶

ประการที่สอง เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สมควรแก้ไของค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ให้ผู้ซึ่งเจ้าพนักงานได้ขอให้ช่วยเหลือในการปฏิบัติหน้าที่ มีอำนาจดำเนินการตรวจค้น จับ

⁶⁶ดู หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2519 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2545).

หรือ ตรวจ หรือทดสอบ หรือให้รับการตรวจ หรือทดสอบว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลใดๆ มีสารเสพติดในร่างกายหรือไม่ รวมทั้งสมควรกำหนดมาตรการพิเศษให้เจ้าพนักงานสามารถได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสารในสิ่งสื่อสารที่ถูกใช้เพื่อประโยชน์ในการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด⁶⁷

ตัวอย่างของมาตรการตามกฎหมายที่กำหนดกลไกและมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

การจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ซึ่งกำหนดให้นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน อำนาจหน้าที่ประการหนึ่งคือ ประสานงานและกำกับเกี่ยวกับการบำบัดรักษาตัวผู้ติดยาเสพติด (มาตรา 13 (6)) สนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐหรือเอกชน รวมทั้งประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (มาตรา 13 (12)) และมีการจัดตั้งสำนักงาน ป.ป.ส. ด้วย

การให้อำนาจพิเศษแก่เจ้าพนักงานตามกฎหมายนี้ เช่น เข้าไปในเคหสถาน สถานที่ใดๆ หรือยานพาหนะใดๆ เพื่อตรวจ ค้น ยึด หรือ อายัดยาเสพติดได้ หรือเจ้าพนักงานตามกฎหมายนี้เป็นพนักงานสอบสวนตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มีอำนาจควบคุมตัวผู้ถูกจับได้ไม่เกิน 3 วัน และไม่ถือเป็นระยะเวลาในการควบคุมของพนักงานสอบสวน

ค้นเคหสถาน สถานที่ หรือบุคคลใด ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่ามียาเสพติด ทั้งนี้โดยไม่ต้องมีหมายจับ หรือหมายค้น (ดู มาตรา 49-51 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522) ซึ่งรวมถึงการจับบุคคลใดที่กระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด โดยไม่มีหมายจับหรือหมายค้นด้วย

5. พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดียาเสพติด พ.ศ. 2550

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ เนื่องจากในปัจจุบันการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดได้เปลี่ยนแปลงไปสู่อาชญากรรมที่มีการจัดตั้งในลักษณะองค์กร และมีลักษณะพิเศษมากยิ่งขึ้น โดยผู้กระทำความผิดอาศัยความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและข้อจำกัดของกฎหมายที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ประกอบกับมีคดีความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดขึ้นสู่การพิจารณาของศาลเป็นจำนวนมาก ซึ่งคดีดังกล่าวมีลักษณะพิเศษและซับซ้อนแตกต่างจากการกระทำความผิดอาญาทั่วไป สมควรมีกฎหมายว่าด้วยวิธีพิจารณาคดียาเสพติด โดยเฉพาะเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์การสืบสวนสอบสวน โดยการใช้เทคนิคการสืบสวนสอบสวนพิเศษ และกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับวิธีพิจารณาในศาลชั้นต้น การอุทธรณ์ ฎีกาและอายุ

⁶⁷จาก การทบทวนนโยบายและกฎหมายด้านยาเสพติดของประเทศไทยเพื่อแก้ปัญหาเอชไอวี (น. 111-113) โดย ชฤทธิ์ มีสิทธิ์และคณะ, 2555, กรุงเทพฯ: มูลนิธิทีเอสไอ ประเทศไทยและมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ .

ความ รวมทั้งกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับการบังคับชำระค่าปรับตามคำพิพากษา เพื่อให้ศาลพิจารณาพิพากษาและบังคับโทษคดีอาชญากรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้⁶⁸

โดยมาตรา 7 มาตรา 8 และมาตรา 10 ได้กำหนดเกี่ยวกับเรื่องการสืบสวน โดยมีกรมอำนวยการแห่งเจ้าพนักงานที่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด หรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติการอำนาจเพื่อการสืบสวนความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดได้ และมีอำนาจครอบครองหรือให้มีการครอบครองยาเสพติดภายใต้การควบคุมทั้งในและนอกอาณาจักร และเจ้าพนักงานอาจร้องขอให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ดำเนินการให้ได้มาซึ่งข้อมูลคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิสูจน์ความผิดและการดำเนินคดีความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ในกรณีจำเป็นและเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานตามพระราชบัญญัตินี้

ส่วนเรื่องการพิจารณาของศาลนั้น ในกรณีของศาลชั้นต้น เมื่อศาลเห็นสมควรให้ศาลมีอำนาจสืบพยานหลักฐานลับหลังจำเลยได้ ทั้งนี้ต้องปรากฏว่าจำเลยมีทนายความ และจำเลยจงใจหลบหนีหรือจงใจไม่มาศาล และมีความจำเป็นเพื่อมิให้พยานหลักฐานสูญหายหรือยากแก่การนำมาสืบในภายหลัง ทั้งนี้ไม่ตัดโอกาสทนายจำเลยที่จะถามค้านและนำสืบหักล้างแต่อย่างใด⁶⁹

ในชั้นพิจารณาศาลชั้นต้นหากจำเลยให้การรับสารภาพ ศาลจะพิพากษาโดยไม่สืบพยานหลักฐานต่อไปก็ได้ เว้นแต่กรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าจำเลยไม่ได้กระทำความผิด หรือคดีที่มีข้อหาในความผิดซึ่งจำเลยรับสารภาพนั้นกฎหมายกำหนดอัตราโทษอย่างต่ำให้จำคุกตลอดชีวิตหรือโทษสถานหนักกว่านั้น ศาลต้องฟังพยานหลักฐานโจทก์จนกว่าจะพอใจว่าจำเลยได้กระทำความผิดจริง⁷⁰

(2.) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้แก่

1. พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

⁶⁸ ดู หมายทั่วยพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีอาชญากรรม พ.ศ.2550.

⁶⁹ ดู มาตรา 12 ในคดีความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดซึ่งจำเลยมีทนายความ ถ้าปรากฏว่าจำเลยคนใดจงใจไม่มาศาลหรือหลบหนี และมีความจำเป็นเพื่อมิให้พยานหลักฐานสูญหายหรือยากแก่การนำมาสืบในภายหลัง เมื่อศาลเห็นเป็นการสมควรก็ให้ศาลมีอำนาจสืบพยานหลักฐานลับหลังจำเลย แต่ต้องให้โอกาสทนายความของจำเลยที่จะถามค้านและนำสืบหักล้างพยานหลักฐานนั้นได้.

⁷⁰ ดู มาตรา 13 ในชั้นพิจารณา ถ้าจำเลยให้การรับสารภาพตามฟ้อง ศาลจะพิพากษาโดยไม่สืบพยานหลักฐานต่อไปก็ได้ เว้นแต่กรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าจำเลยไม่ได้กระทำความผิดหรือคดีที่มีข้อหาในความผิดซึ่งจำเลยรับสารภาพนั้นกฎหมายกำหนดอัตราโทษอย่างต่ำให้จำคุกตลอดชีวิตหรือโทษสถานหนักกว่านั้น ศาลต้องฟังพยานหลักฐานโจทก์จนกว่าจะพอใจว่าจำเลยได้กระทำความผิดจริง.

กฎหมายฉบับนี้ไม่อยู่ในความหมายของกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วย
มาตรการในการปราบปรามยาเสพติด

ทั้งนี้เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่ปัญหาเกี่ยวกับการเสพยา
เสพติดให้โทษ ในปัจจุบันมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งโดยหลักการแล้วผู้เสพยาเสพติดมีสภาพเป็น
ผู้ป่วยอย่างหนึ่งมิใช่อาชญากรปกติ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดจึงสมควรกระทำใ
กว้างขวาง และโดยที่ผู้เสพยาเสพติดจำนวนหนึ่ง ถูกบังคับให้เป็นผู้จำหน่ายยาเสพติดเพื่อแลกกับ
การได้ยาเสพติดไปเสพด้วย สมควรขยายขอบเขตการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้ครอบคลุม
ถึงผู้เสพและมีไว้ในครอบครอง ผู้เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย และผู้เสพและจำหน่าย
ยาเสพติดจำนวนเล็กน้อยด้วย

นอกจากนั้นเนื่องจากบุคคลซึ่งคิดหรือเสพยาเสพติดมีจำนวนมากและเป็นปัญหาสำคัญ
ของประเทศ สมควรขยายสถานที่เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เพราะ
นอกจากมีหน่วยงานของกระทรวงยุติธรรมแล้ว ยังมีหน่วยงานอื่นของรัฐ และหน่วยงานเอกชนที่มี
จิตความสามารถ เข้ามาร่วมในการตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด และการฟื้นฟู
สมรรถภาพของบุคคลดังกล่าว เช่น สถานที่ของหน่วยงานในราชการทหาร เขต อำเภอ และกิ่ง
อำเภอ สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลของเอกชนหรือหน่วยงานอื่น ซึ่ง
สมควรร่วมทรัพยากรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ
มากยิ่งขึ้น

กฎหมายฉบับนี้ให้ความหมายของ “ยาเสพติด” “ติดยาเสพติด” และ “ฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ติดยาเสพติด” ทั้งนี้การบำบัดรักษาตามกฎหมายนี้เป็นระบบบังคับ ซึ่งผู้ที่เข้าสู่กระบวนการตาม
กฎหมายนี้ต้องเป็นผู้ที่ถูกจับกุมฐานความผิดในฐานความผิดดังนี้ 1.เสพยาเสพติด 2.เสพและมีไว้ใน
ครอบครอง 3. เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือ 4.เสพและจำหน่าย ทั้งนี้ตามลักษณะ
ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดในกฎกระทรวง⁷¹

ทั้งนี้กฎหมายได้กำหนดกลไกและกระบวนการทางกฎหมายที่สำคัญได้แก่

⁷¹มาตรา 19 ผู้ใดต้องห้ามว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมี
ไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือเสพและจำหน่ายยาเสพติดตามลักษณะชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดใน
กฎกระทรวง ถ้าไม่ปรากฏว่าต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษ
จำคุกหรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล ให้พนักงานสอบสวนนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายใน
สี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ต้องหานั้นมาถึงที่ทำการของพนักงานสอบสวน เพื่อให้ศาลพิจารณาคำสั่งให้ส่ง
ตัวผู้ต้องหาไปตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด เว้นแต่มีเหตุสุดวิสัยหรือมีเหตุจำเป็นอย่างอื่นที่เกิดจากตัว
ผู้ต้องหานั้นเอง หรือจากพฤติการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งทำให้ไม่อาจนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายในกำหนดเวลา
ดังกล่าวได้.

1) มาตรา 6 กำหนดคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยประกอบไปด้วย ปลัดกระทรวงยุติธรรมเป็นประธานกรรมการ มีอำนาจหน้าที่สำคัญในการประกาศศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด แต่งตั้งหรือถอดถอนอนุกรรมการฟื้นฟูฯ วางระเบียบและหลักเกณฑ์ต่างๆ ในการตรวจพิสูจน์การเสพยาหรือติดยา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา การควบคุม การย้าย การปล่อยตัวชั่วคราว การตรวจสอบและการติดตามประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพฯของผู้ที่ได้รับการปล่อยตัวชั่วคราว (ดูมาตรา 6-13 ของพระราชบัญญัติฉบับนี้)

2) มาตรา 14-18 ได้กำหนดสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด อาทิเช่น ศูนย์ที่เป็นสถานพยาบาลตามประมวลกฎหมายอาญา และศูนย์ที่เป็นหน่วยงานสังกัดกรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม เป็นต้น

3) มาตรา 19-35 ได้กำหนดเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

4) มีหมวดว่าด้วยการกำหนดอำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานตามกฎหมาย การอุทธรณ์คำวินิจฉัย และคำสั่งต่างๆ และบทกำหนดโทษ

2.พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ.2479

เนื่องจากเรือนจำเป็นสถานที่กลางในการควบคุมตัว ทั้งผู้ต้องหาหรือจำเลยในระหว่างพิจารณาคดี และนักโทษเด็ดขาดแล้ว ทำให้เรือนจำมีความแออัดอย่างยิ่ง และเมื่อรัฐบาลเร่งปราบปรามยาเสพติดจึงส่งผลให้นักโทษล้นเรือนจำ

นอกจากนี้บุคคลที่ถูกจับและรอการตรวจพิสูจน์สารเสพติด (ระยะเวลาไม่เกิน 45 วัน) ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ส่วนใหญ่ก็ถูกควบคุมตัวที่เรือนจำซึ่งไม่ส่งผลดีต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดและเอชไอวี เพราะเอื้อต่อการใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาร่วมกันเนื่องจากไม่สามารถจัดหาอุปกรณ์การฉีดที่สะอาดหรือปลอดเชื้อได้ จนนำไปสู่การส่งผ่านเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเลือดต่างๆ

(3) กฎหมายที่เกี่ยวข้องพันระหว่างผู้ติดยาเสพติดกับสุขภาพ ได้แก่

1)พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่สุขภาพหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล การวางระบบ เพื่อดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน จึงไม่อาจมุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเพียงด้านเดียว เพราะจะทำให้รัฐและประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก และจะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

ในขณะเดียวกัน โรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงและมีความยุ่งยาก สลับซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้เท่าทัน มีส่วนร่วม และมีระบบ

เสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ สมควรมีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งเมืองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง⁷²

สาระสำคัญของบทบัญญัติกฎหมายที่สามารถปรับใช้กับผู้ติดยาเสพติดและการลดอันตราย สรุปได้ดังนี้ ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลเป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยไม่ได้ เว้นแต่ผู้นั้นยินยอม หรือเป็นกรณีที่มีกฎหมายเฉพาะบัญญัติไว้ให้ต้องเปิดเผย ทั้งนี้ไม่หมายความรวมถึงกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของทางราชการ ทั้งยังกำหนดหน้าที่ของบุคคลากรด้านสาธารณสุข ในการที่จะต้องแจ้งข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแก่ผู้รับบริการรับทราบ ทั้งนี้ในกรณีจะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยรวม หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับกรณี จะต้องเปิดเผยข้อมูลนั้นและบอกวิธีป้องกันผลกระทบอันอาจเกิดขึ้นแก่สุขภาพของประชาชนทราบและจัดหาข้อมูลโดยเร็ว ทั้งนี้ต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล⁷³

2) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติให้ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

ด้วยเหตุนี้ จึงต้องจัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์การกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน นอกจากนี้เนื่องจากในปัจจุบันระบบการให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาลได้มีอยู่หลายระบบ ทำให้มีการเบิกจ่ายเงินซ้ำซ้อนกัน จึงสมควรนำระบบการ

⁷²ดู หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.

⁷³ดู มาตรา 7, มาตรา 8 และมาตรา 10 ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550.

ช่วยเหลือดังกล่าวมาจัดการรวมกัน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมในด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกันดังกล่าว และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้⁷⁴

เมื่อพิจารณาพระราชบัญญัติทั้งสองฉบับนี้แล้วสามารถ สรุปกลไกและโครงสร้างกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพดังต่อไปนี้

1) กำหนดนิยามความหมายของคำว่า “บริการสาธารณสุข” “สถานบริการ” “หน่วยบริการ” และได้กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

2) กำหนดบทบาทและให้อำนาจขององค์กรต่างๆ เพื่อเป็นกลไกของกฎหมาย เช่น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการกฎหมาย

3) จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พนักงานเจ้าหน้าที่ และกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ เป็นต้น

2.4.3 มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดยาเสพติดและมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

รัฐบาลได้แถลงนโยบายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดและผู้ติดยาเสพติด โดยเน้นการปฏิบัติต่อผู้เสพหรือผู้ติดยาเสพติดเสมือนหนึ่งเป็นคนไข้หรือผู้ป่วยตามเจตนารมณ์กฎหมาย ทั้งนี้โดยให้เจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย ให้โอกาสผู้เสพหรือติดยาเสพติดได้เข้ารับการรักษา ทั้งนี้โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานระดับชุมชน และหมู่บ้านทุกแห่งทั่วประเทศมีการจัดทำทะเบียนไว้อย่างเป็นระบบ ทั้งนี้รัฐมีความตั้งใจให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการรักษาในรูปแบบสมัครใจเป็นหลัก โดยระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการจัดการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดนั้นๆ เช่น การบำบัดในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในสถานพยาบาล นอกจากนี้การปรับเจตคติการปฏิบัติของชุมชนและสังคมให้เข้าใจและยอมรับผู้เสพและติดยาเสพติด ก็เป็นอีกหนึ่งแนวนโยบายที่รัฐได้ดำเนินการ แต่พบว่ายังมีอีกหลายมาตรการที่จะต้องพัฒนาการบำบัดรักษาให้สอดคล้องกันอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ก่อนปี พ.ศ. 2545 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพผู้ติดยาเสพติด ดำเนินการตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งมีเพียง 2 ระบบ กล่าวคือระบบสมัครใจและระบบต้องโทษ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบในระบบสมัครใจ กรมราชทัณฑ์และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนเป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบในระบบต้องโทษ ต่อมารัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ซึ่งโดยหลักการคือต้องการนำผู้เสพรายย่อย เข้าสู่กระบวนการบำบัดตามที่กฎหมายกำหนดเพื่อยุติ

⁷⁴ดู หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545.

พฤติกรรมดังกล่าว โดยมอบหมายให้กรมคุมประพฤติเป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบทั้งนี้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ.2545 เป็นต้นมา ดังนั้นในปัจจุบันการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดและผู้เสพยาเสพติดจึงเพิ่มเป็น 3 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ⁷⁵

1.ระบบสมัครใจ

แนวคิดที่มาจากทางการแพทย์ตะวันตกที่ว่า ผู้เสพยาเสพติดนั้นถือเป็นโรคชนิดหนึ่ง เรียกว่า “สมองติดยา” ซึ่งถือเป็น โรคเรื้อรังและผู้ป่วยซึ่งอาจมีการกลับไปเสพยาซ้ำได้ หากไม่ควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ โดยระบบสมัครใจเป็นระบบที่ใช้วิธีการให้คนสมัครใจเข้าบำบัด ทั้งนี้ โดยการประกาศหรือกระจายข่าวในชุมชน หรือการสื่อสารสาธารณะผสมผสานกับการใช้วิธีการชักชวนในทางลึกลับ ซึ่งพบว่าในกระบวนการปฏิบัติจะมีการบันทึกและการทำประวัติว่าเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ซึ่งได้ก่อให้เกิดความไม่มั่นใจในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดในสวัสดิภาพในอนาคตของตน

อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขจำแนกผู้ติดยาเสพติดไว้ 2 ประเภทตามระดับความรุนแรงของการเสพยา ประเภทที่หนึ่ง คือผู้เสพยาที่ใช้ยาเป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่องหรือเป็นพวกที่เพิ่งเริ่มเสพยา ทั้งนี้การบำบัดรักษาในปัจจุบันประมาณ 2555 มีนโยบายให้นำผู้เสพยาประเภทนี้เข้ารับการบำบัดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระยะเวลา 9 วัน โดยใช้สถานที่ของค่ายทหาร วัด มัสยิด เป็นต้น ประเภทที่สอง คือผู้ติดยาเสพติดซึ่งแบ่งเป็น 2 ระดับคือ ติดไม่รุนแรงและติดขั้นรุนแรง เรื้อรังผู้ป่วยประเภทนี้สามารถเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลทั่วไปทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก หรือในศูนย์บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกรมการแพทย์ที่จังหวัดปทุมธานี เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น อุดรธานี สงขลาและปัตตานี นอกจากนี้ยังมีศูนย์บำบัดขององค์กรเอกชน วัด และมัสยิด

ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

เนื่องจากการติดยาเสพติดเป็นกระบวนการที่มีสาเหตุปัจจัยหลายอย่าง การบำบัดรักษาที่เช่นเดียวกันจำเป็นต้องอาศัยขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้สามารถเลิกยาและสารเสพติดได้ และกลับคืนสู่สังคมดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข การที่จะให้ผู้ติดยาและสารเสพติดเลิกเสพยาได้ จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาให้ครบทุกขั้นตอน ซึ่งมี 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมการก่อนรักษา (Pre-Admission)

⁷⁵จาก รายงานผลการพิจารณาศึกษาปัญหาหายาเสพติด (น.41-43), โดย สำนักกรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2554, กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

ความหมาย :เป็นการศึกษาประวัติข้อมูลและภูมิหลังผู้ติดยาเสพติด ทั้งจากผู้ขอรับการ รักษาและครอบครัวเพื่อซักงูให้คำแนะนํา และกระตุ้นให้ผู้ติดยาเสพติดมีความตั้งใจในการรักษา

การดำเนินการ : การสัมภาษณ์ การลงทะเบียน และวิธีการทางการแพทย์ ได้แก่ การ ตรวจร่างกาย เอกซเรย์ ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ชั่งน้ำหนัก

กล่าวคือระยะนี้เป็นระยะแรกของการรักษา มีการเตรียมพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาส เตรียมตัว เตรียมใจ จัดภารกิจธุระให้เรียบร้อย ให้เข้ารับการรักษาคได้ครบตามระยะเวลา โดย ต่อเนื่องไม่ขาดตอนรวมทั้งให้คำแนะนํางูใจ ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการบำบัดรักษา และมีความตั้งใจจริงในการบำบัดรักษารวมไปถึงกิจการเตรียมครอบครัวของผู้บำบัด

ขั้นที่ 2 การบำบัดรักษาด้วยยา (Detoxification)

ความหมาย : การบำบัดอาการทางร่างกาย ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด

การดำเนินการ : การให้ยาระงับอาการ เช่น เมธาโดน ยาสมุนไพร หรือให้เลิกเสพ ทันททีที่ เรียกว่า “หักดิบ” แบ่งเป็นการถอนพิษแบบ ผู้ป่วยนอก คือไม่ต้องค้างคืนในสถานพยาบาล ซึ่งนอกจากจะถอนพิษยาแล้ว ยังมีการรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการให้ความรู้ด้วย เช่นการ ดูแลสุขภาพ การป้องกัน เป็นต้น

โดยสรุปแล้วขั้นตอนนี้คือ การบำบัดอาการขาดยาและภาวะแทรกซ้อนจากยาเสพติด เนื่องจากผู้หยุดเสพยาเสพอาจมีอาการหงุดหงิด ภาวระวอย ก้าวร้าว หรืออาจมีอาการทางจิต เช่น มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระวางร่วมด้วย ผู้ป่วยอาจจะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือเป็นผู้ป่วยนอกรักษาไปปรับปรุทานที่บ้าน ระยะนี้ผู้ป่วยต้องการกำลังใจเป็นอย่างมากจากครอบครัว และสถานบำบัดมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผ่านระยะนี้ไปด้วยดี ส่วนในรายที่มีอาการ ไม่รุนแรงหรือเลิกยาเสพติมาได้นานระยะหนึ่งแล้วอาจไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไป

ขั้นที่ 3 ฟืนฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)

ความหมาย :เป็นการปรับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้เลิกยาให้มีความเข้มแข็ง ปรับเปลี่ยน บุคลิกภาพและพฤติกรรม ให้สามารถคืนสู่สังคมได้อย่างปกติ

การดำเนินการ : ใช้กิจกรรมต่างๆ ได้แก่การให้คำแนะนํารักษา ทั้งเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม การอบรมธรรมะ การสันทนาการ การฝึกอาชีพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีรูปแบบอื่นๆ เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ “ชุมชนบำบัด” ซึ่งเป็นการสร้างชุมชน หรือสังคมจำลองให้ผู้เลิกยาเสพ ติดยาอยู่ร่วมกัน เพื่อให้ความช่วยเหลือกัน ฝึกความรับผิดชอบ การรู้จักตัวเอง และแก้ไขปัญหา อย่างเหมาะสม เพื่อกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ และการฟื้นฟูจิตใจโดยใช้ศาสนา ได้แก่ การนำผู้เลิกยาเสพติดยาเข้ารับการอุปสมบท การศึกษาหลักธรรมทางศาสนา เป็นต้น

ระยะนี้ผู้ป่วยจะเข้าไปเพื่อเรียนรู้กระบวนการอยู่ร่วมกัน การใช้กระบวนการจิตวิทยาในการแก้ไขปัญหา การเสริมสร้างพลังใจให้เข้มแข็ง การฝึกสมาธิ การรู้จักหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธยาเสพติดรวมทั้งการฝึกอาชีพ เรียนรู้การปรับตัวให้เข้ากับสังคม ซึ่งจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเจตคติของผู้ติดยาเสพติด ระยะนี้เป็นการบำบัดเพื่อให้สามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาด เน้นการแก้พฤติกรรม ภาวะการเสพติด และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัด

ขั้นที่ 4 ติดตามการรักษา (After Care)

หลังจากที่ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสภาพจิตใจและสังคมแล้ว ผู้ป่วยต้องกลับสู่ชุมชนของตนจะมีการติดตามให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำและเสริมกำลังใจ และที่สำคัญคือป้องกันไม่ให้ติดยาเสพติดซ้ำ เป็นการปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะให้ผู้ติดยาเสพติดที่หายแล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ตามปกติ โดยไม่ต้องพึ่งพายาเสพติดอีกต่อไป

ความหมาย : เป็นการติดตามดูแลผู้เลิกยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาทั้ง 3 ขั้นตอน เพื่อให้คำแนะนำปรึกษา ให้กำลังใจ ทั้งนี้เพื่อมิให้ผู้เลิกยาหนีไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก⁷⁶

การดำเนินการ : การเยี่ยมเยียน โทรศัพท์ นัดพบ ใช้แบบสอบถามและการตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด

จะเห็นว่าการรักษาเสพติดมีหลายขั้นตอน บางท่านเข้าใจว่าให้การรักษาแค่ขั้นตอนการบำบัดรักษาด้วยยา ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ครบขั้นตอน และส่งผลต่อการเลิกยาเสพติดได้ จำต้องช่วยกันดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ครบขั้นตอน เพื่อคืนเขาเป็นคนดีกลับสู่สังคมอีกครั้งหนึ่ง⁷⁷

2.ระบบบังคับบำบัด

เป็นระบบที่ใช้กฎหมายบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 โดยกำหนดให้ผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดซึ่งมีการครอบครองยาเสพติดเพื่อเสพ และจำหน่ายในปริมาณไม่มากออกจากการพิจารณาตีอาญาและเข้าสู่การบำบัดรักษา โดยบุคคลที่จะเข้าสู่ระบบบังคับบำบัดจะเป็นผู้ที่ถูกจับกุมในความผิด 4 ฐานคือ เสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย เสพและจำหน่าย ทั้งนี้ชนิด จำนวนและปริมาณของยาเสพติดต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎหมาย โดยกระบวนการจะเริ่มจากพนักงานสอบสวนต้องนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายใน 48

⁷⁶ระบบสมัครใจ. สืบค้น 5 สิงหาคม 2556, จาก <http://www1.oncb.go.th/document/p1-solution31f.htm>.

⁷⁷ขั้นตอนการบำบัดรักษา. สืบค้น 7 สิงหาคม 2556, จาก http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=43&Itemid=53.

ชั่วโมง และหากผู้ต้องหาไม่อายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ ต้องส่งศาลภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้ศาลพิจารณามีคำสั่งส่งตัวผู้ต้องหาไปตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด ณ สถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์

ในขั้นตอนการตรวจพิสูจน์นั้น พนักงานคุมประพฤติจะบันทึกประวัติ พฤติกรรมในการกระทำความผิดสภาพแวดล้อมที่ปวง ทั้งนี้เพื่อมาวิเคราะห์หาสาเหตุการเกี่ยวข้องกับยาเสพติด พร้อมวางแผนการแก้ไขปัญหาโดยต้องกระทำให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่รับตัวผู้ต้องหาไว้ หากคณะกรรมการฟื้นฟูวินิจัยว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติด คณะกรรมการฟื้นฟู ต้องจัดให้มีแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและต้องแจ้งผลการตรวจพิสูจน์ให้พนักงานอัยการทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป แต่หากผลการตรวจพิสูจน์ไม่ปรากฏว่าผู้ต้องหาเป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติด คณะกรรมการฟื้นฟู ต้องรายงานผลการตรวจพิสูจน์ให้พนักงานสอบสวน หรือพนักงานอัยการพิจารณาดำเนินการ โดยให้ส่งตัวผู้ต้องหาคืนให้พนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการเพื่อดำเนินการต่อไป

ทั้งนี้ในระหว่างที่รอผลการตรวจพิสูจน์นั้นคณะกรรมการฟื้นฟู อาจจะอนุญาตให้มีการประกันและปล่อยตัวชั่วคราว โดยให้มีการสาบานตน หรือปฏิญาณว่าจะมาพบตามนัดของพนักงานเจ้าหน้าที่ บุคคลนั้นสามารถกลับไปประกอบอาชีพตามปกติอย่างเดิมได้ ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ที่คณะกรรมการฟื้นฟูวินิจัยว่าเป็นผู้ติดยาเสพติด ต้องอยู่รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งแบบควบคุมตัวนี้แบ่งเป็น ควบคุมตัวแบบเข้มงวดและไม่เข้มงวด

ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาประเภทไม่ควบคุมตัว อาจถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข คลินิกยาเสพติดของกรุงเทพมหานคร หรือส่งเข้ารับการบำบัดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่ายวิถีพุทธ วัด หรือ โปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ

ส่วนประเภทควบคุมตัว เน้นการพักอาศัยในศูนย์บำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หรือสถานที่ซึ่งจัดเป็นสถานฟื้นฟูที่ควบคุมตัวแบบเข้มงวด ตามประกาศของกระทรวงได้แก่ ศูนย์ฟื้นฟูลาดหลุมแก้วซึ่งเป็นศูนย์ฟื้นฟูแห่งเดียวที่ดำเนินการโดยกรมคุมประพฤติ และใช้รูปแบบของชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) และยังมีสถานที่ฟื้นฟูที่เป็นภาคีของกรมคุมประพฤติซึ่งดำเนินงาน โดยกองทัพเรือ กองทัพอากาศและกรมราชทัณฑ์

ส่วนแบบไม่เข้มงวด สถานที่ฟื้นฟูที่เป็นภาคีของกรมคุมประพฤติซึ่งดำเนินงานโดย กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพไทย กรมการปกครอง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และศูนย์บำบัดของกรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิต ซึ่งส่วนใหญ่ถ้าเป็นแบบเข้มงวดจะใช้โปรแกรม FAST Model

หรือถ้าเป็นแบบไม่เข้มงวดก็ใช้โปรแกรม Matrix บางแห่งก็เพิ่มเติมกระบวนการบำบัดมากขึ้น หรือพัฒนาเอารูปแบบอื่นมาบำบัดรักษา เช่น สถานบำบัดของกองทัพอากาศใช้โปรแกรม “จิรสา” และขั้นตอนสุดท้ายของการบำบัดรักษา คือการติดตามเพื่อช่วยเหลือเป็นระยะเวลาอีก 1 ปี⁷⁸

3.ระบบต้องโทษ

คือระบบที่ผู้ติดสารเสพติดกระทำความผิด และถูกคุมขัง ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา ภายใต้กฎข้อบังคับของกฎหมาย เช่น ทัณฑสถานบำบัดพิเศษต่างๆของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย กรมคุมประพฤติ และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สังกัดศาลเยาวชนและครอบครัวกลางกระทรวงยุติธรรม ทั้งนี้เป็นการบำบัดตามพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ.2479

ในกรณีของเด็กและเยาวชนที่อายุไม่เกิน 18 ปีนั้น ในปีพ.ศ.2555 มีเด็กและเยาวชนที่อยู่ในการดูแลของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ประมาณ 46,000 – 50,000 ราย ประมาณร้อยละ 33 ของฐานความผิดทั้งหมดเป็นคดีเกี่ยวกับยาเสพติดที่พบมากที่สุด คือ ยาบ้า รองลงมาคือกระท่อม กัญชา ทั้งนี้โปรแกรมที่ได้ออกแบบมาใช้สำหรับเด็กและเยาวชนที่อยู่ในสถานแรกรับนั้น จะต้องผ่าน โปรแกรมที่ให้เด็กและเยาวชนได้รับรู้และตระหนัก ถึงผลกระทบและระลึกในสิ่งที่เกิดขึ้น และยังมีโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ ทั้งนี้เด็กและเยาวชนจะถูกเปลี่ยนมือตลอดเวลา โดยเริ่มต้นตั้งแต่กระบวนการของตำรวจ ส่งต่อไปยังศาลและส่งต่อไปสถานพินิจฯ ทั้งนี้เพื่อให้เด็กและเยาวชนเกิดความคุ้นเคยกับการเปลี่ยนแปลง เกิดความผ่อนคลายลดภาวะความกดดัน และโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากการแก้ไขปัญหายาของเด็กและเยาวชน ครอบครัวจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดังนั้น ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนต้องมีการพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้าน โดยปัจจัยจำเป็นคือปัจจัยที่ต้องเข้าไปแก้ไขฟื้นฟู ส่วนปัจจัยเสี่ยงคือปัจจัยที่ต้องมีการบำบัดเพื่อไม่ให้มีการกระทำความผิดซ้ำอีก⁷⁹

2.4.4 การนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาใช้ในประเทศไทย

ความรุนแรงและอันตรายจากสารเสพติดที่มีผลต่อสังคม ร่างกายและสิ่งแวดล้อมนั้น มีการแพร่ขยายในวงกว้างขึ้น โดยเฉพาะการติดเชื้อ เอช ไอ วี โดยมีการเริ่มระบาดจากกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดไปสู่หญิงขายบริการทางเพศ และชายผู้ใช้บริการนำไปแพร่แก่ครอบครัวของตน ในวิกฤตการณ์ดังกล่าวนี้ประเทศไทยสามารถจัดการกับกลุ่มผู้ขายบริการทางเพศได้เป็นอย่างดี แต่ในกลุ่มผู้ฉีด

⁷⁸จาก รายงานผลการพิจารณาศึกษาปัญหาหายาเสพติด (น.42-43), โดย สำนักกรมราชทัณฑ์ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2554, กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

⁷⁹จาก รายงานผลการพิจารณาศึกษาปัญหาหายาเสพติด (น.44-46), โดย สำนักกรมราชทัณฑ์ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2554, กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

ยาเสพติดนั้นยังคงเป็นปัญหาในปัจจุบันซึ่งรวมไปถึงการระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบนชนิดซีอีก ด้วย

การนำแนวคิดลดอันตรายมาใช้ในประเทศไทยจึงเริ่มขึ้น โดยเริ่มต้นและพัฒนาการบำบัดเมธาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy: MMT) โดยเริ่มจากทีมวิจัยกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการดำเนินโครงการพบว่าช่วยลดการแพร่เชื้อ HIV ในกรุงเทพมหานครอย่างได้ผล และพัฒนาเป็นการบำบัดด้วยเมธาโดนระยะยาวโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายโดยสำนักงานมัย กรุงเทพมหานครในปัจจุบัน

สำหรับโครงการแลกเปลี่ยนเข็ม ได้มีการจัดโครงการนำร่องโดย NGO ในอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ทั้งนี้มีข้อสังเกตบางประการกล่าวคือไม่พบการดำเนินการ โครงการลดอันตราย และผลกระทบจากการใช้ยาบ้า(เมทแอมเฟตามีน) ทั้งๆที่เป็นยาเสพติดชนิดที่ก่อให้เกิดปัญหาหนักที่สุดในสังคมไทยปัจจุบัน ดังนี้จึงอาจกล่าวได้ว่า ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้าน Harm Reduction มาสิบกว่าปีแล้ว เมื่อมีการแพร่ระบาดของ HIV/AIDS ทั้งโดยการสนับสนุนขององค์กรระหว่างประเทศ ชุดกิจกรรมของ Harm Reduction ประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสารการศึกษา โดยกลุ่มเพื่อนผู้เสพยา การให้คำปรึกษาแนะนำ การจัดสถานที่ให้กลุ่มผู้ติดยาเสพติดพบปะเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน การใช้สารทดแทนยาเสพติดประเภทฝิ่น ผ่านการดำเนินงานของหน่วยงาน NGO และหน่วยงานของรัฐ ทั้งสำนักงานกรุงเทพมหานครและสถาบันชัญญารักษ์ รวมไปถึงการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ และการแจก/แจกเข็มฉีดยาที่สะอาดแก่ผู้ติดยาที่ใช้วิธีฉีดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางโลหิต

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดได้ริเริ่มแนวทางการดำเนินงานด้านการลดอันตรายจากการแพร่เชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทยในปี 2543 แบ่งเป็นมาตรการป้องกัน 4 ระดับด้วยกันได้แก่

การป้องกันระดับที่ 1 เพื่อป้องกันก่อนการเกิดโรคในกลุ่มเป้าหมายที่ติดและยังไม่ติดยาเสพติดโดยระดมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ให้ความสำคัญต่อบทบาทของครอบครัว เน้นการทำงานเชิงรุก เช่น การให้ความรู้เรื่องสุขศึกษา ยาเสพติด และทักษะชีวิต สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน เป็นต้น จุดมุ่งหมายคือการป้องกันไม่ให้ทุกคนไปใช้ยาเสพติด แต่หากใช้ยาเสพติดแล้วต้องให้เลิกโดยเร็วที่สุด

การป้องกันระดับที่ 2 เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มปริมาณและคุณภาพของสถานบำบัดรักษา ด้านปริมาณ โดยการเพิ่มจำนวนสถานบำบัดให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพิ่มการให้บริการเคลื่อนที่ บริการส่งต่อผู้ป่วย และเพิ่มทางเลือกอื่นในการบำบัดรักษา ด้านคุณภาพ โดยการพัฒนาความสามารถของผู้บำบัดในสถานบำบัด พัฒนาเครือข่ายการทำงาน พัฒนารูปแบบ

การบำบัดแบบครบวงจร เน้นโปรแกรมให้คำปรึกษาแนะนำ ใช้รูปแบบชุมชนบำบัด การสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนขยายการดำเนินงานด้านเครือข่ายสังคม เช่น การหางาน การเยี่ยมบ้าน ดำเนินกิจกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย การบริการเพื่อการป้องกันการแพร่เชื้อ การให้ความรู้การใช้เข็มฉีดยา การทำความสะอาดอุปกรณ์ เป็นต้น

การป้องกันระดับที่ 3 เพื่อส่งต่อตัวผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้วให้กลับสู่ชุมชนและมีชีวิตอย่างปกติสุขได้ โดยการสร้างเจตคติ/ทัศนคติของชุมชนและสังคมให้มีความเห็นอกเห็นใจผู้ติดยาเสพติด และผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS พร้อมทั้งจะให้โอกาสแก่คนเหล่านี้ ตลอดจนสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับชุมชนและครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ติดยาและผู้ติดเชื้อได้ เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัว/อาสาสมัครในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟู

การป้องกันระดับที่ 4 เพื่อการบริหารจัดการ โดยการผสมผสานมาตรการและกิจกรรมต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาเสพติดและเอดส์ควบคู่กันไป และให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ควบคุมและติดตามเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ มีกลไกทางกฎหมาย ปรับปรุงระเบียบที่เกี่ยวข้อง ให้เอื้อต่อการทำงาน มีการบริหารจัดการที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการดำเนินการและประสานกับหน่วยอื่น ทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีการใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับสังคม เพื่อให้สังคมปฏิบัติต่อผู้ติดยาและผู้ติดเชื้ออย่างเท่าเทียมกันตามหลักสิทธิมนุษยชน

ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน Harm Reduction ของไทยในปัจจุบัน

1. มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทั้งในด้านการพัฒนาด้านข้อมูลวิชาการ แนวทางการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาคี ความร่วมมือระหว่าง NGO และเครือข่ายผู้ติดเชื้อกับสำนักงาน ป.ป.ส. และกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนานโยบาย

2. มีการยกร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย/ยุทธศาสตร์ด้าน Harm Reduction อย่างไม่เป็นทางการ นำเสนอต่อคณะทำงานด้านนโยบาย Harm Reduction ที่สำนักงาน ป.ป.ส. ตั้งขึ้น และนำเสนอในเวทีเตรียมการประชุมนานาชาติในบางเวที

3. NGO ระหว่างประเทศ เช่น IHRC, AHRN, TNI, GTZ และองค์กรระหว่างประเทศ UNODC, UNAIDS, WHO ในประเทศไทย เห็นความสับสนในการดำเนินงานด้าน Harm Reduction จึงให้การสนับสนุนด้านวิชาการมากขึ้น

4. มีการจัดเสวนาของกรมการสาธารณสุขเรื่อง Harm Reduction เพื่อกำหนดแนวทางและนโยบายที่เหมาะสม⁸⁰

แม้ว่าแนวคิด Harm Reduction จะมีการนำมาใช้ในทางปฏิบัติมาเป็นเวลาหลายปีแล้ว แต่พบว่าเพิ่งมีการประกาศให้นำแนวคิด Harm Reduction มาบรรจุอยู่ในนโยบายทางด้านยาเสพติดเมื่อปี พ.ศ. 2553 ซึ่งนับว่าเป็นครั้งแรกที่มีการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้อย่างเป็นทางการ โดยมีคำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 306/2553⁸¹ ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ.2553 กำหนดให้มีการดำเนินการมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) เป็นมาตรการที่มุ่งลดผลกระทบและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคร้ายแรง เช่น เอชไอวี อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่เป็นอันตรายต่อบุคคล ชุมชน สังคม ตามมติคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ทั้งนี้ในระยะแรกให้ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดที่มีปัญหายาเสพติดรุนแรง รวม 10 จังหวัดก่อน ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ เชียงราย เชียงใหม่ ตาก สุราษฎร์ธานี สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ซึ่งเป็นพื้นที่ที่องค์กรภาคประชาสังคมดำเนินงานมาก่อนแล้ว แต่ทว่านโยบายดังกล่าวได้ดำเนินการในช่วงปลายของรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ จึงไม่ส่งผลในทางปฏิบัติมากนัก ทั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลใหม่ในปีถัดมา รัฐบาลต่อมาในปี 2554 และ 2555 มิได้ระบุนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดไว้ในยุทธศาสตร์แต่อย่างใด ดังนั้นทำให้การปฏิบัติงานในโครงการประสบปัญหาขาดความต่อเนื่อง และอาจเป็นการสูญเปล่าของโครงการนาร่องที่ได้ดำเนินการไปแล้ว หากไม่มีการนำไปขยายผลสืบต่อไป ซึ่งนับเป็นเรื่องที่น่ากังวลเป็นอย่างยิ่ง⁸²

แต่อย่างไรก็ตามช่วงปลายปี 2555 ได้มีการออกคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 30/2555 เรื่องแนวปฏิบัติแผนการแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติด⁸³ เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2555 ได้นำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดบรรจุไว้ในกิจกรรมการจำแนกคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดขยายผล และส่งต่อเข้าบำบัดฟื้นฟู ทั้งนี้ได้

⁸⁰จาก การลดอันตรายจากสารเสพติดในประเทศไทย: การพัฒนานโยบายและแผนงาน(รายงานโครงการจัดสัมมนา เมื่อวันที่ 19 เมษายน พ.ศ.2552) (น.13-15), โดย ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552, เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

⁸¹ดู หนังสือที่ สธ. 0205.11 (ศตส. สธ.)/1345 ลงวันที่ 28 เมษายน 2554 เรื่องแนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด.

⁸²จาก รายงานผลการพิจารณาศึกษาปัญหาเสพติด (น.80), โดย สำนักกรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2554, กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

⁸³ดู คำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 30/2555 เรื่องแนวปฏิบัติแผนการแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติดลงวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2555.

กำหนดให้กลุ่มผู้ติดยาเสพติด ซึ่งหมายถึง ผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นประจำและต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปีขึ้นไป ไม่สามารถเลิกหรือหยุดเสพได้ แม้จะผ่านการบำบัดหลายครั้ง ไม่ตั้งใจเลิกยาเสพติดอย่างจริงจัง ให้ดำเนินการส่งไปบำบัดฟื้นฟู แบบผู้ป่วยในระยะยาว รวมถึงการพิจารณาให้ใช้แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างเหมาะสมกับสภาพผู้ติดยาเสพติดแต่ละราย เพื่อลดผลกระทบต่อตัวผู้เสพ ครอบครัว สังคมและชุมชน⁸⁴

2.4.5 รูปแบบและประสิทธิภาพของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของประเทศไทย

(1) รูปแบบที่ดำเนินการ โดยภาครัฐ

1. คลินิกยาเสพติด

เป็นการจัดการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วย โรคร่วมจิตเวชและยาเสพติด ผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด สารระเหยและสุรา เป็นที่ศึกษาฐานงานด้านการบำบัดผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและยาเสพติด (Dual Diagnosis) ให้บริการผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดและสุราด้วย ผู้ติดยาเสพติดที่ส่งมาจากสำนักคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม โดยให้บริการในเวลาราชการทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

โปรแกรมการบำบัดประกอบด้วย

1) โปรแกรมจิตสังคมบำบัด เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจาก โปรแกรมจิตสังคมบำบัดของกรมสุขภาพจิต โดยเน้นการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และการวางเป้าหมายระยะเวลา 3 เดือน

2) โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและยาเสพติด เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมา เพื่อให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลา 1 สัปดาห์

3) โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สุราแบบผู้ป่วยใน เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมา เพื่อให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สุรา ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลา 1 สัปดาห์

4) โปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สุรารายบุคคลแบบผู้ป่วยนอก เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากคู่มือวันฟ้าใส ของกรมสุขภาพจิต ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระยะเวลา 1 เดือน

5) การบำบัดรายบุคคล / ครอบครัวบำบัด⁸⁵

⁸⁴คู เอกสารแนบคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 30/2555 เรื่องแนวปฏิบัติแผนการแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติดลงวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2555, ภาคผนวก 4.

⁸⁵โปรแกรมบำบัดรักษา. สืบค้น 20 กรกฎาคม 2556, จาก

ประสิทธิภาพของมาตรการคลินิกยาเสพติด⁸⁶

พบว่า การดำเนินการตามแนวทาง Harm Reduction ทำให้ผลการดำเนินงานดีขึ้นตามลำดับ ประกอบกับการทำงานเชิงรุก โดยการออกไปให้บริการในชุมชน (Outreach) ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้บำบัดเข้าถึงผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในชุมชนนั้นๆ ได้ ทั้งสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV และสามารถให้บริการด้านสุขภาพแก่กลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่ไม่ได้เข้ามาใช้บริการที่คลินิก สำหรับเจ้าหน้าที่ในคลินิกนั้นมีการดำเนินการโดยใช้เจ้าหน้าที่เป็นหลัก และอาสาสมัครเป็นผู้สนับสนุน ทั้งนี้อาสาสมัครนั้นก็คือกลุ่มผู้ที่เคยใช้ยาเสพติดและผู้ที่ยังใช้ยาเสพติดชนิดฉีดอยู่นอกจากนี้ มาตรการในการติดตามการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อ HIV โดยสมัครใจ (VCT) ในคลินิกอย่างสม่ำเสมอ ยังช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ติดยาเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ทัศนคติต่อปัญหาสุขภาพ เป็นอุปสรรคสำคัญในการเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการดูแลแบบต่อเนื่อง

2. การให้บริการแบบ Drop in “บ้านอุ่นไอรัก”

สถาบันธัญญารักษ์ได้นำแนวทาง Harm Reduction มาประยุกต์ใช้ตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา ทั้งนี้เพื่อดำเนินการกับกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้เสพยาเสพติด โดยกำหนดเป้าหมาย 4 ระดับ ได้แก่

- 1) เป้าหมายเบื้องต้น คือ เพื่อลดอันตรายที่มากับการใช้ยา
- 2) เป้าหมายระยะสั้น คือ เพื่อปกป้องดูแลการติดเชื้อเอดส์ในผู้ติดยาเสพติด
- 3) เป้าหมายเฉพาะ คือ เพื่อดึงผู้เสพยาเสพติดออกจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมายและหยุดฉีด
- 4) เป้าหมายสูงสุด คือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเองให้ลดการใช้ยาลงและไม่กลับไปเสพยา

กิจกรรมภายใต้แนวทาง Harm Reduction ที่ดำเนินการได้แก่ การจัดทำคู่มือแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยเมธาโดนระยะยาว การจัดประชุมวิชาการระดับประเทศ การแปลเอกสารการรักษาด้วยสารทดแทนระยะยาว ตลอดจนการร่างหลักสูตรการบริการด้านการป้องกันดูแลผู้ติดเชื้อ HIV การร่างหลักสูตรการลดอันตรายในผู้ติดยาเสพติด และการเผยแพร่ความรู้ผ่านเว็บไซต์

⁸⁶จาก การลดอันตรายจากสารเสพติดในประเทศไทย: การพัฒนานโยบายและแผนงาน(รายงานโครงการจัดสัมมนา เมื่อวันที่ 19 เมษายน พ.ศ.2552) (น. 28), โดย ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552, เชียงใหม่: เอกสารอัดสำเนา.

การเปิดบริการ Drop In Center ชื่อบ้านอุ่นไอรัก เป็นศูนย์กลางอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่ให้บริการตามความต้องการที่จำเป็นแก่ผู้ติดยาเสพติด ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตวิญญาณ ความรัก ความรู้ การศึกษา อาชีพ การแบ่งแยกกีดกันทางสังคม การจับกุมคุมขัง การปกป้องสิทธิในสังคมอย่างเสมอภาคทั่วถึงและทัดเทียม โดยการใช้แนวทาง “ช่วยเพื่อตนเองและเพื่อนช่วยเพื่อน” นั่นเอง

ประสิทธิภาพของมาตรการ Drop in Center บ้านอุ่นไอรัก

มาตรการนี้เป็นมาตรการที่เป็นการประยุกต์ใช้แนวทาง Harm Reduction ที่ให้ผลการดำเนินงานที่น่าพอใจ เพราะสมาชิกที่ผ่านการเข้ารับบริการได้รับความรู้สึกสามารถปกป้องดูแลตนเองจากเอดส์ได้ ทั้งนี้สถาบันรัฐญารักษ์เอง ได้มีแนวทางการขยายบริการในแนวทาง Harm Reduction โดยการพัฒนามาตรการต่าง ๆ ดังนี้

การพัฒนาการบริการลดอันตรายจากการใช้ยาและลดผลกระทบจากการติดเชื้อ HIV ในผู้ติดยาเสพติด 13 จังหวัด

การพัฒนารูปแบบการบริการให้เข้าถึงชุมชน เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงและผลกระทบจากการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ

การขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีการให้เมทาโดนระยะยาว

การอบรมหลักสูตรการบริการด้านการป้องกัน การดูแลผู้ติดเชื้อ HIV และการลดอันตรายในผู้ติดยาเสพติด

3. การให้บริการผู้ติดเชื้อ HIV ในผู้ติดสารเสพติดชนิดฉีดด้วยทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจะนะ⁸⁷

ทีมสหวิชาชีพที่ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV นั้นประกอบไปด้วย แพทย์ เกษัชกร พยาบาล จิตเวช พยาบาล TB Clinic พยาบาล ARV Clinic และพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา โดยเป็นการประยุกต์ทักษะเพื่อการดูแลที่สอดคล้องกัน ทั้งนี้จากประสบการณ์การบำบัดนั้น พบว่าผู้ป่วยมักเป็นโรค 4 ชนิดในเวลาเดียวกันคือ ติดยา จิตเวช เอดส์ และวัณโรค ดังนั้นแผนการดูแลจึงต้องปรับให้เหมาะสมโดยไม่มีแบบแผนตายตัว ทั้งการใช้มาตรการป้องกันและมาตรการแก้ไข เช่น การบำบัดด้วยยาหรือสารทดแทน การรักษาด้วยยาต้านเชื้อเอดส์ การเฝ้าระวัง CD4 การทำ VCT การตรวจสุขภาพคัดกรองโรคร่วมจากการใช้สารเสพติดชนิดฉีด การสัมผัสยาเพื่อเสริมแรงงูใจ (MI) โดยเฉพาะ DARES และ FRAMES รวมไปถึงการใช้อุปกรณ์ อีกทั้งร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ทั้งยังต้องร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในการลงพื้นที่ เพื่อจัดกิจกรรมสร้างเสริมชีวิต

⁸⁷ เรื่องเดิม น.29.

ของกลุ่มเป้าหมาย การทำงานกับองค์กรอื่นๆ ทำให้เกิดผลบวกแบบ $1+1=3$ ส่งผลดีโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวชุมชน

ประสิทธิภาพจากการให้ให้บริการผู้ติดเชื้อ HIV ในผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีด ด้วยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจะนะ

จากการให้บริการพบว่า การวางแผนดูแลบริการร่วมกันทั้งทีม เพื่อที่จะทำให้คนๆหนึ่งมีความรู้สึกว่าคุณค่า มีศักยภาพที่จะทำสิ่งดีๆต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดต้องทำงานซ้ำๆการทำ VCT ต้องทำตลอดไปครอบคลุมถึงคู่สมรสด้วย หากจะเกิด Relapse ก็ให้ถือเป็นบทเรียนที่ทีมผู้รักษาและผู้ป่วย ต้องทบทวนและหาวิธีที่เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ผู้บำบัดต้องปรับการรักษาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้การบำบัดสัมฤทธิ์ผล

4. การผลักดันการให้บริการบำบัดรักษาโดยใช้สารทดแทน

สิ่งหนึ่งซึ่งถือเป็นความก้าวหน้าเกี่ยวกับการบำบัดรักษาโดยใช้สารทดแทนประเภทเมทาโดน ได้แก่ การผลักดันให้เมทาโดนเป็นยาในบัญชีหลักในระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพบริการสาธารณสุขมีมติให้เมทาโดน เป็นสิทธิประโยชน์ร่วมอยู่ในบริการบัตรทอง โดยเริ่มให้บริการตั้งแต่วันที่ 14 กรกฎาคม 2551 และตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ก็มีมติให้การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวอยู่ในประกันสุขภาพผู้ถือบัตรทอง สามารถเข้ารับบริการได้ที่ศูนย์บำบัดยาเสพติด 111 แห่ง และจะมีการขยายสู่ 200 แห่งในปี 2554 และมีโครงการจะขยายการให้บริการออกไปอีก

ประสิทธิภาพของการผลักดันสารเมทาโดนเป็นยาในบัญชีหลักในระบบหลักประกันสุขภาพ

แม้ว่าจะมีการผลักดันให้เมทาโดนเป็นยาในบัญชีหลักแล้ว แต่พบว่าข้อมูลการอนุมัติดังกล่าวยังไม่ถูกเผยแพร่ไปในสถานบำบัดต่างๆ ขณะที่ผู้เสพยาเสพติดรับรู้สิทธิประโยชน์แล้วต้องการรับเมทาโดน แต่ผู้บำบัดไม่รู้ว่าสามารถใช้สิทธิบัตรทองได้จึงถูกปฏิเสธการจ่ายยาสะท้อนให้เห็นว่าโดยหลักการการผลักดันสิทธิประโยชน์แก่ผู้เสพยาเสพติดนั้นประสบความสำเร็จแล้ว แต่ทว่าในทางปฏิบัติยังมีปัญหาและต้องเร่งผลักดันต่อไป

(2) รูปแบบที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนและภาคีอื่นๆ

ทางการปฏิบัติที่ผ่านมามีการขับเคลื่อนนโยบาย Harm Reduction ในประเทศไทย จำเป็นต้องมีการผนึกกำลังจากทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคการเมือง ภาคสาธารณสุข ภาควิชาการ ภาคความมั่นคง ภาคประชาสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนองค์กรระหว่างประเทศ ทั้งนี้เพื่อผลักดันนโยบาย แผนงานเพื่อทำให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นกระบวนการเป็นต้น จึงเกิดการรวมกลุ่มคนทำงานในประเด็นยาเสพติด (12D) ขึ้นประกอบด้วย 1.เครือข่ายผู้ใช้

ยาประเทศไทย 2.เครือข่ายผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ประเทศไทย 3.มูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ 4. เครือข่ายลดอันตรายจากการใช้ยาภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 5.มูลนิธิรักษ์ไทย 6.มูลนิธิธรรมรงค์ เพื่อรักษาเอดส์ 7.มูลนิธิ PSI (ประเทศไทย) 8.บ้าน โอโซน 9.องค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ 10. บ้าน Alden 11.ศูนย์ลดอันตรายมิตรสัมพันธ์ 12.นักกิจกรรมอิสระทำงานในประเด็นผู้เฝ้า

ทั้งนี้การดำเนินการนั้นได้ยึดหลักการสิทธิมนุษยชน และมุ่งเน้นการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อ ในฐานะของผู้มีสิทธิไม่ใช่การสงเคราะห์หรืออนุเคราะห์ ทั้งนี้ได้มีการจัดทำโครงการต่างๆ ออกมา ดังนี้

1. มูลนิธิรักษ์ไทย เริ่มดำเนินการเปิด Drop in Center ร่วมกับโรงพยาบาลสมุทรปราการ
2. สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเข้าร่วมการประชุมนานาชาติ Harm Reduction ที่เชียงใหม่
3. ขยายการดำเนินงาน Drop In Center โดย PSI ดำเนินการ 3 ศูนย์ในกรุงเทพฯ เชียงราย สงขลา TTAG ดำเนินการ 1 ศูนย์ที่ศูนย์มิตรสัมพันธ์ กรุงเทพฯ TDN ดำเนินการ 3 ศูนย์ในเชียงใหม่ สตูล ตรัง RTF ดำเนินการ 2 ศูนย์ ในกรุงเทพฯ สมุทรปราการ และ บ้าน Alden ดำเนินการ 1 ศูนย์ใน กรุงเทพฯ
4. การทำงาน Outreach โดยจัดให้มี Peer Education, IEC materials เยี่ยมบ้าน แจก อุปกรณ์ในการป้องกัน ดำเนินการส่งต่อ(refer) ให้ข้อมูลความรู้เรื่องเอดส์และการลดอันตรายจากการใช้ยา NSP ให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับตัวยาที่ใช้
5. การศึกษาเอกสารทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เอดส์ ทบทวนเอกสารสรุปย่อในการลดอันตรายจากการใช้ยา การศึกษาวิจัยโดยชุมชนคนใช้ยา จัดทำหนังสือชีวิตนอกกรอบ : เสียงของผู้หญิงใช้ยาเสพติด
6. การพัฒนาหลักสูตรและคู่มือ ได้แก่ พัฒนาหลักสูตร Path way to Recovery จัดทำคู่มือการหยุดใช้ยาด้วยตนเอง จัดทำคู่มือจัดทำบันทึกการละเมิดสิทธิมนุษยชนผู้เฝ้าพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพในเรือนจำ
7. การผลักดันนโยบาย โดยเครือข่ายผู้เฝ้าและองค์กรพันธมิตรยื่นข้อเรียกร้องต่อรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขให้เปลี่ยนแนวทางการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อ ที่เป็นผู้ติดเชื้อ ตลอดจนการผลักดันเรื่องเมทาโดนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเรียกร้องให้มีการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ติดเชื้อ โดยเริ่มที่บริการสุขภาพ⁸⁸

⁸⁸ เรื่องเดิม น.43.

2.4.6 ปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมาย

จากการศึกษากฎหมายของไทยข้างต้น พบว่ามาตรการทางกฎหมายของไทยต่อผู้เสพยาเสพติดนั้น มุ่งเน้นทางด้านการปราบปรามโดยให้มีบทลงโทษไม่ว่าจะเป็นการจำคุกหรือปรับก็ตาม ซึ่งแม้ในภายหลังผู้ร่างกฎหมายจะได้มีวิวัฒนาการของมาตรการด้านการปราบปรามที่ไม่เน้นเพียงการกำหนดโทษ แต่หันมาสร้างมาตรการทางด้านการแก้ไข ไม่ว่าจะเป็นกรณีตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ที่เปิดโอกาสให้ผู้เสพยาที่มีสำนึกใจเข้ารับการบำบัดรักษาไม่ต้องถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย หรือการตราพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ที่มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดเรื่องการตรากฎหมายยาเสพติดของประเทศ ไทย โดยมุ่งเน้นที่การบำบัดรักษาและการให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาหรือติดยาเสพติดตามแนวคิดที่ผู้เสพยาหรือผู้ติดยาคือผู้ป่วย และมีโชอาชญากรทั้งเชื่อในหลักการว่าต้องใช้แนวทางการลดการเสพยาโดยอาศัยความพยายามร่วมกันของหลายฝ่าย แต่พบว่าโดยโครงสร้างของกฎหมายยังคงยึดโยงกับความผิด กระบวนการบำบัดต่อเนื่องมาจากการจับกุม หรือการดำเนินคดีตามความผิดในกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ซึ่งผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดยังคงเป็นอาชญากรอยู่ และเมื่อผู้เสพยาเสพติดมีคุณสมบัติที่เข้าตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด จะถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัด หากกระบวนการสัมฤทธิ์ผลก็จะไม่ถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย แต่ก็พบว่าไม่อาจแก้ไขปัญหานี้ในหลายๆด้านได้ ทั้งเมื่อพิจารณาด้านองค์กรที่รับผิดชอบโดยตรงต่อการบำบัดรักษาฟื้นฟูพบว่าอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกรมคุมประพฤติ ซึ่งมีได้เป็นองค์กรที่เชี่ยวชาญกับกระบวนการบำบัดรักษา อีกทั้งกระบวนการบำบัดรักษายังไม่ครอบคลุมในเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากข้อมูลทางสถิติระบบการบำบัดรักษา ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระบบคือ ระบบบังคับบำบัด ระบบสมัครใจ และต้องโทษ พบว่า ตั้งแต่ปี 2551 -2554 พบผู้เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยระบบบังคับบำบัดมากที่สุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 65.4 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 70.3 ในปี 2554 รองลงมาคือ ระบบสมัครใจ สัดส่วนไม่เปลี่ยนแปลงมากนักอยู่ที่ร้อยละ 21-23 และระบบต้องโทษ มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 8-13 และหลังจากประกาศแผนพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด ที่ได้กำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าตั้งแต่เปิดปฏิบัติการในเดือนกันยายน 2554 จนถึงปัจจุบัน มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะระบบสมัครใจที่มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาต่างจากช่วงก่อนหน้านี้อย่างสิ้นเชิง โดยพบผู้เข้ารับการบำบัดสูงถึงร้อยละ 70.0 ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด⁸⁹ สถิติที่มีการเปลี่ยนแปลงน่าจะเนื่องมาจาก การที่รัฐบาลกำหนดเป้าหมายตัวเลขเป็นสำคัญ ปัญหาที่ตามมาคืออาจจะทำให้สถานการณ์ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

⁸⁹จาก ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์ (22 กุมภาพันธ์ 2556) สำนักงาน ปปส.

มีความเบี่ยงเบนไปจากวัตถุประสงค์ที่แท้จริง เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจอาจจะย้ายผู้ที่ถูกจับดำเนินคดียาเสพติดไปเป็นกลุ่มสมัครใจ เพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐบาล และเพื่อให้ได้เป้าหมายตามที่รัฐบาลกำหนด เป็นต้น⁹⁰

นอกจากนี้หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดเอง ยังคงปฏิเสธนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะในเรื่องการบริการเข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาดและจากการดำเนินงานให้คำปรึกษาและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ผู้ติดยาเสพติดพบว่าอาสาสมัครในโครงการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนั้นถูกตรวจค้น จับกุม และดำเนินคดีอาญาเกี่ยวกับยาเสพติดหลายราย⁹¹ และปัญหาดังกล่าวได้ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นเมื่อ คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 10) เห็นต่อการประกาศนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี ในเรื่องมาตรการสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดตามร่างประกาศคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เรื่องนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี จะดำเนินการโดยใช้วิธีการส่งเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครไปให้ความรู้กับผู้ติดยาเสพติดที่เสพยาเสพติดโดยวิธีการฉีดเข้าสู่หลอดเลือดเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อและแนะนำให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ที่สะอาด รวมทั้งใช้วิธีการแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดให้แก่ผู้เสพยาเสพติดว่า โดยที่มาตรา 57 และมาตรา 58 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษ ซึ่งในการเสพยาเสพติดบางประเภทตามมาตราดังกล่าวจะทำด้วยวิธีการใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดเข้าสู่ร่างกายทางหลอดเลือดดำ ซึ่งในกรณีนี้เข็มและอุปกรณ์ฉีดย่อมจะเป็นอุปกรณ์สำหรับใช้ในการกระทำความผิด หากมีบุคคลใดแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดแก่ผู้ติดยาเสพติดโดยมีเจตนาให้นำเข็มและอุปกรณ์ฉีดนั้นไปใช้ในการเสพยาเสพติด การกระทำดังกล่าวถือเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการเสพยาเสพติดจึงเป็นการสนับสนุนการกระทำความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 86⁹² นับว่าความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกานี้เป็นอุปสรรคสำคัญในการที่เจ้าหน้าที่จะดำเนินโครงการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้งนี้เพราะทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิเสธความร่วมมือในการดำเนินงาน และทำให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุขในบางพื้นที่เกิดความไม่แน่ใจ

⁹⁰จาก รายงานผลการพิจารณาศึกษาปัญหายาเสพติด (น.28-29), โดย สำนักกรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2554, กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

⁹¹ข้อมูลจากการติดตามสถานการณ์ปัญหาขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอชไอวีและผู้ติดยาเสพติด.

⁹²บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่องการประกาศนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี เรื่องเสรีที่ 663/2554.

ในการปฏิบัติงาน ทั้งๆที่เป็นงานในระดับความร่วมมือระหว่างประเทศ แม้ความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกาจะไม่ใช้กฎหมายก็ตาม

ดังนี้สามารถสรุปปัญหาและอุปสรรคได้ดังนี้

- 1) ผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่ไม่มั่นใจการเข้ารับบริการตามแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพราะกลัวถูกบันทึกประวัติ และถูกจับกุมจากเจ้าหน้าที่
- 2) ผู้ปฏิบัติงานไม่มั่นใจว่าถ้าดำเนินการตามแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดไปแล้ว ตนอาจจะมีผลตามกฎหมายยาเสพติดในภายหลัง
- 3) รัฐเองยังไม่ให้ความสำคัญอย่างแท้จริงกับการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ ทั้งนี้รัฐต้องพิจารณางบประมาณรายจ่ายจำนวนมากในการพัฒนาบุคลากร และการพัฒนาศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดดังกล่าว
- 4) มาตรการทางกฎหมายไม่เอื้ออำนวยในการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ได้อย่างถูกต้อง และได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับใช้กฎหมาย
- 5) สังคมไม่รับรู้และเข้าใจสถานะของผู้ติดยาเสพติดอย่างแท้จริง ทั้งมีมายาคติเกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติดในทางลบ จึงไม่ให้ความร่วมมือกับรัฐและเจ้าหน้าที่

บทที่ 3

มาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติด และการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในต่างประเทศ

แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายยาเสพติดขององค์การสหประชาชาติที่ได้กำหนดสนธิสัญญา Single Convention on Narcotic Drugs ค.ศ.1953 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ในปี ค.ศ.1972 รวมถึงสนธิสัญญาที่เป็นบทบัญญัติในการเสริมให้สนธิสัญญา ค.ศ.1953 มีสภาพบังคับยิ่งขึ้น ได้แก่ Convention on Psychotropic Drugs ค.ศ.1971 และ United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substance ค.ศ.1988 โดยสนธิสัญญาทั้งสามฉบับดังกล่าว มีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดยาเสพติดให้หมดสิ้นไป ตามแนวคิด Zero-tolerance approach โดยความต้องการกำจัดยาเสพติดให้หมดไป

แต่ในทางปฏิบัติพบว่า ประเทศต่างๆมีแนวคิดที่แตกต่างกันไป ทั้งประเทศในกลุ่มประเทศยุโรป ละตินอเมริกา เอเชียแปซิฟิก ในส่วนนี้ผู้เขียนจึงได้พยายามศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับยาเสพติด นโยบายเกี่ยวกับกฎหมายยาเสพติด การนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาใช้เป็นมาตรการในการแก้ปัญหาของประเทศไทย โดยมุ่งศึกษาในกลุ่มประเทศเหล่านี้กล่าวคือ กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายแบบประมวลกฎหมาย (Civil Law System) ได้แก่ ประเทศโปรตุเกส และประเทศมาเลเซีย และกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายแบบจารีตประเพณี (Common Law System) ได้แก่ กลุ่มประเทศแคนาดา และประเทศออสเตรเลีย

3.1 มาตรการทางกฎหมายและรูปแบบในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในกลุ่มประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายแบบประมวลกฎหมาย (Civil Law)

3.1.1 ประเทศโปรตุเกส

(1) สถานการณ์ยาเสพติด นโยบายยาเสพติดของประเทศโปรตุเกส

สำหรับประเทศโปรตุเกสนั้นถูกจับตามองในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา เนื่องจากมีการประกาศใช้นโยบายลดทอนความเป็นอาชญากรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ใช้เวลากว่า 10 ปี ซึ่งได้รับ

ความสนใจทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ อย่างไรก็ตามในการทำความเข้าใจกฎหมายของโปรตุเกส จำต้องพิจารณาในเบื้องต้นก่อนว่า นโยบายยาเสพติดมีทั้งหมด 3 ประการด้วยกัน

ประการแรก เบื้องต้นต้องเข้าใจว่าการใช้นโยบายปฏิรูปนี้เริ่มในปี 1999 ถึง 2001 อันเป็นผลจากการถกเถียงในเรื่องของนโยบายยาเสพติดมากกว่า 2 ทศวรรษ เกี่ยวกับแนวคิดความเป็นอาชญากรของผู้ติดยาเสพติดกับการยื่นมือให้ความช่วยเหลือผู้ติดยา ประเด็นที่ได้รับการยกขึ้นมาถกเถียงเกี่ยวกับกฎหมายยาเสพติดในปี 1983 1993 และ 2000 นั้นมีความคล้ายคลึงกันและยังเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าของรูปแบบกฎหมายที่มีความชัดเจน ในเรื่องของการกีดกันใหม่ๆ และการรักษาเยียวยาแทนการลงโทษ ผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้กระตุ้นให้พรรคการเมืองต่างๆ เสนอว่าควรพิจารณาว่าผู้ติดยาเป็นผู้ป่วยมิใช่อาชญากร สัญญาของการถกเถียงเป็นรูปธรรมในปี 1963 และ 1976 โดยเริ่มใช้ในกฎหมายยาเสพติดปี 1993 ซึ่งถือเป็นการยอมรับครั้งแรกเกี่ยวกับการลงโทษเชิงสัญลักษณ์ต่อผู้ติดยา

สาเหตุที่ทำให้โปรตุเกสนานโยบายลดทอนความเป็นอาชญากรรมมาใช้เป็นพิเศษและแตกต่างจากประเทศอื่นๆ เพราะอัตราการใช้กัญชาของเยาวชนที่เพิ่มมากขึ้นและปัญหาความยากลำบากในการบังคับใช้กฎหมายต่อปัญหาดังกล่าว สำหรับโปรตุเกสแล้วปัญหาการติดสารเสพติดที่มากที่สุดได้แก่ เฮโรอีน ซึ่งได้รับการใส่ใจและเป็นผลให้มีการแก้ไขกฎหมายในปี 2000

ประการที่สอง เมื่อพิจารณานโยบายต่างๆ แล้วนโยบายลดทอนความเป็นอาชญากรรมของผู้ติดยาเสพติด ถือเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายเท่านั้น ซึ่งยังมีนโยบายอื่นๆ อาทิเช่น

1. โอนความรับผิดชอบในเรื่องยาเสพติดจากกระทรวงยุติธรรมมาให้กระทรวงสาธารณสุขดูแลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ทำการรวบรวมและพิจารณารายละเอียดปลีกย่อยของแผนงานต่างๆ
3. เน้นย้ำถึงความสำคัญของการวิเคราะห์เชิงเครื่องมือในการบริหารจัดการนโยบาย
4. นำนโยบายเกี่ยวกับเรื่องแอลกอฮอล์และยาเสพติดให้มีความใกล้ชิดกันมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับการปรับใช้เรื่องประเด็นปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะอธิบายนโยบายยาเสพติดของโปรตุเกสในปัจจุบัน ซึ่งหลายคนอยากให้โปรตุเกสเป็นต้นแบบแรกในการพัฒนารูปแบบในการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับผู้เสพยาเสพติด และประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและที่ได้รับความสำคัญเป็นอย่างมากได้แก่ นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ต้นแบบกฎหมายจะมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติจริงจะต้องแสดงนโยบายสุขภาพของประชาชน โดยควรตระหนักถึงสิทธิมนุษยชน การปฏิบัติอย่างจริงจังและการให้ความร่วมมือกัน

นโยบายยาเสพติดของโปรตุเกสมีส่วนที่สำคัญและได้รับการยอมรับในสหภาพยุโรปมากกว่า 2 ทศวรรษ ได้แก่ การพัฒนาและการผสมผสานนโยบายต่างๆ การยอมรับนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด การตระหนักถึงผู้เสพยาในฐานะที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือและมีใช้อาชญากร และสุดท้ายคือความพยายามที่จะเชื่อมโยงและผสมผสานระหว่างนโยบายของยาต่างๆ¹

(2) แนวทางการพัฒนาแนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ของประเทศโปรตุเกส

เมื่อได้ทำการศึกษาว่า การใช้ยาเสพติดและการเกิดอาชญากรรมไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกันเสมอไป นอกจากนั้นการกำหนดโทษการใช้สิ่งเสพติดนั้นเป็นการกระทำที่ไม่ก่อประโยชน์ เนื่องจากการต้องโทษก่อให้เกิดการเรียนรู้อาชญากรรมอีกด้วยนั้น การเบี่ยงเบนผู้ติดยาเสพติดออกจากระบบงานราชทัณฑ์จึงนับว่ามีความสำคัญและควรที่จะได้รับการใส่ใจ หนึ่งในกระบวนการดังกล่าวคือการนำมาตรการลดอันตรายมาใช้กับผู้ติดยาเสพติดนั่นเอง เมื่อศึกษากฎหมายและสภาพปัญหาเสพติดของประเทศโปรตุเกสแล้วพบว่า มีการนำมาตรการลดอันตรายมาใช้ดังนี้

แม้ในช่วงปี 1990 รัฐบาลโปรตุเกสจะมีความพยายามเป็นอย่างมากในการปราบปรามยาเสพติด แต่สถานการณ์ยาเสพติดกลับมีความรุนแรงและสะท้อนสภาพปัญหาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้ติดยาโรอินและการแพร่เชื้อ HIV ในปี 1998 รัฐบาลจึงได้จัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติ เพื่อต่อสู้กับยาเสพติด กล่าวคือมีการถกเถียงในเรื่องมาตรการป้องกันการบำบัดรักษา การฝึกอบรม การศึกษาวิจัย และการลดความเสี่ยงและควบคุมการจำหน่าย

คณะกรรมการประกอบด้วย 9 ท่าน รวมถึง 5 องค์กรผู้เชี่ยวชาญทางด้านกฎหมายและสาธารณสุข ตัวแทนจากกระทรวงยุติธรรม และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคณะกรรมการได้สรุปออกมาเป็นรายงานและเสนอต่อรัฐสภาในปีเดียวกัน ซึ่งในรายงานประกอบไปด้วย 12 ส่วนเกี่ยวกับนโยบายยาเสพติด ได้แก่ ความร่วมมือระหว่างประเทศ เค้าโครงทางกฎหมาย การป้องกัน การบำบัดรักษา มาตรการลดอันตราย นักโทษกับยาเสพติด กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา การปราบปรามผู้ค้ายาเสพติดและการฟอกเงิน การวิจัยและการฝึกฝน สังคมพลเรือน ความร่วมมือและแหล่งเงินทุน ก็เพื่อจะลดความเป็นอาชญากรในผู้ติดยาเสพติดเฉพาะตน

รัฐบาลได้เห็นชอบกับคณะกรรมการยาเสพติดโดยมีมติเป็นเอกฉันท์ และในปีต่อมาก็ได้มีการอนุมัติออกมาในรูปของ The 1999 National Strategy for the Fight Against Drugs (Portuguese Government, 1999) ซึ่งถือเป็นหลักพื้นฐานของนโยบายยาเสพติดของประเทศใน

¹ From Drug policy profiles: Portugal (pp. 23-24), by The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2011, Portugal: Luxembourg. Copyright 2011 by The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

ปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วย 8 หลักการด้วยกัน อาทิเช่น หลักมนุษยนิยม ซึ่งประชาชนทุกคนควรได้รับการตระหนักถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมถึงผู้ติดยาเสพติดด้วย และควรตีความไปถึงการให้บริการที่กว้างขวาง ทั้งควรตระหนักถึงหลักกฎหมายที่ไม่ควรจะทำให้เกิดความอันตรายต่อเขา หลักการปฏิบัตินิยมเป็นอีกสิ่งที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาบนพื้นฐานของความรู้ทางวิชาการที่ก้าวหน้า ในขณะที่หลักการมีส่วนร่วม ก็ถูกเสนอให้นำมาใช้กับสังคมการให้คำนิยามของนโยบายยาเสพติด

ในรายงานฉบับนี้ได้กำหนด 13 กลยุทธ์ที่นำมาใช้ในขอบข่ายของปัญหาเสพติด ได้แก่ สนับสนุนความร่วมมือระหว่างประเทศ โครงการนโยบายลดความเป็นอาชญากรรม เน้นย้ำถึงการป้องปรามเบื้องต้น การให้ความเชื่อมั่นถึงการเข้ารับการรักษา ขยายความแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) เรื่องความร่วมมือจากสังคม พัฒนาระบบบำบัดรักษาและมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ในนักโทษ พัฒนาระบบบำบัดรักษาเพื่อเป็นทางเลือกสำหรับนักโทษ เพิ่มทักษะการวิจัยและการพัฒนา พัฒนาการวิเคราะห์ระเบียบวิธีศึกษา พัฒนาคือความร่วมมือระหว่างกระทรวง สนับสนุนการต่อต้านการค้ายาเสพติดและการฟอกเงิน²

(3) มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ของประเทศโปรตุเกส

กฎหมายสำคัญที่เป็นผลมาจากกลยุทธ์แก้ปัญหายาเสพติดสมัยใหม่ ซึ่งถือเป็นกฎหมายที่ลดทอนความเป็นอาชญากรให้แก่ผู้เสพยาเสพติดซึ่งได้รับการพิจารณาและผ่านมติของรัฐบาลและออกเป็นกฎหมาย 30/2000 ซึ่งบังคับใช้ในวันที่ 1 กรกฎาคม 2001 กฎหมายฉบับนี้ได้วางรากฐานระบบของคณะกรรมการปราบปรามยาเสพติด ที่ถือเป็นเอกลักษณ์เฉพาะในภูมิภาคยุโรป และได้รับการบริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุขมากกว่ากระทรวงยุติธรรม

3.1) กฎหมาย Law30/2000-Decriminalisation

กฎหมายฉบับนี้ได้เปลี่ยนสถานะของผู้ใช้ยาที่ผิดกฎหมายแบบครั้งคราว (Casual) หรือเสพต่อเนื่องในลักษณะติดยา (Addict) การบริโภค (Consumption) การแสวงหา (Acquisition) การครอบครอง (Possessive) เพื่อใช้ส่วนบุคคล (Personal use) โดยไม่ได้รับอนุญาต จากความเป็นอาชญากรซึ่งต้องถูกลงโทษตามกฎหมาย เป็นการกระทำที่ไม่มีความผิดทางอาญาหากเข้าเงื่อนไขตามที่กฎหมายกำหนด กระบวนการและกลไกที่จะนำมาใช้กับผู้กระทำผิดได้เปลี่ยนแปลงไป โดยให้อยู่ภายใต้กระบวนการบริหารจัดการของหน่วยงานที่แต่งตั้งขึ้นและถือเป็นเพียงการกระทำผิดที่ขัดต่อมาตรการทางปกครองของฝ่ายบริหาร (a simple administrative offense) เท่านั้น

² Ibid (pp.15-18).

โดยระบุว่า “เมื่อบุคคลใดถูกจับในระหว่างที่ผู้เสพนั้นมีการครอบครองยาเสพติดเพื่อการใช้ส่วนบุคคลในปริมาณไม่เกินอัตราเฉลี่ยของการใช้ยาเสพติดใน 10 วันของบุคคลนั้นๆ ไม่ถือว่าเป็นความผิดทางอาญา” ซึ่งกฎหมายนี้ครอบคลุมยาเสพติดทุกประเภท ทั้งนี้ตำรวจที่จับกุมต้องไม่มียานหลักฐานอันควรสงสัยว่าผู้นั้นเกี่ยวข้องกับกรจัดการ แจกจ่ายยาเสพติด และยาเสพติดที่ได้จากการจับกุมจะถูกยึด

คดีดังกล่าวนี้จะถูกโอนย้ายให้คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด The Commission for the Dissuasion of Drug Abuse (CDT) ซึ่งมีอยู่ทั้ง 18 เขตในโปรตุเกส คณะกรรมการ CDT ประกอบด้วย 3 ฝ่ายที่ถูกแต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมและกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งมีความเชี่ยวชาญทางกฎหมายความเชี่ยวชาญทางด้าน การแพทย์ และความเชี่ยวชาญในการบริการสังคม) และคณะกรรมการจะได้รับการสนับสนุนการทำงานจากคณะย่อยๆ ซึ่งเป็น ผู้ที่มีความรู้ความชำนาญคล้ายคลึงกับคณะกรรมการ ขึ้นต้น ผู้ให้คำแนะนำจะต้องพบกับผู้กระทำผิดเพื่อที่จะประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ เมื่อ CDT ได้รับฟังผู้เสพยาแล้วก็จะวางกลุให้ผู้เสพบปฏิบัติตามเพื่อให้การรักษาและฟื้นฟูบุคคลเหล่านั้น โดยจะใช้วิธีการที่มีความทันสมัยและเหมาะสมในแต่ละรายไป

CDT มีการกำหนดเงื่อนไขในหลายรูปแบบสำหรับผู้เสพที่จะต้องปฏิบัติตาม อาทิเช่น การตัดเตือน การห้ามเข้าเขตที่กำหนด การห้ามคบหาสมาคมบุคคลที่กำหนด การรายงานตัวตามที่กำหนดในสถานที่กักกัน การเพิกถอนใบอนุญาตประกอบการ หรือการเพิกถอนใบอนุญาตพิภพาอาวุธปืน การลงโทษโดยการเสียค่าปรับก็เป็นอีกหนึ่งมาตรการ แต่มิใช่มาตรการหลักของ CDT และในกรณีที่พบว่าผู้เสพ/ใช้สารเสพติดเกินกว่าอัตราเฉลี่ยใน 10 วันของบุคคลนั้นๆ ก็จะถูกดำเนินคดีอาญาในศาล³

โดยเป้าหมายและผลประโยชน์ของการดำเนินการ มีดังนี้

1. เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าการลงโทษโดยให้มีการช่วยเหลือผู้ป่วยในมิติต่างๆ ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขการติดยาเสพติด CDT

2. เป็นรูปแบบที่ได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยทั้งในด้านกฎหมาย ร่างกาย จิตใจและสังคม และพิจารณาว่าจะต้องเข้าสู่กระบวนการป้องกัน การดูแลสุขภาพ การบำบัดรักษา หรือการแทรกแซงสังคม

3. นำแนวคิดผู้ติดยาเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการบำบัดรักษา

³ Ibid.

4. เสนอการลดการติดยาทางสังคม (ไม่มีการบันทึกประวัติอาชญากรรม) ซึ่งช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการรักษา

5. อนุญาตให้มีการใช้ยาได้แต่ไม่สนับสนุนให้มีการเสพติด

6. ลดการกีดกันทางสังคม ส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคม และสุขภาพะทั่วไปของผู้ติดยาเสพติด

7. มีเป้าหมายทั้งด้านการลดอุปสงค์และอุปทาน⁴

3.2) กฎหมาย Decree-Law183/2001

หลักกฎหมายใหม่เกี่ยวกับมาตรการลดอันตรายได้ถูกนำมาใช้ใน Decree-Law 183/2001 เมื่อวันที่ 21 มิถุนายน 2001 ซึ่งถือเป็นกฎหมายที่ครอบคลุมถึงเรื่องทรงแสง โดยใช้มาตรการลดอันตราย (Harm Reduction) ในทุกภาคส่วน โดยมีการจัดตั้งศูนย์ Drop-in สำหรับผู้ติดยาเสพติด ตลอดจนมีการกำหนดศูนย์พักพิง และศูนย์เคลื่อนที่สำหรับการป้องกันและแก้ไขการแพร่ระบาดของเชื้อโรค และโครงการเริ่มต้นใช้สารทดแทน (methadone and Buprenorphine) และการจัดโครงการแจกเข็มที่สะอาดและปลอดภัย รวมถึงการจัดตั้งศูนย์ให้ข้อมูลและการทำงานเชิงรุกอีกด้วย

(4.) รูปแบบการลดอันตรายในจากการใช้ยาเสพติด(Harm Reduction)ในประเทศโปรตุเกส ตามหลักที่ปรากฏใน Decree-Law183/2001

มาตรา 3 ได้กำหนดโครงสร้างของโปรแกรมทางสังคมและสุขภาพ โดยให้ผู้มีอำนาจตามกฎหมายฉบับนี้จัดโปรแกรมดังต่อไปนี้ได้

1) จัดตั้งศูนย์ปลอดภัยสำหรับผู้ติดยาเสพติด(Drop-in Centers) โดยปราศจากการสนับสนุนของสังคมและครอบครัว

เป็นศูนย์ที่สนับสนุนและจัดการให้บริการทางสังคมและแนวทางในการรักษาผู้ติดยาเสพติด สำหรับช่องทางในการที่ผู้เสพยาเสพติดจะเข้าสู่โปรแกรมนี้ได้ มีหลักดังนี้

1. ผู้ติดยาเสพติดทุกคนสามารถเลือกโปรแกรมดังกล่าวนี้ได้

2. ภายใต้อำนาจบังคับภายในของศูนย์ ผู้ใช้บริการต้องละเว้นการกระทำดังนี้ ได้แก่

2.1 การใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย

2.2 ได้รับการรักษาทางการแพทย์มาก่อนเบื้องต้น

2.3 ผู้ใช้บริการต้องได้รับการตรวจปีศาจเพื่อตรวจหาสารเสพติด

⁴จาก รูปแบบการลดทอนอาชญากรรมในผู้ใช้ยาเสพติดในประเทศโปรตุเกส (น.1-3), โดย ส่วนพัฒนามาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ปปส, กรุงเทพฯ:

2.4) ผู้ใช้บริการหากปรากฏว่ามีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือทำผิดกฎอย่างร้ายแรง อาจถูกปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้⁵

2) จัดตั้งศูนย์อพยพ

โดยศูนย์อพยพถือเป็นที่พักชั่วคราวสำหรับผู้ที่ใช้บริการ เพื่อช่วยเหลือเขาให้พ้นจาก สังคมของผู้เสพยาเสพติด และให้ได้รับสวัสดิการและการรักษา⁶

เงื่อนไขการเข้ารับบริการและหน้าที่ของผู้ใช้บริการ

ศูนย์อพยพนี้เปิดให้ผู้เสพยาเสพติดเพื่อที่จะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือ ผู้เสพยาเสพติดที่จะได้รับการดูแลรักษาในระยะสั้น และรวมไปถึงผู้ที่เคยต้องโทษจำคุกและเคยได้รับการรักษามาก่อน สามารถใช้บริการศูนย์อพยพได้

ผู้ใช้บริการนี้ไม่สามารถพักที่ศูนย์อพยพเกินกว่า 6 เดือน⁷

3) จัดตั้งสถานสงเคราะห์

จุดมุ่งหมายเพื่อให้เป็นที่พักพิงแบบค้างคืน ซึ่งเป็นการจัดที่พักที่ดีสำหรับผู้ติดยาที่จะใช้ในการพักค้างคืน และเพื่อให้ผู้ติดยาได้ใกล้ชิดกับการทำงานบริการสังคม และเพื่อที่จะแยก สภาพแวดล้อมของผู้ติดยาออกจากเขาเหล่านั้น และจำเป็นต้องจัดสวัสดิการและการบำบัดรักษาแก่ ผู้ใช้บริการ โดยผู้เสพยาที่จะเข้าใช้สถานสงเคราะห์ได้นั้น จะพิจารณาจากผู้เสพยาที่ลงทะเบียน ก่อนและภายใต้ขีดความสามารถของแต่ละสถานสงเคราะห์อีกด้วย⁸

4) จัดตั้งหน่วยงานวิเทศสัมพันธ์

การจัดตั้งกองวิเทศสัมพันธ์นี้ถูกก่อตั้งเพื่อใช้ในการหลีกเลี่ยงและลดการใช้ยาและความ เสี่ยงอื่นๆตามลำดับ โดยมีความมุ่งหมายที่จะยกระดับ ไปสู่สังคม ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลและรับฟัง มุมมองของประชาชนเกี่ยวกับความเสี่ยงและผลกระทบจากผู้ติดยาเสพติด และในประเด็นอื่นๆที่ อาจนำไปสู่การลดปริมาณการใช้ยาเสพติดอีกด้วย¹⁰

การทำงานของหน่วยงานวิเทศสัมพันธ์นี้จะต้องจัดให้บริการดังต่อไปนี้

a. ให้รายละเอียดและที่ตั้งของคณะทำงานบริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และการ ให้บริการทางสุขภาพอื่น

⁵ ดู Article 9 of The Decree-law no.183/2001 of 21st June.

⁶ ดู Article 14 of The Decree-law no.183/2001 of 21st June.

⁷ ดู Article 17 of The Decree-law no.183/2001 of 21st June.

⁸ ดู Article 21 of The Decree-law no.183/2001 of 21st June.

⁹ ดู Article 24 of The Decree-law no.183/2001 of 21st June.

¹⁰ ดู Article 29 of The Decree-law no.183/2001 of 21st June.

- b. ให้ความช่วยเหลือในการให้บริการทางกฎหมาย
- c. ให้การจ้างงานและการฝึกฝนอาชีพ
- d. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการใช้ยาทางจิตประสาท
- e. เสนอแนวทางในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค
- f. สร้างรูปแบบในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด และในประเด็นอื่นๆ ¹¹

5) จัดให้มีศูนย์ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเคลื่อนที่ เพื่อจะศึกษาและให้การรักษาเบื้องต้นสำหรับการแพร่ระบาดของโรคต่างๆในผู้เสพยาเสพติด การให้การป้องกันประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ลดปริมาณการใช้ยาเสพติดโดยเฉพาะเฮโรอีน โดยการให้สารทดแทนเมธาโดน โดยผู้เข้ารับบริการต้องได้รับการรับรองว่าจะได้รับความปลอดภัยในกรณีของการให้สารทดแทน ¹²

6) โครงการเริ่มต้นให้สารทดแทนในปริมาณต่ำ

เพื่อลดจำนวนผู้ติดยาเสพติดประเภทเฮโรอีน โดยวิธีการให้สารเมธาโดนเป็นสารทดแทนทั้งต้องเป็นโครงการที่สามารถเข้าถึงได้ และไม่ใช้การเลิกใช้ยาเสพติดแบบทันทีทันใด (หักดิบ) เพิ่มการติดต่อระหว่างผู้ติดยาเสพติดและนักสังคมสงเคราะห์และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ เพื่อที่จะให้คำแนะนำในการเลิกยาแบบถาวรได้ในอนาคต ¹³

สำหรับเรื่องการให้สารทดแทนนั้น เมื่อพิจารณากฎหมาย Decree-Law 15/1993 ที่ประกาศใช้ในวันที่ 22 มกราคม ค.ศ. 1993 แพทย์ที่ทำการรักษาที่จะได้รับอนุญาตให้ใช้สารทดแทนเพื่อรักษาในการรักษาแต่ละครั้งนั้นจะต้องถูกจำกัดเฉพาะผู้ที่บรรลุนิติภาวะที่เป็นผู้ติดยาเท่านั้น ทั้งการจัดสารทดแทนเพื่อให้ผู้เสพนำกลับไปใช้ที่พักนั้นไม่ปรากฏว่าในกฎหมายนี้อนุญาตให้กระทำได้ แต่กลับปรากฏใน “Manual of Standards Guiding Therapeutic Programs with Opioid Agonist”¹⁴

เงื่อนไขการเข้ารับบริการและหน้าที่ของผู้ใช้บริการ

1. ผู้เข้าร่วมโครงการจำกัดเฉพาะผู้บรรลุนิติภาวะเท่านั้นและเป็นผู้ที่ติดยาเสพติดซึ่งได้รับการรับรองจากแพทย์ และต้องไม่เป็นผู้ที่กำลังอยู่ในโปรแกรมการบำบัดรักษาใดๆ

¹¹ดู Article 31(1) of The Decree-law no.183/2001 of 21st June.

¹²ดู Article 35 of The Decree-law no.183/2001 of 21st June.

¹³ดู Article 42 of The Decree-law no.183/2001 of 21st June.

¹⁴Therapy Programs.Retrieved July 3, 2013 from

2. การเข้าสู่โปรแกรมขึ้นอยู่กับคำตัดสินของผู้จัดการทางเทคนิคซึ่งแต่ละคำตัดสินนั้นจะมีหลังจากมีคำปรึกษาทางการแพทย์

3. ผู้เข้าร่วมโครงการมีหน้าที่ดังนี้

- a. ต้องปฏิบัติในระหว่างที่อยู่ในโปรแกรมอย่างเหมาะสม
- b. งดเว้นการใช้สารเสพติดอันมิใช่มาจากคำสั่งของพยาบาลในระหว่างที่อยู่ในโปรแกรมนี้
- c. งดเว้นการรักษาพยาบาลที่ได้รับมาก่อน ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม
- d. ให้ความร่วมมือในการตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะ

4. กระบวนการรักษาเป็นอันยุติเมื่อผู้เข้าร่วมไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนตามที่ระบุไว้ก่อนหน้านี้ได้

5. กระบวนการรักษาเป็นอันยุติเมื่อผู้เข้าร่วมไม่อยู่ในสถานะที่ปลอดภัย โดยปรากฏชัดว่ามีอาการมีนเมาจากแอลกอฮอล์ หรือเป็นผู้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือก้าวร้าวอย่างรุนแรง¹⁵

7) โครงการแจกเข็มที่สะอาด

แผนการแจกเข็มฉีดยานั้นชัดเจนมากขึ้นในมาตรา 50-57 ของ Decree-Law 183/2001 เมื่อวันที่ 21 มิถุนายนค.ศ. 2001 ซึ่งรวมไปถึงการบริหารจัดการและการเข้าถึง เวลาให้บริการและขั้นตอนการรับเข็ม สถานที่ตั้งของศูนย์ (ซึ่งอาจจะพัฒนาเป็นเครื่องบริการอัตโนมัติ) ความร่วมมือกับส่วนงานต่างๆในการประเมินผลโครงการ

ในบริบทของกฎหมายฉบับนี้ได้อนุญาตให้ผู้เสพยา/สารเสพติด พกพาเข็มฉีดยาที่สะอาดได้อีกด้วย ทั้งนี้คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ โดยความร่วมมือกับองค์การเภสัชกรรมแห่งชาติ ได้จัดโครงการแจกเข็มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 ซึ่งต่อมาได้มีคำสั่งหมายเลขที่ 22 144/2007 ณ วันที่ 21 กันยายน ค.ศ. 2007 ที่อนุมัติข้อบังคับเรื่องโครงการแจกเข็มขึ้น โดยเฉพาะ ซึ่งโครงการดังกล่าวนี้ได้นำร่องในนักโทษที่ได้รับการคัดเลือกเท่านั้น ปัจจุบันนี้ได้ดำเนินการกับนักโทษในกรุงลิสบอน และ ปาคอส เดอ เฟอร์ไร

จุดประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค โดยการฉีดยาเข้าเส้นเลือด ทั้งนี้โดยการสนับสนุนให้ใช้อุปกรณ์ที่ปราศเชื่อในการใช้ยา

2. การทบทวนเพื่อให้เป็นไปตามจุดประสงค์นั้น ต้องมีการสนับสนุนให้เข้าถึงโครงการดังกล่าวนี้ รวมไปถึงการจัดให้มีอุปกรณ์อาทิฝ้ายขนหนู น้ำกลั่น กรดซิตริก และอุปกรณ์ที่เหมาะสมอื่นๆ อีกด้วย¹⁶

¹⁵ ดู Article 45 of The Decree-law no.183/2001 of 21st June.

8) จัดให้มีทีมงานภาคสนาม

การลงเก็บข้อมูลภาคสนามนั้นก็เพื่อที่จะศึกษาและลดความเสี่ยง อันอาจเกิดขึ้นในพื้นที่ สาธารณะใดๆ และเป็นพื้นที่ที่ผู้ติดยาเสพติดได้ก่อให้เกิดปัญหาหรือความวุ่นวายในพื้นที่นั้นๆ¹⁷

ลักษณะของงาน

1. ต้องทำการเผยแพร่สื่อและโครงการลดความเสี่ยงต่างๆ
2. จัดหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเสพติด
3. ให้การช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เผชิญหน้ากับความเครียด
4. เข้าไปให้การสนับสนุน โดยการให้คำแนะนำผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง
5. ในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือ เหตุอันไม่พึงระวังนั้นต้องให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้

นั้น

6. จัดหาและเปลี่ยนเข็มฉีดยาที่สะอาดให้ตามที่กฎหมายอนุญาต¹⁸

โดยการเลือกพื้นที่นั้น ทีมงานภาคสนามจะต้องเลือกพื้นที่ที่มีผู้ติดยาเสพติด ตลอดจนเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดและการค้ายาเสพติด¹⁹

- 9) โครงการสำหรับสอดส่องดูแลผู้ติดยาเสพติด

จุดประสงค์ของโครงการนี้เพื่อใช้ในการสอดส่องดูแลผู้ติดยาเสพติด โดยการเสนอให้ผู้ติดยาเสพติดได้รับอุปกรณ์ที่สะอาดในการฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือด และช่วยลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการใช้ยาเสพติดแต่ละประเภท ทั้งต้องปฏิบัติตามพันธกิจกับผู้ติดยาเสพติดอย่างใกล้ชิด ตามบริบททางวัฒนธรรม อีกทั้งสร้างความตระหนักรู้และแนะนำให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา โดยจัดหาสถานที่สำหรับผู้ติดยาเสพติดเป็นต้น²⁰

เงื่อนไขการเข้ารับบริการและหน้าที่ของผู้ใช้บริการ

1. ต้องเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการไว้ก่อน และหลังจากได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ ในรายที่ได้รับการประเมินว่าอยู่ในขั้นเสพยาเสพติดขั้นรุนแรง ต้องไม่เป็นผู้ที่ไม่อาจปฏิบัติตามเงื่อนไขอย่างเคร่งครัดได้

¹⁶ ดู Article 50 of The Decree-law no.183/2001 of 21st June.

¹⁷ ดู Article 59 of The Decree-law no.183/2001 of 21st June.

¹⁸ ดู Article 62-63 of The Decree-law no.183/2001 of 21st June.

¹⁹ ดู Article 3 of The Decree-law no.183/2001 of 21st June.

²⁰ ดู Article 65 of The Decree-law no.183/2001 of 21st June.

2. ภายใต้ข้อบังคับภายในของโครงการ ผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับและมีพฤติกรรมที่รุนแรง และผู้ที่ใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายในระหว่างเข้าร่วม โครงการจะต้องถูกปฏิเสธและยกเลิกการเข้าร่วมโครงการ

3.1.2 ประเทศมาเลเซีย

(1) สถานการณ์ยาเสพติด และนโยบายยาเสพติดของประเทศมาเลเซีย

ปัญหาเสพติดในประเทศมาเลเซียถือเป็นภัยที่คุกคามต่อความปลอดภัยของชาติ ทั้งถือเป็นพันธะทางการเมืองที่จะจัดการแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อแก้ปัญหาเสพติด โดยมีนายฮุน นายกรัฐมนตรีเป็นประธานพร้อมทั้งตัวแทนจาก 14 กระทรวง เลขานุการรัฐสภา อัยการ ทหารและ ตำรวจ ทั้งนี้ได้จัดตั้งหน่วยงานที่สำคัญ 2 หน่วยงาน ได้แก่

1. หน่วยงานป้องกันยาเสพติดแห่งชาติ The National Anti-Drugs Agency (NADA) ขึ้นภายใต้การควบคุมดูแลของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งกำหนดให้มีหน้าที่ในการปฏิบัติตามนโยบายเกี่ยวกับเรื่องยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการให้ความรู้และการป้องกัน ตลอดจนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พึ่งพาเสพติด และผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

2. กรมบังคับการสอบสวนอาชญากรรมยาเสพติด The Narcotics and Investigations Department (NCID) ภายใต้การดูแลของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ซึ่งถือเป็นหน่วยงานหลักในการบังคับใช้กฎหมายยาเสพติด และหน้าที่อีกประการได้แก่การเบี่ยงเบนผู้กระทำความผิดออกจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญา

(2) มาตรการทางกฎหมายยาเสพติดของประเทศมาเลเซีย

ในส่วนของมาตรการกฎหมายยาเสพติดในมาเลเซียนั้นครอบคลุมทั้งนโยบายปราบปรามและบำบัดฟื้นฟู อันเป็นผลมาจากความพยายามอย่างจริงจังของรัฐ ในการหยุดยั้งการขนยาเสพติดและการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ทั้งได้มีการทบทวนกฎหมายเพื่อหาจุดอ่อนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งกฎหมายยาเสพติดของมาเลเซียมี 6 พระราชบัญญัติที่สำคัญ

1. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (The Dangerous Drugs Act 1952)

ถือเป็นกฎหมายหลักที่ใช้ในการควบคุมยาเสพติดในประเทศมาเลเซีย พระราชบัญญัตินี้ถือเป็นบทกฎหมายที่กว้างขวางครอบคลุมทั้งมุมมองของผู้กระทำความผิด กระบวนการสอบสวนและรวบรวมหลักฐาน โดยภาพรวมกฎหมายได้บัญญัติโทษประหารชีวิตสำหรับผู้ค้ายาเสพติด แต่

อย่างไรก็ตามกฎหมายก็ได้มีการแก้ไขหลายครั้งเพื่อให้ทันสมัยกับสถานการณ์การค้ายาเสพติดและความคิดเกี่ยวกับยาเสพติด²¹

2. พระราชบัญญัติยาพิษ (The Poisons Act 1952)

พระราชบัญญัติฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะควบคุมการนำเข้าและจำหน่ายยาพิษ คำนิยามของคำว่า “ยาพิษ” รวมไปถึงสารตั้งต้นต่างๆที่ระบุในตารางยาพิษ และรวมถึงการผสม การเตรียมสาร สารละลายต่างๆ ตลอดจนสารเดิมซึ่งบรรจุสารใดที่ระบุไว้ในบัญชีดังกล่าว เว้นแต่การเตรียมการหรือสารใดที่อยู่ในบัญชีแรกที่ระบุไว้ตามพระราชบัญญัตินี้

สำหรับประเภทยาพิษที่ระบุไว้ในบัญชีตามพระราชบัญญัตินี้รวมถึงสารที่ถูกใช้เพื่อประโยชน์ของอุตสาหกรรมการแพทย์และการเกษตร โดยบางส่วนของบัญชียาพิษที่ถูกแบ่งออกเป็นวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และเฉพาะที่สามารถกำหนดไว้โดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ สัตวแพทย์หรือทันตแพทย์ ทั้งนี้การขายยาพิษเหล่านี้กระทำได้แต่เฉพาะที่ผ่านอำนาจของหมอและเภสัชกร²²

3. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (มาตรการป้องกันพิเศษ) The Dangerous Drugs (Special Preventive Measures) Act1985

พระราชบัญญัตินี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำการดำเนินการป้องกันมาต่อต้านผู้ติดยาเสพติด โดยปราศจากการพิจารณาคดีและโดยใช้วิธีการทางบริหารอาทิเช่น การใช้อำนาจตำรวจในการควบคุมและการสืบสวน กรณีที่มีเหตุสงสัยว่าผู้นั้นกำลังค้ายาเสพติดให้โทษ โดยให้อยู่ในกำหนดระยะเวลา 60 วัน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการสืบสวน (มาตรา 3) และรวมถึงกรณีที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงกิจการภายใน ในการออกคำสั่งควบคุมตัวผู้ค้ายาเสพติดไว้เพื่อเป็นการป้องกันได้ในระยะเวลา 2 ปี สำหรับระยะเวลาคุมตัวนั้นผู้ค้ายาเสพติดที่ถูกคุมตัวมีหน้าที่เข้ารับการดำเนินการตามโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การฝึกร่างกาย จิตใจ ทั้งนี้ยังให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงภายในที่จะสั่งขยายระยะเวลาในการคุมตัวแต่ทั้งนี้จะต้องไม่เกิน 2 ปี ทั้งยังมีการให้อำนาจคณะกรรมการที่ปรึกษาที่จะพิจารณาคำสั่งที่ผู้ที่ถูกออกคำสั่งควบคุมตัวเสนอ ซึ่งคณะกรรมการนี้จะพิจารณาปล่อยหรือคงไว้ซึ่งคำสั่ง และผลของคำสั่งจะถูกส่งต่อไปยังรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกิจการภายใน²³

²¹ From Country report 2010 Malaysia (pp.15) , by National Anti-Drugs Agency,2011 also available on www.aipasecretariat.org.

²²จาก มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศกัมพูชา ลาว พม่า และมาเลเซีย (น. 167-180) , โดย กองนิติการ สำนักงาน ปปส, 2546, กรุงเทพฯ: สำนักงานปปส.

²³แหล่งเดิม.

4. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (การริบทรัพย์สิน) The Dangerous Drugs (Forfeiture of Property) Act 1988

ในประเทศมาเลเซียนั้น กฎหมายกำหนดโทษประหารชีวิตสำหรับผู้ค้ายาเสพติด แต่อย่างไรก็ตามแม้บทกฎหมายที่กำหนดโทษจะรุนแรง แต่ผู้ค้ายาเสพติดก็มักเสี่ยงที่จะกระทำ ความผิดเพราะเงินได้ที่มหาศาล ดังนั้นรัฐบาลจึงได้ตรากฎหมายฉบับนี้ขึ้น เพื่อให้อำนาจหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในการติดตาม ตลอดจนยึดและอายัดทรัพย์สินที่ใช้หรือได้มาจากการกระทำความผิด รวมทั้งสามารถริบทรัพย์สินดังกล่าวของผู้ค้ายาเสพติดได้อีกด้วย²⁴

5. พระราชบัญญัติผู้ติดยาเสพติด (การบำบัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพ)(The Drug Dependents (Treatment and Rehabilitation) Act 1983)

พระราชบัญญัตินี้ครอบคลุมทั้งกระบวนการบังคับบำบัด และกระบวนการแก้ไข ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือในชุมชนของผู้ที่ได้รับการ พิสูจน์ว่าเป็นผู้ติดยาเสพติด สำหรับระยะเวลาในกระบวนการ โดยรวมโดยประมาณใช้เวลา ประมาณ 2 ปีและรวมถึงระยะเวลาในการรายงานตัวอีก 2 ปี

ก่อนที่พระราชบัญญัตินี้ได้ถูกตราขึ้น มีบทบัญญัติที่เกี่ยวกับการบริหารงานบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งถูกกล่าวไว้ในมาตรา 37B ของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1952 โดยบรรดาผู้ติดยาเสพติดได้ถูกส่งมอบโดยกระทรวงสวัสดิการสังคมในปี ค.ศ.1977 ส่วนที่ 5 A ของ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1952 ก็ได้ถูกรวบรวมไว้เป็นพิเศษเพื่อทิศทางของการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแทนที่มาตรา 37 B ของพระราชบัญญัตินี้

ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ ค.ศ.1983 คณะรัฐมนตรีด้านการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดได้ ตัดสินใจว่าต้องมีการตราพระราชบัญญัติพิเศษขึ้นเพื่อประโยชน์ของการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพราะว่าพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1952 มีความเหมาะสมต่อ การปราบปรามและการลงโทษต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติดมากกว่า คณะรัฐมนตรีด้านการใช้ยาเสพติด ในทางที่ผิดนี้ยังได้ตัดสินใจอีกว่ากระทรวงกิจการบ้านเมือง (Ministry of Home Affair) ต้องมี หน้าที่รับผิดชอบต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ดังนั้นจึงได้โอนงานเข้ามา จากกระทรวงสวัสดิการสังคม²⁵

²⁴ From Country report 2010 Malaysia (pp.16) , by National Anti-Drugs Agency,2011 also available on www.aipasecretariat.org.

²⁵ จาก มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศกัมพูชา ลาว พม่า และมาเลเซีย (น. 167-180) , โดย กองนิติการ สำนักงาน ปปส, 2546, กรุงเทพฯ: สำนักงานปปส.

โดยกฎหมายฉบับดังกล่าวได้ให้คำจำกัดความของ “ผู้ค้ายาเสพติด” ไว้ว่าบุคคลผู้ซึ่งผ่านการซื้อขายเสพติดให้โทษใดที่ได้รับอิทธิพลต่อจิตใจ การแสดงออกมาทางกายในบางครั้ง ซึ่งมีบุคลิกลักษณะโดยพฤติกรรมหรือการตอบโต้อื่นๆ ที่รวมถึงการบังคับเพื่อรับประทานยาเสพติด ต่อเนื่องหรือช่วงระยะเวลาที่เคยประสบต่อผลทางจิตใจ และเพื่อหลีกเลี่ยงความไม่สบายซึ่งเกิดจากการขาดยาเสพติดนั้น

การควบคุมผู้ต้องสงสัยว่าเป็นผู้ติดยาเสพติดเพื่อตรวจหรือทดสอบ

มาตรา 3 ได้บัญญัติให้อำนาจเจ้าหน้าที่ในการนำตัวบุคคลที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นผู้ติดยาเสพติด เข้าสู่การคุมขังโดยจะต้องควบคุมตัวไว้ในสถานที่ที่เหมาะสมและในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง ทั้งนี้การควบคุมตัวจะต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์ของการดำเนินการตรวจหรือทดสอบ แต่กฎหมายดังกล่าวถูกตีความว่าเจ้าหน้าที่หมายถึงเจ้าหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพหรือเจ้าหน้าที่ตำรวจใดเท่านั้น

มาตรา 4 เมื่อการตรวจสอบหรือทดสอบไม่สามารถจัดขึ้นได้ หรือเสร็จสมบูรณ์ หรือผลของการตรวจหรือทดสอบนั้นไม่สามารถได้รับภายใน 24 ชั่วโมงจากเวลาที่ผู้นั้นได้ถูกนำตัวเข้าสู่การคุมขังตามมาตรา ก่อน

(1) ผู้นั้นอาจถูกปล่อยตัวไปด้วยการประกัน ซึ่งมีหรือไม่มีหลักประกัน โดยเจ้าหน้าที่ว่าจะมาตามเวลาสถานที่ ดังได้กล่าวไว้ในพันธสัญญา

(2) บุคคลนั้นอาจถูกดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ต่อศาลแขวง ถ้าเจ้าหน้าที่รายงานต่อศาลแขวงว่ามีความจำเป็นต่อการควบคุมตัวเขาเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตรวจหรือทดสอบ ศาลจะสั่งให้เขาอยู่ ถูกควบคุมไว้สำหรับระแวกเวลานั้นแต่ต้องไม่เกิน 14 วัน เพื่อดำเนินการตรวจหรือทดสอบ หรือศาลแขวงอาจปล่อยเขาโดยประกันซึ่งมีหรือไม่มีหลักประกันก็ได้ เพื่อมาตามเวลาและสถานที่ดังเช่นที่ระบุไว้ในพันธกรณีเพื่อประโยชน์ของการดำเนินการตรวจหรือทดสอบนั้น หรือหากบุคคลนั้นได้ดำเนินการตรวจหรือทดสอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว แต่ผลของการตรวจหรือทดสอบนั้นยังไม่ได้รับมาศาลแขวงอาจปล่อยเขาไปโดยการประกันซึ่งมีหรือไม่มีหลักประกันก็ได้ ว่าต้องมาปรากฏตัว ณ เวลา และสถานที่ที่อาจะระบุไว้ในพันธกรณีเพื่อมารับผลการตรวจหรือทดสอบ

แต่สำหรับผู้ต้องสงสัยว่าติดยาเสพติดนั้น เขาสามารถแจ้งความจำนงที่จะกระทำการหรือดำเนินการนั้นเท่าที่เขาอาจจะถูกกำหนดหรือถูกสั่งเพื่อดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่หรือโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของรัฐบาล หรือผู้ชำนาญการทางการแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้หรือโดยบุคคลหนึ่งทำงานภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของรัฐบาลหรือผู้ชำนาญการทางการแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้

สำหรับมาตรา 6 ได้กำหนดคำสั่งศาลแขวงที่ทำงานเกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติด

6(1) บุคคลผู้ซึ่งถูกดำเนินการตรวจหรือทดสอบตามที่อ้างถึงในมาตรา 3 หรือ มาตรา 4 และผลของการตรวจหรือทดสอบนั้นได้ถูกรับรองโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของรัฐบาลหรือผู้ชำนาญการทางการแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ว่าเขาเป็นผู้ติดยาเสพติด เจ้าหน้าที่ก็จะแสดงหลักฐานต่อเขาหรือเป็นเหตุให้เขามาปรากฏตัวต่อหน้าศาลแขวง และศาลแขวงจะวางข้อแนะนำของเจ้าหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพและภายหลังได้ให้โอกาสแก่บุคคลนั้นเพื่อแสดงพยานหลักฐานแล้ว ศาลแขวง

(1) สั่งบุคคลนั้นเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่ระบุไว้ในคำสั่งสำหรับช่วงเวลาหนึ่งในสองปี และภายหลังจากนั้นต้องเข้ารับการบำบัดดูแลโดยเจ้าหน้าที่ ณ สถานที่ที่ระบุไว้ในคำสั่งสำหรับช่วงเวลาหนึ่งของสองปี หรือ

(2) สั่งบุคคลนั้นเพื่อเข้ารับการบำบัดดูแลโดยเจ้าหน้าที่ ณ สถานที่ที่ได้ระบุไว้ในคำสั่งสำหรับช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งต้องไม่น้อยกว่า 2 ปี และไม่มากกว่า 3 ปี

ทั้งนี้มาตรา 8 ก็ได้บัญญัติเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโดยสมัครใจไว้ว่า

(1) บุคคลใดซึ่งเป็นผู้ติดยาเสพติดอาจถูกบังคับโดยเจ้าหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพการติดยาเสพติดของผู้นั้น

(2) เมื่อบุคคลได้ยื่นคำขอเข้ารับการบังคับบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเจ้าหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพเจ้าหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องริบดำเนินการ โดยเร็วเท่าที่จำเป็น เพื่อการดำเนินการตรวจหรือทดสอบการติดยาเสพติดของผู้สมัครใจนั้น

(3) เมื่อผลของการตรวจหรือทดสอบที่ได้ดำเนินการแล้วตาม (2) ซึ่งบุคคลนั้นต้องถูกรับรองโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของรัฐบาลหรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่ได้ลงทะเบียนไว้ว่าเป็นผู้ติดยาเสพติด โดยเจ้าหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้สมัคร

(ก) เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นระยะเวลา 2 ปี และต้องถูกบำบัดดูแลภายหลังการบำบัดรักษาโดยเจ้าหน้าที่เป็นระยะเวลา 2 ปี หรือ

(ข) ถูกกำหนดให้อยู่ในสถานที่ที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี และไม่มากกว่า 3 ปี และต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่เจ้าหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพอาจพิจารณาตามความจำเป็นหรือประโยชน์สำหรับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สมัคร

เมื่อเจ้าหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพได้ตัดสินใจอย่างใดแล้วก็จะแจ้งผู้สมัครใจนั้นทราบ

การคุมขังตามกฎหมายตามบทบัญญัติมาตรา 19 ได้ระบุไว้ว่าบุคคลจะถูกคุมขังตามกฎหมายได้ต่อเมื่อ

(ก) เมื่อเขาได้ถูกนำตัวเข้าสู่การคุมขังโดยเจ้าหน้าที่ภายใต้พระราชบัญญัตินี้
(ข) ขณะที่เขาพักอาศัยอยู่ ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภายใต้พระราชบัญญัตินี้

(ค) ขณะที่เขากำลังถูกนำตัวมาจากหรือถึงสถานที่ใด หรือขณะที่เขาต้องถูกผูกมัดในการกระทำใดภายใต้พระราชบัญญัตินี้ นอกศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในระหว่างเวลาที่เขายู่ภายใต้คำสั่งที่ได้ออกภายใต้พระราชบัญญัตินี้เพื่อการพักอาศัย ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

(2) บุคคลใดซึ่งหลบหนีจากการคุมขังตามกฎหมายตามที่กล่าวไว้ใน (1) จะมีความผิดและหากศาลพิพากษาว่ามีความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปีหรือจำคุกไม่เกิน 3 ครั้ง หรือทั้งจำทั้งเขียน

6.พระราชบัญญัติหน่วยงานปราบปรามยาเสพติด The National Anti-Drugs Agency Act 2004

พระราชบัญญัตินี้ได้ก่อตั้งหน่วยงาน ภายใต้อำนาจของหน่วยงานปราบปรามยาเสพติด เพื่อปฏิบัติงานในโครงการป้องกันยาเสพติด โครงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การบังคับใช้กฎหมาย การสืบสวนสอบสวน มาตรการพิเศษในการป้องกันยาเสพติด การติดตามริบทรัพย์อันได้มาจากการกระทำผิด ตลอดจนหน้าที่ในทางบริหารความผิดที่กำหนดในพระราชบัญญัติ โดยอำนาจและหน้าที่ของหน่วยงาน ได้กำหนดไว้ในมาตรา 6 ของพระราชบัญญัตินี้²⁶

(3) แนวทางการพัฒนาแนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction) ของประเทศมาเลเซีย

โปรแกรมบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่บนพื้นฐานของการบริหารจัดการโดยสถาบันของรัฐบาล ซึ่งมีศูนย์บำบัดรักษาทั้งสิ้น 29 แห่งในประเทศ ต่อมาเริ่มมีการนำการรักษาทางการแพทย์และการใช้ยามาใช้บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยเริ่มต้นจากการปฏิเสธการใช้สารทดแทน ซึ่งต่อมาเริ่มให้สารทดแทนหลักที่สำคัญได้แก่ บูพรีนอร์ฟิน (Buprenorphine) และ เมธาโดน (Methadone) และเริ่มมีการเปิดโอกาสให้องค์กรอิสระในการให้บริการบำบัดรักษา รวมถึงผู้ที่ได้รับอนุญาตที่เป็นเอกชนอีกด้วย

²⁶ From Country report 2010 Malaysia (pp.16) , by National Anti-Drugs Agency,2011 also available on www.aipasecretariat.org.

จากสถิติผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศมาเลเซียในปี 1986 พบว่าผู้ติดเชื้อ เป็นกลุ่มหลักที่เป็นผลมาจากการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ กล่าวคือกว่า 75 เปอร์เซ็นต์ของผู้ติดเชื้อ ได้รับเชื้อมาจากการใช้ยาเสพติด และจากสถิติในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก มาเลเซียถือเป็นอันดับ 2 ที่มีผู้ติดเชื้อเอดส์รองมาจากประเทศเวียดนาม และสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอดส์ประมาณ 76.3 เปอร์เซ็นต์ ติดเชื้อจากการฉีดสารเสพติดเข้าร่างกาย เหตุผลที่การใช้เข็มเป็นสาเหตุหลักของการแพร่ระบาดของเอดส์เพราะจำนวนเฮโรอีนในตลาดยาเสพติดมีจำนวนน้อยลงมาก ผู้ติดยาจึงใช้เฮโรอีนผสมกับเบนโซดีซีพลินทนต์แทน อันเป็นผลมาจากไม่มีการใช้และแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาที่สะอาด ตลอดจนพฤติกรรมทางเพศของผู้ติดยาก็เป็นอีกหนึ่งประการที่ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในส่วนของผู้ติดยาเสพติดไม่พบว่ามีปัญหาในการหาซื้อเข็มที่สะอาดจากร้านขายยา แต่กลับพบว่าเขากลัวที่จะพกเข็มฉีดยา เพราะบทบัญญัติมาตรา 37 ของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ซึ่งอาจได้รับโทษจำคุกสูงถึง 2 ปี

The Harm Reduction Working Group (HRWG) ถูกก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2004 เพื่อสนับสนุนและให้ความสำคัญของการนำมาตรการลดอันตรายมาใช้ในประเทศ ต่อมาในปี 2005 รัฐบาลเห็นด้วยกับมาตรการลดอันตรายและกำหนดให้ใช้โปรแกรมบำบัดรักษาโดยใช้เมธาโดน แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการแลกเปลี่ยนและแจกจ่ายเข็มฉีดยาที่สะอาดและปลอดภัย แต่อย่างไรก็ตามกลางปี 2005 มาเลเซียได้ตระหนักและต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายที่องค์การสหประชาชาติกำหนดไว้ในเรื่องการขยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในปี 2006 รัฐบาลได้ใช้โครงการแจกเข็มที่สะอาดใน 3 เมืองของประเทศและรัฐบาลได้ตัดสินใจที่จะขยายโครงการดังกล่าวให้ทั่วถึงและใกล้เคียงกับโปรแกรมบำบัดโดยใช้เมธาโดน และในปี 2007 ก็ได้ขยายโครงการแจกเข็มในอีก 6 เมืองของประเทศ²⁷

มาเลเซียถือเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศในภูมิภาคที่ได้พัฒนาโปรแกรมบังคับบำบัดสำหรับผู้ติดยาเสพติด โดยมีวัตถุประสงค์บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ติดยาเสพติด มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีและไม่หวนกลับไปใช้ยาเสพติดอีก

หน่วยงานปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ได้กำหนด 3 มาตรการในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา กล่าวคือ

- 1) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในสถาบัน
- 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในชุมชน
- 3) ศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ (Cure & Care 1Malaysia Clinic)

²⁷ From “Malaysian Drug Treatment Policy: An evolution from total abstinence to harm reduction” by B.Vicknasingam and M Mazlan, Jurnalantidadah Malaysia, pp.110-117.

ผู้ที่ต้องสงสัยว่าติดเชื้อต้องเข้ารับการฟื้นฟูในระยะเวลา 14 วัน เพื่อตรวจปัสสาวะและตรวจทางการแพทย์เพื่อยืนยันอาการติดเชื้อ หากได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ติดเชื้อแล้ว ผู้พิพากษาศาลแขวงจะพิจารณาประกอบกับรายงานความประพฤติที่จัดทำโดยหน่วยงานปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ เพื่อสั่งให้ผู้ติดเชื้อเข้ารับโครงการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ

ปัจจุบันมีจำนวนผู้เข้ารับโปรแกรมกว่า 7,605 คนที่เข้าร่วมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดเชื้อในศูนย์ที่รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบ และมีศูนย์ที่บริหารโดยเอกชนอีกกว่า 76 ศูนย์ ซึ่งก็พบว่าผู้สมัครใจเข้าโครงการกว่า 2,016 คน

หน่วยงานปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ได้เสนอแนวทางใหม่ในการให้สถาบันฟื้นฟูสมรรถภาพให้เปิดบริการแบบเสรี โดยการจัดตั้ง คลินิก Cure & Care 1Malaysia (C&C 1Malaysia Clinic) โดยพบว่าในช่วงปี 2010 มีผู้เข้ารับบริการในคลินิกนี้ประมาณ 1,533 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยใน 666 คน เป็นผู้ป่วยนอก 772 คน และอีก 95 คนเข้ารับคำปรึกษา

รัฐบาลได้กำหนดให้ตั้ง คลินิก Cure & Care 1Malaysia จำนวน 6 แห่ง โดยเริ่มให้บริการปลายปี ค.ศ. 2010 ใน 6 ภาคของประเทศ ทั้งนี้บทบาทและหน้าที่ของแต่ละศูนย์ต้องเป็นไปดังนี้

1. จัดให้บริการแบบเปิดกว้างสำหรับผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ผู้ติดเชื้อและผู้ที่ต้องพึ่งพิงยาเสพติด นายจ้าง และประชาชนที่มีปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด ให้เข้ามาบำบัดรักษาและรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และเภสัชกร

2. ผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ผู้ติดเชื้อที่ไม่จำเป็นต้องเข้าสู่กระบวนการทางกฎหมาย

ปัจจุบันรัฐบาลได้ก่อตั้งคลินิก Cure & Care 26 แห่ง โดยแต่ละแห่งมีบทบาทและหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. วางแผนและปฏิบัติโครงการป้องกันยาเสพติดในระดับท้องถิ่น
2. จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดเชื้อและผู้ติดเชื้อที่เข้ารับบริการอย่างสมัครใจ
3. ให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ที่ขอรับบริการ
4. บริหารและจัดโปรแกรมสำหรับผู้ติดเชื้อที่เหมาะสม ซึ่งถูกส่งตัวมาที่ศูนย์โดยคำสั่งหรือผู้ติดเชื้อที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเอง

5. จัดการติดตามบริการที่จัดให้แก่ผู้ติดยาที่ได้รับการวางแผนภายใต้โครงการสอดส่องดูแลและติดตามผู้ที่สิ้นสุดโปรแกรมจากศูนย์บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของรัฐ²⁸

(4.)รูปแบบของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดประการอื่นๆของประเทศมาเลเซีย เป็นโครงการป้องกันในระยะเริ่มต้น เกี่ยวกับการให้การศึกษาในสถาบันการศึกษาและการเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ โครงการนี้มีจุดประสงค์ในการให้ภูมิคุ้มกันแก่สมาชิกในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้เยาว์

โดยกิจกรรมที่ดำเนินการภายใต้โครงการนี้ ได้แก่

1. โครงการสนับสนุนและให้ข้อมูล
 - a. รณรงค์ป้องกันยาเสพติดเคลื่อนที่
 - b. แคมเปญป้องกันยาเสพติดในสถานที่ต่างๆ
2. โครงการให้ความรู้ในโรงเรียน
 - a. โครงการให้ความรู้ในโรงเรียนอนุบาล
 - b. โครงการให้ความรู้แก่นักเรียนประถมวัย
 - c. โครงการให้ความรู้แก่นักเรียนระดับมัธยมศึกษา
 - d. โครงการให้ความรู้แก่โรงเรียนในพื้นที่เสี่ยง
 - e. โครงการให้ความรู้แก่นักศึกษาในสถาบันการศึกษามหาวิทยาลัย
3. โครงการให้ความรู้เคลื่อนที่ในชุมชน
4. โครงการป้องกันยาเสพติดสำหรับพ่อแม่
5. โครงการป้องกันยาเสพติดในสถานที่ทำงาน²⁹

(5) ประสิทธิภาพของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในประเทศมาเลเซีย

เหตุที่รัฐบาลมาเลเซียเลือกนำมาตรการลดอันตรายมาใช้ในประเทศนั้น เนื่องมาจากหากพิจารณาผู้ติดยาเสพติดที่ได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่รัฐบาลจัดให้ตามรูปแบบเดิม พบว่ากระบวนการบำบัดฟื้นฟูแบบเดิมนั้นไม่สามารถจะสร้างแรงดึงดูดใจให้ผู้ติดยาเสพติดเลิกใช้ยาเสพติดได้ อย่างไรก็ตามเรื่องของวัฒนธรรม โครงสร้างทางสังคมและความเคร่งครัดทางด้านกฎหมายและศาสนาของประเทศมาเลเซียก็มีผลต่อการนำ

²⁸ From Country report 2010 Malaysia (pp.25-27) , by National Anti-Drugs Agency,2011 also available on www.aipasecretariat.org.

²⁹ From Country report 2010 Malaysia (pp.25-27) , by National Anti-Drugs Agency,2011 also available on www.aipasecretariat.org.

มาตรการลดอันตรายมาใช้ โดยแสดงให้เห็นถึงการนำโครงการแจกเข็มที่ได้รับการสนับสนุนน้อยกว่าการบำบัดรักษาโดยใช้เมธาโดน ที่พบได้ทั่วไปในโรงพยาบาลและคลินิกต่างๆ ที่จะช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด

ดังนั้นนับว่าเป็นความท้าทายอย่างมากที่รัฐบาลจะนำมาตรการลดอันตรายมาใช้ในวงกว้าง และน่าจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นอย่างยิ่งว่าจะช่วยลดจำนวนการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในผู้ติดยาเสพติด แต่การจะดำเนินโครงการดังกล่าวจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องยาเสพติด อาทิเช่น ปัญหาการขาดแคลนผู้ให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ในสถาบันการศึกษาในระดับท้องถิ่น ผู้ให้คำปรึกษาในหน่วยงานของรัฐส่วนใหญ่มักได้รับการฝึกฝนในแง่ของทฤษฎี การออกนอกสถานที่และการปฏิบัติงานเชิงรุกควรที่จะได้รับการฝึกฝนเพื่อให้ทราบถึงปัญหาและเพื่อจะเยียวยาผู้ติดยาเสพติดที่อยู่ห่างไกลอีกด้วย ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิคก็มีความจำเป็นที่จะวิเคราะห์และติดตามประสิทธิภาพของโครงการดังกล่าว และควรให้องค์กรอิสระและหน่วยงานอื่นๆ ในการมีส่วนร่วมกับรัฐ ทั้งนี้การปรับความเข้าใจกับสังคมในเรื่องของการติดยาก็เป็นเรื่องที่รัฐจะต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้รัฐจะต้องกระตุ้นให้ผู้ติดยาเสพติดและได้รับการแพร่เชื้อ HIV/AIDS สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา และถือเป็นส่วนหนึ่งของการนำมาตรการลดอันตรายมาใช้ด้วย

ประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่งได้แก่ ผู้ที่ใช้กระบวนการทางการแพทย์ในการรักษาผู้ติดยาควรได้รับการตรวจสอบอย่างระมัดระวัง เพื่อเป็นการลดการเกิดความเสียหายจากกระบวนการบำบัด และรัฐจะต้องจัดช่องทางในการได้รับการบำบัดและจัดทำเว็บไซต์ที่มีฐานข้อมูลเพื่อที่จะควบคุมผู้ให้การบำบัดที่เป็นเอกชนที่ได้รับใบอนุญาตเท่านั้น³⁰

3.2 มาตรการทางกฎหมายและรูปแบบในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในกลุ่มประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law System)

3.2.1 ประเทศแคนาดา

(1) สถานการณ์ยาเสพติดและนโยบายยาเสพติดของประเทศแคนาดา

ประเทศแคนาดา มีกฎหมาย Opium Act of 1908 เพื่อการควบคุมการใช้ฝิ่นมาตั้งแต่ ค.ศ.1908 โดยปัจจุบันแคนาดามีกฎหมายที่ควบคุมยาเสพติดหลายฉบับได้แก่ Marijuana Law, Criminal Code of Canada และ Controlled Drugs and Substances Act – Canada ค.ศ.1996 เพื่อควบคุมยาเสพติดในลักษณะเดียวกับที่รับรองไว้ในสนธิสัญญา ค.ศ.1961 โดยกฎหมายนี้ได้ยกเลิกกฎหมายเดิมคือ Narcotic Control Act โดยกฎหมายนี้มีโครงสร้างที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนดบท

³⁰ Ibid.

นิยาม การกำหนดฐานความผิดและบทกำหนดโทษ และในภาค 5 ของกฎหมายนี้ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายเดิม เพื่อกำหนดให้มีการยกเลิกประเภทยาเสพติดดั้งเดิม มาเป็นยาเสพติด 8 ประเภท เป็นต้น³¹

การใช้ยาเสพติดถือเป็นปัญหาทางสังคมและทางสาธารณสุขอย่างร้ายแรงในประเทศแคนาดา มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2002 มีผู้เสพยาเสพติดที่ถึงแก่ความตายประมาณ 1,695 คน และกว่า 352,121 คนต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ถือเป็นภาระหนักในการจัดงบประมาณเพื่อดูแลสุขภาพลักษณะและการบังคับใช้กฎหมาย หนึ่งความขาดแคลนประสิทธิภาพส่งผลให้มีการตายก่อนกำหนดและทุพพลภาพมากขึ้น โดยรวมแล้วค่าใช้จ่ายทางสังคมเพื่อแก้ไขพฤติกรรมการใช้สารผิดกฎหมายนี้อยู่ประมาณ 8.2 พันล้านดอลลาร์

ผู้เสพยาเสพติดโดยการฉีดสารเข้าร่างกายถือเป็นประเด็นที่ได้รับความนิยมมากในปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมดังกล่าวไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อส่วนบุคคลคนเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง อาทิเช่น การติดต่อโรคทางโลหิตของเชื้อ HIV และไวรัสตับอักเสบบี ทั้งยังเป็นการคุกคามต่อความปลอดภัยของชุมชนอีกด้วย

ในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา มีการนำมาตรการต่างๆมาใช้ในการแก้ปัญหาการคุกคามสุขภาพอันเกี่ยวกับความเสี่ยงจากการใช้ยาเสพติด อาทิเช่น โครงการแจกเข็มฉีดยาที่สะอาดและปลอดภัย การให้สารเมธาโดนทดแทน และการสอดส่องความปลอดภัยในการฉีดสารเสพติด โดยแต่ละวิธีการนี้มีจุดประสงค์เพื่อลดผลอันตรายอันเกิดจากการฉีดสารเข้าร่างกายโดยนำมาตรการลดอันตรายไปใช้ในโครงการต่างๆ มากกว่าการให้ผู้ติดยาเสพติดหักดิบ

โดยสามัญสำนึกแล้ว มาตรการลดอันตราย อาจหมายถึงโครงการ นโยบายหรือการแทรกแซงต่างๆเพื่อใช้ในการลดอันตรายทางสุขภาพและสังคมที่เกิดจากผู้ติดยาเสพติดให้น้อยลงไป โดยทัศนคติอันกว้างขวางเกี่ยวกับนโยบายยาเสพติด โปรแกรมและการแทรกแซงในแต่ละระดับนั้น ล้วนมีจุดประสงค์เพื่อลดอันตรายของผู้เสพยาเสพติดในวิธีการที่แตกต่างกัน ทั้งนี้หากจะให้นิยามอย่างแคบของมาตรการลดอันตราย อาจเน้นถึงนโยบายต่างๆ โปรแกรมและการแทรกแซงเพื่อใช้ในการลดอันตรายทางสุขภาพและสังคมที่เกิดจากผู้เสพยาเสพติดให้น้อยลงไป โดยไม่สนใจความต้องการของผู้เสพยาเสพติดเพื่อให้เลิกใช้ยาเสพติด

จากคำนิยามต่างๆนี้ต้องตระหนักว่าผู้ติดยาเสพติดนั้นไม่ปรารถนาที่จะเลิกยาเสพติดโดยมีกำหนดระยะเวลาใดเวลาหนึ่งแบบเด็ดขาด แต่กลับต้องการทางเลือกในการลดปริมาณ

³¹จาก การศึกษาวิเคราะห์เพื่อนำแนวคิด การทำให้ถูกกฎหมาย การทำให้ไม่เป็นความผิดทางอาญา และการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มาใช้เพื่อการพัฒนา นโยบายยาเสพติดของประเทศ (น.63), โดย คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554, กรุงเทพฯ: สำนักงานปปส.

อันตรายอันเกิดจากการใช้สารเสพติด โดยยังคงใช้สารเสพติดต่อไป ดังนั้นโครงการต่างๆจึงไม่ได้กำหนดระยะเวลาใดๆไว้ หากแต่พยายามจะนำผู้เสพยาเข้าสู่การบำบัดรักษาและแก้ไขฟื้นฟูต่อไป³²

(2) หลักการสำคัญของแนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) โดยหน่วยงานของประเทศแคนาดา

Canadian Centre on Substance Abuse National Policy Working Group (1996) ได้วางหลักสำคัญของมาตรการลดอันตรายไว้ดังนี้

หลักปฏิบัตินิยมระดับการใช้สารเสพติดในสังคมนั้นไม่สามารถจะกะเกณฑ์ได้ การลงเคราะห์และเยียวยาอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาอาจจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมอย่างน้อยในช่วงระยะเวลาสั้นๆ มากกว่าการพยายามในการหยุดการใช้ยาแบบทันที

หลักสิทธิมนุษยชนอคติที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดตลอดจนผู้ติดยาเสพติดนั้น ไม่สามารถใช้ในการตัดสินผู้เสพยาเสพติดได้ในทุกกรณี ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญตระหนักถึง ศักดิ์ศรีเกียรติยศและสิทธิของความเป็นปัจเจกชนของเขาเหล่านั้นด้วย

หลักความสำคัญของอันตรายความสำคัญประการแรกคือการลดผลกระทบทางลบอันเป็นผลจากการใช้ยาทั้งผลกระทบต่อส่วนตัวและต่อบุคคลอื่น โดยการจำกัดขอบเขตของการใช้ยาถือว่าเป็นความสำคัญลำดับต่อมา ทั้งนี้มาตรการลดอันตรายไม่เพียงแต่ต้องนำตัวผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาเพื่อเลิกยาเสพติดเท่านั้น ในบางกรณีการลดปริมาณการใช้ยาเสพติดอาจจะเป็นหนึ่งรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนรูปแบบการใช้ยาเสพติดอีกด้วย

หลักสมดุลระหว่างค่าใช้จ่ายและประโยชน์ที่ได้รับกระบวนกรใดๆนั้นต้องได้รับการประเมินทั้งในความสำคัญของปัญหาเสพติด อันตรายที่เกิดขึ้น ค่าใช้จ่ายและผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการดำเนินโครงการ ในการวิเคราะห์นั้นจะต้องพิจารณาถึงประโยชน์ในเบื้องต้นที่เกิดกับผู้เข้าร่วมโครงการ รวมถึงสังคมและชุมชนที่เกี่ยวข้องด้วย การประเมินนี้จำเป็นต้องนำผลกระทบของมาตรการลดอันตรายมาเปรียบเทียบกับทางเลือกประเภทอื่นๆ (รวมทั้งการไม่แทรกแซงใดๆ) ซึ่งจำเป็นต้องคำนึงถึงตัวแปรต่างๆทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอีกด้วย

หลักการจัดลำดับของเป้าหมายโดยหากสิ่งใดมีความต้องการมากที่สุดสิ่งนั้นต้องได้ดำเนินการก่อน ปัญหาที่มีความกดดันและมีความน่าจะเป็นมากที่สุด โดยปกติมักได้รับการแก้ไขก่อน³³

³² From Harm Reduction: What's in a name? (pp. 2-3), by D. J. Beirness R. Jesseman R. Notarandrea and M. Perron, 2008, Canada: Copyright 2008 by Canadian Centre on Substance Abuse.

³³ Ibid pp.3-4.

2.1) บทบาทของกระบวนการยุติธรรมทางอาญา

แม้แง่มุมเกี่ยวกับมาตรการลดอันตรายสามารถพบได้ในกระบวนการบังคับใช้กฎหมายอาชญากรรมที่มีอยู่ในปัจจุบัน แต่ทว่าการใช้กระบวนการยุติธรรมทางอาญาถือเป็นบทบาทสำคัญในการสนับสนุน โครงการหรือ นโยบายต่างๆ ที่มีเพื่อลดอันตรายสำหรับบุคคลที่ใช้สารเสพติด ถ้าพิจารณาจากจำนวนผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี ค.ศ. 2002 (มีผู้ถูกจับในข้อหาขายเสพติด 93,000 คดี) ทั้งนี้ นักโทษในเรือนจำกว่า 3 ใน 4 มีความเกี่ยวข้องกับยาเสพติด นโยบายสำคัญนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่าผู้บังคับใช้กฎหมายและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบ ควรที่จะให้ความช่วยเหลือโดยการสนับสนุนให้ผู้กระทำผิดได้เข้าสู่โครงการที่ออกแบบมาเพื่อลดอันตรายอันเกิดจากการใช้สารเสพติด³⁴

(3) แนวทางการพัฒนา และรูปแบบที่เกี่ยวกับแนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction) ในประเทศแคนาดา

3.1) ศาลยาเสพติด (Drug Court)

เพื่อหันเหผู้กระทำผิดที่ไม่มีเจตนาชั่วร้ายออกจากกระบวนการเรือนจำและเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาฟื้นฟู โดยปัจจุบันนี้ในประเทศแคนาดามีศาลยาเสพติดจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ ในมลรัฐโตรอนโต (เปิดบริการตั้งแต่ปี 1998) และในมลรัฐแวนคูเวอร์ (เปิดบริการในเดือนธันวาคมปี 2001) โดยได้เสนอให้ศาลยาเสพติดเป็นทางเลือกสำหรับผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดที่ไม่ได้มีเจตนาชั่วร้ายและมีความสมัครใจจะเข้าร่วมโครงการ ในเดือนพฤษภาคม ปี 2003 รัฐบาลกลางแคนาดาคาดการณ์ว่าต้องใช้งบประมาณ 23 ล้านดอลลาร์เพื่อสนับสนุนศาลยาเสพติดทั้งสองศาล รวมไปถึงการตั้งศาลยาเสพติดแห่งใหม่ทั่วประเทศ³⁵

3.2) ปรับเปลี่ยนนโยบายการบังคับใช้กฎหมายเพื่อลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด

ในมลรัฐแวนคูเวอร์ ระบบการทำงานของตำรวจในปัจจุบันไม่ได้ซ้ำซากอีกต่อไป ทั้งนี้มีการทำงานเพื่อตอบสนองต่อผู้เสพยาเสพติดที่เสพยาเกินขนาด ในกรณีที่มีการขอความช่วยเหลืออย่างฉุกเฉินจากผู้เสพยา นโยบายนี้มีจุดประสงค์เพื่อลดจำนวนผู้เสพยาเกินขนาดจนถึงแก่ความตาย ทั้งนี้พบว่าผู้เสพยาเสพติดมีแนวโน้มที่จะขอความช่วยเหลือมากขึ้นหากตำรวจสามารถไปถึงสถานที่ได้ทันเวลาที่ ดังนั้นต้องมีการประชาสัมพันธ์ถึงนโยบายนี้แก่ผู้เสพยาเสพติดได้ทราบ ทั้งนี้ คุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ตำรวจในการกำหนดโครงการบำบัดรักษาให้แก่ผู้เสพยาเกินขนาดก็นับว่า

³⁴ From Harm Reduction policies and programs for persons involved in the Criminal justice system (pp.2-5), by G. Thomas, 2005, Canada. Copyright 2005 by Canadian Centre on Substance Abuse.

³⁵ Ibid.

เป็นเรื่องสำคัญ ทั้งนี้การบำบัดรักษาจะต้องเป็นการพัฒนาความสัมพันธ์ในระหว่างสมาชิกในสังคม อีกด้วย³⁶

3.3) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดที่สะอาดและปลอดภัย

ข้อมูลต่างๆที่จำเป็นอาจจะระบุไว้ในแผ่นพับ โดยมีข้อมูลที่เสนอแนะแนวทางในการได้เครื่องมือฉีดสารเสพติดที่สะอาดและปลอดภัย ที่ตั้งของศูนย์ให้บริการลดอันตราย ตลอดจนรายละเอียดของโครงการแจกเข็ม ทั้งนี้รวมถึงขั้นตอนในการตรวจหาสารเสพติด และเจ้าหน้าที่ตำรวจก็จำเป็นที่จะต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับฤทธิ์ของยาเสพติดที่มีการใช้อยู่ในปัจจุบัน อีกทั้งเมื่อมีการตรวจพบสารเสพติดที่อันตราย เจ้าหน้าที่ตำรวจอาจแจ้งเตือนแก่สังคมของผู้เสพยาเสพติดเพื่อป้องกันโอกาสในการใช้ยาเสพติดเกินขนาดอีกด้วย

3.4) จัดหาเข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาด

จากสถิติทั่วโลกได้แสดงว่าการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาดสามารถป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดได้ โดยในเดือนกันยายน ปี ค.ศ. 2002 หน่วยงานราชทัณฑ์ของแคนาดาได้ประกาศให้ใช้โครงการดังกล่าวนี้ เป็นมาตรการลดอันตรายในเรือนจำ

3.5) การใช้สารทดแทนประเภทเมธาโดนในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด

โครงการบำบัดโดยใช้เมธาโดนนั้นถือเป็นมาตรการที่มีมาตรฐานระดับสูงในการบำบัด โดยใช้สารทดแทนในกรณีเป็นผู้ติดยาเสพติดประเภท เฮโรอีนหรือมอร์ฟิน เมธาโดนถือเป็นสารที่สามารถใช้ทดแทนและทำงานในร่างกายและสามารถลดหรือถอนอาการติดยาได้ ในกรณีที่ใช้สารเมธาโดนปริมาณมากสามารถทำให้ผู้ติดยาเสพติดเคลิบเคลิ้มและสามารถป้องกันการกลับมาติดยาเสพติดในอนาคตได้อีกด้วย โดยในประเทศแคนาดาได้นำมาตรการนี้มาใช้แก่นักโทษในเดือนกันยายนปี ค.ศ. 2002³⁷

(4) มาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction) ในประเทศแคนาดา

Model Law on Drug Use and HIV/AIDS

โครงการร่างกฎหมายต้นแบบเริ่มขึ้นโดยคณะกรรมการที่ปรึกษา ในการพัฒนาแผนจัดทำร่างกฎหมายเพื่อช่วยรัฐต่างๆ ที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV เพิ่มขึ้น (รวมถึงอันตรายอื่นๆ) ในหมู่ผู้เสพยาเสพติด โดยมีหลักพื้นฐานในการให้การป้องกันด้านสาธารณสุข และนำเสนอมาตรการต่างๆ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงหลักมนุษยนิยม

³⁶ Ibid.

³⁷ Ibid.

ต้นแบบกฎหมายฉบับร่างนี้ได้รับการทบทวน โดยผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมาย ผู้สนับสนุน มาตรการลดอันตราย และตัวแทนของรัฐบาลกลาง และตัวแทนของรัฐในยุโรปตะวันออก ทั้งหมด ไปถึงประเทศผู้นำของสหภาพโซเวียต ในระหว่างการประชุมเมื่อวันที่ 7-8 พฤศจิกายน ค.ศ. 2005 โดยเอกสารนี้ได้รับการปรับปรุงโดยพิจารณาจากผลตอบรับและข้อเสนอแนะในช่วงต้นปี ค.ศ. 2006 ทั้งนี้การที่ร่างกฎหมายฉบับนี้มีการเคลื่อนไหวในรูปของอิเล็กทรอนิกส์ จึงทำให้บุคคลและองค์กรต่างๆ มีโอกาสในการปรับปรุงให้เกิดความเหมาะสมต่อไป อย่างไรก็ตามเอกสารล่าสุดฉบับนี้ได้รับการรับรองว่ามีประโยชน์ ทั้งจากผู้เชี่ยวชาญในด้าน HIV/AIDS, นักสิทธิมนุษยชน และนักนโยบายยาเสพติดอีกด้วย³⁸

ต้นแบบกฎหมายนี้ถูกออกแบบเพื่อให้ข้อมูลและช่วยนักนโยบาย และผู้สนับสนุนในการปฏิรูปกฎหมาย ตลอดจนผู้บัญญัติกฎหมาย ถึงความท้าทายทางกฎหมายในการจัดการกับการแพร่ระบาดของโรค HIV จากการใช้ยาเสพติด โดยร่างกฎหมายฉบับนี้ประกอบไปด้วย 8 ส่วนที่สำคัญได้แก่

1. ประเด็นทางกฎหมายอาญา
2. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด
3. โครงการเข็มฉีดยาสะอาด
4. การดูแลอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการใช้ยาเสพติด
5. ระบบราชทัณฑ์
6. การให้ข้อมูลข่าวสาร
7. ตราบาปและการลดทอนความเป็นอาชญากรรม
8. โครงการบำบัดเฮโรอีน

ซึ่งในที่นี่ขอทำการยกส่วนที่น่าสนใจและน่าจะมีประโยชน์ อาทิเช่น เรื่องประเด็นทางกฎหมายอาญา (Criminal law Issue) เรื่องการบำบัดและรักษาผู้ติดยาเสพติด (Treatment for Drug Use and HIV/AIDS) และตราบาปและการลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Stigma and discrimination) ทั้งนี้เพื่อมาทำการศึกษาถึงรูปแบบและวิธีการในการนำมาตรการลดอันตรายมาใช้ โดยการบัญญัติกฎหมายดังมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ประเด็นทางกฎหมายอาญา (Criminal law issue)

หลักกฎหมายที่น่าสนใจที่ต้นแบบกฎหมายวางหลักไว้มีดังนี้

- 1.) จุดประสงค์ของกฎหมาย

³⁸ From Legislating on Health and Human Rights: Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Treatment for drug dependence) (pp. 2), by Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2005.

เพื่อลดทอนความเป็นอาชญากรรม หรือลดทอนโทษทางอาญาสำหรับผู้เสพหรือครอบครองสารที่กฎหมายควบคุมเพื่อใช้ส่วนบุคคลในปริมาณที่เกินกว่ากฎหมายกำหนด

เพื่อลดทอนความเป็นอาชญากรรมของผู้เสพหรือครอบครองสารที่กฎหมายควบคุมสำหรับการบำบัดรักษาเป็นสารทดแทน

เพื่อแสดงขอบเขตในการดำเนินการกับความผิดในการครอบครองสารที่กฎหมายควบคุม ก่อนจะเข้าสู่กระบวนการกึ่งศาล และ

เพื่อวางมาตรการสำหรับการกระทำใดๆของผู้เสพหรือผู้ครอบครองสารที่กฎหมายควบคุมในปริมาณการใช้ส่วนบุคคล ให้พ้นจากระบวนการกักขังรวมถึงมาตรการอิสระในการเข้ารับการบำบัดรักษา การศึกษา และการติดตามผล การแก้ไขฟื้นฟูและการเข้าถึงของผู้อยู่ซึ่งใช้สารที่กฎหมายควบคุม³⁹

2) สถานะของสารที่กฎหมายควบคุม

สารใดๆอาจถูกเพิ่มเติมในตาราง A (ตาราง A นี้เป็นการกำหนดเป็นการจำแนกประเภทสารเสพติดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยกฎหมายควบคุม ทั้งนี้เพื่อจุดประสงค์ในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมหรือลดทอนโทษในกรณีใช้หรือครอบครองในปริมาณที่กำหนดไว้ในตารางทั้งนี้พิจารณาถึงการใช้ส่วนบุคคล) โดยอาศัยพระราชบัญญัตินี้ โดยพิจารณาถึงความเกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข การแพทย์ จุดประสงค์ทางวิทยาศาสตร์หรือ อาจจะเป็นสาธารณสุขประโยชน์⁴⁰

3) การลดทอนความเป็นอาชญากรรมและการลดทอนโทษทางอาญา

3.1) การลดทอนความเป็นอาชญากรรม

ในกรณีที่ผู้เสพหรือผู้ครอบครองสารเสพติดที่กฎหมายควบคุมตามตาราง A ในปริมาณที่ใช้ส่วนบุคคล ไม่ถือเป็นความผิดทางอาญาและภายใต้การบัญญัติกฎหมายนี้ควรถือเป็นความผิดในทางปฏิบัติเท่านั้น⁴¹

3.2) การลดโทษทางอาญา

ในกรณีที่ผู้เสพหรือผู้ครอบครองสารเสพติดที่กฎหมายควบคุมตามตาราง A ในปริมาณที่ใช้ส่วนบุคคล ไม่ต้องรับโทษทางอาญาและไม่ควรได้รับโทษทางปฏิบัติอีกด้วย⁴²

4) การยกเว้นความผิดสำหรับศูนย์ให้บริการบำบัดรักษา

³⁹ ดู Article 1 Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Criminal law issue).

⁴⁰ ดู Article 3 Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Criminal law issue).

⁴¹ ดู Article 4(a) Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Criminal law issue).

⁴² ดู Article 4(b) Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Criminal law issue).

ในกรณีใดๆที่มีการใช้ ครอบครองและแจกจ่ายสารเสพติดเพื่อใช้ทางการแพทย์หรือ การบำบัดรักษา ตลอดจนการใช้สารทดแทนในการรักษาไม่ถือเป็นความผิด⁴³ ทั้งนี้เพราะการใช้ หรือครอบครองและแจกจ่ายของศูนย์ให้บริการดังกล่าวมีจุดประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงตลอดจน อันตรายต่างๆอันอาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดดังนั้นก็จึงไม่ควรถือเป็นความผิดอีกต่อไป

5) การเบี่ยงเบนจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญาและโทษทางอาญา

5.1) กรณีที่ต้องตัดสินโดยคณะกรรมการกึ่งศาล

ในกรณีที่มีการครอบครองหรือการใช้ปริมาณสารเสพติดที่กฎหมายควบคุมตามตาราง A เพื่อใช้ส่วนตัวไม่ถือเป็นความผิดทางอาญา ทั้งนี้การกระทำที่ถือเป็นความผิดดังที่กล่าวมานี้ต้อง เข้าสู่กระบวนการของคณะกรรมการกึ่งศาล เพื่อพิจารณาและปรับบทลงโทษที่เข้ากับบทกฎหมาย โดยระมัดระวังและเท่าที่จำเป็น คณะกรรมการในที่นี่ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมาย และผู้เชี่ยวชาญอื่นเช่น ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญอื่นที่ เกี่ยวข้องกับผู้ติดยาเสพติด โดยคณะกรรมการอาจพิจารณาการนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้ ประกอบการพิจารณาอีกด้วย

ในกรณีที่มีการกำหนดโทษสำหรับบุคคลที่กระทำผิด ซึ่งถูกดำเนินคดีโดยตำรวจหรือ พนักงานสอบสวนในความผิดตามที่กล่าวเบื้องต้น คณะกรรมการจำต้องพิจารณาในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

- a) ความร้ายแรงของการกระทำ
- b) ความสัมพันธ์ของระดับความผิด
- c) ประเภทของสารเสพติดที่เกี่ยวข้องกับความผิด
- d) ลักษณะนิสัยทางสังคมและส่วนตัวของผู้กระทำผิด และพื้นที่ที่ความผิดเกิด
- e) เหตุส่วนบุคคล กล่าวคือสถานะทางเศรษฐกิจและการเงินของผู้กระทำผิด
- f) ลักษณะของผู้กระทำผิดเป็นการกระทำผิดตาม โอกาส ความผิดติดนิสัย หรือเป็นผู้ ติดยาเสพติด

ทั้งนี้คณะกรรมการสามารถกำหนดโทษโดยไม่จำกัดว่าจะเป็นอย่างไรอย่างหนึ่งหรือหลาย อย่าง ในกรณีดังต่อไปนี้

- a) การแจ้งเป็นคำเตือน
- b) การปรับในสัดส่วนการครอบครองสารเสพติดที่กฎหมายควบคุมในลักษณะส่วนตัว โดยคำนวณถึงสถานะทางเศรษฐกิจของผู้กระทำผิด
- c) การห้ามเข้าเขตกำหนด

⁴³ ดู Article 5 Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Criminal law issue).

d) การอายัดหรือเพิกถอนใบขับขี่หรือใบประกอบวิชาชีพ

ทั้งนี้โทษที่คณะกรรมการจะปรับใช้ไม่รวมถึงโทษกักขัง หรือควบคุมตัว

ถ้าบุคคลใดถูกจับเพราะความผิดดังกล่าวมาแล้วนั้น ถ้าความผิดดังกล่าวปรากฏแก่คณะกรรมการและเป็นกรณีความผิดอันเกี่ยวกับสารเสพติดที่กฎหมายคุ้มครองเท่านั้นแล้ว คณะกรรมการอาจสั่งให้บุคคลนั้นๆ เข้าร่วมโครงการบำบัดรักษาโดยอาจจะระบุจำนวนครั้งหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้จุดประสงค์ก็เพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้เข้ารับบริการจากโครงการต่างๆ ทั้งนี้ คณะกรรมการไม่อาจบังคับบุคคลใดๆ ให้เข้าร่วมโครงการบำบัดรักษาใดๆ ได้⁴⁴

5.2 การลงโทษโดยมาตรการไม่ควบคุมตัว

ไม่ว่าในกรณีใดๆ เมื่อพบว่าบุคคลใดๆ กระทำผิดในชั้นศาล ในความผิดฐานใช้และครอบครองสารเสพติดที่กฎหมายควบคุม ประกอบกับความเห็นของศาลว่าโดยพฤติการณ์ในคดีแล้ว บุคคลนั้นใช้หรือครอบครองสารเสพติดที่กฎหมายควบคุมเพื่อวัตถุประสงค์ส่วนตัวเท่านั้น (ทั้งนี้ศาลอาจพิจารณาจากปริมาณสารเสพติดประกอบด้วย) และศาลมีแนวโน้มที่จะทำคำตัดสินคดีโดยใช้โทษสำหรับควบคุมตัวโดยทั่วไปแล้ว นอกจากศาลจะลงโทษดังกล่าวศาลอาจมีคำสั่งอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าดังนี้

a) สั่งปล่อยตัวบุคคลนั้น โดยมีคำสั่งคุมประพฤติด้วยหรือไม่ก็ได้

b) รอกการลงโทษที่กำหนดไว้และมีคำสั่งให้ปล่อยตัวภายใต้เงื่อนไขของคำสั่งคุมประพฤติ

c) ปรับ ในกรณีที่ศาลเห็นว่าบุคคลนั้นสามารถชำระค่าปรับได้

d) สั่งให้บุคคลนั้นรับโทษ โดยการให้ทำงานบริการสังคม และให้ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในคำสั่ง หรือ

e) มีคำสั่งให้อยู่สถานที่ควบคุมภายใต้ความยินยอมของเจ้าของสถานที่ในช่วงระยะเวลาที่กำหนดในคำสั่ง ทั้งนี้ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวเจ้าของสถานที่อาจได้รับคำสั่งให้เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจปฏิบัติงานตามกฎหมายได้

ในกรณีของการคุมประพฤติ หรือคำสั่งที่มีเงื่อนไขนั้น ศาลอาจสั่งให้บุคคลนั้นเข้าร่วมโครงการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดตามจำนวนที่กำหนด ทั้งนี้จุดประสงค์ก็เพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้เข้ารับบริการจากโครงการต่างๆ ทั้งนี้คณะกรรมการไม่อาจบังคับบุคคลใดๆ ให้เข้าร่วมโครงการบำบัดรักษาใดๆ ได้

ศาลอาจมีคำสั่งตามที่กล่าวมาเบื้องต้น หากศาลพิจารณาว่าจะมีประโยชน์ต่อผู้กระทำความผิดและไม่ขัดต่อกฎหมายความสงบเรียบร้อย ทั้งนี้การออกคำสั่งใดๆ จำต้องคำนึงถึงอายุ

⁴⁴ ดู Article 6(a) Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Criminal law issue).

ลักษณะของความผิด อุปนิสัย และพฤติการณ์ต่างๆ อย่างไรก็ตามการตัดสินใจออกคำสั่งใดๆของศาลจำเป็นต้องพิจารณาถึงผลลัพธ์จากการประเมินการรักษาอีกประการหนึ่งด้วย⁴⁵

6. ความสนใจในการเข้ารับการประเมินการรักษา

ในกรณีที่มีข้อมูลว่าบุคคลใดต้องพึ่งพาสารเสพติดที่กฎหมายควบคุมเมื่อบุคคลนั้นได้กระทำความผิด ในระหว่างการพิจารณาของศาล ศาลอาจสั่งให้มีการประเมินการรักษาอย่างรวดเร็วโดยผู้เชี่ยวชาญทางสาธารณสุข ทั้งนี้ในการประเมินจำเป็นต้องคำนึงถึงที่น่าจะเป็น ลักษณะของสารเสพติดที่ออกฤทธิ์เมื่อมีการใช้ และพิจารณาทั้งในช่วงเวลากระทำความผิดและระหว่างตรวจสอบด้วย

ต้องส่งสำเนาผลการประเมินการรักษาแก่ศาล อัยการ และผู้ถูกกล่าวหา รวมถึงข้อมูลของโครงการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ศาลอาจใช้ประกอบการออกคำสั่งให้บุคคลนั้นเข้าร่วมด้วย ทั้งนี้บุคคลนั้นยังคงมีสิทธิ์ในการปฏิเสธการเข้าร่วมการประเมินการรักษาทุกเวลา และการใช้สิทธิปฏิเสธนี้ไม่มีโทษใดๆตามกฎหมายนี้⁴⁶

ส่วนที่ 2 การบำบัดและรักษาผู้ติดยาเสพติด (Module 2 : Treatment for Drug Dependence)

จากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ติดยาเสพติดรวมไปถึงผู้ฉีดสารเสพติดเข้าสู่ร่างกาย แท้จริงแล้วไม่ถือเป็นผู้ล้มเหลวทางจิตวิญญาณ หรือมีเป็นลักษณะที่แข็งแกร่งแต่เป็นความเคยชิน ซึ่งผู้เสพเหล่านี้สามารถกลับสู่สภาวะปกติได้โดยการรักษาโดยใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หรือหลักทั่วไปตามหลักมนุษยนิยมก็ได้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ตั้งข้อสังเกตว่าผู้ที่ต้องพึ่งพาเสพติดนั้น เป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะที่มีความต้องการใช้สารเสพติดเป็นอย่างมากและยากที่จะควบคุมความต้องการของตน ประกอบกับปัญหาทั้งทางจิตใจและสังคมของผู้ติดยาก็เป็นผลให้ยับยั้งชั่งใจไม่ได้ ดังนั้นกระบวนการบำบัดรักษาจะทำหน้าที่ในการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV เพราะโปรแกรมดังกล่าวเป็นการลดจำนวนการใช้ยาในภาวะปกติ ตลอดจนลดความถี่ในการใช้ยาและลดอัตราความเสี่ยงของพฤติกรรมอีกด้วย⁴⁷

ประโยชน์ทางด้านสาธารณสุขของผู้บำบัด

1. ช่วยลดการใช้สารผิดกฎหมายโดยการจัดการให้ได้รับอย่างเหมาะสม

⁴⁵ ดู Article 6(b) Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Criminal law issue).

⁴⁶ ดู Article 7 Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Criminal law issue).

⁴⁷ From Legislating on Health and Human Rights: Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Treatment for drug dependence) (pp. 5), by Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2005.

2. ช่วยรักษาระดับความต้องการสารเสพติดให้คงที่โดยการฟื้นฟูทางร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้น

3. ทำให้สามารถควบคุมคุณภาพของสารทดแทนซึ่งจะลดการใช้ยาเกินขนาดได้

4. ช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV และโรคที่ติดต่อทางโลหิตอื่นๆ อันเนื่องมาจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน

5. เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดในการได้รับบริการอื่นๆ เช่นการได้รับยาทดแทน ได้รับการวินิจฉัยโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS

6. ช่วยลดอัตราการตายของผู้ติดยาเสพติดจาก 1 ใน 3 เหลือเพียง 1 ใน 4

7. มีประสิทธิภาพดีกว่ากรณีการใช้ยาที่มีผลต่อจิตประสาทเพียงลำพัง

8. ในกรณีของหญิงมีครรภ์พบว่าการเข้าร่วมโครงการสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

ประโยชน์ทางด้านสังคม

1. ช่วยลดการก่ออาชญากรรมอันเกิดจากการใช้ยาเสพติด

2. โครงการบำบัดฯ นี้ถือเป็นบทบาทสำคัญที่ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการยังสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติ ทั้งนี้เมื่อได้รับการบำบัดรักษาในระยะเวลาพอสมควรแล้วก็จะเป็นการเพิ่มโอกาสให้แต่ละบุคคลในการจัดการกับสุขภาพ จิตภาวะ ครอบครัว การบ้านการเรือน การจ้างงาน และสภาพทางการเงิน และกฎหมายในขณะที่เข้ารับบริการอีกด้วย

3. โครงการดังกล่าวลดค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุข การบังคับใช้กฎหมาย และระบบยุติธรรมทางอาญา ทั้งยังเป็นความช่วยเหลือบุคคลผู้ติดยาเสพติดในเรื่องการหลีกเลี่ยงการรักษาพยาบาลเป็นเวลานาน การกระทำความผิดและการถูกจองจำในเรือนจำอีกด้วย

4. ทั้งเป็นการเชิญชวนให้สังคมมีส่วนร่วม และพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลผู้ติดยาเสพติดและครอบครัวอีกด้วย

หลักกฎหมายที่น่าสนใจที่ต้นแบบกฎหมายวางหลักไว้มีดังนี้

1) สิทธิขั้นพื้นฐานของผู้เข้ารับบริการทุกคน

ต้องได้รับการบำบัดรักษาที่มีคุณภาพและได้รับการสนับสนุนโดยการปฏิบัติที่ดีในการรักษาตลอดทั้งโครงการ

สามารถรับการรักษาโดยปราศจากการลดทอนความเป็นอาชญากรรม

มีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมในทุกการบำบัดรักษา รวมถึงการกำหนดเวลาเริ่มต้นและวิธีการ ทั้งนี้รวมถึงการเลิกการบำบัดรักษาด้วย

ในการใช้สิทธิในความเป็นผู้รับบริการ รวมไปถึง

1. การรายงาน การงดเว้นการลงโทษ การดำเนินคดีในฐานะผู้ต้องสงสัยว่ากระทำ ความผิดการละเลย หรือ การหาประโยชน์ใส่ตัวในระหว่างเข้าร่วมโครงการ

2. การอุทธรณ์อื่นเกี่ยวกับกฎหมายแห่งชาติและระเบียบต่างๆ

3. เข้าสู่นโยบายและบริการอื่นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และ

4. สามารถยกเลิกโครงการบำบัดรักษาโดยสมัครใจได้ทุกเวลา

เก็บรักษาประวัติการบำบัดรักษาตลอดจนผลการตรวจต่างๆเป็นความลับ

ได้รับรายละเอียดของข้อมูล ทั้งไม่จำกัดสิทธิในการรับข้อมูลเกี่ยวกับ

1. สถานภาพทางสาธารณสุขของผู้เข้าร่วมโครงการ

2. สิทธิและหน้าที่ในฐานะผู้เข้าร่วมโครงการ ตามกฎหมายนี้และตามกฎหมายที่

เกี่ยวข้อง

3. ช่องทางการร้องเรียนเกี่ยวกับบริการที่ได้รับจากโครงการ

4. ค่าใช้จ่ายและเงื่อนไขการชำระเงิน ตลอดจนการรับประกันสุขภาพต่างๆ รวมถึง

สิทธิอื่นๆด้วย⁴⁸

2)หลักเกณฑ์ในการได้รับสารทดแทน

โดยแพทย์จะเป็นผู้ประเมินคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการว่าเป็นผู้สมควรเข้ารับการ บำบัดรักษาหรือไม่ โดยการประเมินนั้นต้องพิจารณาเรื่องการประพฤติดนของผู้ที่จะรับสารทดแทน ซึ่งต้องแสดงความจำนงรับการรักษาไว้ด้วย ทั้งยังต้องถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมโครงการอีก ประการหนึ่งด้วย⁴⁹

3)ระยะเวลาการรักษาและปริมาณการใช้ยา

กฎหมายกำหนดให้แพทย์เป็นผู้ประเมินความเหมาะสมของปริมาณการใช้สารทดแทน ในผู้เข้าร่วมโครงการแต่ละคนโดยจะต้องคำนึงถึงการได้รับบริการทางการแพทย์ที่มาตรฐาน ทั้งนี้ ปริมาณยานั้นต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพ โดยแพทย์จะต้องคำนึงถึงความเหมาะสมเพื่อลดแนว โน้ม การใช้ยาเกินขนาด แต่อย่างไรก็ตามไม่ควรนำปริมาณการใช้สารทดแทนมาเป็นรางวัลหรือการ กำหนดโทษสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ ส่วนในเรื่องระยะเวลานั้นกฎหมายได้กำหนดว่าควรเป็น ระยะเวลาที่เหมาะสมที่ทำให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุดอีกด้วย⁵⁰

4)เกณฑ์ในการรับสารทดแทนไปใช้ที่บ้าน

⁴⁸ ดู Article 4 Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Treatment for drug dependence).

⁴⁹ ดู Article 10 Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Treatment for drug dependence).

⁵⁰ ดู Article 11 Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Treatment for drug dependence).

เกณฑ์ในการพิจารณาให้ผู้เข้าร่วมโครงการนำสารทดแทนไปใช้ที่บ้านนั้น ต้องพิจารณาถึงความคงที่ด้านการรักษาของผู้เข้าร่วมโครงการ และความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามกระบวนการรักษา ทั้งนี้แพทย์อาจกำหนดปริมาณเบื้องต้นที่จะให้ผู้เข้าร่วมโครงการนำกลับไปบ้าน ทั้งนี้แพทย์ต้องประเมินในเรื่องเงื่อนไขการรักษาและความบกพร่องทางความสามารถของผู้เข้าร่วมโครงการในการเคลื่อนไหว ตลอดจนพิจารณาเรื่องระยะทางในการเดินทางมารับการรักษา ประกอบกับสภาพแวดล้อมอื่นๆ

ทั้งนี้เมื่อแพทย์ได้ประเมินและอนุญาตให้มีการนำสารทดแทนไปใช้ที่บ้านแล้ว แพทย์ควรทำใบรับรองโดยมอบให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการและเภสัชกรคนละฉบับด้วย⁵¹

5) การทำรายงานแก่หน่วยงานสาธารณสุข

เภสัชกรห้องจ่ายยาหรือแพทย์ที่ทำการรักษาต้องปฏิบัติตามที่กฎหมายระบุไว้โดยต้องแสดงปริมาณสารทดแทนที่ได้ใช้ในโครงการ และในรายงานนี้จะต้องแสดงลักษณะเฉพาะของผู้ได้รับการรักษาหรือได้รับคำสั่งต่างๆ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง(หน่วยงานสาธารณสุข)ต้องให้ความมั่นใจว่ามาตรการใดๆที่ได้ดำเนินการไปในแต่ละโครงการนั้นจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่นำไปใช้ในวัตถุประสงค์ที่ไม่เหมาะสม และควรนำข้อมูลต่างๆมารวบรวมไว้เพื่อแสดงปริมาณเมธาโดนที่ใช้ในโปรแกรมอีกด้วย⁵²

ส่วนที่ 7 ตรวจจับและการลดทอนความเป็นอาชญากรรม

จุดประสงค์ของการตรากฎหมายในส่วนที่ 7 ของต้นแบบกฎหมายนี้ เพื่อลดตรวจจับและความเป็นอาชญากรรมของผู้เสพยาเสพติดและผู้ติดเชื่อเฮดส์ ในที่นี้จะนำหลักที่เกี่ยวข้องกับผู้เสพยาเสพติดมากล่าวไว้เป็นหลักเพื่อใช้ศึกษาแนวคิดและวิธีการที่กฎหมายต้นแบบกำหนดไว้ โดยมาตรา 1 ของส่วนที่ 7 ได้วางจุดประสงค์ของกฎหมายไว้ดังนี้

เพื่อขยายความคุ้มครองเรื่องการลดทอนความเป็นอาชญากรรมแก่ผู้ติดเชื่อเฮดส์และเสพยาเสพติด ตลอดจนผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพาสารเสพติด

ให้ความช่วยเหลือผู้ที่กระทำผิดกฎหมายในบุคคลที่ใช้สารเสพติด หรือผู้ติดเชื่อเฮดส์

สร้างมนุษยสัมพันธ์อันดีระหว่างสังคมกับผู้เสพยาเสพติด โดยใช้นโยบายหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด และเพิ่มประสิทธิภาพของนโยบายต่างๆที่มีเพื่อวัตถุประสงค์ทางสิทธิมนุษยชน และสาธารณสุข⁵³

⁵¹ ดู Article 12 Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Treatment for drug dependence).

⁵² ดู Article 17 Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Treatment for drug dependence).

⁵³ ดู Article 1 Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Stigma and discrimination).

ทั้งนี้ได้มีการกำหนดไว้ว่า ในพฤติกรรมการผิดใดๆทั้งนี้โดยปราศจากการตัดสินโดยสามัญสำนึก ห้ามทำการตัดสินอันเป็นปฏิบัติต่อบุคคลใดๆ หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลดังกล่าว ในฐานที่บุคคลเหล่านั้นใช้หรือเคยใช้สารเสพติดหรือเคยถูกกล่าวหาว่าใช้สารเสพติดมาก่อน⁵⁴ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กฎหมายวางไว้

กรณีใดที่บุคคลผู้กระทำผิดกฎหมาย เพราะเหตุที่ใช้สารเสพติดหรือได้รับสารเสพติดถูกกระตุ้นให้เกิดความเกลียดชัง ถูกเหยียดหยามอย่างรุนแรง หรือกระทำด้วยอาการใดๆโดยสาธารณชนนั้นจะต้องได้รับความช่วยเหลือให้มีความเข้าใจอันถูกต้องเป็นธรรม โดยการให้ความรู้โดยศิลปินหรือทางวิทยาศาสตร์ การวิจัยตลอดจนการถกเถียงแนะนำ หรือทำการใดๆเกี่ยวกับสาธารณประโยชน์อื่น ๆ⁵⁵

ทั้งนี้กฎหมายยังได้วางหลักเรื่องการขอความร่วมมือจากบุคคลผู้มีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด โดยกำหนดว่าผู้เสพยาเสพติดมีสิทธิ์ที่จะปรึกษาและร่วมการวิจัย การออกแบบและพัฒนา การกำหนดแผนการต่างๆ ตลอดจนการเสนอและประเมินกฎหมาย นโยบายและโครงการที่ส่งผลกระทบต่อเขาเหล่านั้น

ทั้งนี้ในการเข้าร่วมนั้นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะต้องตระหนกอย่างชัดเจน ถึงคุณค่าขององค์กรต่างๆทั้งของผู้เสพยาเสพติด หรือเคยใช้ยาเสพติด ทั้งต้องพัฒนาแผนการในการรวบรวมผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้มากที่สุด ทั้งยังต้องให้การสนับสนุนทางสังคมและการเงิน นอกจากนี้ต้องทำให้แน่ใจได้ว่าการรวบรวมนี้จะเป็นประโยชน์และมีความเกี่ยวข้องกับผู้เสพยาเสพติดจริงๆ⁵⁶

3.2.2 ประเทศออสเตรเลีย

(1) สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศออสเตรเลีย

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ประเทศออสเตรเลียได้พบกับสิ่งที่เรียกว่า เฮโรอีน ซึ่งมีเฮโรอีนระดับสูงหายากตามความต้องการ และนำมาซึ่งยาเสพติดอีกหลายประเภททั้งนี้ความนิยมในยาเสพติดแต่ละประเภทยังมีความนิยมเพิ่มขึ้นหรือน้อยลงขึ้นอยู่กับความนิยมตามใบสั่งยา อาทิเช่น Temazepam มอร์ฟีน Oxycodone Methamphetamine และโคเคนทั้งหมดจะถูกนำมาใช้แทนที่ในปี ค.ศ. 2008 นอกจากนี้ยังพบว่าในปี ค.ศ. 2001 ปรากฏว่ามีการลักลอบนำเฮโรอีนจากอัฟกานิสถานมาใช้ในซิดนีย์ด้วย

⁵⁴ ดู Article 5 Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Stigma and discrimination).

⁵⁵ ดู Article 7 Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Stigma and discrimination).

⁵⁶ ดู Article 8 Model Law on Drug Use and HIV/AIDS (Stigma and discrimination).

ชนิดนี้มีศูนย์กลางที่ปรึกษาทางการแพทย์โดยเป็นศูนย์กลางให้บริการฉีดยาเปิดใน King Cross ซึ่งก่อนหน้านี้จะใช้สถานที่ อาทิเช่นตามคลับ หรือบาร์ โสเภณี ตลอดจนการเช่าห้องพักเพื่อใช้เป็นสถานที่ส่วนตัวในการฉีดยาเสพติด ในกรณีดังกล่าวนี้คณะกรรมการ Wood Royal เห็นว่ากรณีในการจัดศูนย์บริการนี้มีประโยชน์ควรอนุญาตให้ตำรวจร่วมมือกับกิจกรรมที่อาจถือว่าผิดกฎหมายนี้ได้ โดยอาจจะส่งเสริมแนะนำสถานพยาบาลอิสระเพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดได้เข้ารับบริการที่ปลอดภัย ทั้งนี้ยังถือเป็นความปลอดภัยต่อชุมชนเพราะถือเป็นการลดผลกระทบในทางลบต่อประชาชนอีกด้วย เช่น ลดปัญหาการติดเชื้อฉีดยาเสพติด และลดปัญหาการใช้จ่ายเงินขนาดจนถึงแก่ความตายอีกด้วย

(2) มาตรการทางกฎหมายและการกำหนดยุทธศาสตร์/นโยบายยาเสพติดของประเทศออสเตรเลีย

1. ยุทธศาสตร์ลดอุปทานที่มีปัญหาต่อการผลิต และอุปทานของยาเสพติด การควบคุม และกฎข้อบังคับของสารที่ถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรักษาความปลอดภัยตามแนวชายแดน สุลกากรได้ดำเนินคดีกับคนที่เกี่ยวข้องกับการค้าสารที่ผิดกฎหมายโดยมี The Customs Act 1901 เป็นกฎหมายกลางที่มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันการนำเข้าและส่งออกยาต้องห้ามในปริมาณ(ที่ระบุในตารางแนบท้าย)ตามพระราชบัญญัติ นอกจากนี้ความคิดที่ระบุในกฎหมายฉบับนี้รวมถึงการจัดหายาที่ผิดกฎหมายที่ถูกนำเข้ามาในประเทศแล้วด้วย⁵⁷

2. ยุทธศาสตร์การลดความต้องการในการป้องกันการดูดซึมของการใช้ยา ที่เป็นอันตราย รวมทั้งยุทธศาสตร์ในการเลิกยาเสพติด และการบำบัดรักษาเพื่อลดการใช้เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการส่งเสริมการเลิกยาเสพติดหรือการบำบัดรักษาผู้เสพยา

3. ยุทธศาสตร์การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับบุคคลและชุมชน อาทิเช่น โปรแกรมเกี่ยวข้องกับเข็มและกระบอกฉีดยา ซึ่งเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคหรือการเสียชีวิตอันเกิดจากการใช้ยาเกินขนาดอันถือเป็นการลดอันตรายส่วนบุคคล ในกรณีการลดอันตรายในชุมชนนั้นต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมเสี่ยงอันอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อตนเอง โดยมุ่งให้สังคมมีส่วนร่วมในการลดการใช้และสนับสนุนผู้เสพยาเสพติดในการลดปริมาณการใช้หรือเลิกใช้ยาเสพติดต่อไป⁵⁸

⁵⁷From “Drug and the Law”, by S. bolt, 2007, Hot Topics Legal issues in plain language, 59, pp.

ที่มาของแนวคิดแก้ไขฟื้นฟูในประเทศออสเตรเลีย

แนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูผู้ติดแอลกอฮอล์และการบำบัดรักษายาเสพติดอื่น ๆ นั้นเป็นสิ่งที่ใหม่สำหรับ แนวทางแก้ปัญหายาเสพติดแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย เมื่อแนวคิดระบบฟื้นฟูและดูแลผู้ติดยาเสพติด (Recovery-Oriented system) ในประเทศสหรัฐอเมริกาเกิดขึ้น ตลอดจนนำมาซึ่งกระบวนการบำบัดรักษาในสหราชอาณาจักรในเวลาต่อมา แนวคิดนี้จึงเข้าสู่ออสเตรเลีย ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งใหม่ที่เริ่มนำมาศึกษาและใช้ในประเทศ จากการศึกษาวิจัยแนวคิดในการฟื้นฟูสมรรถภาพนี้ได้ออกให้เกิดหลักในการจัดโครงการลดอันตรายขึ้น ทั้งนี้พบว่าโครงการดังกล่าวนี้ประสบความสำเร็จในประเทศออสเตรเลียเป็นอย่างมาก โดยแต่ละโครงการจัดขึ้นเพื่อจัดการและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค และเปิดโอกาสให้มีการบำบัดรักษาในรูปแบบต่างๆ อันนำมาซึ่งความมีสุขลักษณะที่ดีขึ้นของคนในประเทศ

กลยุทธ์ด้านมาตรการยาเสพติดแนวใหม่ในประเทศออสเตรเลียอยู่บนพื้นฐานของมาตรการลดอันตราย โดยหลักสำคัญของมาตรการลดอันตรายนี้ได้แก่ การช่วยบุคคลในการฟื้นฟูและแก้ไขปัญหาคาติคอดแอลกอฮอล์และการติดยา นโยบายใหม่นี้ถือเป็นนโยบายที่โดดเด่นสำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์และผู้ติดยาเสพติดประเภทอื่นๆ ผู้เชี่ยวชาญอธิบายว่าแนวคิดดังกล่าวนี้ถือเป็นการพัฒนาทางสังคม การเชิญชวนให้นำมาตรการแก้ไขฟื้นฟูมาใช้ถือเป็นการจำแนกให้เห็นถึงแนวทางการบำบัดรักษาและผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดรักษานั้นๆ รัฐบาลของสหราชอาณาจักรได้กล่าวไว้ว่า ระบบการบำบัดรักษานั้นต้องตั้งอยู่บนหลักพื้นฐาน 3 ประการด้วยกัน ได้แก่ ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น หลักแห่งพลเมือง และความเป็นอิสระจากการพึ่งพายาเสพติด⁵⁹

(3) มาตรการและรูปแบบในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction) ในประเทศออสเตรเลีย

มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มุ่งเน้นที่จะลดผลกระทบในทางลบที่เกิดอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดทั้งในทางส่วนตัวและทางสังคม ผู้ที่สนับสนุนมาตรการลดอันตรายเห็นว่าการใช้ยาเสพติดมีโอกาสเกิดขึ้นอีก และมาตรการลดอันตรายมิใช่การกระตุ้นให้มีการใช้ยาเสพติด ทว่าเป็นการมุ่งเน้นศึกษาถึงสาเหตุของอันตรายที่เพิ่มขึ้นมากกว่า ทางเลือกใหม่นี้ได้รับการสนับสนุนในปี ค.ศ. 1980 ทั้งในยุโรปและในออสเตรเลียเอง โดยพบได้จากจำนวนโครงการเกี่ยวกับสุขภาพที่ปรากฏในปัจจุบัน

ในการจัดการกับปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อโรค HIV/AIDS ในช่วงกลางปี ค.ศ. 1980 พบว่าโครงการแจกเข็มที่สะอาดและปลอดภัยได้ถูกนำมาใช้ในประเทศออสเตรเลียและใน

⁵⁹ From Australian Drug policy: harm reduction and 'new recovery' (pp.1-10), by M. Hamilton, 2012, Australia: Anex. Copyright 2012 by Anex CEO.

หลายๆประเทศในภาคพื้นยุโรป โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดและติดต่อของโรคระหว่างผู้เสพยาเสพติด แต่ในสหรัฐอเมริกาการแจกเข็มยังถือเป็นความผิดทางอาญา⁶⁰

3.1)มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในบริบทของกฎหมายออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียได้วางกลยุทธ์ 3 ประการเพื่อความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาเสพติดแห่งชาติได้แก่การลดอุปสงค์ การลดอุปทาน และการใช้มาตรการลดอันตราย

แผนพัฒนาปัญหาเสพติดแห่งชาติตั้งแต่ปีค.ศ.2010 – ค.ศ. 2015 มีการสนับสนุนให้ผู้เสพยาเสพติดปรับเปลี่ยนตนเองจากภาวะการพึ่งพายาเสพติด ตลอดจนให้นำหลักชุมชนบำบัดมาผสมผสาน ทั้งนี้หลักการดูแลและบำบัดรักษาในภาวะเรื้อรังนั้นจะต้องทำให้ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกับหลักการลดอุปสงค์อีกด้วย

มาตรการที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหานี้ ก็สืบเนื่องมาจากการใช้มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยลดปริมาณความถี่ในการฉีดยาเสพติด การลดการใช้สารเสพติดแบบชั่วคราวหรือถาวร และเป็นการลดความเสี่ยงในการติดโรคที่มาจากไวรัสที่ติดต่อทางโลหิตอีกด้วย

ในปีค.ศ.2010 มีสถิติโดยประมาณว่ามีผู้เสพยาเสพติดประเภทฝิ่นถึง 46,000 คน ที่ใช้สารทดแทนในประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเขาสามารถเข้าร่วมทั้งโครงการลดปริมาณและเลิกการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายได้ ซึ่งถือเป็นแนวทางในการแก้ไขฝิ่นแนวใหม่

นอกจากนี้การนำมาตราการแก้ไขฝิ่นมาใช้นั้น ได้รับการยืนยันจากคนส่วนใหญ่ว่ากระบวนการดังกล่าวมีประสิทธิภาพสำหรับบุคคลผู้ได้รับการบำบัดรักษาทางยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 10 ปี และไม่ปรากฏว่าได้ใช้ยาหรือสารเสพติดที่ผิดกฎหมายอีก (เป็นการใช้นอกเหนือจากการรักษา) แต่ในกรณีของผู้ติดแอลกอฮอล์นั้น ไม่ปรากฏว่ามีเกณฑ์ระบุในเรื่องของการแก้ไขฝิ่นนี้ อย่างไรก็ตามในกรณีของผู้ที่ได้รับสารทดแทนประเภทเมธาโดนและสามารถเลิกอาการติดยาเสพติดประเภทเฮโรอินได้นั้น ต้องใช้เวลาประมาณ 10 ปี เช่นเดียวกัน

เป็นที่ประจักษ์ว่าการทำงานเกี่ยวกับโครงการแจกเข็มเพื่อลดการติดเชื้อไวรัสทางโลหิต และการใช้มาตรการทางสังคมประกอบนั้น ยังถือเป็นแนวทางสำคัญสำหรับนโยบายทางด้านยาเสพติดและการปฏิบัติ ทั้งยังเป็นหนึ่งในโครงการที่ใช้อยู่ในประเทศออสเตรเลีย ในนามของ NSPs (Needle and syringe exchange program)

⁶⁰From “Drug and the Law”, by S. bolt, 2007, Hot Topics Legal issues in plain language, 59, pp.

ประโยชน์ของโครงการดังกล่าวนี้มีมากมาย โดยเป็นการสนับสนุนการลดอันตราย และเป็นการทำให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น ความเสถียรภาพมั่นคงและการลดการใช้ยาเสพติด และเป็นการให้บริการที่ไม่บังคับให้ผู้เสพยาเข้ามาสู่ระบบบำบัดรักษา ทั้งนี้ NSPs ยังเกี่ยวข้องกับการทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ เป็นการสนับสนุนในการควบคุมตนเอง กระตุ้นให้เกิดความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตน จัดหาความรู้เพื่อการป้องกันตนเอง

ซึ่งโปรแกรมแจกเข็มฉีดยาที่สะอาดและปลอดภัยนี้ถือว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างมากในประเทศออสเตรเลียและสามารถลดอัตราการแพร่เชื้อ HIV ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดได้เมื่อเทียบกับอัตราการแพร่ระบาดของโรคที่เกิดในกลุ่มผู้ใช้เข็มฉีดยาที่มีมากกว่า 60 % ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งโครงการแจกเข็มฉีดยาถือว่าผิดกฎหมาย ความสำเร็จของโครงการนี้เองทำให้รัฐบาลต้องหันมาใส่ใจและนำมาตราลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอื่นๆมาใช้มากขึ้น⁶¹

รัฐบาลออสเตรเลียยังมีความลังเลที่จะอนุญาตให้มีสถานที่เพื่อฉีดสารเสพติดอย่างถูกกฎหมาย มีเพียงมลรัฐ New South Wales เท่านั้นที่อนุญาตให้มีสถานที่เพื่อใช้ในการฉีดสารเสพติด และกำหนดกฎหมายเบื้องต้นไว้ด้วย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ารูปแบบการแก้ไขฟื้นฟูแบบใหม่นั้น มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและโปรแกรมต่างๆควรได้รับการตระหนักใส่ใจและนำมาใช้ในปัจจุบัน และควรใช้อย่างผสมผสานเพื่อตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อทำทลายกับปัญหาเสพติด และปัญหาการติดแอลกอฮอล์ในสังคมออสเตรเลีย

3.2) มาตรการทางกฎหมายยาเสพติดในมลรัฐ New South Wales (NSW)

ในมลรัฐ New South Wales ความผิดเกี่ยวกับการครอบครอง การใช้ การผลิต หรือจำหน่ายซึ่งยาเสพติดถือเป็นสิ่งต้องห้ามตามกฎหมาย แต่กฎหมายใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้แก่ The Drug Misuse and Trafficking Act 1985 และมีการออก The Drug Misuse and Trafficking Regulation 2011 ในการวางแนวทางปฏิบัติตาม The Drug Misuse and Trafficking Act 1985 นั้นเอง

The Drug Misuse and Trafficking Act 1985

กฎหมายฉบับนี้ได้แยกประเภทของยาเสพติดซึ่งถือเป็นยาต้องห้ามตามกฎหมาย ทั้งนี้รวมถึงพืชต้องห้ามในกรณีของกัญชา ฝิ่น และพืชที่นำมาสกัดเป็นโคเคน โดยกฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดความผิดไว้สำหรับ

การใช้ยาต้องห้ามตามกฎหมาย

⁶¹ Ibid.

การครอบครองยาต้องห้ามตามกฎหมาย

จัดหาหรือจัดจำหน่ายซึ่งยาต้องห้ามตามกฎหมาย ทั้งนี้ความรุนแรงของโทษขึ้นอยู่กับปริมาณของยาที่เกี่ยวข้อง

ทำการเพาะปลูกและครอบครองพืชต้องห้าม

ผลิตยาต้องห้ามตามกฎหมาย

ชักชวนหรือเป็นส่วนหนึ่งในการกระทำความผิดอันเกี่ยวกับยาและพืชต้องห้ามตามกฎหมาย

ยาที่ต้องห้ามตามกฎหมายฉบับนี้กำหนดไว้ในตารางซึ่งรวมทั้งยาเสพติดที่มีการใช้ทั่วไป อาทิเช่น กัญชา เฮโรอีน ยาอี และแอมเฟตามีน LSD โคเคน และเมธาโดนอีกด้วย

โครงการให้บริการทางการแพทย์ศูนย์ฉีดยา

The Drug Misuse and Trafficking Regulation 2006 ได้ให้อำนาจอธิบดีกรมสุขภาพที่จะอนุญาตให้มีโครงการจัดหาเข็มฉีดยาที่สะอาดแก่บุคคล หรือกลุ่มบุคคลใดๆที่จะดำเนินโครงการดังกล่าว ภายใต้กฎเกณฑ์ที่อนุญาตให้ยกเว้นความผิดแก่บุคคลตามกฎหมาย The Drug Misuse and Trafficking Act 1985 โดยบุคคลนั้นอาจจะทำหน้าที่ในการจัดหาเข็มและกระบอกฉีดยาครอบครองและจัดหาอุปกรณ์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจจะให้ข้อมูลที่เชื่อมโยงกับโครงการ นอกจากนี้ The Drug Misuse and Trafficking Regulation 2006 ยังยกเว้นเกสัชกรหรือบุคคลใดซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของเกสัชกรจากความผิดอีกด้วย ทั้งรวมไปถึงเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ในศูนย์ฉีดยาหนึ่งด้วย

การอนุมัติในการจัดตั้งศูนย์ฉีดยานั้น ก่อนที่ศูนย์หรือตัวการต่างๆจะให้บริการหรือในกรณีตั้งเครื่องจักรอัตโนมัติ จำต้องขออนุญาตต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุขของมลรัฐ New South Wales ก่อน ทั้งนี้จำเป็นต้องพิจารณาถึงพื้นที่ที่จะให้บริการก่อนที่จะแจ้งความจำนงต่อหน่วยงาน ทั้งยังต้องแจ้งต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ และรัฐบาลท้องถิ่น เมื่อมีการวางแผนจะก่อตั้งศูนย์ให้บริการ⁶²

จุดประสงค์ตามที่กฎหมายได้กำหนดให้มีการจัดตั้งศูนย์บริการนั้นมีดังต่อไปนี้

1. ลดจำนวนการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด (Overdose)
2. เพื่อจัดหาช่องทางในการบำบัดรักษาและให้คำปรึกษาสำหรับลูกค้าของศูนย์ฉีดยาที่ได้รับอนุญาต
3. เพื่อลดจำนวนการทิ้งเข็มกระบอกฉีดยาและร่องรอยการฉีดยาเสพติดในสถานที่สาธารณะ

⁶² From Needle and syringe program policy and guidelines for NSW (pp.6), by NSW Department of Health, 2006. Copyright 2006 by NSW Department of Health.

4. เพื่อช่วยลดจำนวนการแพร่ระบาดของโรคที่ติดต่อทางโลหิต อาทิเช่น HIV ไวรัสตับอักเสบบี⁶³

โดยกฎหมายได้วางเงื่อนไขและข้อจำกัดในการออกใบอนุญาตไว้ดังนี้

1. การออกใบอนุญาตนี้เพื่อใช้ในการดำเนินการจัดตั้งศูนย์ฉีดฯ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้มีอำนาจซึ่งรับผิดชอบต่อเรื่องดังกล่าวโดยพิจารณาในเรื่องดังต่อไปนี้

1.1 คำวินิจฉัยแผนการบริหารจัดการภายในเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งศูนย์ฯ ทั้งนี้ต้องอยู่ในมาตรฐานที่น่าพอใจ

1.2 ต้องได้รับการยอมรับจากชุมชนและระดับรัฐบาลท้องถิ่น ในกรณีที่จะจัดตั้งศูนย์บริการฉีดฯ

1.3 สถานที่ที่จะใช้เป็นศูนย์บริการฉีดฯ มีความเหมาะสมโดยคำนึงถึงต่างๆที่เกี่ยวข้องดังนี้

สุขลักษณะและความปลอดภัย

ทำเลที่ตั้งเห็นได้ชัดเมื่อมองจากถนน

ความใกล้กับโรงเรียน ศูนย์ดูแลเด็ก และศูนย์กลางชุมชน

รวมทั้งสิ่งต่างๆที่ทำให้บรรลุจุดประสงค์ของกฎหมายฉบับนี้

2. หากแผนการเกี่ยวกับยาเสพติดในชุมชนนั้นเกี่ยวข้องกับพื้นที่ซึ่งจะดำเนินการจัดตั้งศูนย์บริการผู้มีหน้าที่รับผิดชอบจำต้องให้ความเห็นโดยพิจารณาตามหลักในข้อ 1.2 และ 1.3 ประกอบกัน⁶⁴

ระยะเวลาในการได้รับใบอนุญาต

โดยปกติใบอนุญาตใช้ได้จนกว่าจะสละหรือถูกเพิกถอน เว้นแต่มีคำสั่งให้ระงับชั่วคราว ผู้ถือใบอนุญาตอาจจะขอคำแนะนำกับเจ้าหน้าที่ หรือตัวแทนเกี่ยวกับการสละสิทธิในใบอนุญาต⁶⁵

เงื่อนไขตามกฎหมาย

ทั้งนี้กฎหมายได้วางเงื่อนไขไว้ใน 2 กรณีคือกรณีทั่วไปและกรณีเงื่อนไขตามกฎหมายโดยเงื่อนไขทั่วไปนั้นมีหลักดังนี้

⁶³ ดู Art 36B of Drug Misuse and Trafficking Act 1985.

⁶⁴ ดู Art 36F of Drug Misuse and Trafficking Act 1985.

⁶⁵ ดู Art 36G of Drug Misuse and Trafficking Act 1985.

ใบอนุญาตที่ออกให้ในแต่ละเงื่อนไขนั้นอาจจะกำหนดระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดได้ โดยเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้อาจจะระบุในใบอนุญาตนั้นเองหรือปรากฏในคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรที่ส่งให้แก่ผู้ได้รับใบอนุญาตก็ได้ ทั้งนี้การออกคำสั่งเจ้าหน้าที่ไม่จำเป็นต้องปรึกษากับผู้ได้รับอนุญาตก่อน⁶⁶

เงื่อนไขตามกฎหมายมีการระบุไว้ว่า

ห้ามเด็กเข้าไปในศูนย์บริการ หรือส่วนหนึ่งของศูนย์ที่ใช้เพื่อจำหน่าย (นิตยา) โดยกฎหมายได้ให้นิยามของเด็กว่าเป็นบุคคลที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ทั้งนี้กฎการบริหารจัดการภายในจะต้องตรวจสอบได้อีกด้วย⁶⁷

การติดตามผู้ได้รับใบอนุญาต

1. เจ้าหน้าที่อาจจะจัดลำดับในการเยี่ยมชมศูนย์บริการ โดยกำหนดช่วงระยะเวลาตามลำดับ
2. เจ้าหน้าที่ต้องดำเนินการตรวจตราฐานะทางเศรษฐกิจของศูนย์บริการ หรือในกรณีที่ปรากฏว่าระดับการให้บริการต่ำกว่า 75 เปอร์เซ็นต์ตามที่ระบุไว้ในกฎระเบียบ

3. กฎระเบียบที่อ้างในข้อ 2 นั้น อาจจะพิจารณาจากระดับการให้บริการในจำนวนที่แน่นอนของลูกค้าที่เข้ารับบริการในช่วงเวลาใดๆ หรืออาจจะพิจารณาถึงระดับการให้บริการโดยวิธีอื่นๆ

4. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอาจจะเพิกถอนใบอนุญาต ถ้าหลังจากการพิจารณาตามข้อ 2 และให้ความเห็นว่าศูนย์บริการนั้น ไม่มีการเคลื่อนไหวทางเศรษฐกิจอย่างเห็นได้ชัด⁶⁸

การเพิกถอนใบอนุญาต

เจ้าหน้าที่อาจจะเพิกถอนใบอนุญาตของศูนย์ให้บริการนิตยาโดยเหตุดังต่อไปนี้

1. เจ้าหน้าที่มีข้อมูลอย่างชัดเจนว่ามีสถานที่อื่นที่มีความเหมาะสมที่จะได้รับใบอนุญาตมากกว่า

2. เจ้าหน้าที่มีข้อมูลอย่างชัดเจนว่าผู้ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ไม่เหมาะสมที่จะได้รับใบอนุญาต หรือในกรณีที่ผู้ได้รับใบอนุญาตเป็นบริษัท หากเจ้าของหรือผู้ซึ่งเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการบริษัทเป็นผู้ไม่เหมาะสมที่จะได้รับใบอนุญาต⁶⁹

การยกเว้นความรับผิดชอบ

การยกเว้นความรับผิดชอบนั้นกฎหมายได้วางหลักยกเว้นความรับผิดชอบทางอาญาไว้ 2 กรณีคือ

1.กรณียกเว้นความรับผิดชอบทางอาญาให้แก่ผู้ใช้บริการศูนย์ให้บริการนิตยา

⁶⁶ดู Art 36H of Drug Misuse and Trafficking Act 1985.

⁶⁷ดู Art 36I of Drug Misuse and Trafficking Act 1985.

⁶⁸ดู Art 36K of Drug Misuse and Trafficking Act 1985.

⁶⁹ดู Art 36KA of Drug Misuse and Trafficking Act 1985.

1.1 การกระทำต่อไปนี้ไม่ถือเป็นความผิดสำหรับผู้ที่อยู่ในศูนย์ให้บริการนิตยา
 ครอบครองยาเสพติดในปริมาณไม่เกินกว่าที่กฎหมายกำหนด
 ครอบครองอุปกรณ์ที่ใช้ในการใช้ยาเสพติด หรือ
 จัดหาหรือพยายามจะจัดหาให้ตนเองได้ใช้ยาเสพติดในปริมาณไม่เกินกว่าที่
 กฎหมายกำหนด

1.2 ในกรณีที่บุคคลใดอยู่ในศูนย์ให้บริการนิตยา
 เป็นผู้มียาเสพติดไว้ครอบครองในปริมาณไม่เกินกว่าที่กฎหมายกำหนด
 เป็นผู้ครอบครองอุปกรณ์ที่ใช้ในการใช้ยาเสพติด หรือ
 เป็นผู้จัดหาหรือพยายามจะจัดหาให้ตนเองได้ใช้ยาเสพติดในปริมาณไม่เกินกว่าที่
 กฎหมายกำหนด

ไม่ถือเป็นความผิดตามมาตรา 10, 11 หรือ 12 หรือความผิดอื่นๆที่ระบุไว้ใน
 กฎกระทรวงด้วยเหตุดังที่กล่าวมาเบื้องต้น

1.3 ในกรณีดังกล่าวต่อไปนี้ไม่นับเป็นการคุ้มครองให้พ้นจากการใช้ดุลยพินิจของ
 ตำรวจในการจับกุมบุคคลใดๆในข้อหาความผิดตามมาตรา 10 หรือ 11 ในกรณีต่อไปนี้
 ครอบครองยาเสพติดผิดกฎหมาย
 ครอบครองอุปกรณ์ที่ใช้ในการเสพยาเสพติด

ในระหว่างที่บุคคลนั้นเดินทางไปยังหรือมาจากศูนย์ให้บริการนิตยา หรืออยู่ในบริเวณ
 ใกล้เคียงกับศูนย์ให้บริการนิตยาเสพติดที่ได้รับใบอนุญาต รวมถึงการใช้ดุลยพินิจตามแนวปฏิบัติ
 ของตำรวจอีกด้วย

2. กรณียกเว้นความรับผิดชอบทางอาญาให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ให้บริการนิตยา
 แม้การกระทำดังต่อไปนี้จะเป็นความผิดตามพระราชบัญญัตินี้หรือ กฎหมายอื่นๆ
 กรณีที่บุคคลใดเกี่ยวข้อง เข้าร่วม หรือมีส่วนร่วมในการกระทำใดๆในศูนย์ให้บริการ
 นิตยาที่ได้รับอนุญาต ผู้นั้นไม่มีความผิดตามกฎหมาย และ ไม่ถือเป็นความผิดตามมาตรา 14 หรือ
 19 หรือความผิดตามมาตราใดๆ เพราะการอันกล่าวมาเบื้องต้น⁷⁰

ทั้งนี้ The Drug Misuse and Trafficking Regulation 2006 ยังได้บัญญัติ กรณียกเว้น
 ความผิดให้แก่เภสัชกร และบุคคลากรในการควบคุมของเภสัชฯ ซึ่งปฏิหน้าที่ทางวิชาชีพในการ
 ดำเนินการในศูนย์ให้บริการฯ จากความผิดทางอาญาก็ด้วย⁷¹

⁷⁰ ดู Art 36N -36O of Drug Misuse and Trafficking Act 1985.

⁷¹ ดู Part 4 of Drug Misuse and Trafficking Regulation 2006.

บทที่ 4

วิเคราะห์แนวทางพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติ ต่อผู้กระทำผิดยาเสพติดในประเทศไทย

เมื่อศึกษาความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาเสพติดของประเทศไทย ร่วมด้วย แนวคิดทฤษฎี และมาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำผิดยาเสพติด ตลอดจนแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด หลักสากล และหลักสิทธิมนุษยชนของประเทศไทย และต่างประเทศ อาทิเช่น ประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายแบบประมวลกฎหมาย ได้แก่ ประเทศโปรตุเกส ประเทศมาเลเซีย และประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายจารีตประเพณีดังกล่าวมาแล้วนั้น ผู้เขียนเห็นว่า มีประเด็นที่ควรพิจารณาเพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำผิดยาเสพติดของประเทศไทยต่อไปดังนี้

4.1 วิเคราะห์มาตรการทางกฎหมายในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ของประเทศไทยกับมาตรการทางกฎหมายของต่างประเทศ

4.1.1 ปัญหาและอุปสรรคของมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้กระทำความผิดยาเสพติด

(1) ขั้นตอนก่อนไปสู่ศาล

ปัญหาในขั้นตอนนี้เกี่ยวข้องกับเจ้าพนักงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกฎหมาย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาเรื่องการละเมิดสิทธิ เช่นจากการตรวจค้น การตรวจปัสสาวะ การจับกุม การต่อรองให้ เป็นสายแลกับอัยการ รวมไปถึงการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบรูปแบบต่างๆ ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นผลอันเนื่องมาจากนโยบายในการแก้ปัญหายาเสพติดของรัฐบาล ที่มุ่งเน้นการกำหนด เป้าหมายและการประเมินผลเป็นตัวเลข ซึ่งหากพิจารณาเรื่องข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลา บประมาณ บุคลากร ทำให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเร่งปฏิบัติให้ได้ตามเป้าหมายโดยไม่เน้นคุณภาพ ทำให้การรายงานได้ข้อมูลที่อาจจะไม่ใช่ตัวเลขตามความเป็นจริง และขาดความรอบคอบ ในการดำเนินการ ทั้งพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2519 ได้กำหนดอำนาจเจ้าหน้าที่ไว้เป็นพิเศษตามมาตรา 14 และมาตรา 15 ทั้งยังเป็นปัญหาในการนับระยะเวลา ตามที่กฎหมายได้กำหนดระยะเวลาในการควบคุมตัวผู้ถูกจับ ไว้เพื่อทำการสอบสวนไม่เกิน 3 วัน เป็นต้น

(2) ขั้นตอนของกระบวนการบำบัดฟื้นฟู

(2.1) ระบบสมัครใจ

ตามที่ได้ศึกษาและวิเคราะห์มาเบื้องต้นพบว่า สาเหตุที่ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่ ไม่เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ นอกจากไม่เห็นความจำเป็นของการเข้ารับการบำบัดรักษาแล้ว บางส่วนก็มีความรู้สึกอับอายและไม่กล้าแสดงตนว่าเสพยาหรือติดยาเสพติด จึงอาจกล่าวได้ว่าปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้เสพเข้ารับการบำบัดรักษานั้น คือเจตคติและมุมมองของคนในสังคมและผู้ให้การบำบัดรักษาที่แสดงต่อผู้ป่วย ทั้งยังพบปัญหาที่เกิดจากบทบัญญัติของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ดังต่อไปนี้

มาตรา 94 ที่เปิดโอกาสให้สมัครใจเข้าบำบัดเอง โดยต้องเป็นกรณีที่มีความผิยยังไม่ปรากฏต่อเจ้าพนักงาน แต่บทบัญญัติดังกล่าวนี้ไม่สอดคล้องกับระบบสมัครใจบำบัด เพราะตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ถือว่า ผู้เสพยาเสพติดมีความผิดตั้งแต่ถูกจับกุม ทั้งเมื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 แต่ผลของการบำบัดไม่เป็นที่พอใจ ก็ต้องกลับไปดำเนินคดีตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 อีกครั้ง

ผู้เขียนเห็นว่า ควรจะเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติด เข้ารับการบำบัดรักษาโดยสมัครใจได้ทั้งในสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ตลอดจนสถานที่เพื่อการบำบัดฟื้นฟูทั้งของรัฐและเอกชน ที่ได้รับอนุญาตตามขั้นตอนการดำเนินการจัดตั้งสถานพยาบาลตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

(2.2) ระบบบังคับบำบัด

ปัญหาที่เกิดจากบทบัญญัติของพระราชบัญญัติ ซึ่งควรมีการศึกษาทบทวนโดยสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

พนักงานสอบสวนมักไม่อยากทำสำนวนคดีฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพราะเป็นภาระยุ่งยากมากกว่าติดยาเสพติดทั่วไป ที่พนักงานสอบสวนสามารถทำสำนวนฟ้องวาจา เพื่อส่งฟ้องผู้ต้องหาต่อศาลแขวงให้แล้วเสร็จได้ภายในวันเดียว แต่หากเป็นคดีฟื้นฟูพนักงานสอบสวนต้องทำสำนวนเต็มรูปแบบ และต้องรีบนำตัวผู้ต้องหาส่งศาลภายใน 48 ชั่วโมง ทั้งเมื่อส่งตัวผู้ต้องหาต่อศาลแล้ว พนักงานสอบสวนก็ต้องกลับมาทำสำนวนต่อไปเต็มรูปแบบ จนเสร็จสิ้นแล้วจึงส่งสำนวนให้พนักงานอัยการพิจารณา ในท้ายที่สุดเมื่อผู้ต้องหาผ่านการฟื้นฟูแต่มีผลไม่เป็นที่พอใจ พนักงานอัยการก็จะมีคำสั่งยุติการดำเนินคดีและแจ้งกลับมายังพนักงานสอบสวน ทำให้พนักงานสอบสวนเกิดความารู้สึกว่าต้องทำสำนวนการสอบสวนเต็มรูปแบบโดยเปล่าประโยชน์

ปัญหาการที่กฎหมายไม่ได้กำหนดให้มีวิธีการคัดกรองผู้เสพหรือติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู แต่บังคับให้ผู้ต้องหาทุกรายที่ต้องหาว่าเสพยาเสพติดตามฐานความผิดที่กฎหมายกำหนดต้องเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู

ปัญหาการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ไม่ได้มีการดำเนินการในลักษณะของผู้ป่วยโรคสมองติดยา ถือเป็นเรื่องไม่ถูกต้อง และผลการรักษาผู้ติดยาเสพติดไม่สามารถดูได้จากการใช้ยาเสพติดเด็ดขาด เนื่องจากการรักษาผู้ติดยาเสพติดมีลักษณะเช่นเดียวกับการรักษาโรคทั่วไป มีโอกาสที่จะกลับมาติดยาเสพติดหรือมีอาการของโรคกำเริบได้อีก ทั้งยังต้องติดตามผลการรักษา พร้อมการพิจารณาปัจจัยอื่นๆประกอบด้วย

แผนและระยะเวลาการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดแต่ละราย ไม่มีความยืดหยุ่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับอาการของผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดแต่ละรายที่มีสภาพแตกต่างกัน

ผู้เขียนเห็นว่าควรส่งเสริมและสนับสนุน ให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเข้าใจแนวทางปฏิบัติงาน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน ทั้งควรจะมีกระบวนการคัดกรองเบื้องต้นก่อน โดยดำเนินการในรูปคณะกรรมการซึ่งเป็นสหวิชาชีพ เพื่อคัดกรองว่าผู้ต้องหารายใดที่สมควรหรือไม่ควรเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูแต่ควรส่งดำเนินคดี ทั้งนี้เพราะบางรายไม่มีความจำเป็นต้องเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูเต็มรูปแบบ เช่นผู้เสพยาเสพติดเป็นครั้งแรกด้วยความอยากรู้อยากทดลอง เป็นต้น

ทั้งการพิจารณาตัวชี้วัดผลการรักษานั้น ต้องดูปัจจัยอื่นๆประกอบด้วย โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับลักษณะของโรคสมองติดยา ซึ่งในกรณีนี้อาจต้องอาศัยกระบวนการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์ โรงพยาบาลจึงควรนำมาพิจารณาให้เป็นสถานที่ตรวจพิสูจน์ เพื่อเป็นการเน้นย้ำกระบวนการตรวจพิสูจน์ว่าผู้เสพยาเป็นผู้ป่วยอย่างแท้จริง และควรแก้ไขบทบัญญัติให้มีความยืดหยุ่นในการกำหนดแผนการบำบัด และระยะเวลาการบำบัดฟื้นฟู โดยขึ้นอยู่กับดุลพินิจของคณะกรรมการฟื้นฟูฯ ที่จะกำหนดระยะเวลาในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาและผู้ติดยาเสพติดแต่ละรายที่มีสภาพแตกต่างกัน

4.1.2 แนวทางพัฒนามาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้กระทำความผิดยาเสพติด โดยการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาดำเนินการ

1) แนวทางพัฒนามาตรการทางกฎหมายโดยศึกษามาตรการของกฎหมายต่างประเทศ จากการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ในแต่ละประเทศดังกล่าวมาเบื้องต้น จะเห็นได้ว่าทุกประเทศมีการนำมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้แตกต่างกันไป ทั้งมีการประกาศแนวนโยบายอย่างชัดเจน ในประเทศโปรตุเกส แคนาดา และออสเตรเลีย และในประเทศมาเลเซียแม้จะไม่มีมีการประกาศนโยบายชัดเจนมากนัก แต่เมื่อศึกษาแนวปฏิบัติของประเทศมาเลเซียแล้ว ก็จะพบว่ามีการนำมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาดำเนินโครงการแก่ผู้เสพยาเสพติดเช่นกัน โดยมาตรการของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ดังนี้

(1) มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของประเทศโปรตุเกส

นโยบายเกี่ยวกับยาเสพติด Harm Reduction Program นั้น มีการดำเนินการโดยประธาน Secretary of State แห่ง Council of Ministers ซึ่งอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของนายกรัฐมนตรี โดยตรง ทำหน้าที่ในการรวบรวมสถิติและเป็นศูนย์เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเสพติด จะปฏิบัติงานร่วมกับสำนักงานของกลุ่มประเทศยุโรป หรือ European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) ทำหน้าที่ในการสนับสนุนและกระตุ้นการประชาสัมพันธ์การต่อต้านยาเสพติด (Counter narcotics public service advertising campaigns) ตามนโยบาย Harm Reduction Program ดำเนินการโดย Minister of Health จะเป็นผู้จัดการบริหารเกี่ยวกับการแจกจ่าย เข็มฉีดยา (Needle exchange หรือ Needle and Syringe Program NSPs program) การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา (Psychiatric) การแจกจ่ายยาเมทาโดน (Methadone) และการถอนยา (Detoxification program) รวมถึงการให้บริการในการถอนยาแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับผู้เสพยาเสพติดที่ประสงค์จะเข้ารับการรักษาด้วย ส่วนมาตรการทางกฎหมายรัฐได้ออก Decree-Law 183/2001 เพื่อดำเนินมาตรการลดอันตรายอีกด้วย

(2) มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของประเทศมาเลเซีย

โปรแกรมบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพของประเทศมาเลเซีย อยู่บนพื้นฐานของการบริหารจัดการโดยสถาบันของรัฐ โดยมีศูนย์บำบัดรักษาทั้งสิ้น 29 แห่งในประเทศ ต่อมาเริ่มมีการนำการรักษาทางการแพทย์และการใช้ยามาบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยเริ่มต้นจากการปฏิเสธการใช้สารทดแทน ตามด้วยเริ่มใช้สารทดแทนหลักที่สำคัญได้แก่ บูพรีนอร์ฟิน (Buprenorphine) และ เมธาโดน (Methadone) และเริ่มมีการเปิดโอกาสให้องค์กรอิสระในการให้บริการบำบัดรักษา รวมถึงผู้ที่ได้รับอนุญาตที่เป็นเอกชนอีกด้วย ทั้งนี้มาเลเซียต้องการที่จะบรรลุเป้าหมาย ที่องค์การสหประชาชาติกำหนดไว้ในเรื่องการยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในปี ค.ศ.2006 ดังนั้นรัฐบาลจึงดำเนินโครงการแจกเข็มที่สะอาด (Needle and Syringe Exchange Program – NSPs) ใน 3 เมืองของประเทศและรัฐบาลได้ตัดสินใจที่จะขยายโครงการดังกล่าวให้ทั่วถึงและใกล้เคียงกับโปรแกรมบำบัดโดยใช้เมธาโดน ซึ่งในปี ค.ศ.2007 ก็ได้ขยายโครงการแจกเข็มในอีก 6 เมืองของประเทศอีกด้วย

(3) มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของประเทศแคนาดา

นโยบายด้านยาเสพติดของแคนาดานั้น ได้ก้าวตามอย่างช้าๆกับนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของประเทศยุโรปตะวันตก ซึ่งคณะกรรมการด้านกฎหมายของแคนาดานั้น ได้วิเคราะห์ถึงผลของการทำให้การใช้ยาเสพติดเป็นสิ่งถูกกฎหมาย รัฐบาลแคนาดาได้มีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยอนุญาตให้การครอบครองและเสพ

กัญชาในปริมาณที่น้อยได้ นอกจากนี้แคนาดายังได้นำเอานโยบายสำหรับผู้ติดเฮโรอีน โดยควบคุมการเสพยาโดยใช้ใบสั่งยา ซึ่งได้นำมาทดลองใช้ปฏิบัติที่เมืองโตรอนโต แวนคูเวอร์ และมอนทรีออล เพื่อที่จะศึกษาถึงผลทางด้านสุขภาพและอาชญากรรม ซึ่งโครงการดังกล่าวนี้รัฐบาลแคนาดานำแนวคิดดังกล่าวมาจากประเทศสวิสเซอร์แลนด์ ทั้งยังมีการร่างกฎหมายเป็น Model Law เกี่ยวกับการนำมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) อีกด้วย

(4) มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของประเทศออสเตรเลีย

สำหรับแนวทางในการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดนั้น ได้มีการนำนโยบาย Harm Reduction มาใช้อย่างจริงจัง เช่น นโยบายของมลรัฐ New South Wealth เรื่อง Health Drug and Alcohol clinic policy เป็นต้น โดยนโยบายดังกล่าวมีวัตถุประสงค์หลายประการควบคู่กันไป เช่น การลดการแพร่ระบาดของผู้ติดเชื้อเอดส์ อันเนื่องมาจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันของผู้ติดเชื้อเอดส์ รวมถึงการลดการใช้งบประมาณในการบริหารกระบวนการยุติธรรมที่ทุ่มเทไปกับการปราบปรามต่างๆ ที่ไม่มีผลสัมฤทธิ์ที่น่าพอใจ รัฐบาลออสเตรเลียจึงเริ่มนำนโยบายการแจกจ่ายเข็มฉีดยาที่สะอาด (Needle and Syringe Program – NSPs) โดยมีกฎหมาย The Drug Misuse and Trafficking Act 1985 และ The Drug Misuse and Trafficking Regulation 2006 ควบคุม โดยปัจจุบันมีการดำเนินโครงการดังกล่าวอย่างกว้างขวาง และมีประสิทธิภาพในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ลงอย่างมาก นอกจากนี้ยังมีการแจกจ่ายสารเสพติดที่มีฤทธิ์คล้ายฝิ่น เพื่อรักษาและบำบัดผู้เสพยา (Opioid substitution treatment) ด้วย โดยการใช้สารทดแทนประเภท Methadone และ Buprenorphine กับผู้เสพยา ซึ่งการใช้สารทดแทนจะช่วยทำให้มีการใช้เข็มฉีดยาลดลง และเป็นการลดการแพร่เชื้อเอชไอวี อีกด้วย

นอกจากนี้ออสเตรเลียยังมีการจัดตั้งศาลยาเสพติด (Drug Court) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการกระทำผิดซ้ำของผู้ติดยาเสพติด ตลอดจนความผิดที่เกี่ยวข้องกับความผิดที่สืบเนื่องมาจากยาเสพติด ศาลยาเสพติดจะมีบทบาทในการบังคับบำบัดผู้ติดยาเสพติดภายใต้เงื่อนไขที่ผู้เข้ารับการบำบัดต้องปฏิบัติตาม

โดยสรุป ในกรณีของประเทศไทยรูปแบบในการใช้แนวคิดการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) เมื่อพิจารณาจากนโยบายของประเทศต่างๆ ประกอบกันแล้ว ประเทศไทยน่าจะได้นำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษา โดยการหาข้อมูลที่ทันสมัยประกอบกับการค้นคว้าและพัฒนาอย่างจริงจัง ทั้งนี้ อาจจะต้องมีการศึกษาทบทวนทั้งเรื่องของสถานะของผู้ติดยาเสพติด สิทธิมนุษยชนและสิทธิของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิทธิที่ผู้ติดยาเสพติดควรจะได้รับ การรับรอง ทั้งต้องศึกษาถึงองค์การที่มีบทบาทต่อการกำหนดนโยบายของประเทศในเรื่องยาเสพติด ความรู้ความสามารถของบุคลากร การประชาสัมพันธ์เพื่อลดมายาคติของสังคม การติดตามผู้ติดยาเสพติดในฐานะของ

อาชญากร และสร้างความเข้าใจหัวใจสำคัญของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่อาจจะมีใช้ การเลิกยาเสพติดอย่างทันทีทันใด แต่เป็นการลดผลกระทบทางลบอันอาจเกิดจากการใช้ยาเสพติด ทั้งนี้เพื่อให้มีการอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข การยอมรับว่ายาเสพติดไม่สามารถหายไปจากสังคมได้อย่างถาวร โดยต้องควบคุมปัญหาเสพติดนั้นไม่ให้มีอิทธิพลต่อประชากร และการพัฒนาของประเทศ

ทั้งนี้การศึกษามาตรการของต่างประเทศถือเป็นทางเลือก ในการขับเคลื่อนนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศ ทั้งนี้เพราะเราสามารถศึกษาผลกระทบของมาตรการต่างๆ ที่ได้มีการทดลองนำร่องในประเทศต่างๆ โครงการใดที่สัมฤทธิ์ผลก็สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับสังคมไทยได้ ทั้งนี้ต้องขึ้นกับปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมและกรอบการดำเนินชีวิตอีกด้วย ทั้งโครงการต่างๆที่จะนำมาใช้กับผู้ติดยาเสพติดก็ต้องขึ้นกับสภาพปัญหาของผู้ติดยาเสพติดเป็นสำคัญ เพราะผู้ติดยาเสพติดแต่ละชนิดก็มีปัญหาและกระบวนการบำบัดรักษาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้รัฐในฐานะที่ต้องจัดการบริการทางสาธารณสุขแก่ประชาชนของประเทศ จึงต้องจัดเตรียมความพร้อมของโครงการในหลายๆด้านเพื่อรองรับกับทุกสภาพปัญหา

2) แนวทางพัฒนามาตรการทางกฎหมายโดยใช้โครงสร้างของความผิดอาญา มาตรการบังคับทางอาญา และทฤษฎีอาญาเป็นเครื่องมือ

จากการที่ได้ศึกษามาแล้วว่าโครงสร้างของความผิดอาญาของระบบซีวิลล์ลอว์ ซึ่งเป็นระบบกฎหมายที่ประเทศไทยใช้อยู่ นั้น ประกอบด้วยข้อสาระสำคัญ 3 ประการ อันได้แก่

- (1) การครอบงำประกอบที่กฎหมายบัญญัติ
- (2) ความผิดกฎหมาย และ
- (3) ความชั่ว

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในเรื่องโครงสร้างของความผิดอาญาของกฎหมายอาญาเสพติด ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ของผู้ติดยาเสพติดแล้ว ผู้เขียนเห็นว่าหลักการพิจารณาได้ดังนี้

มาตรา 91 “ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 57 หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 อันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 58 ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ หกเดือนถึงสามปี หรือปรับตั้งแต่หกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”¹

¹ดู พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522.

มาตรา 57 “ห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 หรือประเภท 5”.

มาตรา 58 “ห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 2 เว้นแต่การเสพนั้นเป็นการเสพเพื่อการ

คุณธรรมทางกฎหมายของความผิดฐานนี้ คือ “ความปลอดภัยของสังคม” โดยความปลอดภัยของสังคม ในความผิดฐานนี้เป็นคุณธรรมทางกฎหมายที่เป็นส่วนรวม เพื่อความสงบสุขปลอดภัยและปราศจากอันตรายที่จะตามมาจากปัญหายาเสพติด

การครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ

องค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติของความผิดฐานนี้ คือ การที่บุคคลเสพยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือ ประเภท 2

องค์ประกอบภายนอก

องค์ประกอบภายนอกของความผิดฐานนี้ คือ การที่บุคคลเสพยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือ 2

“ผู้กระทำ” คือ มนุษย์ซึ่งกฎหมายไม่จำกัดว่าเป็นใคร

“การกระทำ” คือ “การเสพ”

“การเสพ” หมายความว่า “การรับยาเสพติดให้โทษเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าโดยวิธีใด

“ยาเสพติดให้โทษประเภท 1” คือ “ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin)

“ยาเสพติดให้โทษประเภท 2” คือ ยาเสพติดทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (Morphine) โคคาอีน (Cocaine) โคเดอีน (Codeine) ฝิ่นยา (Medical opium)

องค์ประกอบภายใน

องค์ประกอบภายในของความผิดฐานนี้ คือ เจตนาเสพยาเสพติดให้โทษ

“กระทำโดยเจตนา” ได้แก่กระทำโดยรู้สำนึกในการที่กระทำและในขณะที่เดียวกัน ผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือย่อมนឹងเห็นผลของการกระทำนั้น²

ความผิดกฎหมายของฐานความผิด

“ความผิดกฎหมาย” เป็นสาระสำคัญที่เหมือนกันของความผิดอาญาทุกฐาน หรือเป็นข้อสาระสำคัญประการหนึ่งของโครงสร้างของความผิดอาญา ในความผิดกฎหมายมีความไม่ถูกต้องของการกระทำ กรณีใดที่การกระทำใดเป็นการกระทำที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้ เช่น การกระทำอันเป็นการป้องกันโดยชอบด้วยกฎหมาย การกระทำนั้นย่อมไม่เป็นการกระทำที่เป็น

รักษาโรคตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตตามมาตรา 17”.

²ดู ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 59.

“ความผิดกฎหมาย” และเมื่อกรณีเป็นการกระทำที่ไม่เป็น “ความผิดกฎหมาย” แล้วก็จะลงโทษสำหรับการกระทำนั้นไม่ได้³

เมื่อพิจารณาในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษแล้วพิจารณาได้ว่า ในกรณีนี้มีใช้การกระทำที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้จึงเป็นการ “กระทำที่ผิดกฎหมาย”

ความชั่วของฐานความผิด

“ความชั่ว” หมายถึง เลว ทรมาน ร้าย ไม่ดีเพราะจงใจฝ่าฝืนศีลธรรมหรือจารีตประเพณี เป็นต้น⁴

ความชอบธรรมในการลงโทษผู้กระทำอยู่ที่ว่า ผู้กระทำได้กระทำในสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับโดยรู้อยู่แล้วว่าเป็นเช่นนั้น ผู้กระทำจึงต้องถูกดำเนินโทษเพราะในกรณีนั้นผู้กระทำสามารถที่จะตัดสินใจกระทำในสิ่งที่ถูกต้องได้ แต่ผู้กระทำมิได้ตัดสินใจดังกล่าว หากแต่ได้ตัดสินใจที่จะกระทำ ความผิดแทน การกระทำของผู้กระทำจึงเป็นการกระทำที่ชั่วที่ต้องถูกดำเนินโทษ ฉะนั้น ความถูกดำเนินโทษหรือ “ความชั่ว” ของการกระทำจึงเป็นข้อสาระสำคัญของความผิดอาญา⁵

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในกรณีที่บุคคลใดเสพยาเสพติดให้โทษ ถือได้ว่าการกระทำของผู้นั้นครบองค์ประกอบของความผิดอาญา ผู้นั้นสมควรได้รับการลงโทษตามกฎหมาย โดยไม่มีกฎหมายกำหนด “เหตุยกเว้น โทษเฉพาะตัว” เอาไว้ ผู้เสพที่ถือเป็นผู้ป่วยก็ต้องรับโทษทางอาญา เสมือนหนึ่งอาชญากรในความผิดฐานอื่นๆ เช่น ความผิดฐานฆ่าคนตายโดยประมาท ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดจะต้องเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมทางอาญา ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลัก “ผู้เสพคือผู้ป่วย” และสถานะของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการศึกษายืนยันแล้วว่า ผู้ติดยาเสพติดเป็นโรคสมองติดยา ที่ควรได้รับการรักษาและฟื้นฟูโดยกระบวนการทางการแพทย์ มิใช่การดำเนินการทางอาญาในขั้นตอนต่างๆ ซึ่งมีอาจเยียวยาผู้ติดยาเสพติดหรือทำให้ผู้ติดยาเสพติดกลับมาเป็นคนดีและไม่หวนกลับไปใช้ยาเสพติดอีกครั้ง

ทั้งนี้ในกรณีของบุคคลากรทางการแพทย์ เกษัชกร และบุคคลากรทางสาธารณสุขนั้น การนิรโทษกรรมแทนแก่ผู้ติดยาเสพติด การแจกเมทาโดนเพื่อผู้ติดยาเสพติดกลืนต่อหน้า ทั้งการแจกเข็มฉีดยาที่สะอาดและอุปกรณ์อื่นแก่ผู้ติดยาเสพติด ล้วนแล้วแต่เป็นความผิดตามกฎหมายยาเสพติดด้วยกันทั้งสิ้น ทั้งในฐานะของผู้จำหน่ายยาเสพติด หรือผู้สนับสนุนให้เสพยาเสพติด ตาม

³ จาก พื้นฐานความรู้เกี่ยวกับกฎหมายอาญา (น. 32), โดยศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นกร, 2553, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

⁴ คู พจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542.

⁵ จาก พื้นฐานความรู้เกี่ยวกับกฎหมายอาญา (น. 32-33), โดยศาสตราจารย์ ดร.คณิต ฒ นกร, 2553, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 86 ซึ่งก่อให้เกิดความไม่มั่นใจในการดำเนิน โครงการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในปัจจุบัน

ดังนั้นผู้เขียนเห็นว่า ควรมีการกำหนดเหตุยกเว้นโทษเฉพาะตัวให้กับผู้ติดยาเสพติด และบุคคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยกำหนดเป็นนโยบายทางอาญา ว่าเป็นผู้ติดยาเสพติด คือ ผู้ป่วยโรคสมองติดยา ประกอบกับเหตุผลทางทฤษฎีฟื้นฟูสมรรถภาพที่มุ่งจะแก้ไขปรับปรุงพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด ให้สามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมอย่างเป็นปกติสุขได้ โดยใช้แนวคิดเบี่ยงเบนออกจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญา โดยการกำหนดให้นำผู้ติดยาเสพติดออกจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญาและเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูที่เหมาะสมแทน โดยนำมาตราการบังคับทางอาญาประเภท “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” มาใช้เป็นมาตรการในการปฏิบัติต่อผู้กระทำผิดยาเสพติด ทั้งยังเป็นการหลีกเลี่ยงมาตรการบังคับทางอาญาประเภท “โทษ” ที่ไม่สามารถแก้ไขเยียวยาผู้ติดยาเสพติดได้

เมื่อศึกษาถึงมาตรการบังคับทางอาญาเรื่องวิธีการเพื่อความปลอดภัย พบว่าประมวลกฎหมายอาญาได้กำหนดมาตรการสำหรับแก้ปัญหาเรื่องยาเสพติดไว้ โดยกำหนดวิธีการเพื่อความปลอดภัยประเภท “คุมตัวไว้ในสถานพยาบาล” ในกรณีของผู้เสพย์สุราเป็นอาฉิมหรือเสพยาเสพติดให้โทษ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามาตรการดังกล่าวเป็น “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” ที่มีเนื้อหาสองประการคือเป็น “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” และในขณะเดียวกันก็เป็น “มาตรการบำบัด” ด้วย ทั้งนี้เพราะการคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลต้องกระทำควบคู่กับการบำบัดผู้นั้น เพื่อให้สังคมมีความปลอดภัยจากผู้นั้นอีกด้วย

อย่างไรก็ตามเมื่อศึกษาถึงแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ที่นานาอารยประเทศนำมาใช้ในการพัฒนามาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำผิดยาเสพติดแล้ว จะเห็นได้ว่า “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” ดังกล่าวที่มีอยู่ในประมวลกฎหมายอาญานี้ เป็นเรื่องของมาตรการทางอาญาที่เป็นมาตรการบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดนั้นหยุดการเสพยาเสพติดอย่างสิ้นเชิง โดยนำผู้นั้นไปควบคุมไว้ในสถานพยาบาล ซึ่งพบว่าวิธีการหยุดการเสพยาเสพติดแบบทันทีทันใดนั้น ไม่สามารถแก้ปัญหาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในรายที่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษและมีอาการของโรคสมองติดยาร่วมด้วย ซึ่งการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในกรณีนี้นั้นพบว่ายังมีอีกหลายมาตรการอันจำเป็นต้องนำมาใช้ประกอบกันนอกจากการควบคุมผู้เสพยาเสพติดไว้ในสถานพยาบาล ทั้งนี้และทั้งนั้นลักษณะพิเศษของมาตรการบังคับทางอาญาประเภท “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” มีลักษณะที่มีความยืดหยุ่นหลากหลาย และไม่จำกัดเฉพาะวิธีการเพื่อความปลอดภัยที่ปรากฏในประมวลกฎหมายอาญาเท่านั้น จึงนับว่าเป็นมาตรการที่เหมาะสมต่อการนำมาปฏิบัติต่อผู้ติดยาเสพติด ซึ่งมีปัญหาแตกต่างกันไป และยังสอดคล้องกับหลัก “ความสมควร

แก่เหตุ” ซึ่งรัฐจะต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับพฤติกรรมแห่งเรื่อง อันเหมาะสมต่อการพัฒนา และการเปลี่ยนแปลงในอนาคตอีกด้วย

ทั้งนี้แนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ควรนำมาใช้ในการ กำหนดแนวทางในการจัดบริการหรือกิจกรรมที่มีความเหมาะสมต่อลักษณะของผู้ติดยาเสพติดแต่ละราย ทั้งยังต้องกำหนดอำนาจหน้าที่ และเหตุยกเว้นโทษของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายในการ จัดบริการให้แก่ผู้ติดยาเสพติด เพื่อก่อให้เกิดความมั่นใจของบุคลากร และเป็นการวางแนวทางการ ปฏิบัติหน้าที่อีกประการหนึ่งด้วย

อย่างไรก็ตามจากการศึกษากฎหมายต้นแบบของต่างประเทศได้แก่ ประเทศแคนาดา ประเทศโปรตุเกส และประเทศออสเตรเลีย ผู้เขียนเห็นว่ารัฐควรพิจารณาในเรื่องดังต่อไปนี้

1. การกำหนดปริมาณสารเสพติดที่เหมาะสมในการใช้ส่วนบุคคล

ในประเทศที่มีความก้าวหน้าทางด้านกรนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ นั้น จะมีการกำหนดปริมาณสารเสพติดสำหรับใช้ส่วนบุคคล โดยจัดทำเป็นตารางแนบท้าย ทั้งนี้ เพื่อกำหนดเงื่อนไขเบื้องต้น ในการนำผู้ติดยาเสพติดออกจากกระบวนการยุติธรรมและนำเข้าสู่ กระบวนการบำบัดฟื้นฟูแทน ทั้งยังเป็นการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของผู้ติดยาเสพติดอีก ประการหนึ่งด้วย

2. การกำหนดเหตุยกเว้นโทษเฉพาะตัวแก่ผู้ติดยาเสพติดและบุคลากร

ในกฎหมายต้นแบบของประเทศแคนาดาได้ มีการกำหนดหลักดังกล่าวไว้อย่างชัดเจน สำหรับผู้ติดยาเสพติดใน มาตรา 4(b) และสำหรับบุคลากรและสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาต ใน มาตรา 5 และในส่วนของกฎหมาย Law30/200-Decriminalisation ของประเทศโปรตุเกสได้ ลดทอนความเป็นอาชญากรรมของผู้เสพยาเสพติดในการส่วนบุคคล (Personal use) โดยถือว่าการ กระทำดังกล่าวเป็นการกระทำที่ขัดต่อมาตรการทางปกครองของฝ่ายบริหาร (a simple administrative offense) เท่านั้น สำหรับประเทศออสเตรเลียนั้นมีการกำหนดเหตุยกเว้นโทษ เฉพาะตัวกับผู้ติดยาเสพติด คณะกรรมการตามกฎหมาย บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ให้บริการนิดยา ที่ได้รับอนุญาต อันรวมไปถึงเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ อย่างชัดเจนใน The Drug Misuse and Trafficking Act 1985 และ The Drug Misuse and Trafficking Regulation 2006 อีกด้วย

ดังนั้นสำหรับประเทศไทยรัฐควรแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย หรือออกบทบัญญัติกฎหมายที่ ชัดเจนเรื่องดังกล่าว ทั้งควรกำหนดองค์การตามกฎหมาย(ที่ปรับปรุง) เพื่อทำหน้าที่คณะกรรมการกึ่ง ศาลในการประเมินแผนการเข้ารับบริการของผู้ติดยาเสพติดอีกด้วย

3. ความสมัครใจในการเข้ารับบริการ

ความสมัครใจของผู้ติดยาเสพติดนั้นถือเป็นหลักการสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากหลักผู้เสพคือผู้ป่วย ดังนั้นผู้ติดยาเสพติดควรมีสิทธิในการแสดงความจำนงเข้ารับบริการทางสุขภาพได้อย่างเสรี ทั้งเมื่อศึกษาจากกฎหมายต่างประเทศ ล้วนแล้วแต่กำหนดเรื่องความสมัครใจของผู้ติดยาเสพติดเป็นสาระสำคัญ เช่น มาตรา 7 ของกฎหมายต้นแบบของประเทศแคนาดา ได้ระบุในเรื่องการสมัครใจในการเข้ารับการรักษาไว้อย่างชัดเจน ดังนี้สำหรับประเทศไทยควรจะทำกรกำหนดในเรื่องความสมัครใจไว้ในบทบัญญัติกฎหมายด้วย แต่อย่างไรก็ตามผู้เขียนเห็นว่าควรกำหนดให้ครอบครัว หรือผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการเข้ารับการรักษา ทั้งในเรื่องการแสดงความเจตนาและการดูแลผู้ติดยาเสพติดในระหว่างเข้ารับบริการ

4. เกณฑ์ของผู้ให้บริการ

ในเรื่องของผู้ให้บริการนั้นอาจจะมีทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ที่เข้าร่วมดำเนินการสำหรับกฎหมายต่างประเทศนั้น พบว่าประเทศแคนาดา โปตุเกส และออสเตรเลีย นั้นมีการเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามาให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งผู้เขียนเห็นว่าการเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นภาคีกับรัฐนั้น นับว่าเป็นเรื่องที่ดีแต่ทั้งนี้จะต้องกำหนดขั้นตอนต่างๆ ในเรื่องของการขออนุญาตเป็นสถานบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้งนี้ควรกำหนดองค์กรภาครัฐในการควบคุมดูแล เข้าเยี่ยมชมและตรวจตราการให้บริการของภาคเอกชน ทั้งนี้อาจจะศึกษาจากการประกอบการของสถานพยาบาลภาคเอกชนเพื่อเป็นแนวทางเป็นต้น

4.2 วิเคราะห์สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย

จากการศึกษาวิจัย สถานะของผู้ติดยาเสพติด หลักสากลและหลักสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นข้อมูลทางสุขภาพของผู้ติดยาเสพติด และการศึกษาหลักสากลอันเป็นที่ยอมรับของนานาอารยประเทศ ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ติดยาเสพติด ตลอดจนการศึกษาสิทธิที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองแก่มนุษย์ในฐานะพลเมืองของรัฐ หรือฐานะผู้ป่วย ที่จำเป็นต้องได้รับบริการทางสาธารณสุขจากรัฐแล้ว ทำให้ผู้เขียนทราบถึงสิ่งที่ควรคำนึงถึง หากจะนำมาตราการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ เพื่อก่อให้เกิดความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานะของผู้ติดยาเสพติด หลักสากลและหลักสิทธิมนุษยชนดังนี้

4.2.1 สถานะของผู้กระทำความผิดยาเสพติดกับบริบททางสังคมไทย

การติดยาเสพติด ถือว่าเป็นความผิดปกติ (Disorder) และเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนมาก ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ติดยานั้นในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะในเรื่องครอบครัว อาชีพการทำงาน การศึกษาเล่าเรียน และสภาพความเป็นอยู่ในสังคมการเข้าไปเสพยาของผู้ติดยาเสพติดนั้น โดย

ธรรมชาติมักมีสาเหตุมาจากการชักนำของสังคม มิใช่แรงผลักดันเฉพาะตัวของผู้เสพเอง อาจกล่าวได้ว่าผู้เสพยาเสพติดมักเป็นบุคคลที่อยู่ในสังคมที่มีปัญหา เช่น สลัม มีฐานะยากจน ครอบครัวแตกแยก สิ่งเหล่านี้เองได้หล่อหลอมให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดความเครียด และนำมาสู่การเสพยาโดยการชักจูงในที่สุด ผู้ติดยาเสพติดเหล่านี้แม้ว่าจะผ่านการบำบัดรักษาแล้ว แต่เมื่อกลับสู่สังคมก็มักไม่ได้รับการยอมรับ ถูกตัดโอกาสในการประกอบสัมมาอาชีพ เพราะทัศนคติของสังคมที่มองผู้ติดยาเป็นคนชั่วร้ายนั่นเอง

ภาพลักษณ์ของ “อาชญากร” ถือเป็นตราประทับที่สังคมมอบให้ผู้ติดยาเสพติด เมื่อสังคมปิดกั้นโอกาสจึงเกิดการรวมกลุ่มกันระหว่างผู้ติดยาเสพติด การมั่วสุมยาเสพติดจึงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาจึงถูกทำลายลงด้วยทัศนคติที่ไม่ดีของสังคมไทยที่มอบให้ผู้ติดยาเสพติดนั่นเอง การหวนกลับไปเสพยาเสพติดจึงไม่ใช่ปัญหาใหม่ แต่เป็นปัญหาที่สะสมมานานแล้ว ซึ่งไม่ใช่เฉพาะในสังคมไทยเท่านั้น นอกจากนี้แนวคิด “ผู้เสพยาคือผู้ป่วย” ไม่ได้รับการยอมรับอย่างแท้จริง เพราะถูกปัญหาเสพยาเสพติดในภาพรวมครอบงำเอาไว้ การนำเสนอข้อมูลของสื่อเกี่ยวกับภาพลักษณ์ไม่ดีเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเชื่อที่ฝังรากลึกในสังคมไทย อีกทั้งการแยกแยะระหว่าง “ผู้เสพยา” กับ “ผู้ค้า” ยาเสพติดไม่ถูกนำเสนอให้สังคมรับรู้ สุดท้ายเมื่อสังคมพบว่าผู้ใดยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดก็จะถูกตีตราจากสังคมทันที

ปฏิกริยาตอบโต้ของสังคมที่มีต่อผู้กระทำผิดซึ่งแสดงออกมาในแง่ลบ เช่น ถูกรังเกียจเหยียดหยาม ไม่ยอมรับ ไม่ให้อภัย ไม่ให้ออกสื่อก้าว แม้ผู้กระทำความผิดจะได้รับโทษไปแล้วก็ตาม เรียกว่าสังคม “ตีตรา” แก่ผู้กระทำความผิด ตามทฤษฎีตีตราหรือตราหน้า ซึ่งการตีตราแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1.) ระดับกลุ่มผู้สร้างกฎหมาย 2.) ระดับกระบวนการยุติธรรม และ 3.) ระดับตัวบุคคล โดยเมื่อนำมาวิเคราะห์กับผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่าการตีตราผู้ติดยาเสพติดว่าเป็นคนชั่ว เป็นผลมาจากกระบวนการทางสังคมที่ทำให้เกิดอคติ ทั้งนี้หากนาระดับการตีตรามาพิจารณาสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

1) ระดับกลุ่มผู้สร้างกฎหมาย

ทิศทางนโยบายหรือยุทธศาสตร์ของรัฐบาลแต่ละยุคสมัย มีส่วนต่อการหล่อหลอมท่าทีและทัศนคติของสมาชิกในสังคมที่มีต่อผู้ติดยาเสพติด เช่น นโยบายปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2546 กรณีประกาศสงครามกับยาเสพติด อันนำมาซึ่งปัญหาฆ่าตัดตอนและการละเมิดสิทธิต่างๆ มากมายนั้น ส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดถูกกดขี่อย่างหนัก แม้ยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติดฯ จะมึนนโยบายมุ่งเน้นเรื่องการบำบัดและป้องกันมากกว่าการปราบปรามก็ตาม แต่เมื่อมีการตั้งเป้าหมายเป็นจำนวนผู้เข้ารับการรักษา จึงทำให้เกิดปัญหา Policy Abuse อันส่งผลให้เกิดปัญหาการละเมิดสิทธิอย่างต่อเนื่อง เช่น การตั้งด่านลอย การตรวจค้น และจับกุมผู้เสพยาเสพติด จึงทำให้

ผู้ติดยาเสพติดหลบซ่อนตัว ไม่กล้าออกมาใช้บริการบำบัดรักษาอาการติดยา ผู้ติดยาเสพติดจึงถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยในหลักการเท่านั้น แต่ในทางปฏิบัติยังถูกปฏิบัติเช่นเดียวกับอาชญากร แม้จะมีมาตรการเบี่ยงเบนคดีตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ก็ตาม เพราะเมื่อผลของการบำบัดรักษาฟื้นฟูที่ผู้ติดยาเสพติดได้เข้ารับ ไม่สามารถทำให้ผู้ติดยาเสพติดเลิกยาได้ ก็ต้องกลับมาสู่กระบวนการยุติธรรมตามเดิม⁶

2) ระดับกระบวนการยุติธรรม

นโยบายยาเสพติดที่มุ่งจะปราบปรามยาเสพติด ส่งผลให้เกิดการละเมิดสิทธิ ขัดข้อหา และยึดของกลางแก่ผู้ติดยาเสพติด เพราะผู้ติดยาเสพติดถูกตีตราจากตำรวจโดยมองเพียงลักษณะและบุคลิกภาพภายนอกของผู้ติดยาเท่านั้น นอกจากนี้การเรียกตรวจปัสสาวะ เรียกส่วย ช่มชู้ ถือเป็นการละเมิดสิทธิอีกประการที่ตามมา เช่น การถูกบังคับให้ตรวจปัสสาวะในที่สาธารณะโดยไม่มีที่ฉากำบังใด นำมาซึ่งความอับอายของผู้ถูกตรวจเป็นอย่างยิ่ง และทันทีที่พบว่าปัสสาวะของผู้ถูกตรวจเป็นสีม่วง ผู้เสพยาเสพติดนั้นจะถูกใส่กุญแจมือและขึ้นรถที่พนักงานจัดเตรียมไว้ ปัญหาต่างๆ เหล่านี้เองเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเข้าไม่ถึงบริการด้านสาธารณสุข ทั้งส่งผลกระทบต่อระยะยาวซึ่งทำให้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี และการใช้ยาเกินขนาด (Overdose) ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดมากขึ้น เช่น การไม่พกเข็มและอุปกรณ์ฉีดยา หรือการนำไปซ่อนในแหล่งสาธารณะ ทำให้เกิดการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เป็นต้น

3) ระดับตัวบุคคล

ผู้ติดยาเสพติดมักถูกสื่อมวลชนตอกย้ำว่าเป็นคนเลวที่ทำผิดกฎหมาย สื่อมวลชนมักผลิตและซ้ำเติมภาพลักษณ์ของพวกเขาไปในทางลบ สื่อมวลชนนี้เองทำให้สังคมและคนในชุมชนหวาดกลัวและระแวงคนเหล่านี้ ข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่ผ่านสื่อออกมาส่งผลกระทบต่ออาการดำรงชีวิตอย่างปกติสุขของผู้ติดยาเสพติดเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งรูปแบบการตีตราที่สังคมปฏิบัติต่อผู้ติดยาเสพติด ที่พบบ่อยในสังคมไทยออกมาในเชิงการกล่าวโทษ ประณาม ปฏิเสธ และการผลักไสออกจากรวมชน คนใช้ยาเสพติดถูกมองว่าเป็นหัวขโมย ถูกดูถูกเหยียดหยามและปรามาสว่าพวกเขาเอาดีไม่ได้ เป็นต้น

โดยสรุปแม้จะมีข้อมูลทางการแพทย์ยืนยันว่า อาการติดยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดเป็นอาการผิดปกติของสมอง และเป็นอาการของโรคสมองติดยา (Brain Disease) ทั้งการศึกษาทฤษฎีจิตวิเคราะห์ก็อธิบายอาการติดยาเสพติดว่าเป็นความบกพร่องทางจิต ซึ่งถือเป็นผู้ป่วยซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยวิธีการที่เหมาะสม โดยถือเป็นการใช้สิทธิของผู้ป่วยในการรับบริการทางสาธารณสุข ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ย่อมจะทำได้ยากในสังคมไทย เพราะ

⁶มาตรา 33 แห่งพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545.

สังคมไทยถูกหล่อหลอมให้มองว่าผู้เสพยาเสพติดเป็นอาชญากรเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ และสมควรจะต้องถูกปราบปรามกวาดล้างให้หมดไปจากสังคมไทย ซึ่งสังคมยังมองไปไม่ถึงปัญหาด้านสุขภาพของผู้ติดยาเสพติด ซึ่งจำต้องให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่สังคม ถึงสถานะของผู้ติดยาเสพติดอย่างแท้จริง ความเห็นอกเห็นใจ และความร่วมมือให้ความช่วยเหลือ ในการบำบัดรักษาเยียวยา โดยมีได้มุ่งหวังให้ยาเสพติดหมดไปอย่างสิ้นเชิง แต่ควรเน้นความสงบสุขของการอยู่ร่วมกันของสังคม การขจัดปัญหาต่างๆที่ตามมาอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งนับเป็นภาระใหญ่ของภาครัฐ ในการกำหนดนโยบายหรือยุทธศาสตร์และการวางแผนปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

4.2.2) ผลกระทบต่อหลักสากล และหลักสิทธิมนุษยชนของผู้กระทำความผิดยาเสพติดในประเทศไทย

แม้ว่านโยบายการปราบปรามยาเสพติดสมัยรัฐบาลปัจจุบัน นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร (ปี พ.ศ.2556) จะไม่เข้มข้น เด็ดขาดและรุนแรงเท่ากับนโยบายการทำสงครามยาเสพติดในรัฐบาล พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร (ปี พ.ศ.2546) แต่ยังคงผลกระทบต่อหลักสากล และหลักสิทธิมนุษยชนของผู้ติดยาเสพติดซึ่งนับเป็นข้อนำวิตถกกังวลหลายประการ ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายการปราบปรามยาเสพติดยังคงเน้นปริมาณและการเร่งรัด ซึ่งมีการตั้งด่านตรวจค้นร่างกาย และตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ ซึ่งการกระทำดังกล่าวนี้นำไปสู่ การปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม หรือการละเมิดสิทธิมนุษยชนในขั้นตอนของกระบวนการยุติธรรมทางอาญารุนแรงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามหลักสากลและหลักสิทธิมนุษยชนแล้วสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

1) ประเด็นความเสมอภาคของประชาชน

แม้บุคคลจะมีความแตกต่างกันไม่ว่าในเรื่องเหล่ากำเนิด เพศ ศาสนา และฐานะทางสังคม แต่เมื่อทุกคนอยู่ภายใต้หลักกฎหมายเดียวกัน บุคคลเหล่านั้นย่อมมีความเสมอภาคกันต่อหน้ากฎหมาย ซึ่งเป็นหลักการที่รัฐจะต้องรับรองคุ้มครองอันสอดคล้องกับหลักสากล ทั้งนี้เพื่อให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เฉกเช่นเดียวกัน รวมไปถึงสิทธิในความเป็นส่วนตัว อันหมายรวมถึงสิทธิในครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียงตลอดจนข้อมูลส่วนบุคคลอีกด้วย

หลักที่กล่าวมาเบื้องต้นเป็นไปตามหลักสากล และได้รับการรับรองโดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยอีกชั้นหนึ่ง หากแต่เมื่อพิจารณาข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในสังคมไทย พบว่าสังคมได้สร้างมายาคติเกี่ยวกับยาเสพติดขึ้นมาหลายประการ ทั้งการตีตราผู้ติดยาเสพติดในทางชั่วร้าย อาทิเช่น “เป็นพวกหัวขโมย” “อาชญากร” การถูกเหยียดหยาม การกีดกันออกจากสังคม ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้สังคมได้ให้การรับรองและมีข้อสรุปเกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติดไปแล้ว ทำนอง

ให้ฉันทานุมัติแก่รัฐ ในการออกนโยบายหรือปฏิบัติต่อผู้ติดยาเสพติดอย่างไรก็ได้ จึงไม่ได้รับการตรวจสอบในเรื่องดังกล่าวอย่างจริงจัง

จากข้อเท็จจริงดังกล่าวที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบัน จึงทำให้ขาดความตระหนักในหลักความเสมอภาคของประชาชน การที่สังคมมองคนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเป็นพลเมืองชั้นสอง ไม่สมควรได้รับสิทธิเช่นเดียวกับคนนับว่าเป็นการขัดต่อหลักสากลและหลักสิทธิมนุษยชนเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นจึงควรต้องขับเคลื่อนเรื่องสิทธิของผู้กระทำความผิดยาเสพติด โดยการทำความเข้าใจกับสังคมและองค์กรที่ปฏิบัติตามนโยบาย ให้เข้าใจความชัดเจนระหว่างการปราบปราม กับการรักษาเยียวยาดูแล ทั้งนี้การกระทำดังกล่าวมิใช่การกระตุ้นให้มีการใช้ยาเสพติดมากขึ้น แต่ต้องสร้างความเข้าใจร่วมกันว่า แม้บุคคลใดซึ่งเป็นผู้ติดยาเสพติดในระดับรุนแรงเพียงใด ความเป็นมนุษย์ที่บุคคลอื่นจะต้องเคารพและไม่ละเมิดสิทธิไม่ได้หายไปจากบุคคลนั้นๆ แม้การเสพยาเสพติดจะเป็นความผิดตามกฎหมาย แต่การละเมิดสิทธิบุคคลเหล่านั้นไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่ถูกต้องเสมอไป ทั้งนี้ไม่จำต้องปฏิบัติต่อผู้ติดยาเสพติดเป็นพิเศษ แต่ก็ไม่ควรปฏิบัติให้แตกต่างจากความเป็นมนุษย์คนหนึ่งก็พอ

2) ประเด็นการดำเนินกระบวนการยุติธรรม

แม้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยจะประกันสิทธิในกระบวนการยุติธรรมในหลายๆด้าน ตลอดทั้งมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้ และเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม ความท้าทายของคนที่มิใช่นักวิชาการ และผู้ติดยาเสพติดในการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมยังเป็นปัญหาสำคัญ และการขาดความเข้าใจมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของเจ้าหน้าที่ในกระบวนการยุติธรรมขั้นต้น เป็นผลให้ยังคงปรากฏข้อร้องเรียน ในเรื่องการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบหรือไม่เป็นธรรม อาทิเช่น การยึดยึดข้อกล่าวหา(ชดเชยยาเสพติด) การบังคับขู่เข็ญให้สารภาพตลอดจนการเรียกรับเงินหรือประโยชน์อื่นใดแลกกับการไม่ดำเนินการตามกฎหมาย สิ่งต่างๆเหล่านี้เองนับว่า เป็นผลเสียหายต่อการนำนโยบายปราบปรามยาเสพติดไปปฏิบัติ ตัวอย่างที่ชัดเจนได้แก่ การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดความสำเร็จ แสดงให้เห็นถึงความต้องการของฝ่ายบริหาร แต่เพียงเชิงปริมาณด้านเดียว อันก่อให้เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชนเกิดขึ้น สมควรได้มีการตรวจสอบข้อเท็จจริงเพิ่มเติมโดยผู้มีอำนาจตามกฎหมาย ซึ่งปัญหาที่พบจากกระบวนการยุติธรรมสามารถสรุปได้ดังนี้

ปัญหาการขึ้นบัญชีรายชื่อผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ที่มีได้ผ่านการกลั่นกรองทำให้ผู้ที่มิได้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมาถูกขึ้นบัญชีรายชื่อจำนวนมาก

ปัญหาการจับกุมผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด โดยขาดหลักฐานที่ชัดเจน และอาศัยการปรักปรำของผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เพื่อให้ตนเองไม่ต้องรับโทษ หรือรับโทษน้อยลง

ปัญหาเกิดจากการถูกฆ่าโดยอ้างว่าเกี่ยวข้องกับยาเสพติด (ฆ่าตัดตอน)

ปัญหาเกี่ยวกับการยึดอาชญากรรมพิษ ต้องตรวจสอบให้ชัดเจนว่าเป็นทรัพย์สินที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

3) ประเด็นการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข

สิทธิที่ได้รับบริการเพื่อสุขภาพ สิทธิในการเลือกรับการรักษา และสิทธิในการตัดสินใจที่จะเลือกรักษานั้น เป็นสิทธิที่รัฐจะต้องจัดให้แก่ประชาชนในสังคม ทั้งเป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยชนที่บัญญัติไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ.1984 ที่จะจัดให้ประชาชนทุกคนบรรลุถึงความเป็นสุขภาพดีในระดับที่สูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แต่หากพิจารณานโยบายยาเสพติดในปัจจุบันพบว่า ยังไม่ชัดเจนในเรื่องหน่วยงานที่ดูแลเรื่องการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งควรจะเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเพราะถือเป็นการให้บริการทางสุขภาพอย่างหนึ่ง ทั้งยังมีปัญหาในเรื่องการปฏิบัติตามนโยบายปราบปรามยาเสพติดของรัฐบาลนางสาว ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ที่ขัดแย้งกับนโยบายบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดที่ประกาศว่า “ผู้เสพคือผู้ป่วย” นอกจากนี้เมื่อพิจารณาด้านปัจจัยส่วนตัวของผู้ติดยาเสพติด พบว่าส่วนใหญ่ไม่สมัครใจเข้ารับกระบวนการบำบัด ทั้งนี้เพราะไม่เชื่อในประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนหน่วยงานที่รับผิดชอบ และกระบวนการบำบัดฟื้นฟูที่ชัดเจน อาทิเช่น ปัญหาการผลักดันเรื่องเมทาโดนในการใช้เป็นสารทดแทนในการบำบัดอาการติดยาบางชนิด ให้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการให้บริการสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างแพร่หลาย และการขยายความคุ้มครองให้ครอบคลุมกลุ่มแรงงาน 3 สัญชาติอีกด้วย ดังนั้นรัฐบาลต้องดำเนินการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวมถึงแนวคิดเบี่ยงเบนคดี (Diversion) กฎหมายว่าด้วยการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้สอดคล้องกับนโยบายผู้เสพคือผู้ป่วย

4.3 วิเคราะห์แนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด(Harm Reduction)

ดังที่ได้ศึกษามาแล้วว่าการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันหรือลดผลกระทบทางลบที่มีต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากพฤติกรรมบางประการของผู้เสพยาเสพติด อาทิเช่น การใช้ยาเกินขนาด หรือการติดโรคที่ติดต่อทางโลหิต เป็นต้น การลดอันตรายถูกนำมาใช้ในด้านบริการด้านสาธารณสุข การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้เสพยาที่จะลดผลกระทบทางลบที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ผู้เสพยาสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมอย่างเป็นปกติสุข โดยมีจำเป็นต้องให้ผู้ติดยาเสพติดที่ถือเป็นผู้ป่วยนั้นหยุดการใช้ยา หรือปลอดจากยาเสพติด โคเคเค็ดขาด ซึ่งมีการดำเนินการอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก ทั้งนี้เมื่อศึกษาพิจารณาถึงความเป็นมาและแนวคิดของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ความสัมพันธ์กับแนวคิดลดทอนความเป็นอาชญากรรม และแนวคิดหันเหคดียาเสพติดแล้ว ผู้เขียน เห็นว่าการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ในประเทศไทยนั้น มีประโยชน์และมีผลกระทบต่อสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทยดังนี้

4.3.1 ประโยชน์ที่ได้รับ⁷

1) มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดถือว่าเป็นนโยบายทางเลือก ที่สามารถควบคุมและลดอุปทานของยาเสพติดได้ นอกเหนือจากการใช้มาตรการที่เข้มงวดทางด้านการบังคับใช้กฎหมาย การกวดขันประเทศผู้ผลิต และสามารถควบคุมและลดอุปสงค์หรือความต้องการใช้ยาเสพติดได้โดยวิธีการบำบัดและการใช้มาตรการด้านการป้องกัน เป็นต้น

2) มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนั้นมีแนวปฏิบัติที่เชื่อว่า การที่ผู้ติดยาเสพติดเลิกใช้ยาเสพติด โดยสิ้นเชิงนั้นเป็นสิ่งที่พึงปรารถนา แต่เป้าหมายดังกล่าวในความจริงแล้ว เป็นไปได้ยาก มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนั้นจะพิจารณาความอันตรายเป็นสองแนวทางความคิดด้วยกันคือ อันตรายต่อชุมชนและอันตรายต่อผู้เสพเอง ดังนั้นหลักการที่สำคัญของมาตรการนี้ก็คือการที่เราสามารถที่จะลดอันตรายต่อชุมชนและต่อผู้เสพได้ในเวลาเดียวกัน

3) มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดช่วยลดความเสี่ยงหรืออันตรายอันเป็นผลทางลบจากการใช้ยาเสพติดได้ ทั้งนี้เพราะแนวคิดดังกล่าวเชื่อว่าการดำเนินมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นการหลีกเลี่ยงการแยกกลุ่มผู้ติดยาเสพติดออกจากสังคมโดยรวม ซึ่งการแบ่งแยกนั้นจะทำให้ผู้ติดยาเสพติดรู้สึกว่าเป็นชนชั้นที่สองของสังคมและไม่มีความสำคัญ โดยสิ่งที่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่เป็นอันตรายจากการใช้ยาเสพติดได้ดีกว่า คือการทำให้ผู้ติดยาเสพติดรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ดังนี้แม้ในเบื้องต้นจะไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้โดยสิ้นเชิงตามเป้าหมายสูงสุด แต่ในทุกขั้นตอนของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดลงได้ ก็ถือว่าเป็นการกระทำที่คุ้มค่าและน่าลงทุน

4) มาตรการส่วนหนึ่งของแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนั้น คือความพยายามที่จะลดจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่สูงมากขึ้น ตัวอย่างที่สนับสนุนข้อกล่าวอ้างนี้ได้แก่ มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของประเทศอังกฤษ ทำให้เกาะอังกฤษมีผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์น้อยที่สุดในกลุ่มประเทศยุโรป ทั้งนี้ไม่เพียงแต่โรคเอดส์เท่านั้นแต่ยังรวมถึงโรคอื่นๆ ที่สามารถติดต่อทางสายโลหิตได้อีกด้วย

⁷จาก การศึกษาวิเคราะห์เพื่อนำแนวคิด การทำให้ถูกกฎหมาย การทำให้ไม่มีความผิดทางอาญา และการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มาใช้เพื่อการพัฒนา นโยบายยาเสพติดของประเทศ.(รายงานการวิจัย) (น. 273-278) โดย ศรีสมบัติ ไชยประจักษ์ชัด, อรรถพล ควรเลี้ยง, ศิริพล กุศลศิลป์วุฒิ, และ ทองใหญ่ อัยยะวารากุล. (2554).กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

5) มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนั้น ช่วยลดความเสี่ยงที่ผู้เสพยาเสพติดในการหันไปใช้ยาเสพติดที่มีโทษรุนแรงมากขึ้น เช่น ในบางประเทศมีการแบ่งแยกระหว่างยาเสพติดที่มีโทษไม่รุนแรง และยาเสพติดที่มีโทษรุนแรง แนวคิดลดอันตรายนี้สนับสนุนการแยกตลาดของยาเสพติดทั้งสองประเภทออกจากกัน และทำให้ผู้เสพยาเสพติดที่มีโทษรุนแรงเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับตลาดยาเสพติดที่รุนแรงน้อยลง ทั้งในส่วนของผู้เสพยาเสพติดที่มีโทษไม่รุนแรงนั้น ไม่ต้องประสบผลในทางลบของการถูกตรวจหน้าจากสังคม ซึ่งปัญหาดังกล่าวนั้นจะเพิ่มความน่าจะเป็นที่ผู้เสพยาเสพติดนั้น จะหันไปใช้ยาเสพติดที่มีอันตรายมากยิ่งขึ้น

6) มาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ไม่ได้ส่งเสริมหรือกระตุ้นให้คนเข้ามาเสพยาเสพติดมากขึ้น หรือเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมให้ยอมรับการใช้ยาเสพติด เพราะการดำเนินมาตรการดังกล่าวเป็นการดำเนินการกับบุคคลเฉพาะกลุ่ม กล่าวคือมุ่งเน้นกลุ่มผู้ติดยาเสพติดและถือเป็นผู้ป่วยโดยเฉพาะ และการสร้างความเข้าใจอันดีแก่สังคมนั้น เป็นการให้สังคมตระหนักถึงผลทางลบ และอันตรายต่างๆที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด ตลอดจนการให้ความเห็นอกเห็นใจผู้ติดยาเสพติด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถรับการบำบัดและกลับสู่สังคมอย่างเป็นปกติได้ ทั้งนี้ในด้านของผู้ติดยาเสพติดนั้น พบว่าทำให้ผู้ติดยาเสพติดมีความระมัดระวังในการใช้ยามากขึ้น หลีกเลี่ยงการใช้ที่มีสารพิษเจือปน และตระหนักถึงอันตรายของยาเสพติดในตลาดมืดอีกด้วย

4.3.2 ผลกระทบต่อการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ในประเทศไทย

1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)

เมื่อศึกษาแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแล้ว ต้องยอมรับประการหนึ่งว่าแนวคิดดังกล่าวนี้มีรากฐานมาจากสังคมตะวันตก ซึ่งมีการพัฒนาโดยอาศัยระยะเวลาพอสมควร เมื่อนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ในประเทศไทย จึงถือเป็นสิ่งใหม่แปลกปลอมมากในสังคมของเรา ซึ่งต้องยอมรับว่าสวนทางกับทัศนคติของคนในสังคม ที่มีต่อผู้ติดยาเสพติด การนำหลักสิทธิมนุษยชน สิทธิของผู้ป่วย มาอธิบายแก่สังคมจึงไม่ใช่เรื่องง่ายนัก ผลที่ตามมาคือปฏิกิริยาต่อต้านแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดนี้ ทั้งนี้แม้จะมีการผลักดันจากองค์การระหว่างประเทศ ภาคประชาสังคม และเครือข่ายเอกชนที่รวมตัวกันในการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด รมณรงค์และให้ความรู้ แต่ทว่าเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหายาเสพติด ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นบุคลากรของรัฐ มีเพียงส่วนน้อยที่ตระหนักรับรู้ถึงความสำคัญของแนวคิดนี้ ดังนั้นจึงต้องส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจถึงแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด วัตถุประสงค์ของการลดอันตราย สนับสนุนการให้ข้อมูลข่าวสารเชิงนโยบาย และเพิ่มบทบาทของชุมชนในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

2) ความต่อเนื่องทางด้านนโยบายของรัฐ

แม้แนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดได้ถูกนำมาใช้ในประเทศไทยหลายปีมาแล้ว ทั้งในภาคส่วนต่างๆ แต่สิ่งที่ถือเป็นตัวกำหนดทิศทางในการจัดการกับปัญหาเสพติดที่สำคัญ และเป็นรูปธรรมที่สุดได้แก่ การกำหนดนโยบายป้องกันและปราบปรามยาเสพติดของรัฐบาลต่างๆ โดยแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ถูกนำมาบรรจุในนโยบายของรัฐเป็นครั้งแรกในรัฐบาลของนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ตามคำสั่งนายกรัฐมนตรีที่ 306/2553 เรื่องการปฏิบัติการประเทศไทยเข้มแข็ง ชนยะยาเสพติดยั่งยืน ทั้งนี้ได้กำหนดเป็นมาตรการทางเลือก โดยมุ่งลดอันตรายของชุมชนและสังคมจากการใช้ยาเสพติด และเปิดทางเลือกให้ผู้ติดยาเสพติดรับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม เพื่อลดความหนาแน่นของระบบบำบัดรักษา และจำนวนผู้กระทำความผิดบางส่วนที่ถูกคุมขังในเรือนจำ แต่ต่อมาเมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาลก็ไม่ปรากฏแนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอีก ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการปฏิบัติตามนโยบายที่รัฐกำหนด แม้ข้อเท็จจริงจะได้มีการดำเนินงาน โครงการนำร่องไปบ้างแล้ว แต่การขาดความต่อเนื่องนี้อาจเป็นการสูญเสียเปล่าของโครงการนำร่องหากไม่มีการนำไปขยายผล

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2555 ได้มีคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 30/2555 เรื่องแนวปฏิบัติแผนการแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติด โดยได้กำหนดให้กลุ่มผู้ติดยาเสพติดนั้น ต้องดำเนินการโดยส่งไปบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในระยะยาว รวมถึงพิจารณาให้ใช้แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดด้วย ทั้งนี้เหมาะสมกับสภาพของผู้ติดยาเสพติดแต่ละราย เพื่อลดผลกระทบต่อผู้เสพ ครอบครัว สังคม และชุมชน ซึ่งนับว่ามีการให้ความสนใจในแนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอีกครั้ง ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่ดีอันจะก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อไป

3) ผลกระทบกรณีนำแนวทางลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ในการแก้ปัญหาเสพติดชนิดฉีด

3.1) ความกังวลถึงความไม่ชอบด้วยกฎหมายของฝ่ายบังคับใช้กฎหมาย

เนื่องจากตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ได้กำหนดให้การเสพยาเป็นความผิดตามกฎหมาย เมื่อนำมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ในการแก้ปัญหาผู้ติดยาเสพติดอาจเป็นปัญหาทางกฎหมายได้ ทั้งนี้เพราะการดำเนินการตามโครงการจะต้องมีการแจกเข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาด ทั้งมีการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดด้วย ซึ่งทั้งเข็มและกระบอกฉีดยานั้นถือเป็นอุปกรณ์ที่ผิดกฎหมายยาเสพติด การครอบครองเข็มและกระบอกฉีดยาข่มเป็น

⁸ หมายถึง ผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นประจำและต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปีขึ้นไป ไม่สามารถเลิกหรือหยุดเสพยาได้แม้จะผ่านการบำบัดหลายครั้ง ไม่ตั้งใจเลิกยาเสพติดอย่างจริงจัง.

ความผิดของผู้ครอบครองด้วยเช่นกัน จึงไม่เอื้อต่อการดำเนิน โครงการแลกเปลี่ยนเข็มและ กระบอกฉีดยา และในส่วนของหน่วยงาน ป.ป.ส. นั้น เห็นด้วยกับนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยา เสพติดที่กระทรวงสาธารณสุขนำมาปฏิบัติในพื้นที่นำร่อง โดยมีเพียงเรื่องการแจกเข็มฉีดยาเท่านั้น ที่ ป.ป.ส.เห็นว่ายังไม่สามารถนำมาปฏิบัติได้ ทั้งนี้หากพิจารณาตามข้อเท็จจริง และเจตนารมณ์ของ กฎหมายและแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดประกอบกันแล้ว ผู้เขียนเห็นว่าข้อเท็จจริงเพียง เท่านั้น ไม่เพียงพอที่จะถือว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย ทั้งนี้ใช้การสนับสนุน การกระทำความคิด หากแต่เป็นการส่งเสริมและให้ความรู้แก่บุคคล ให้รู้จักป้องกันและแก้ไขปัญหา เอช ไอ วี และถือเป็นการรักษาชีวิตของบุคคลนั้นไว้ด้วย หาได้ประกอบด้วยเจตนาทุจริตอันจะเป็น ความผิดตามกฎหมายแต่อย่างใด

3.2) ความเห็นทางกฎหมายของคณะกรรมการกฤษฎีกา

ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีหนังสือถึงสำนักงานคณะกรรมการ กฤษฎีกาขอหารือข้อกฎหมายเรื่อง นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งคณะกรรมการ กฤษฎีกาพิจารณาเรื่องแล้ว ให้ความเห็นว่า โดยที่มาตรา 57 และมาตรา 58 แห่งพระราชบัญญัติยา เสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษ ซึ่งในการเสพยาเสพติดบาง ประเภทดังกล่าวจะกระทำด้วยวิธีการใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดเข้าสู่ร่างกายทางหลอดเลือดดำ ซึ่งใน กรณีนี้เข็มและอุปกรณ์ฉีดย่อมจะเป็นอุปกรณ์สำหรับใช้ในการกระทำความคิด ดังนั้นหากมีผู้ใด แจกเข็มหรืออุปกรณ์การฉีดแก่ผู้ติดยาเสพติด โดยมีเจตนาให้นำเข็มและอุปกรณ์การฉีดนั้น ไปใช้ใน การเสพยาเสพติด การกระทำดังกล่าวถือเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการเสพยาเสพติด จึงเป็นการสนับสนุนการกระทำผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 86 และอาจเป็นการยุยง ส่งเสริมให้ผู้อื่นติดยาเสพติดให้โทษตามมาตรา 93/1 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 อีกด้วย¹⁰ จากความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกานี้ มีผู้เชี่ยวชาญกฎหมายยาเสพติด ของป.ป.ส. ให้ความเห็นว่า “คณะกรรมการกฤษฎีกาตีความตามตัวอักษร และตีความอย่างแคบ น่าจะมีได้ค้ำถึงเจตนารมณ์ของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และพันธกรณีในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน แต่อย่างใด เนื่องจากพิจารณาจากถ้อยคำตามร่าง นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยา และมีได้ค้ำถึงถึง เหตุผลในทางการแพทย์และวิธีการในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่จำเป็นต้องนำมาตราการการ ให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ที่สะอาด สำหรับผู้เสพยาเสพติดบางรายที่ใช้ยาเสพติดโดยวิธีฉีด เพื่อส่งเสริม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของยาเสพติด และเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยา

⁹ หนังสือที่สธ 0443/1929 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2554.

¹⁰ บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่อง การประกาศใช้นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยา เสพติดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของสารเสพติดเชื้อ เอช ไอ วี เรื่องเสร็จที่ 663/2554 เดือนสิงหาคม 2554.

เสพติด ในขณะที่ยังไม่สามารถเลิกยาได้ในทันที และเพื่อลดจำนวนผู้ติดยาเสพติด การตีความเช่นนี้ เป็นอุปสรรคต่อการแก้ไขปัญหานั้นอย่างยั่งยืน”¹¹

นอกจากนี้ในประเด็นนี้ ดร. บุญนาค ผู้พิพากษาหัวหน้าศาลประจำสำนักประธานศาลฎีกา ให้ความเห็นว่า “เป็นเพียงความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกาไม่ผูกพันให้ต้องปฏิบัติตาม และตามบันทึกความเห็นใช้คำว่า “อาจจะเป็นความผิด”.....”¹²

โดยสรุปแม้ความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกา จะมีใช้คำพิพากษาของศาล แต่ก็มีผลต่อการดำเนินการแก้ไขปัญหาม้าติดยาเสพติด ทั้งนี้เพราะเจ้าหน้าที่ภาครัฐมักอ้างเอาความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกา เพื่อไม่ดำเนินการเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในส่วนของ การแจกเข็มและอุปกรณ์ต่างๆ ในการฉีด ผู้เขียนเห็นว่าเมื่อพิจารณาข้อเท็จจริงตลอดจนความเห็นของ นักวิชาการดังที่กล่าวเบื้องต้นแล้ว ผู้เขียนเห็นว่าการตีความของคณะกรรมการกฤษฎีกานั้น เป็นการตีความตามตัวอักษรและคับแคบเกินไป ทั้งความเห็นของคณะกรรมการกฤษฎีกาก็มีใช้กฎหมายที่มีผลบังคับได้ หากพิจารณาถึงเจตนารมณ์ของ โครงการซึ่งเป็นการบริการแก่ผู้ติดยาเสพติด เพื่อลดผล ทางลบอันอาจเกิดจากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด โดยมีใช้การส่งเสริมสนับสนุนให้มีการใช้ยามากขึ้น แต่อย่างใด ทั้งจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของการดำเนิน โครงการดังกล่าวกลับเป็นการบำบัดเยียวยา และรักษาให้ผู้ติดยาเสพติดเลิกยาเสพติดได้ในที่สุด แม้จะไม่ใช้การเลิกยาทันทีก็ตาม

4.4 วิเคราะห์แนวทางพัฒนานโยบาย/ยุทธศาสตร์ยาเสพติดของประเทศไทย

4.4.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกำหนดแนวทางพัฒนานโยบาย/ยุทธศาสตร์ยาเสพติดของประเทศ

จากการศึกษาถึงวิวัฒนาการในการกำหนดนโยบายหรือยุทธศาสตร์ ในการดำเนินการ กับผู้กระทำความผิดยาเสพติดของประเทศไทยนั้น อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการกำหนดนโยบายยาเสพติดของประเทศ ตั้งแต่สมัยกรุงสุโขทัย กรุงศรีอยุธยา และกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้น พระมหากษัตริย์ในระบอบราชาธิปไตยจะเป็นองค์กำหนดนโยบาย ซึ่งเน้นนโยบายปราบปราม โดยมีกฎหมายรองรับ ทั้งนี้แม้ช่วงรัตนโกสินทร์ตอนต้นซึ่งเป็นช่วงที่มีการปกครองแบบราชาธิปไตย แต่ ทว่าการกำหนดนโยบายก็ได้รับแรงกดดันจากประเทศมหาอำนาจ โดยเฉพาะประเทศอังกฤษ จึง ส่งผลกระทบต่อนโยบายยาเสพติดของประเทศ อาทิเช่น นโยบายการปราบปรามการค้าและเสฟฝิ่น

¹¹ความเห็นของกอบกุล จันทวโร ในเอกสาร เรื่องทางออกในการดำเนินการลดอันตรายจากการใช้ ยาเสพติดในประเทศไทย ซึ่งเป็นเอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดกับประเด็น การคุ้มครองสิทธิมนุษยชน วันที่ 11 มกราคม 2555 ที่กระทรวงสาธารณสุข.

¹²คำอภิปรายในงานเสวนาเรื่อง เหลียวหลังแลหน้า นโยบายและกฎหมายด้านยาเสพติดของไทย วันที่ 30 มิถุนายน 2555 ณ โรงแรมปรี๊นท์ตัน ปาร์ค กรุงเทพมหานคร.

ซึ่งได้เปลี่ยนแปลงให้มีการค้าและเสฟฝิ่นได้ภายใต้การควบคุม เพื่อเป็นการอนุญาตให้อังกฤษสามารถนำฝิ่นมาจำหน่ายได้ เป็นต้น

หลังจากเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นระบอบประชาธิปไตย พ.ศ.2475 จึงเกิดกระบวนการทางรัฐสภา องค์กรที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายของประเทศ ได้แก่ องค์กรราชการ พรรคการเมือง และกลุ่มผลประโยชน์ ช่วงการปฏิวัติ พ.ศ. 2501 โดยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้ยกเลิกการค้าและเสฟฝิ่น ทั้งได้กำหนดนโยบายยาเสพติดให้ครอบคลุมทั้ง ด้านปราบปราม บำบัดรักษา และป้องกันประกอบกัน

นโยบายยาเสพติดยุคปัจจุบันนี้ อาจวิเคราะห์ได้ว่านโยบายยาเสพติดยุคปัจจุบันมี 3 ช่วงเวลา คือ ช่วงแรกตั้งแต่การก่อตั้งสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในปี พ.ศ. 2519 ก่อนถึงช่วงรัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ช่วงแรกนี้องค์กรราชการมีบทบาทสำคัญในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย แก่รัฐบาลในการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านยาเสพติด ช่วงที่สอง ได้แก่ สมัยนายกฯ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร องค์กรที่มีบทบาทในการนำเสนอโยบายยาเสพติดของประเทศ ได้แก่ พรรคการเมืองที่จัดตั้งรัฐบาล และลคบทบาทขององค์กรราชการลง ส่วนยุคปัจจุบันถือเป็นช่วงที่สาม โดยช่วงนี้พรรคการเมืองที่จัดตั้งรัฐบาลยังคงมีบทบาทต่อการเสนอโยบายยาเสพติด แต่บทบาทของภาคประชาสังคม องค์กรวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน และสื่อมวลชนมีบทบาทมากขึ้นต่อการกำหนดนโยบายหรือยุทธศาสตร์ยาเสพติดของประเทศ นอกจากนี้ถ้าพิจารณา นโยบายยาเสพติดของประเทศไทยที่ผ่านมา ได้รับอิทธิพลจากข้อตกลงระหว่างประเทศในเรื่องยาเสพติดขององค์กรสหประชาชาติ ทั้งนี้พระราชดำริของพระเจ้าอยู่หัวที่ทรงแสดงความห่วงใย ต่อปัญหาเสพติดรุนแรงในปี พ.ศ.2545

จากการศึกษาและวิเคราะห์วิวัฒนาการของนโยบายยาเสพติดของประเทศไทยที่ผ่านมา ทำให้เห็นถึงปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดทิศทางของนโยบาย/ยุทธศาสตร์ยาเสพติดของประเทศ จึงอาจอนุมานได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายของรัฐบาลในปัจจุบัน ได้แก่ สถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบัน ความเคลื่อนไหวขององค์กรระหว่างประเทศ ครอบคลุมความร่วมมือระหว่างประเทศ สภาพเศรษฐกิจ บริบททางสังคม ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี กลุ่มนักวิชาการ กลุ่มการเมือง องค์กรอิสระ หน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ภาคประชาสังคม และบทบาทของสื่อมวลชน ซึ่งทุกภาคส่วนมีผลต่อการกำหนดนโยบายยาเสพติดของประเทศ

4.4.2 วิเคราะห์นโยบาย/ยุทธศาสตร์ยาเสพติดของประเทศไทยเปรียบเทียบกับนโยบาย/ยุทธศาสตร์ของต่างประเทศ

ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหลายมิติ ทั้งมิติทางสังคม การสาธารณสุข ตลอดจนปัญหาอาชญากรรมอันเนื่องมาจากปัญหาเสพติด หลายประเทศจึงได้กำหนดนโยบาย

การปราบปรามยาเสพติดอย่างรุนแรง โดยมีบทกำหนดโทษสำหรับการกระทำผิดฐานผลิต จำหน่าย และครอบครองเพื่อจำหน่ายอย่างรุนแรง บางประเทศกำหนดโทษประหารชีวิตหรือจำคุกตลอดชีวิตสำหรับกรณีดังกล่าว แต่ผลจากการดำเนินนโยบายดังกล่าว กลับไม่ทำให้ปัญหาเสพติดลดลงแต่อย่างใด ดังนั้นในหลายประเทศที่ให้ความสำคัญกับหลักสิทธิมนุษยชน จึงเลือกที่จะดำเนินการกับปัญหาเสพติด โดยทำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาใช้เป็นนโยบายของประเทศตน

ทั้งจากการที่ได้ศึกษามาตรการทางกฎหมายยาเสพติดของทั้งประเทศโปรตุเกส มาเลเซีย แคนาดา และประเทศออสเตรเลีย ต่างก็ได้กำหนดโทษที่รุนแรงกรณีการผลิต และการจำหน่ายยาเสพติด ทั้งพิจารณาว่าการดำเนินคดีอย่างรุนแรงโดยการลงโทษผู้เสพหรือครอบครองนั้น ไม่อาจนำไปสู่ความสำเร็จในการปราบปรามปัญหาเสพติดได้ดี เท่ากับการใช้นโยบายในการบำบัดรักษาผู้เสพ หลายประเทศจึงได้ส่งเสริมในมีการนำนโยบาย Harm Reduction มาใช้มากขึ้นทั้งเห็นได้ว่ารูปแบบ โครงการและเป้าหมายในการนำโครงการดังกล่าวมาใช้ ก็มีความคล้ายคลึงกันแต่โครงการหนึ่งอาจได้รับความนิยมและประสบความสำเร็จมากกว่าในบางประเทศ

ดังนั้นการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มากำหนดนโยบายยาเสพติดของประเทศนับว่ามีความซับซ้อนมาก ต้องอาศัยการศึกษา วางแผน และมาตรการในการนำมาปฏิบัติอย่างระมัดระวัง และต้องสร้างความตระหนักรู้ของชุมชนและสังคม ให้เปิดใจและพร้อมรับมาตรการใหม่ๆ รัฐและเจ้าหน้าที่ต้องยอมรับว่ามาตรการเดิมๆที่เคยนำมาใช้ ไม่อาจประสบความสำเร็จได้ ทั้งนี้การจะส่งเสริมหรือนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาใช้อย่างจริงจังนั้น จะต้องมีการตรวจสอบและควบคุมอย่างใกล้ชิด ซึ่งในปัญหาการปราบปรามตลอดจนการกระทำทุจริตของเจ้าหน้าที่รัฐ อาจนำมาซึ่งปัญหาที่รุนแรงขึ้น ทั้งนี้เพราะปัญหาการปราบปรามจะมีผลต่อตลาดยาเสพติดและผลกระทบต่อสังคมด้านต่างๆเป็นอย่างมาก การลงโทษเจ้าหน้าที่ผู้แสวงหาประโยชน์โดยไม่ชอบจะต้องดำเนินการอย่างจริงจัง ทั้งนี้ก่อนจะประกาศเป็นนโยบายรัฐควรจัดทำโครงการนำร่องในบางเขตพื้นที่ก่อน เพื่อที่จะศึกษาถึงผลดีผลเสียและผลข้างเคียงอันอาจเกิดขึ้นได้ ภายใต้บริบทและการดำเนินชีวิตของคนในสังคมไทย

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

สารเสพติดมีความเกี่ยวข้องกับสังคมมนุษย์มาอย่างยาวนาน ทั้งในด้านการแพทย์ที่สารเสพติดช่วยลดความเจ็บปวดหรือทรมาน และในขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดปัญหาเพราะผู้ที่ได้รับสารเสพติดดังกล่าว ย่อมต้องการสารเสพติดในปริมาณที่มากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นไม่สามารถหยุดเสพยาได้ ผู้ค้ายาเสพติดจึงได้แสวงหากำไรจากปัญหายาเสพติดดังกล่าว รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาอื่นตามมาเป็นลูกโซ่ โดยเฉพาะปัญหาอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

ประเทศไทยเป็นส่วนหนึ่งของดินแดนสามเหลี่ยมทองคำ ซึ่งไม่เคยปลอดจากปัญหายาเสพติด ทั้งการระบาดของ ฝิ่น เฮโรอีน ยาบ้าหรือเมทแอมเฟตามีน และไอซ์ (Crystal methamphetamine) และปัญหายาเสพติดได้พัฒนาเป็นลักษณะใช้สารหลากหลายชนิดและซับซ้อนมากขึ้น รวมถึงการใช้สารเสพติดที่ถูกกฎหมาย เช่น บุหรี่ สุรา ยาที่แพทย์สั่งร่วมด้วย เหล่านี้สะท้อนพลวัตและความซับซ้อนของอุปสงค์และอุปทานที่เกินกว่าจะแก้ไขป้องกันได้ด้วยนโยบายที่เรียบง่ายเท่านั้น

การกำหนดนโยบายทางอาญาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของประเทศไทยนั้น ได้มีการกำหนดกฎหมายที่มีโทษทางอาญาที่รุนแรงถึงขั้นประหารชีวิต สำหรับการผลิตและจำหน่ายยาเสพติดที่มีฤทธิ์รุนแรง เช่น เฮโรอีน และเมทแอมเฟตามีน เป็นต้น นโยบายทางอาญาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของประเทศไทย ก็เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการกำหนดนโยบายให้ถือว่า “ผู้เสพยาเป็นผู้ป่วย” ซึ่งต้องเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใต้งานสำคัญคือต้องเป็นผู้เสพยาเสพติดครั้งแรก ซึ่งในทางปฏิบัติพบว่านโยบายดังกล่าวไม่เป็นที่ยอมรับมากนัก ทั้งยังขาดกระบวนการในการรับรองผู้ที่ได้รับการบำบัดดังกล่าว นอกจากนี้หากมีการใช้ยาเสพติดซ้ำ หรือไม่บรรลุผลของการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดจะต้องกลับเข้าสู่กระบวนการดำเนินคดีอาญาอย่างเป็นทางการอีกครั้ง ทั้งยังเป็นการตัดโอกาสในการเข้ารับการรักษาอีก ทั้งมีผู้ติดยาเสพติดจำนวนมากที่ต้องเข้าสู่ระบบราชทัณฑ์ และได้เรียนรู้ประสบการณ์การกระทำผิดในรูปแบบต่างๆ ในเรือนจำ ซึ่งเป็นสถานที่จ้องจ้ำร่วมกับผู้กระทำผิดอาญาในความผิดร้ายแรงอื่นๆ สังคมไทยจึงประสบกับปัญหาที่เป็นวังวนเรื่อยไป

ในส่วนของมาตรการทางกฎหมายในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ที่แบ่งเป็น 3 ระบบนั้น พบว่าโดยโครงสร้างกฎหมายยังคงยึดโยงกับความผิด กระบวนการบำบัดต่อ เนื่องมาจากการจับกุมหรือดำเนินคดีตามความในกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ซึ่งผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดยังคงเป็นอาชญากรอยู่ การบำบัดก็เป็นเพียงระบบบังคับบำบัดและระบบต้องขัง ขาดช่องทางของกฎหมายเกี่ยวกับการสมัครใจบำบัดอย่างแท้จริง เพราะระบบสมัครใจบำบัดถูกกำหนดไว้ในกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งผู้เสพยาหรือติดยาเสพติดยังคงเป็นอาชญากรอยู่ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 ยังขาดมิติ และโครงสร้างที่เกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูโดยสมัครใจ ระบบบริการที่บูรณาการและครบวงจร ตลอดจนการเยียวยาและลดผลกระทบ โดยเฉพาะผู้ติดยาเสพติดที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือตกอยู่ใน ภาวะเสี่ยง ซึ่งจำเป็นต้องแก้ไขหรือปรับปรุงกฎหมายต่อไป

จากการศึกษาแนวคิดทั้งสองด้านและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายยาเสพติด โดยศึกษาจากหลักสากลขององค์การสหประชาชาติ และหลักสิทธิมนุษยชน และแนวนโยบายยาเสพติดของกลุ่มประเทศต่างๆ โดยการศึกษาในเรื่องแนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) เป็นสำคัญ ผู้เขียนเห็นว่า นโยบายยาเสพติดของประเทศไทย ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดเท่านั้น โดยการนำเอาแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาพัฒนาเป็นมาตรการเพื่อรักษาเยียวยาผู้ติดยาเสพติด และสังคมไปพร้อมๆ กัน ส่วนนโยบายความผิดทางอาญาที่เกี่ยวข้องกับการการผลิต และการครอบครอง เพื่อจำหน่าย รวมถึงการจำหน่ายควรจะคงนโยบายทางอาญาเช่นเดิม

ปัญหาสำคัญที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดซึ่งควรตระหนักเป็นอย่างยิ่งได้แก่ อันตรายจาก ยาเสพติดที่ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อปัญหาสังคมตามที่เข้าใจกันเบื้องต้นเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางรุนแรงต่อบุคคล ครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะปัญหาทางสาธารณสุขของผู้ติดยาเสพติด และการแพร่ระบาดของเชื้อ เอชไอวี หรือโรคที่ติดต่อทางสายโลหิต การลดอันตรายจากการใช้ ยาเสพติดจึงมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อลดผลกระทบทางลบที่มีต่อสุขภาพ อันเนื่องมาจากพฤติกรรม บางประการของผู้ติดยาเสพติด โดยเน้นด้านการให้บริการสาธารณสุข การให้ความรู้แก่ผู้ติดยาเสพติด แนวทางการป้องกันอันตราย และการปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคม ให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข มากกว่าจะให้ผู้ป่วยหยุดการใช้ยาหรือปลดยาเสพติดโดย เต็มขนาด ดังนั้นการควบคุมและลดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับยา จึงเป็นทางเลือกที่น่าจะปฏิบัติได้มากกว่า การงดการใช้ยาให้หมดไป โดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสถานะของผู้ติดยาเสพติดใน ฐานะผู้ป่วย อันเกิดจากอาการของโรคสมองติดยาและเป็นผลของอาการทางจิตอีกด้วย

แนวคิดการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เน้นเรื่อง Zero Tolerance คือการลดและกำจัดปัญหายาเสพติดให้หมดไป โดยการปราบปรามผู้ค้าและลดจำนวนผู้ติดยาเสพติดให้ลดลงจนหมดไป ซึ่งในทางปฏิบัติได้ก่อให้เกิดปัญหามากมายในหลายประเทศ ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะในภาคพื้นยุโรป เริ่มนำแนวคิดอื่นที่เป็นทางเลือก โดยเน้นการควบคุมปัญหายาเสพติดไม่ให้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน รวมทั้งตัวผู้ติดยาเสพติดและครอบครัว สำหรับประเทศไทยมีการดำเนินงาน เกี่ยวกับแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมานานแล้ว โดยเริ่มดำเนินการกับปัญหาการแพร่ระบาดของ HIV/AIDS ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด พื้นที่ดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดในภาคเหนือ ซึ่งผู้ดำเนินงานส่วนใหญ่ได้แก่ หน่วยงาน NGO และหน่วยงานรัฐทั้งสำนักงานกรุงเทพมหานครและสถาบันชัญญารักษ์ ซึ่งเป็นการปฏิบัติในวงแคบยังไม่มีการประกาศเป็นนโยบาย จนกระทั่งปี พ.ศ.2553 จึงได้มีการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มาบรรจุอยู่ในนโยบายยาเสพติดซึ่งนับว่าเป็นครั้งแรกที่มีการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้อย่างเป็นทางการ แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลใหม่ในปีถัดมา ก็ไม่ปรากฏแนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอีก ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการปฏิบัติตามนโยบายที่รัฐกำหนด จนกระทั่งวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2555 แนวคิดดังกล่าวได้ปรากฏอีกครั้งในคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติที่ 30/2555 เรื่องแนวปฏิบัติแผนการแก้ไขปัญหายาเสพติด ซึ่งจะต้องศึกษาแนวทางในการปฏิบัติ และผลกระทบของการดำเนินนโยบายยาเสพติดดังกล่าวต่อไป

ผู้เขียนเห็นว่า ประเทศไทยควรจะดำเนินนโยบายยาเสพติดของประเทศ โดยดำเนินการลดสามด้าน ได้แก่ ด้านที่หนึ่ง ลดอุปทานของยาเสพติด (Supply Reduction) กล่าวคือมุ่งใช้มาตรการทางกฎหมายที่ชัดเจน แก่ผู้ค้าและเครือข่ายยาเสพติดที่ถือเป็นการกระทำความผิดอย่างร้ายแรงด้านที่สอง คือ ลดอุปสงค์ของยาเสพติด (Demand Reduction) กล่าวคือการมุ่งบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การดำเนินมาตรการผู้เสพคือผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างแท้จริง ถึงอาการทางกายภาพคืออาการ โรคสมองติดยา และอาการทางจิต และด้านที่สาม คือ ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) กล่าวคือการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการเข้ารับการบำบัดรักษา การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดทั้งหมด โดยการดำเนินการโครงการต่างๆจากทุกภาคส่วน นโยบายยาเสพติดที่ดีไม่ควรมุ่งเน้นที่จำนวนคดี และการลงโทษที่รุนแรงในทุกกรณี ซึ่งเห็นได้จากตัวอย่างของประเทศต่างๆดังกล่าวมาแล้วเบื้องต้น ซึ่งการจะแก้ไขผู้ติดยาเสพติดที่ถือเป็นผู้ป่วยอุปสรรคที่สำคัญที่สุดคือการกำหนดความผิดทางอาญา อันถือเป็นการสะท้อนว่าผู้ติดยาเสพติดไม่ได้อยู่ในฐานะผู้ป่วยอย่างแท้จริง เขาต้องเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมเช่นเดียวกับอาชญากรร้ายแรง เราควรนำแนวคิดเบี่ยงเบนคดี (Diversion) กล่าวคือนำผู้ติดยาเสพติดนี้ออกจาก

กระบวนการยุติธรรม เพราะกระบวนการยุติธรรมไม่สามารถแก้ปัญหาเหล่านี้ได้ หากแต่ทิ้งร่องรอยแห่งความอับอายแก่กลุ่มคนดังกล่าว รัฐสามารถดำเนินมาตรการนี้ได้ทันที โดยไม่จำเป็นต้องผ่านกระบวนการแก้กฎหมายที่ยุ่งยาก เพียงแต่ต้องลดความเคร่งครัดของมาตรการทางกฎหมายบางประการ อันถือเป็นอุปสรรคต่อการขับเคลื่อนแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้งนี้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง

5.2 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนานโยบาย/ยุทธศาสตร์ยาเสพติด และมาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติด โดยนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาขับเคลื่อนในประเทศไทย

แม้แนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) จะถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหา ยาเสพติดในประเทศไทย ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการลดอัตราการแพร่เชื้อ HIV/AIDS และโรคที่ติดต่อทางโลหิตโดยดำเนินการโดยองค์กรของรัฐหรือภาคเอกชนบางองค์กรนั้น ถือเป็น การดำเนินการในวงแคบเฉพาะกลุ่ม ตลอดจนในอดีตที่ผ่านมาได้มีการถกเถียงกันมากเกี่ยวกับแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ในการนำมาเป็นทางเลือกในการแก้ปัญหา ยาเสพติด แต่ความรู้และการศึกษาค้นคว้าจำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มผู้ที่ศึกษาอย่างจริงจังเท่านั้น ทั้งฝ่ายที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายไม่มีความเข้าใจแนวคิดดังกล่าวอย่างแท้จริง และการสั่งการในรูปแบบ Top down ทำให้แนวทางปฏิบัติมีการเบี่ยงเบน และก่อให้เกิดความเข้าใจอันคลาดเคลื่อนระหว่างบุคลากรผู้รับผิดชอบ ตลอดจนสังคมและชุมชนอีกด้วย

ผู้เขียนจึงขอเสนอแนะแนวทางการขับเคลื่อนและการพัฒนาแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาใช้เป็นมาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิด ยาเสพติด และการแก้ปัญหา ยาเสพติด ภายใต้การคำนึงถึงสถานะของผู้ติดยาเสพติด หลักสากลและหลักสิทธิมนุษยชน ดังนี้

5.2.1 ควรมีการปรับปรุงมาตรการทางกฎหมาย ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายให้สอดคล้องกับแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) และปัญหา ยาเสพติดและบริบททางสังคมไทย

ในกระบวนการแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ภาคีทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการปฏิรูปกฎหมายดังกล่าว แต่ทั้งนี้และทั้งนั้นทุกฝ่ายควรมีใจเป็นกลางและเปิดกว้าง และรับรู้ถึงสภาพปัญหาพร้อมกัน แต่อย่างไรก็ตามการแก้ไขมาตรการทางกฎหมายก็มีใช้ทางออกเพียงทางเดียวเท่านั้น การนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้เป็นมาตรการแก้ปัญหา

เสพติดนั้น ไม่จำเป็นต้องมีการร่างกฎหมายใหม่ หรือจะต้องทำการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงกฎหมายทั้งระบบ เพียงแต่ต้องปรับความเข้าใจแก่ผู้บังคับใช้กฎหมายในเบื้องต้นว่า การใช้มาตรการทางกฎหมายนั้นมิใช่เป็นเพียงการมุ่งเน้นเรื่องคดีและการลงโทษเท่านั้น ทั้งนี้ยังมีมาตรการอื่นๆ ได้แก่ กระบวนการเบี่ยงเบนจากกระบวนการยุติธรรม (Diversion) เนื่องจากเมื่อผู้ติดยาเสพติดนั้นถือเป็นผู้ป่วย และไม่มีความเป็นอาชญากรตามแนวคิดแก้ไขฟื้นฟูสมรรถภาพ รัฐจึงควรนำเขาเหล่านั้นออกจากกระบวนการยุติธรรม โดยให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่แท้จริง โดยองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญในการให้บริการทางการแพทย์ โดยกำหนดมาตรการบังคับทางอาญา ประเภทวิธีการเพื่อความปลอดภัยเป็นมาตรการในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติด ทั้งนี้เพื่อปรับปรุงบทบัญญัติมาตรา 49 ของประมวลกฎหมายอาญาเรื่อง “คุมตัวไว้ในสถานพยาบาล” ให้มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับผู้ติดยาเสพติดแต่ละราย นอกจากการคุมตัวผู้ติดยาเสพติดไว้ในสถานพยาบาล โดยให้ผู้ติดยาเสพติดหยุดเสพยาเสพติดทันทีแต่เพียงอย่างเดียว เพราะวิธีการดังกล่าวไม่สามารถแก้ปัญหาเสพติดได้อย่างแท้จริง ในที่นี้ผู้เขียนมีความเห็นและข้อเสนอแนะดังนี้

(1) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย

1.1) ควรแก้ไขปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดให้สอดคล้องเชื่อมโยงกับกฎหมายว่าด้วยการบำบัดรักษา ฟื้นฟู ภายใต้อำนาจผู้เสพคือผู้ป่วย ซึ่งกฎหมายควรวางกรอบหรือนิยามผู้เสพคือผู้ป่วยไว้โดยชัดเจน และให้อยู่ในระบบการบำบัดโดยสมัครใจเป็นหลัก และให้การบังคับบำบัดเป็นมาตรการสุดท้าย โดย

1.2) ควรปรับปรุงกฎหมายเพื่อมิให้ผู้เสพต้องรับโทษทางอาญา โดยนำมาตรการบังคับทางอาญาประเภทวิธีการเพื่อความปลอดภัย มาใช้เป็นมาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดยาเสพติด โดยต้องนำผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาโดยสมัครใจเป็นหลัก ทั้งนี้ศาลหรือหน่วยงานที่ออกคำสั่งในการบำบัดรักษาต้องวางเงื่อนไขในการปฏิบัติ ระหว่างอยู่ในกระบวนการบำบัดรักษา และมีการติดตามและประเมินผลภายหลังการบำบัดรักษาอีกด้วย ทั้งนี้โดยเคารพถึงหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัดรักษาอาจแสดงเจตจำนงเลิกการเข้ารับการบำบัดในช่วงใดๆ ภายใต้อำนาจของกฎหมาย

1.3) ควรปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในกระบวนการบำบัดรักษาอย่างเป็นเอกภาพภายใต้กฎหมายฉบับเดียวกัน ทั้งควรกำหนดหน่วยงานหลักในการบำบัดรักษา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและสร้างแบบแผนการบำบัดในทิศทางเดียวกัน โดยอาจให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักก็ได้ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันนี้ระบบการบำบัดรักษามี 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ โดยแต่ละ

ระบบที่อยู่ภายใต้กฎหมายที่แตกต่างกันไป ได้แก่ พรบ.ยาเสพติดให้โทษ, พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และพรบ.ราชทัณฑ์ ทั้งปัจจุบันหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลก็มีถึง 3 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กรมคุมประพฤติ และกรมราชทัณฑ์ ตามลำดับเช่นกัน

1.4) ควรแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 โดยมีหลักการดังนี้

ในเรื่องการบำบัดรักษานั้นกฎหมาย ควรเปิดโอกาสให้เข้ารับการรักษาโดยสมัครใจได้ทั้งในสถานพยาบาลหรือสถานที่เพื่อการบำบัดรักษาฟื้นฟู ทั้งในสถานที่หรือหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่รัฐมนตรี หรือผู้ที่รัฐมนตรีมอบหมาย(ผู้ว่าราชการจังหวัด) ประกาศกำหนด และได้รับอนุญาตตามขั้นตอนการดำเนินการจัดตั้งสถานพยาบาล

1.5) ควรแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545 โดยมีหลักการดังนี้

ในกระบวนการคัดกรองผู้เข้ารับการรักษาฟื้นฟู ควรที่จะมีกระบวนการคัดกรองเบื้องต้นก่อน โดยดำเนินการในรูปคณะกรรมการซึ่งเป็นสหวิชาชีพเพื่อคัดกรองว่าผู้ต้องหารายใดสมควรหรือไม่สมควร เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หรือควรเข้ากระบวนการทางอาญาปกติ

การพิจารณาตัวชี้วัดผลการรักษาผู้ติดยาเสพติดนั้น ต้องดูปัจจัยอื่นๆประกอบด้วย จึงควรกำหนดลักษณะอาการ โรคสมองติดยาในกฎหมาย เพื่อคุ้มครองดูแลผู้ป่วยโรคสมองติดยา และควรมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการตรวจพิสูจน์ ให้มีการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์และใช้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ตรวจพิสูจน์ เพื่อให้เป็นกระบวนการตรวจพิสูจน์ที่ถือว่าผู้เสพเป็นผู้ป่วยอย่างแท้จริง และให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความพร้อมและความรู้และเชี่ยวชาญเรื่องดังกล่าว

ในการดำเนินการนั้นควรยึดกระบวนการบำบัดรักษา ฟื้นฟูการติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ โดยกระบวนการนั้นต้องครอบคลุมทั้งการให้บริการทางการแพทย์ การลดภาวะพึ่งพายาเสพติด และกระบวนการทางสังคม ทั้งการดำเนินขั้นตอนต่างๆไม่ควรยึดติดกับกระบวนการยุติธรรมมากเกินไป ตามแนวคิดเบี่ยงเบนออกจากกระบวนการยุติธรรม (Diversion)

ปัจจุบันกฎหมายมิได้บัญญัติถึงสภาพและลักษณะการเป็นผู้ป่วยอย่างชัดเจน ได้มีการตีความกฎหมายตามความเข้าใจเอาเอง ซึ่งหากมีการรักษาบำบัดผู้ติดยาเสพติด จึงไม่ควรก่อให้เกิดการตีความหลายทิศทาง แม้จะเป็นการตีความทางกฎหมาย แต่กฎหมายดังกล่าวถือเป็นกฎหมายอาญา การตีความจะต้องตีความอย่างเคร่งครัด ดังนั้นกฎหมายควรจะบัญญัติอย่างชัดเจน โดยการนิยามคำว่า “ผู้เสพ” คือผู้ใด และผู้ติดยาเสพติดนั้นมีลักษณะของการเจ็บป่วยอย่างไร และรวมไปถึงการนิยามอาการโรคสมองติดยา ไว้ด้วยทั้งนี้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอันเป็นทิศทางเดียวกัน

(2) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบัญญัติกฎหมายใหม่

รัฐควรทำการออกกฎหมายเพื่อรองรับการดำเนินมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยกำหนดเหตุยกเว้นโทษเฉพาะตัว ทั้งนี้เพื่อยกเว้นความเป็นอาชญากรรมของผู้ติดยาเสพติด และให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และวางกำหนดหลักในการดำเนินการ ดังนี้

2.1) ควรกำหนดการจำแนกประเภทยาเสพติดให้โทษอันเกี่ยวข้องกับสุขภาพที่กฎหมายควบคุมโดยทำการระบุในตารางแนบท้ายกฎหมาย ทั้งกำหนดปริมาณเพื่อใช้ในการพิจารณา ถึงลักษณะการใช้/เสพ หรือการครอบครองส่วนบุคคล และควรกำหนดบทนิยามศัพท์ ดังนี้

มาตรา... “ในกฎหมายนี้.....

“โรคสมองติดยา” หมายความว่า “สภาวะการทำงานที่ผิดปกติของสมองอันเนื่องมาจากฤทธิ์ของยาเสพติด.....”

“ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง” หมายความว่า “ผู้ที่ใช้ยาเสพติดเป็นประจำต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปี ขึ้นไป ไม่สามารถเลิกหรือหยุดเสพได้ ทั้งมีอาการของโรคสมองติดยาอย่างชัดเจน ตลอดจนได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคสมองติดยา.....”

2.2) ควรออกกฎหมายมาตราใดมาตราหนึ่งเพื่อยกเว้นโทษทางอาญาแก่ผู้เสพ/ติดยาเสพติดดังนี้

มาตรา... “ผู้ต้องหาว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด เสพและมีไว้ในครอบครองยาเสพติดเพื่อใช้ส่วนบุคคล ตามปริมาณที่กำหนดในตารางแนบท้าย หรือเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง การกระทำของผู้นั้นไม่ต้องรับโทษทางอาญา แต่ต้องเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของคณะกรรมการตามกฎหมายนี้ เพื่อกำหนดมาตรการทางกฎหมาย และแนวทางการบำบัดรักษาที่เหมาะสม”

2.3) ควรออกกฎหมายเพื่อยกเว้นความผิดอาญาสำหรับผู้ให้บริการ และบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งกำหนดกระบวนการขออนุญาตดำเนินโครงการ ดังนี้

มาตรา ... “ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท.....(ตามตารางแนบท้ายกฎหมายฉบับนี้) เว้นแต่ได้รับอนุญาต”

มาตรา... “ผู้รับอนุญาตซึ่งจำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่ายซึ่งยาเสพติด เพื่อใช้ทางการแพทย์หรือการบำบัดรักษาเฉพาะผู้เข้ารับบริการ (ผู้ป่วย) จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่ายซึ่งสารทดแทนเฉพาะผู้เข้ารับบริการ (ผู้ป่วย) ไม่เป็นความผิดตามกฎหมายอาญา....”

ควรกำหนดบทนิยามของ “ผู้ให้บริการ” ดังนี้

มาตรา... “ผู้ให้บริการ” ได้แก่ “ผู้ซึ่งได้รับอนุญาตตามกฎหมาย เพื่อให้บริการทางด้านสาธารณสุข และทางจิตวิทยาแก่ผู้กระทำผิดยาเสพติดที่ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติตามมาตรการทางกฎหมายยาเสพติด รวมถึงการให้คำแนะนำ ให้ความรู้และข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้กระทำผิดยาเสพติด และชุมชน อาทิเช่น การให้บริการสารทดแทนประเภทเมธาโดน การแจกเข็มฉีดยาที่สะอาดและปลอดภัย การบำบัดรักษาทางอาการทางจิต เป็นต้น”

ทั้งควรกำหนดบทนิยามของ “ผู้รับอนุญาต” ให้หมายความรวมถึง “เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เภสัชกร นักจิตวิทยา นักวิทยาศาสตร์ พนักงาน บุคลากรหรือบุคคลทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้รับอนุญาต” อีกด้วย ทั้งนี้เพราะการจำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่ายของผู้รับอนุญาต มีจุดประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงตลอดจนอันตรายต่างๆ ทั้งเป็นการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ป่วยโรคสมองติดยา จึงไม่ควรถือเป็นความผิดกฎหมายอีกต่อไป

2.4) ควรกำหนดคณะกรรมการอันประกอบด้วยผู้แทนจากสหวิชาชีพ เพื่อทำหน้าที่พิจารณาผู้กระทำผิดซึ่งอยู่ภายใต้กฎหมายฉบับนี้ เพื่อเป็นการเบี่ยงเบนจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญาและโทษทางอาญา

มาตรา ... “ให้มีคณะกรรมการ(ตามกฎหมายนี้)ในเขตพื้นที่ต่างๆ ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากคณะกรรมการตามกฎหมายตามความเหมาะสม ผู้แทนกระทรวงยุติธรรมเป็นประธาน คณะกรรมการ พนักงานอัยการ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคสมองติดยา/และการบำบัดรักษาหนึ่งคน นักจิตวิทยาหนึ่งคน นักสังคมสงเคราะห์หนึ่งคน พนักงานจากกรมคุมประพฤติ และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ...”

มาตรา... “คณะกรรมการ(ตามกฎหมายนี้) จำต้องพิจารณาลักษณะอาการของผู้กระทำผิด ผู้ติดยาเสพติด หรือผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของการใช้ยา ประเภทและชนิดยาเสพติด อุปนิสัยทางสังคมและส่วนตัว สถานะทางเศรษฐกิจ ครอบครัว ประกอบการพิจารณาออกคำสั่งให้ผู้กระทำผิด ผู้ติดยาเสพติด หรือผู้ป่วย เข้ารับการบำบัดรักษา และลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่เหมาะสม ทั้งนี้อาจกำหนดให้ผู้ติดยาเสพติดได้รับบริการมากกว่าหนึ่งแผนก็ได้”

มาตรา ... “ผู้เข้ารับบริการตามคำสั่งของคณะกรรมการ ผ่าฝืนระเบียบและเงื่อนไขต่างๆ ที่คณะกรรมการกำหนด รวมทั้งข้อบังคับของศูนย์บำบัดฟื้นฟูและลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด หรือมีพฤติการณ์ชั่วร้ายแรง คณะกรรมการ(ตามกฎหมายนี้) มีอำนาจออกคำสั่งตัดเตือนผู้เข้ารับบริการ

.... ในกรณีที่ผู้เข้ารับบริการยังคงกระทำการอันเป็นการฝ่าฝืนบทบัญญัติตามวรรคก่อน คณะกรรมการมีอำนาจลงโทษ สถานหนึ่งหรือหลายสถาน ดังต่อไปนี้

(1) ภาคทัณฑ์

- (2) ห้ามเข้าเขตกำหนด
- (3) ยึดใบจับจีหรือใบประกอบวิชาชีพ
- (4) เรียกประกันทัณฑ์บน
- (5) ปรับ.....

.... โทษที่คณะกรรมการลงโทษ ไม่รวมโทษกักขัง และการควบคุมตัว”

2.5) ควรส่งเสริมให้นำมาตรการบังคับทางอาญา ประเภท “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” เป็นมาตรการทางกฎหมายในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิด

ทั้งนี้เพราะนอกจากมาตรการบังคับทางอาญา ประเภท “โทษ” แล้ว ยังมีมาตรการบังคับประเภท “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” คู่ขนานกันไป แต่ทว่าปัจจุบันไม่ได้รับความนิยมนในการใช้มาตรการดังกล่าว ทั้งลักษณะพิเศษอีกประการของ “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” คือไม่เพียงแต่จำกัดประเภทตามประมวลกฎหมายอาญา การกำหนดประเภทของวิธีการเพื่อความปลอดภัยจึงไม่จำกัดเพียง 5 ประเภทเท่านั้น เช่น วิธีการเพื่อความปลอดภัยที่มีอยู่ในกฎหมายอื่นๆ เป็นต้น

ผู้เขียนเห็นว่า รัฐควรแก้ไขฟื้นฟูและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยนำมาตรการบังคับทางอาญา ประเภท “วิธีการเพื่อความปลอดภัย” มาใช้ โดยเบี่ยงเบนผู้ติดยาเสพติดออกจากโทษทางอาญา เพราะผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่ปราศจากความชั่ว ทั้งการกำหนดมาตรการต่าง ๆ นั้น จำต้องกำหนดมาตรการที่มีความหลากหลายตามแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับผู้ติดยาเสพติด หรือผู้กระทำความผิดแต่ละรายอีกด้วย

2.6) ควรกำหนดให้ศาลใช้ดุลยพินิจในการออกคำสั่งให้ผู้ติดยาเสพติดที่อยู่ในชั้นศาลเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และรับบริการตามโครงการที่เหมาะสม

มาตรา... “ในระหว่างการพิจารณาของศาล หากปรากฏว่าผู้ใดติดยาเสพติดให้โทษอย่างรุนแรง ศาลอาจมีคำสั่งให้ผู้นั้นเข้ารับการตรวจพิสูจน์ และประเมินการรักษาโดยเร็ว

...ในการตรวจพิสูจน์ และการประเมินการรักษา ต้องคำนึงถึงลักษณะ ประเภท ยาเสพติดพฤติกรรมในการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด อายุ เพศ ประวัติตลอดจนสภาพแวดล้อมทั้งปวงของผู้นั้นประกอบด้วย

.... พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจพิสูจน์และประเมินการรักษาต้องส่งรายงานผลการตรวจพิสูจน์ และประเมินการรักษา แก่ศาล อัยการ จำเลยและทนายจำเลย พร้อมข้อมูลของโครงการบำบัดรักษาและลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อประกอบการออกคำสั่งของศาล ...”

5.2.2 ควรส่งเสริมการให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) และแนวคิดอื่นที่เกี่ยวข้อง

โดยการทำความเข้าใจแก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเสพติด ทั้งในระดับองค์กร ราชการ พรรคการเมือง ผู้บังคับใช้กฎหมาย บุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง สื่อมวลชน รวมถึงองค์กร สังคมและประชาชนทุกคน ทั้งนี้ปัจจุบันยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับแนวคิดลดอันตราย จากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับสถานะของผู้ติดยาเสพติด การตีตรา และทัศนคติทางลบต่อผู้ติดยาเสพติด หลักสากลและหลักสิทธิมนุษยชน และวัตถุประสงค์ที่แท้จริง ของแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) นี้ ได้แก่

สถานะของผู้ติดยาเสพติด

จำเป็นต้องมีการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลแก่ ผู้ติดยาเสพติด ครอบครัวของผู้ติดยาเสพติด ตลอดจนชุมชนและสังคมได้รับทราบ ถึงลักษณะอาการ สาเหตุปัจจัยของโรคสมองติดยา ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษา เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้และความเข้าใจสถานะของผู้ติดยาเสพติดว่า “ผู้เสพเป็นผู้ป่วย” อย่างแท้จริง ทั้งจำเป็นต้องได้รับการบริการทางสาธารณสุขจากรัฐ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพตามสิทธิผู้ป่วย ที่รับรองโดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ตลอดจนความเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างผู้ผลิต ผู้ค้า ผู้ใช้ ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดซึ่งเป็น อุปสรรคสำคัญในการนำแนวคิดลดอันตรายมาใช้กับผู้ติดยาเสพติดในฐานะผู้ป่วยอีกนั่นเอง

ทัศนคติของสังคมต่อผู้ติดยาเสพติด

รัฐควรจะให้ความรู้และความเข้าใจแก่สังคม เกี่ยวกับการตีตราผู้ติดยาเสพติด เนื่องจากมายาคติของสังคมที่สั่งสมมาในระยะหนึ่ง การนำเสนอแง่มุมของปัญหาเสพติด โดย มิได้ทำการแบ่งแยกระหว่างผู้ค้ายาเสพติดกับผู้ติดยาเสพติด ถือเป็น การซ้ำเติมภาพลักษณ์ในทางลบ ของผู้ติดยาเสพติด ก่อให้เกิดความหวาดระแวง การประณาม กล่าวโทษต่าง ๆ นานา ดังนั้นรัฐควร จะให้ความรู้และทำความเข้าใจกับสังคม และกำหนดแนวทางในการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชน ให้ ครอบคลุมทุกแง่มุมของปัญหาเสพติด การนำเสนอข้อมูลของสื่อควรจะเป็นการส่งเสริม สถานการณ์ ที่เอื้อต่อการกลับมาดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นปกติสุขของผู้ติดยาเสพติด และ กระตุ้นให้สังคมมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหายาเสพติด การสร้างความเข้าใจแก่สังคมในเรื่องสถานะ ของผู้ติดยาเสพติดที่ถือเป็นผู้ป่วย การปฏิบัติต่อผู้ติดยาเสพติดในฐานะเพื่อนมนุษย์คนหนึ่ง ซึ่งจะ เป็นส่วนช่วยที่สำคัญในการทำให้สังคมกลับมาปกติสุขอีกครั้ง

ส่งเสริมการเคารพสิทธิมนุษยชนของผู้ติดยาเสพติด

โดยองค์กรที่รับผิดชอบในกลไกการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนทุกฝ่าย ควรร่วมมือกัน รณรงค์ลดจนการทำข้อเสนอแนะต่อสังคม โดยเฉพาะในเรื่องการตีตราหรือการเลือกปฏิบัติต่อผู้ ติดยาเสพติด และสิทธิในกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ตลอดจนมาตรการเยียวยาผู้ติดยาเสพติดที่ อาจจะได้รับผลกระทบจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญา อาทิเช่น การละเมิดสิทธิ การบังคับ ขู่

เชิญ การเรียกรับผลประโยชน์เพื่อแลกกับการไม่ดำเนินคดี ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงสิทธิ ตามรัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เป็นต้น ทั้งผู้บังคับใช้ กฎหมายควรได้รับการอบรมทางด้านสิทธิมนุษยชน และควรจัดระบบป้องกันการบังคับใช้ กฎหมายโดยมิชอบของเจ้าหน้าที่

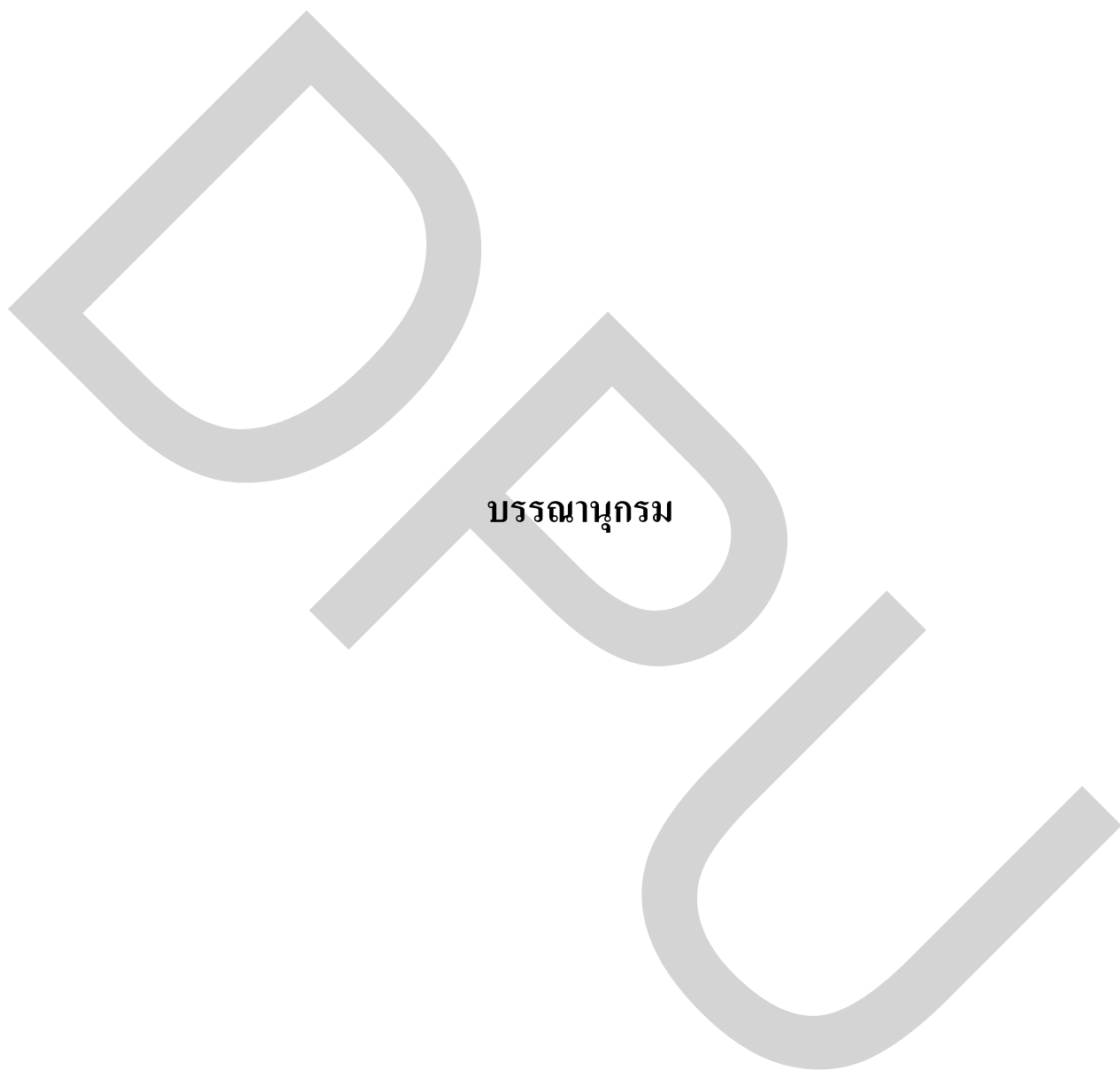
สิทธิได้รับการทางสาธารณสุข

รัฐควรสนับสนุนในการให้บริการ และลดข้อจำกัดในการได้รับการสาธารณสุข อาทิ เช่น การได้รับสารทดแทนสารเสพติด โดยการส่งเสริมให้ผู้ติดยาเสพติดที่อยู่ระหว่างการควบคุมตัว ภายใต้ระบบราชทัณฑ์ คนทำงานภายใต้ระบบประกันสังคม (อันได้แก่ ลูกจ้างภายใต้กฎหมายว่า ด้วยแรงงานทั้งหมด และแรงงานนอกระบบบางส่วน) ตลอดจนแรงงานข้ามชาติ ให้มีสิทธิได้รับ บริการสารทดแทน เพื่อให้สอดคล้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามหลักผู้เสพติดคือผู้ป่วย นั้นเอง

ความเข้าใจแนวคิดลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm Reduction)

ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ตลอดจนบุคลากรทุกภาคส่วน หน่วยงาน องค์กรทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน พรรคการเมือง และประชาชนทุกคน เข้าใจวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของแนวคิดลด อันตรายที่เกิดจากการใช้สารเสพติด เพื่อขจัดความเข้าใจที่ไม่ตรงกันของทุกฝ่าย และปรับความ เข้าใจร่วมกันว่า การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มิใช่การส่งเสริมหรือสนับสนุนให้มีการใช้ยา เสพติดแบบเสรี กล่าวคือไม่ผิดกฎหมาย แต่เป็นการดำเนินการเพื่อป้องกันผลกระทบทางลบที่มีต่อ สุขภาพของผู้ติดยาเสพติด การป้องกันการใช้ยาเกินขนาด การลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทาง โลหิต และการทำให้การสาธารณสุขของชุมชนทั้งหมดปลอดภัยอีกด้วย นอกเหนือจากการ ให้บริการต่างๆแล้ว การปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ติดยาเสพติด ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม อย่างเป็นปกติสุข ก็เป็นอีกหนึ่งวัตถุประสงค์ของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดด้วยเช่นกัน

5.2.3) ควรจัดทำข้อเสนอแนะต่อผู้มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย/ยุทธศาสตร์ยาเสพติดของ ประเทศ ในการนำแนวคิดลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มาเป็นแนวทาง ขับเคลื่อนในนโยบายแก้ปัญหายาเสพติดของประเทศ



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

- กองนิติการ. (2546). *มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศกัมพูชา ลาว พม่า และ มาเลเซีย*. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- กอบกุล จันทวโร. (2555). *การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดกับประเด็นการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน*. ใน โครงการสัมมนาเมื่อ วันที่ 11 มกราคม 2555. การสัมมนาจัดโดย กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข.
- กำพล ศรีวัฒนกุล (แปล). (2544). *ปฏิญญาสากลว่าด้วยพันธุกรรมเรื่องโรคเอดส์*. ใน การประชุม สัมมนาแห่งสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณิต ณ นคร. (2551). *กฎหมายอาญาภาคทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- คณิต ณ นคร. (2553). *ประมวลกฎหมาย : หลักกฎหมายและพื้นฐานการเข้าใจ (พิมพ์ครั้งที่ 10 แก้ไขเพิ่มเติม)*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- คณิต ณ นคร. (2553). *พื้นฐานความรู้เกี่ยวกับกฎหมายอาญา (พิมพ์ครั้งที่ 10)*. กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- จุฬามาศ พงศ์วิญญู. (2553). *มาตรการทางกฎหมายในการลดทอนความเป็นอาชญากรรมทาง คดียาเสพติดของประเทศไทย (ปริญญานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชฤทธิ์ มีสิทธิ์, จีรสุมัย ณ หนองคาย, และอาจารย์ มีสิทธิ์. (2551). *รายงานการศึกษาทบทวนนโยบาย และกฎหมายด้านเอดส์ของประเทศไทย*. มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์และองค์ กรระหว่างประเทศด้านเอดส์ภายใต้สหประชาชาติ.
- ชฤทธิ์ มีสิทธิ์, อภิชาติ จัปใจ, รณัฐกรณ์ อัสมังกรัตน์, จีรสุมัย ณ หนองคาย, และ พิพัฒน์ วั่งปรีชา. (2555) *การทบทวนนโยบายและกฎหมายด้านยาเสพติดของประเทศไทยเพื่อแก้ปัญหา เอชไอวี*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิพีเอสไอ ประเทศไทยและมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
- ณัฐจิววัฒน์ สุทธิโยธิน. (2553). *เอกสารประกอบคำบรรยายวิชาทฤษฎีอาชญาวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: เอกสารอัดสำเนา.
- นวลตา อาภาศัพท์กุล. (2549). *แนวคิดในการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด: ตอนที่ 1*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(1), 61-70

เพชรศรี ศิรินิรันดร์. (2553). *ยุทธศาสตร์ มาตรการและวิธีการดำเนินการ*. ใน คณะกรรมการ
 สาธารณสุข วุฒิสภา และคณะอนุกรรมการประชากรและการพัฒนา, การเสวนาเรื่อง
 “นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด”. การประชุมจัดโดย คณะกรรมการ
 วุฒิสภาสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการประชากรและการพัฒนา, ห้องประชุม
 คณะกรรมการหมายเลข 310 อาคารรัฐสภา 2.

ไพฑูริย์ แสงพุ่ม. (2549). *ทำไมคนถึง ดิทยาเสพติด ตอนที่ 1 : ทฤษฎีจิตวิเคราะห์*. เอกสารวิชาการ
 เผยแพร่ ประจำเดือนกันยายน: ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด สฟป.

มณฑิรา อินคชสาร. (2551). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาสื่อและกลยุทธ์
 ในการสื่อสารเพื่อลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดแบบฉีดยาเข้าเส้น
 (ปริญญาณิพนธ์ปริญญาคุณฐิบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

วิฑูริย์ อึ้งประพันธ์. (2537). *สิทธิผู้ป่วย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คปไฟ .

วิโรจน์ วีระชัย. (2553). *นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction)
 ทางเลือกใหม่ประเทศไทย* (รายงานการศึกษาส่วนบุคคล). กรุงเทพฯ:
 กระทรวงการต่างประเทศ.

ศรีสมบัติ โชคประจักษ์ชัด, อรรถพล ควรเลี้ยง, ศิริพล กุศลศิลป์วุฒิ, และ ทองใหญ่ อัยยะวารากุล.
 (2554). *การศึกษาวเคราะห์เพื่อนำแนวคิด การทำให้ถูกกฎหมาย การทำให้ไม่เป็น
 ความผิดทางอาญาและการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมาใช้ในการพัฒนา
 นโยบายยาเสพติดของประเทศ* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงาน
 คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2552). *การลดอันตรายจากสารเสพติด
 ในประเทศไทย: การพัฒนานโยบายและแผนงาน*. ใน โครงการจัดสัมมนา
 เมื่อวันที่ 19 เมษายน พ.ศ.2552. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .

ส่วนวิชาการ สำนักงานพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ปปส. (2552).
*กระบวนการยุติธรรมทางอาญากับการแก้ไขปัญหายาเสพติด: การจำแนกประเภทคดี
 การลดจำนวนคดี และขั้นตอนในการดำเนินคดี*. ใน การประชุมวิชาการเพื่อกำหนด
 ทางเลือกเชิงนโยบาย. กรุงเทพฯ: โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น.

สำนักกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2554). *การพิจารณาศึกษาปัญหายาเสพติด
 (รายงานผลการวิจัย)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. (2554). *รูปแบบการลดทอนอาชญากรรมใน
 ผู้ใช้ยาเสพติดในประเทศโปรตุเกส*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปปส.

อังกูร ภัทรากร. (2556). *โรคสมองตึดยา*. เอกสารประกอบการประชุม คณะอนุกรรมการ
ปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ครั้งที่ 2/2556 เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2556.

กฎหมาย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550.

ประมวลกฎหมายอาญา.

ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา.

พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2542.

พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519.

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545.

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522.

พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2479.

พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518

พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดียาเสพติด พ.ศ. 2550.

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550.

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545.

พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533.

สารสนเทศจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). *ประกาศสิทธิผู้ป่วย*.

สืบค้น 31 มิถุนายน 2556, จาก <http://www.ra.mahidol.ac.th/dpt/ET/ETth>.

ศูนย์วิจัยยาเสพติด. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2545).

สมองและกลไกการเสพติด. สืบค้น 28 กรกฎาคม 2556, จาก

http://www.ihr.chula.ac.th/t3_files/brain_drug.pdf.

ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ. (2556). *ร่างกรอบยุทธศาสตร์ด้านการ*

ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ปี 2558.

สืบค้น 1 สิงหาคม 2556, จาก [http://www.nccd.go.th/upload/news/1\(77\).pdf](http://www.nccd.go.th/upload/news/1(77).pdf).

สถาบันธัญญารักษ์. (2548). *ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด.*

สืบค้น 25 มิถุนายน 2556, จาก http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=43&Itemid=53.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2556). *การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด: กรอบความร่วมมือระหว่างประเทศ.* สืบค้น 6 สิงหาคม 2556, จาก <http://www1.oncb.go.th/document/p1-solution28.html>.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2556). *การดำเนินงานด้านการบำบัดรักษา.* สืบค้น 1 สิงหาคม 2556, จาก <http://www1.oncb.go.th/document/p1-solution31f.htm>.

สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน. (2556). *อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.* สืบค้น 1 กรกฎาคม 2556, จาก http://www.nhrc.or.th/2012/wb/th/contentpage.php?id=2&menu_id=1&groupID=1&subID=2.

ภาษาอังกฤษ

BOOKS

Beirness, D. J., Jesseman R., Notarandrea R., and Perron, M. (2008). *Harm Reduction: What's in a name?.* Canada: Canadian Centre on Substance Abuse.

bolt, S. (2007). *Drug and the Law. Hot Topics Legal issues in plain language,* 59,1-28. Retrieved July 18,2013, from http://www.legalanswers.sl.nsw.gov.au/hot_topics/pdf/international_69.pdf.

Canadian HIV/AIDS Legal Network. (2006). *Legislating on Health and Human Rights: Model Law on Drug Use and HIV/AIDS* Retrieved July 18,2013, from <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=869>.

EMCDDA. (2012). *Country Profile – Portugal.* Retrieved July 8, 2013, from <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html?pluginMethod=eldd.countryprofiles&country=PT>.

Hamilton, M. (2012). *Australian Drug policy: harm reduction and 'new recovery'.* Retrieved July 1,2013, from <http://www.anex.org.au/wp->

content/uploads/2011/09/Australian-Drug-Policy-harm-reduction-and-new-recovery-April-2012.pdf.

Jefferson, M. (1997). *Criminal Law*. London: Pitman publishing.

Legislating for Health and Human Rights: Model Law on Drug Use and HIV/AIDS.

Loewy, A. H. (1984). *Criminal law in a nutshell*. Minnesota: West publishing co.

Ministry of Health. (2005). *Harm Reduction: a British Columbia community guide*.

Retrieved August 1, 2013 from <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/hrcommunityguide.pdf>.

National Anti-Drugs Agency. (2011). *Country report 2010 Malaysia*. Retrieved July 20, 2013, from www.aipasecretariat.org.

NSW Department of Health. (2006). *Needle and syringe program policy and guidelines for NSW*. Retrieved August 1, 2013, from <http://www.unodc.org/documents/southasia/publications/sops/needle-syringe-exchange-program-for-injecting-drug-users.pdf>.

The Decree-law no.183/2001, of 21st June.

The Drug Misuse and Trafficking Act 1985 No226.

The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2011). *Drug policy profiles: Portugal*. Portugal: Lisbon.

Thomas, G. (2005). *Harm Reduction policies and programs for persons involved in the Criminal justice system*. Retrieved July 18, 2013, from <http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-003900-2005.pdf>.

Vicknasingam, B., & Mazlan M. (2010). *Malaysian Drug Treatment Policy: An evolution from total abstinence to harm reduction*. *Jurnal antidadah Malaysia*, 110-117.

Wikipedia. (2012). *Concurrence*. In Internet encyclopedia of Wikipedia. Retrieved August 7, 2013 from <https://en.wikipedia.org/wiki/Concurrence>.

ด

พ

ภาคผนวก

๕

บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
เรื่อง การประกาศนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกัน
การแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี

กรมควบคุมโรคได้มีหนังสือ ที่ สธ ๐๔๔๓/๑๙๒๙ ลงวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๕๔ ถึงสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ความว่า ตามที่กรมควบคุมโรคได้ส่งร่างประกาศคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เรื่อง นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี มาเพื่อให้คณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจสอบความเหมาะสมทางกฎหมาย นั้น

กรมควบคุมโรคมีความประสงค์ขอหารือข้อกฎหมายในนโยบายลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดในยุทธศาสตร์ที่ ๑ การบริการแบบบูรณาการและครบวงจร มาตรการที่ ๒ การพัฒนาและบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่เป็นชุดบริการแบบครบวงจร ซึ่งประกอบด้วยชุดบริการทางเลือก ๑๐ รายการ ข้อ ๒.๓ การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด ตามร่างประกาศคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เรื่อง นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี ว่าสามารถดำเนินการได้ตามกฎหมายหรือไม่

คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ ๑๐) ได้พิจารณาข้อหารือของกรมควบคุมโรค อันรวมถึงร่างประกาศคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เรื่อง นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี โดยได้รับฟังข้อเท็จจริงจากผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงและกรมควบคุมโรค) แล้ว ปรากฏข้อเท็จจริงเพิ่มเติมว่า มาตรการสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดตามร่างประกาศคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เรื่อง นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี จะดำเนินการโดยใช้วิธีการส่งเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครไปให้ความรู้กับผู้ติดยาเสพติดที่เสพยาเสพติดโดยวิธีการฉีดเข้าสู่หลอดเลือดเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อและแนะนำให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด รวมทั้งใช้วิธีการแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดให้แก่ผู้เสพยาเสพติด

คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ ๑๐) เห็นว่า โดยที่มาตรา ๕๗^๑ และมาตรา ๕๘^๒ แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ กำหนดห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษ ซึ่งในการเสพยาเสพติดบางประเภทตามมาตราดังกล่าวจะกระทำด้วยวิธีการใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดเข้าสู่ร่างกายทางหลอดเลือดดำ ซึ่งในกรณีนี้เข็มและอุปกรณ์ฉีดย่อมจะเป็นอุปกรณ์สำหรับใช้ในการกระทำความผิด หากมีบุคคลใดแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดแก่ผู้ติดยาเสพติดโดยมีเจตนาให้นำเข็มและอุปกรณ์ฉีดนั้นไปใช้ในการเสพยาเสพติด การกระทำดังกล่าวถือเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการเสพยาเสพติด จึงเป็นการสนับสนุนการกระทำความผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๘๖^๓

นอกจากนี้ วิธีการดังกล่าวยังนำไปสู่ประเด็นปัญหาข้อกฎหมายว่าขัดต่อบทบัญญัติมาตรา ๙๓/๑^๔ แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่บัญญัติห้ามมิให้ผู้ใดยุยงส่งเสริมให้ผู้อื่นเสพยาเสพติดให้โทษ ประเภท ๑ หรือยาเสพติดให้โทษประเภท ๒ โดยฝ่าฝืนบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัตินี้อีกด้วย การกำหนดมาตรการและวิธีการในลักษณะเช่นที่หารือมานี้จึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงความชอบด้วยกฎหมายด้วย

เมื่อพิจารณาถ้อยคำตามร่างประกาศดังกล่าวในส่วนนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในยุทธศาสตร์ที่ ๑ การบริการแบบบูรณาการและครบวงจร มาตรการที่ ๒ การพัฒนาและให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด กรณีบริการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี ข้อ ๒.๓ การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด คำว่า “การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด” หากกระทำการด้วยวิธีการแจกเข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาดแก่ผู้ติดยาเสพติดย่อมเป็นการขัดต่อบทบัญญัติที่ได้กล่าวมาข้างต้นได้

(นายอัชพร จารุจินดา)
เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
สิงหาคม ๒๕๕๔

^๑ มาตรา ๕๗ ห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท ๑ หรือประเภท ๕

^๒ มาตรา ๕๘ ห้ามมิให้ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ เว้นแต่การเสพนั้นเป็นการเสพเพื่อการรักษาโรคตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่งในสาขาทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตตามมาตรา ๑๗

^๓ มาตรา ๘๖ ผู้ใดกระทำความผิดใดๆ อันเป็นการช่วยเหลือ หรือให้ความสะดวกในการที่ผู้อื่นกระทำความผิดก่อนหรือขณะกระทำความผิด แม้ผู้กระทำความผิดจะมีได้รู้ถึงการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกนั้นก็ตาม ผู้นั้นเป็นผู้สนับสนุนการกระทำความผิด ต้องระวางโทษสองในสามส่วนของโทษที่กำหนดไว้สำหรับความผิดที่สนับสนุนนั้น

^๔ มาตรา ๙๓/๑ ผู้ใดยุยงส่งเสริมให้ผู้อื่นเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท ๑ หรือยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ โดยฝ่าฝืนบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัตินี้ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงห้าปี หรือปรับตั้งแต่สองหมื่นบาทถึงหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ฯลฯ

ฯลฯ



คำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ

ที่ ๓๐ / ๒๕๕๕

เรื่อง แนวปฏิบัติแผนการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด

ตามคำสั่งศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ ที่ ๒๓/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ เรื่อง ปฏิบัติการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดอย่างยั่งยืน ปี ๒๕๕๖ ในแผนงานที่ ๒ การแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด กำหนดเป้าหมายในการนำผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบ จำนวน ๓๐๐,๐๐๐ คน และให้การติดตาม ช่วยเหลือ ดูแลผู้ผ่านการบำบัดรักษา จำนวน ๗๐๐,๐๐๐ คน

เพื่อให้การดำเนินงานกับผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดมีความต่อเนื่อง และบังเกิดผลที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น จึงกำหนดให้มีแนวปฏิบัติการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด รองรับปฏิบัติการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดอย่างยั่งยืน ปี ๒๕๕๖ โดยให้ทุกจังหวัดดำเนินการ ดังนี้

๑. จัดให้มีกลไกรองรับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ดังนี้

๑.๑ ศูนย์อำนวยการคัดกรองทุกอำเภอ

๑.๒ ศูนย์ฟื้นฟูฯ แบบสมัครใจทุกจังหวัด

๑.๓ ศูนย์ข้อมูล ติดตาม ประสานความช่วยเหลือด้าน Demand จังหวัดและทุกอำเภอ

๒. กำหนดแนวทางและเร่งรัดการปฏิบัติตั้งแต่การค้นหา การจำแนกคัดกรอง การบำบัดฟื้นฟูฯ และ การติดตาม ช่วยเหลืออย่างครบวงจร

๓. ติดตาม ดูแล ช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และกำหนดมาตรการสำหรับผู้เสพติดยา โดยยึดแนวทางการให้โอกาสอย่างเหมาะสม

๔. บูรณาการงบประมาณการปฏิบัติให้มีความคล่องตัวในการปฏิบัติ และลดความซ้ำซ้อน

โดยมีรายละเอียดแนวปฏิบัติ ตามผนวกแนบท้าย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๕

ร้อยตำรวจเอก

(เฉลิม อยู่บำรุง)

รองนายกรัฐมนตรี

ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ

แนวปฏิบัติแผนการแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด (Demand)

๑. การบำบัดรักษาระบบสมัครใจ

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
๑. การบูรณาการปฏิบัติ	<p>๑. ศพส.จ. จัดให้มีกลไกการปฏิบัติงานในจังหวัดและประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้</p> <p>๑.๑ จัดให้มีศูนย์จำแนกคัดกรองผู้เสพติด ทุกอำเภอ ละ ๑ แห่ง</p> <p>๑.๒ จัดให้มีศูนย์ฟื้นฟู แบบสมัครใจในระดับจังหวัด ๑ แห่ง โดยมีโปรแกรมการฟื้นฟู เป็นระยะเวลา ๑๕ วัน (ผนวก ๑) โดยสามารถดาวน์โหลดโปรแกรมที่ www.thanyarak.go.th</p> <p>๑.๓ จัดให้มีศูนย์ข้อมูล ติดตาม และประสานความช่วยเหลือด้าน Demand ทุกอำเภอ ละ ๑ แห่ง และระดับจังหวัด ๑ แห่ง</p> <p>๑.๔ ยังคงค่ายปรับเปลี่ยนฯ ๑ อำเภอ ๑ ค่ายฯ แต่เน้นย้ำโปรแกรมการจัดค่ายฯ เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๙ วัน</p> <p>๑.๕ กำหนดแนวทางการปฏิบัติและเป้าหมายในการนำผู้เสพติดที่ยังคงเหลือ หรือผู้เสพติดที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟู แล้วกลับไปมีพฤติกรรมเสพติดซ้ำ หรือผู้เสพติดที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟู แล้วเข้าสู่กระบวนการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือ อย่างน้อย ๑ ปี ตลอดจนแนวทาง/วิธีการติดตาม ดูแล ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู แบบครบวงจรของจังหวัด โดยให้จังหวัดเป็นผู้กำหนดแนวทางการดำเนินงานของจังหวัด</p> <p>๑.๖ กำหนดแนวทางการนำผู้ที่กระทำความผิดฐานเสพ หรือเสพและครอบครอง และศาลมีคำสั่งให้คุมประพฤติตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๕๖ เข้าบำบัดฟื้นฟู</p>	ศพส.จ.	๑. รายงานข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในระบบรายงาน ศพส. แผนที่ ๒

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
	<p>๑.๗ กำหนดแนวทางการส่งต่อข้อมูลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ทุกระบบ (สมัครใจ บังคับ ต้องโทษ) ทุกรูปแบบ และรวบรวมเป็นฐานข้อมูลของจังหวัด และส่งต่อไปยังศูนย์ข้อมูลติดตามฯ อำเภอ เพื่อปฏิบัติการติดตามต่อไป</p> <p>๑.๘ สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพหรือการชี้แจงทำความเข้าใจทีมงานศูนย์คัดกรองฯ ศูนย์ข้อมูล ติดตาม และประสานความช่วยเหลือด้าน Demand ตลอดจนทีมอาสาสมัครที่ทำหน้าที่ติดตาม ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ</p> <p>๑.๙ บูรณาการและสนับสนุนงบประมาณการปฏิบัติ จากทุกแหล่งงบประมาณในจังหวัด</p> <p>๑.๑๐ อำนวยความสะดวก กำกับ ติดตาม การปฏิบัติ โดย กลไก ศพส.จ.</p>		
<p>๒. การชักชวน จูงใจ นำผู้เสพติด เข้าบำบัดรักษาโดยสมัครใจ</p>	<p>๑. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองตื้อยาเพื่อให้ พ่อแม่ ผู้ปกครอง และประชาชนในชุมชน บุคลากรในสถานศึกษา และสถานประกอบการ เพื่อให้มีความเข้าใจและเห็นความสำคัญกับการนำผู้เสพติดเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูฯ โดยเร่งด่วนก่อนที่จะป่วยเป็นโรคสมองตื้อยาก่อให้เกิดผลร้ายต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน</p> <p>๒. ระดมการมีส่วนร่วม จากแกนนำชุมชน ผู้นำ ผู้ใหญ่บ้าน ครอบครัว สถานศึกษา สถานประกอบการ ผู้นำศาสนา ในการค้นหา ชักชวน จูงใจ โดยจัดทำประชาคม กอดัน เคาะประตูบ้าน ปิดล้อมตรวจค้น จัดระเบียบสังคม และกำหนดทางเลือกให้สมัครใจ หรือสมัครใจถึงบังคับให้เข้าบำบัดฟื้นฟูฯ</p> <p>๓. นำผู้เสพ/ผู้ติด เข้ารับการคัดกรองระดับความรุนแรงของการเสพติด ที่ศูนย์จำแนกคัดกรองอำเภอ ตามที่ ศพส.อ.กำหนด</p>	<p>๑. พชส.จังหวัด</p> <p>๒. ศพส.จ.</p> <p>๓. ศพส.อ.</p> <p>๔. สถานศึกษา/สถานประกอบการในพื้นที่</p> <p>๕. ชุดปฏิบัติการชุมชน</p> <p>๖. ฝ่ายปกครอง</p> <p>๗. ตำรวจ</p>	

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
๓. การจำแนก คัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด และส่งต่อเข้ารับบำบัดฟื้นฟู	<p>๑. จัดตั้งศูนย์จำแนกคัดกรอง ในสถานที่ที่ ศพส.อ. กำหนด และมีทีมจำแนกคัดกรอง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล (จิตเวชชุมชน/เวชปฏิบัติ) พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา ครูอาจารย์ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าของสถานประกอบการ และผู้นำชุมชน โดยมี หน้าที่ จำแนกคัดกรองผู้เสพติดยาเสพติดที่สมัครใจเข้ารับบำบัดฟื้นฟู หรือสมัครใจกึ่งบังคับ ดังนี้</p> <p>๑.๑ ตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (ในกรณีที่เป็น)</p> <p>๑.๒ ตรวจสภาพร่างกายทั่วไป</p> <p>๑.๓ ตรวจหาโรคประจำตัวและประเมินสภาพทางจิต</p> <p>๑.๔ ตรวจประเมินสภาพความรุนแรงของการเสพติด โดยใช้แบบคัดกรองการใช้สารเสพติด ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>๑.๕ ตรวจประเมินสภาพทางสังคม ประกอบด้วย ประวัติครอบครัว การศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ประวัติการถูกดำเนินคดี ประวัติเข้ารับการบำบัดฯ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม และอุปนิสัย ที่แสดงออก (ผนวก ๒)</p> <p>๑.๖ สรุปผลการจำแนก คัดกรอง โดยบุคลากรของสาธารณสุข และส่งต่อเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ตามข้อวินิจฉัย</p> <p>๑.๗ จัดทำบันทึกการยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู และติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี ของผู้ป่วยและครอบครัว (ผนวก ๓)</p> <p>๒. ดำเนินการส่งต่อผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด เข้าสู่ระบบการบำบัดฟื้นฟู ที่เหมาะสมกับสภาพความรุนแรงของการใช้สารเสพติด ดังนี้</p>	๑. ศพส.อ. ๒. นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด	๑. รายงานข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ในระบบรายงาน - ศพส. แผนที่ ๒ - บสต. (บสต.๒)

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
	<p><u>๒.๑ กลุ่มผู้เสพไม่มาก</u> หมายถึง กลุ่มที่เพิ่งทดลองหรือเสพเป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลงสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ถ้าหยุดยากี้จะไม่มีอาการถอนยา ให้ดำเนินการบำบัดฟื้นฟูในชุมชนโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้คำปรึกษาและดูแลต่อเนื่อง โดยดำเนินการร่วมกับผู้นำชุมชน และ อบต.</p> <p><u>๒.๒ กลุ่มผู้เสพปานกลางหรือเสพหนักเป็นครั้งคราว</u> หมายถึง กลุ่มที่เสพ/เสพหนักเป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง พฤติกรรมเริ่มเปลี่ยนแปลงแต่ยังสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ใช้จ่ายแล้วมีปัญหาแต่ยังคงใช้จ่ายอยู่ หยุดยากี้จะไม่มีอาการถอนยา ให้ดำเนินการส่งไปบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๑ อำเภอ ๑ ค่าย โดยปรับโปรแกรมการฟื้นฟูเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๙ วัน</p> <p><u>๒.๓ กลุ่มผู้ติด</u> หมายถึง ผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นประจำและต่อเนื่องตั้งแต่ ๖ เดือนขึ้นไป ดำรงชีวิตผิดปกติไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆ ได้ และมีผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น เมื่อหยุดยากี้จะมีอาการถอนยา ให้ดำเนินการส่งไปบำบัดฟื้นฟู ในรูปแบบผู้ป่วยนอก Matrix Program (สำหรับผู้ที่มิอาชีพการงานที่ชัดเจน) หรือสถานบำบัดฟื้นฟู แบบผู้ป่วยใน หรือศูนย์ฟื้นฟู แบบสมัครใจจังหวัด ระยะเวลา ๑๕ วัน</p> <p><u>กรณีเป็นผู้ที่อยู่ระหว่างการศึกษา</u> ส่งไปบำบัดฟื้นฟู แบบผู้ป่วยนอก Matrix Program หรือจิตสังคมบำบัดในโรงเรียน</p> <p><u>๒.๔ กลุ่มผู้ติดที่มีอาการแทรกซ้อนทางกายหรือมีอาการแทรกซ้อนทางจิต</u> ให้ดำเนินการส่งโรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข หรือถ้าจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในให้ดำเนินการส่งเข้าสถานบำบัดฟื้นฟู ของกรมการแพทย์ และโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต</p>		

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
	<p>๒.๕ กลุ่มผู้ติตรุนแรง หมายถึง ผู้ที่ใช้สารเสพติดเป็นประจำและต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๓ ปีขึ้นไป ไม่สามารถเลิกหรือหยุดเสพได้ แม้จะผ่านการบำบัดหลายครั้ง ไม่ตั้งใจเลิกยาเสพติดอย่างจริงจัง ให้ดำเนินการส่งไปบำบัดฟื้นฟู แบบผู้ป่วยในระยะยาว รวมถึงพิจารณาให้ใช้แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยา ร่วมกับอย่างเหมาะสมกับสภาพของผู้ติตรุนแรงแต่ละราย เพื่อลดผลกระทบต่อตัวผู้เสพ ครอบครัว สังคม และชุมชน (ผนวก ๔)</p>		
๔. การบำบัดฟื้นฟู	<p>๑. การบำบัดฟื้นฟู ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสมัครใจจังหวัด</p> <p>○ การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพแบบสมัครใจจังหวัด</p> <p>๑.๑ กรณีจังหวัดที่มีความพร้อมด้านสถานที่และบุคลากร</p> <p>๑) คัดเลือกจากสถานที่ค่ายปรับเปลี่ยนฯ (๑ อำเภอ ๑ ค่าย) หรือจัดหาสถานที่อื่น เช่น โรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองฝ่ายปกครอง เป็นต้น เพื่อเป็นสถานที่ฟื้นฟูแบบพักค้าง จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐ เตียงนอนขึ้นไป และมีองค์ประกอบเหมาะสม เช่น มีพื้นที่บริเวณ มีปัจจัยพื้นฐานอาคารสถานที่ เรือนนอน ห้องน้ำ ฯลฯ</p> <p>๒) ผู้ว่าราชการจังหวัดมีคำสั่งจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูฯ ของจังหวัด และมอบหมายบุคคลทำหน้าที่ผู้อำนวยการศูนย์ฯ และมีทีมงานทำหน้าที่บริหารจัดการในสัดส่วนที่เหมาะสมชัดเจน</p> <p>๓) ดำเนินการบำบัดฟื้นฟู ผู้เสพ/ผู้ติดที่ผ่านจากศูนย์จำแนกคัดกรองในโปรแกรมค่ายฯ ๑๕ วัน โดยบูรณาการวิทยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด</p>	๑. ศพส.จ.	๒. รายงานข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในระบบรายงาน -ศพส. แผนที่ ๒ -บสต. (บสต.๓)

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
	<p>๔) ดำเนินการขอขึ้นทะเบียนจัดตั้งเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด ตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.๒๕๒๒ ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข (ผนวก ๕)</p> <p><u>๑.๒ กรณีจังหวัดที่ไม่มีความพร้อม ให้ดำเนินการนำผู้เสพยาเสพติดเข้าฟื้นฟู ในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๑ อำเภอ ๑ ค่าย</u></p> <p>๒. การบำบัดฟื้นฟู แบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (๑ อำเภอ ๑ ค่าย) กรณีที่อำเภอมิการคัดกรองผู้เสพยา/ผู้ติดที่สมควรได้รับการบำบัดฟื้นฟู รูปแบบค่ายฯ มีจำนวนมากเพียงพอ โดยอาจใช้สถานที่ที่ดำเนินการค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในปี ๒๕๕๕ หรือเปลี่ยนสถานที่ใหม่ โดยใช้โปรแกรมค่ายฯ ระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๙ วัน</p> <p>๓. การบำบัดฟื้นฟู ในชุมชน สามารถดำเนินการได้ ๒ แนวทาง ดังนี้</p> <p><u>แนวทางที่ ๑ บำบัดฟื้นฟู โดย โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)</u> ส่งผู้เสพยาผ่านการคัดกรองไปยัง รพ.สต. เพื่อวางแผนการบำบัดฟื้นฟู และดูแลต่อเนื่อง โดยดำเนินการร่วมกันระหว่าง รพ.สต. กำนันผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำชุมชน และ อบต.</p> <p><u>แนวทางที่ ๒ บำบัดฟื้นฟู ในพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชน</u></p> <p>๑) จัดชุดวิทยากรบำบัดฟื้นฟู ในชุมชน ซึ่งอาจประกอบด้วย ตำรวจ ฝ่ายปกครอง ฝ่ายสาธารณสุข หรือโรงพยาบาล ฝ่ายสถานศึกษา ฝ่ายฝึกและส่งเสริมอาชีพ ฝ่ายท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน ฯลฯ ตามความเหมาะสม</p> <p>๒) ชุดวิทยากรบำบัดฟื้นฟู ในชุมชน ร่วมกันกำหนดโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟู ในชุมชน และการดูแล ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจต่อเนื่อง โดย พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ญาติ และผู้นำชุมชน เป็นหลัก</p>	<p>๒. ศพส.อ.</p> <p>๓. รพ.สต.</p> <p>๔. ศพส.อ.</p> <p>๕ อบต.</p>	

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
	<p>๓) กำหนดสถานที่บำบัดฟื้นฟูฯ ในชุมชน เช่น วัด มัสยิด ศาลาประชาคม ที่ทำการตำบลหมู่บ้าน ฯลฯ และดำเนินการตามโปรแกรมที่กำหนดไว้</p> <p>๔) ดำเนินการดูแล ช่วยเหลือ ต่อเนื่อง ๑ ปี โดย บูรณาการความร่วมมือกับ อบต. และรายงานข้อมูล ผลการบำบัดฟื้นฟูฯ และผลการติดตามดูแลให้กับ ศูนย์ข้อมูล ติดตาม และประสานความช่วยเหลือ ด้าน Demand</p> <p>ทั้งนี้ ก่อนสิ้นสุดการบำบัดฟื้นฟูฯ จะต้องมีการสำรวจความต้องการช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ รวบรวมข้อมูล แล้วส่งต่อให้ศูนย์ข้อมูล ติดตามฯ อำเภอ เพื่อกำหนดแผนการช่วยเหลือในพื้นที่ (ผนวก ๖)</p>		
<p>๕. การติดตาม ดูแล ช่วยเหลือ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ</p>	<p>๑. จัดตั้งศูนย์ข้อมูล ติดตาม และประสานความช่วยเหลือด้าน Demand อำเภอ โดยกำหนดสถานที่ตั้งให้ชัดเจน เพื่อทำหน้าที่เป็นองค์กร บูรณาการการปฏิบัติเพื่อติดตาม ดูแล ช่วยเหลือ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ โดยมี ผอ.ศพส.อ. เป็น ผู้รับผิดชอบหลัก</p> <p>๒. แต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงานติดตามฯ ผู้ผ่านการบำบัดฯ ระดับอำเภอ ประกอบด้วย ฝ่ายปกครอง ท้องถิ่น สาธารณสุข คุมประพฤติ เรือนจำ สถานพินิจฯ/ศูนย์ฝึกอบรมเด็กฯ ดำรง การศึกษา แรงงาน พัฒนาชุมชน พัฒนาสังคม เกษตร สถานประกอบการ ภาคประชาสังคม ฯลฯ โดยมี ภารกิจในการกำหนดแนวทางการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฯ อย่างครบวงจร และ ให้มีการประชุมหารือกันอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๓. ชี้แจง ชักซ้อม ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการ ติดตาม ดูแล ช่วยเหลือ ผู้ผ่านการบำบัดฯ ของอำเภอ กับผู้แทนหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง และทีมงาน ที่ทำหน้าที่ติดตาม</p>	<p>๑. ศพส.อ.</p>	<p>๓. รายงานข้อมูลผ่าน เครือข่ายอินเทอร์เน็ต ในระบบรายงาน</p> <p>-ศพส. แผนที่ ๒</p> <p>-บสต. (บสต.๕)</p>

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
	<p>๔. รวบรวมข้อมูลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ใน ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ และผู้ที่เข้ารับการบำบัด ฟื้นฟูฯ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ จากทุกระบบ ทุกรูปแบบการบำบัด</p> <p>๕. กำหนดแผนและมอบหมายภารกิจ การติดตาม ผู้ผ่านฯ รายบุคคล ต่อยังหน่วยงาน องค์กรในระดับ ตำบล ชุมชน หมู่บ้าน</p> <p>๖. กำกับติดตาม และรวบรวมรายงานข้อมูลผล การติดตามผู้ผ่านฯ</p> <p>๗. กำหนดทีมงานที่จะทำหน้าที่ติดตามทางการแพทย์ และการติดตามทางสังคม ดังนี้</p> <p>๗.๑ <u>ทีมงานติดตามทางการแพทย์</u> ได้แก่ จนท.สธ. ของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ดำเนินการโดย การนัดหมายพบที่สถานที่นัดหมาย การเยี่ยมบ้าน โดยดำเนินการตรวจสภาพร่างกายและ จิตใจ การตรวจปัสสาวะ การให้คำปรึกษา กิจกรรม ป้องกันการเสพยาเสพติด : กลุ่มปัญหาสังคม (ผนวก ๗)</p> <p>๗.๒ <u>ทีมงานอาสาสมัครติดตามทางสังคม</u> ได้แก่ ผู้แทน อบต. ผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง อาสาสมัคร ตาสืบประวัติ ตำรวจ ศึกษา แรงงาน พัฒนาชุมชน พัฒนาสังคม เกษตร สถานประกอบการ ผู้นำศาสนา อาสาสมัครคุมประพฤติ ฯลฯ</p> <p>ทั้ง ๒ ทีมดำเนินการโดยการเยี่ยมบ้านพร้อมกัน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างครบวงจร โดยสำรวจ คุณภาพชีวิต สังเกตพฤติกรรม ความเปลี่ยนแปลง อาจได้จากการพบผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ หรือจาก การสอบถามพ่อแม่ ผู้ปกครอง ญาติ ตามแบบประเมิน พฤติกรรมผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ เพื่อป้องกัน การกลับไปเสพยา (ผนวก ๘) รวมทั้งสรุปผล การติดตามลงในสมุดบันทึกการติดตามดูแลช่วยเหลือ (ผนวก ๙) และรายงานผลเสนอต่อศูนย์ข้อมูล</p>		

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
	<p>ติดตามฯ อำเภอ</p> <p>๘. กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการติดตาม ดูแลผู้ผ่านการบำบัดฯ <u>อย่างน้อย ๗ ครั้งใน ๑ ปี</u> ดังนี้</p> <p>ครั้งที่ ๑ หลังผ่านการบำบัดฯ ไปแล้ว ๒ สัปดาห์</p> <p>ครั้งที่ ๒ หลังผ่านการบำบัดฯ ไปแล้ว ๑ เดือน</p> <p>ครั้งที่ ๓ หลังผ่านการบำบัดฯ ไปแล้ว ๒ เดือน</p> <p>ครั้งที่ ๔ หลังผ่านการบำบัดฯ ไปแล้ว ๓ เดือน</p> <p>ครั้งที่ ๕ หลังผ่านการบำบัดฯ ไปแล้ว ๖ เดือน</p> <p>ครั้งที่ ๖ หลังผ่านการบำบัดฯ ไปแล้ว ๙ เดือน</p> <p>ครั้งที่ ๗ หลังผ่านการบำบัดฯ ไปแล้ว ๑๒ เดือน</p> <p>ในกรณีที่ไม่สามารถติดตามได้ครบ ๗ ครั้ง ให้ดำเนินการติดตามฯ อย่างน้อย ๔ ครั้ง โดยต้องดำเนินการในห้วงสำคัญ ดังนี้</p> <p>ครั้งที่ ๑ หลังผ่านบำบัดฯ ไปแล้ว ๒ สัปดาห์</p> <p>ครั้งที่ ๒ และ ๓ ระยะเวลาหลังผ่านการบำบัดฯ ไปแล้ว ๓-๔ เดือน</p> <p>ครั้งที่ ๔ หลังผ่านบำบัดฯ ไปแล้ว ๑๒ เดือน</p> <p>๙. ศูนย์ข้อมูล ติดตามฯ อำเภอ รวบรวมข้อมูลผลการสำรวจคุณภาพชีวิต และข้อมูลความต้องการความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ และจัดกิจกรรมสนับสนุน</p> <p>๑๐. จัดตั้งศูนย์ข้อมูล ติดตาม และประสานความช่วยเหลือด้าน Demand จังหวัด โดย ผอ.ศพสจ. เป็นผู้รับผิดชอบหลัก เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานคุมประพฤติ เรือนจำ/ทัณฑสถาน สถานพินิจฯ และศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน ต้องจัดส่งข้อมูลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ให้ศูนย์ข้อมูลติดตาม และประสานความช่วยเหลือด้าน Demand จังหวัด เพื่อจำแนกผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ เป็นรายอำเภอ และส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์ข้อมูลฯ อำเภอ เพื่อติดตาม ดูแล ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ต่อไป และประมวลผลการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด</p>	<p>๒. ศพส.จ.</p>	

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
	<p>รวมทั้งการจัดกิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน ที่เกินศักยภาพ ศพส.อ.</p> <p>๑๑. แต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด หรือคณะ ทำงานติดตามฯ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัด ประกอบด้วย ฝ่ายปกครอง ท้องถิ่น สาธารณสุข คุมประพฤติ เรือนจำ สถานพินิจฯ/ศูนย์ฝึกอบรมเด็กฯ ตำรวจ การศึกษา แรงงาน พัฒนาชุมชน พัฒนาสังคม เกษตร สถานประกอบการ ภาคประชาสังคม ฯลฯ โดยมีภารกิจในการกำหนดแนวทาง การติดตาม ดูแล ช่วยเหลือ ผู้ผ่านการ บำบัดฯ อย่างครบวงจรของ จังหวัด และให้มีการประชุมหารือกันอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๑๒. ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการติดตามผู้ผ่าน การบำบัดฯ ที่ต้องปรากฏในศูนย์ข้อมูลอำเภอและ จังหวัด ดังนี้</p> <p>๑๒.๑ รายชื่อและที่อยู่ ผู้เสพ/ผู้ติดที่ผ่านการบำบัด ฟื้นฟูฯ ทุกระบบ ทุกรูปแบบ</p> <p>๑๒.๒ รายชื่อและที่อยู่ ผู้ทำหน้าที่ติดตาม ดูแล ช่วยเหลือ</p> <p>๑๒.๓ ข้อมูลผลการสำรวจคุณภาพชีวิตและ ความช่วยเหลือที่ผู้ผ่านการบำบัดฯ ต้องการ</p> <p>๑๒.๔ ข้อมูลผลการติดตาม ดูแลช่วยเหลือ ผู้ผ่าน การบำบัดฟื้นฟูฯ</p> <p><u>กรณี ที่พบผู้ผ่านการบำบัดฯ ที่มีความเสี่ยงต่อการ กลับไปเสพยาเสพติดหรือกลับไปเสพยาเสพติดแล้ว</u> ให้คณะ ผู้ติดตามรายงานข้อมูลผลการติดตาม ไปยังศูนย์ข้อมูล ติดตามฯ อำเภอ เพื่อคณะกรรมการ/คณะทำงาน ติดตามฯ อำเภอ พิจารณาสภาพความรุนแรงของ การเสพยาเสพติด และสภาพความเสี่ยงทางสังคม และ ดำเนินการตามข้อพิจารณาของคณะกรรมการ/ คณะ ทำงานติดตามฯ อำเภอ ต่อไป</p>		

๒. การบำบัดฟื้นฟู ในระบบบังคับบำบัด และต้องโทษ

ที่/กิจกรรม	แนวทางปฏิบัติ	หน่วยรับผิดชอบ	การรายงานผล
๑. การบำบัดฟื้นฟู	ดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบ ของหน่วยงาน และ รายงานผลการปฏิบัติต่อ ศพส.จ.	๑. สำนักงาน คุมประพฤติ ๒. เรือนจำ และทัณฑสถาน ๓. สถานพินิจฯ ๔. ศูนย์ฝึกอบรมเด็ก และเยาวชน	๑. รายงานข้อมูลผ่าน เครือข่ายอินเทอร์เน็ต ในระบบรายงาน - บสต. (บสต.๒-๕)

ตารางกิจกรรมด้วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เวลา ๐๕.๓๐-๐๖.๐๐ น. สั้นสนทนา กิจกรรมกลุ่มตัว
 เวลา ๐๖.๐๐-๐๗.๐๐ น. กิจกรรม ภายบริหาร
 เวลา ๐๗.๐๐-๐๗.๓๐ น. อาหารเช้า

เวลา ๐๗.๓๐-๐๘.๐๐ น. เวทีบริการ
 เวลา ๐๘.๐๐ น. เคารพธงชาติ

วันที่	เวลา	๐๘.๓๐-๐๙.๓๐ น.	๐๙.๓๐-๑๐.๓๐ น.	๑๐.๐๐-๑๒.๐๐ น.	๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น.	๑๔.๓๐-๑๖.๐๐ น.	๑๖.๓๐-๑๗.๓๐ น.	๑๗.๓๐-๒๐.๓๐ น.
๑	ลงทะเบียน	ลงทะเบียนพร้อม การบำบัดฟื้นฟู	เตรียมความพร้อม การบำบัดฟื้นฟู	การประเมินภาวะสุขภาพ ทางร่างกายและจิตใจ	๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น. กิจกรรมสร้างสรรค์ EQ	การสำรวจตนเอง (แนะนำ ตนเองด้วยภาพ)	ออกกำลังกาย/กีฬา	กิจกรรมเมิกจิต	
๒	ประชุมเช้า	การจัดการกับตัวกระตุ้น (ฐาน)			กิจกรรมสร้างสรรค์ EQ	การทบทวนจิตใจ (ถนนชีวิต)	ออกกำลังกาย/กีฬา	กิจกรรมเมิกจิต	
๓	ประชุมเช้า	การตั้งเป้าหมายในชีวิต (วาดฝันสู่อนาคต)		กลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจ (๑)	กิจกรรมสร้างสรรค์ EQ	สายใยรัก	ออกกำลังกาย/กีฬา	กิจกรรมเมิกจิต	
๔	ประชุมเช้า	มองโลกในแง่ดี		กลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจ (๒)	กิจกรรมสร้างสรรค์ EQ	ทักษะการดำเนินงาน	ออกกำลังกาย/กีฬา	กิจกรรมเมิกจิต	
๕	ประชุมเช้า	การสร้างคุณค่าในตนเอง (ฐาน)			กิจกรรมสร้างสรรค์ EQ	ทักษะการสร้างงาน	ออกกำลังกาย/กีฬา	กิจกรรมเมิกจิต (พระมีกษุ)	
๖	ประชุมเช้า	ความคาดหวังของ ครอบครัว	การวางแผนร่วมกับ ครอบครัว (๑)		กิจกรรมสร้างสรรค์ EQ	การจัดการอารมณ์และ ความเครียด	ออกกำลังกาย/กีฬา	กิจกรรมเมิกจิต	
๗	ประชุมเช้า	การให้คำปรึกษา			กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์		ออกกำลังกาย/กีฬา	กิจกรรมเมิกจิต	

อาหารกลางวัน

เวลา วันที่	๐๘.๓๐-๐๙.๓๐ น.	๐๙.๓๐-๑๐.๓๐ น.	๑๑.๐๐-๑๒.๐๐ น.	๑๒.๐๐- ๑๓.๐๐ น.	๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น.	๑๔.๓๐-๑๖.๐๐ น.	๑๖.๓๐-๑๗.๓๐ น.	๑๙.๓๐-๒๐.๒๐ น.
๘	ประชุมเช้า	ทักษะเสริมสร้างแรงจูงใจ (๓)	กิจกรรมสร้างสรรค์ EQ	อาหารกลางวัน	กิจกรรมสร้างสรรค์ EQ	กิจกรรมสร้างสรรค์ EQ	ออกกำลังกาย/กีฬา	กิจกรรมฝึกจิต
๙	ประชุมเช้า	ทักษะการปฏิเสธ	ทักษะการสื่อสาร		กิจกรรมสร้างสรรค์ EQ	การเผชิญปัญหา และการแก้ไขปัญหา	ออกกำลังกาย/กีฬา	กิจกรรมฝึกจิต
๑๐	ประชุมเช้า	ทักษะการสื่อสาร	กลุ่มให้คำปรึกษา		กิจกรรมสร้างสรรค์ EQ	สัมมนา	ออกกำลังกาย/กีฬา	กิจกรรมฝึกจิต
๑๑	ประชุมเช้า	การสร้างความสุข	กลุ่มให้คำปรึกษา		กิจกรรมสร้างสรรค์ EQ	ทักษะการสร้างงาน	ออกกำลังกาย/กีฬา	กิจกรรมฝึกจิต
๑๒	ประชุมเช้า	ทักษะ การเสริมสร้างแรงจูงใจ (๔)	ทักษะ การเสริมสร้างแรงจูงใจ (๕)		กิจกรรมบ้านของฉัน	ทักษะการสร้างงาน	ออกกำลังกาย/กีฬา	กิจกรรมฝึกจิต (พระภิกษุ)
๑๓	ประชุมเช้า	บทบาทหน้าที่ของตนเอง ต่อครอบครัว	วางแผนร่วมกับครอบครัว (๒)		กิจกรรมสายสัมพันธ์ครอบครัว (ฐาน) Walk Rally	กิจกรรมสายสัมพันธ์ครอบครัว (ฐาน) Walk Rally	ออกกำลังกาย/กีฬา	กิจกรรมฝึกจิต
๑๔	ประชุมเช้า	การให้คำปรึกษา	การให้คำปรึกษา		บำเพ็ญประโยชน์	บำเพ็ญประโยชน์	ออกกำลังกาย/กีฬา	กิจกรรมฝึกจิต
๑๕	ประชุมเช้า	การวางแผนชีวิต	การวางแผนชีวิต		กิจกรรมอาสา	กิจกรรมอาสา		

หมายเหตุ

เวลา ๑๐.๓๐ น. ๑๔.๓๐ น. และ ๒๐.๓๐ น. รับประทานอาหารว่าง

เวลา ๑๘.๐๐ - ๑๘.๓๐ น. ปฏิบัติภารกิจส่วนตัว, บันทึกข้อความ

เวลา ๑๗.๓๐ - ๑๘.๐๐ น. รับประทานอาหารเย็น

เวลา ๒๑.๐๐ น. เข้านอน

แบบการคัดกรองทางสังคมของผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด

ชื่อ- สกุล ลำดับ

๑. ข้อมูลส่วนตัว

๑.๑ สถานภาพ โสด แต่งงาน หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่

๑.๒ ประวัติการบำบัดรักษา

- ไม่เคยเข้ารับการบำบัดรักษา
- เคยเข้ารับการบำบัดรักษา
 - ระบบสมัครใจ ครั้ง
 - ระบบบังคับบำบัด..... ครั้ง
 - ระบบต้องโทษ ครั้ง

๒. ด้านครอบครัว

๒.๑ สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว

ยอมรับ/ช่วยเหลือ อยู่ร่วมกันได้ ไม่ยอมรับ ไม่มีญาติ

๒.๒ ผู้ป่วยมีภาระที่ต้องรับผิดชอบต่อคนในครอบครัว

ไม่มี

ภาระที่ต้องรับผิดชอบ / คนในอุปการะที่ต้องให้การเลี้ยงดู คือ.....

๒.๓ บุคคลในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ ระบุ.....

๒.๔ บุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยให้ความนับถือหรือเชื่อฟัง ระบุ เกี่ยวข้องเป็น.....

๒.๕ พฤติกรรม/อุปนิสัยที่แสดงออกกับคนในครอบครัว.....

.....

.....

๓. ด้านการศึกษา

จบการศึกษา ระดับ เมื่อปี พ.ศ.....

กำลังศึกษา ระดับ..... ชั้น/ปี..... สถานศึกษา

๓.๑ ความเห็นของครู-อาจารย์ด้านพฤติกรรม/อุปนิสัยที่แสดงออก (ถ้ามี)

.....

.....

๔. การประกอบอาชีพ

ว่างงาน

มีอาชีพ ระบุ รายได้/เดือน บาท

มีความต้องการฝึกอาชีพ ระบุ

๔.๑ ความเห็นของนายจ้างด้านพฤติกรรม/อุปนิสัยที่แสดงออก (ถ้ามี)

.....

.....

๕. ชุมชน/สิ่งแวดล้อม

๕.๑ สัมพันธภาพกับคนในชุมชน

ยอมรับ/ช่วยเหลือ

อยู่ร่วมกันได้

ไม่ยอมรับ

๕.๒ สิ่งแวดล้อม

หาซื้อยาเสพติดได้ง่าย

หาซื้อยาเสพติดได้ยาก

๕.๓ ความเห็นของผู้นำชุมชนด้านพฤติกรรม/อุปนิสัยที่แสดงออก (ถ้ามี)

.....

.....

๖. ประวัติการกระทำความผิด/การถูกจับกุม

ไม่เคย

เคยถูกจับกุมในคดียาเสพติดจำนวน.....ครั้ง

ถูกจับกุมคดีอาญาจำนวน.....ครั้ง

หมายเหตุ : ข้อมูลนี้ใช้เพื่อประกอบการวางแผนการให้ความช่วยเหลือรายบุคคล ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ติดยาเสพติดเท่านั้น

แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดฟันฟู

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อศูนย์จำแนกคัดกรองอำเภอ.....

ชื่อผู้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ชื่อผู้ให้ความยินยอมแทน(กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์หรือเป็นผู้ขาดความสามารถในการตัดสินใจ
ให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา) นาย/นาง/นางสาว.....

นามสกุล.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> คู่สมรส | <input type="checkbox"/> ผู้บุพการี | <input type="checkbox"/> ผู้สืบสันดาน | <input type="checkbox"/> ผู้ปกครอง(ตามกฎหมาย) |
| <input type="checkbox"/> ผู้พิทักษ์ | <input type="checkbox"/> ผู้อนุบาล | <input type="checkbox"/> ผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย | |

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดฟันฟู รายละเอียด
และประโยชน์ของการบำบัดฟันฟู แล้ว จึงลงนามให้ความยินยอมเข้ารับการบำบัดฟันฟู ในสถานบำบัด
ฟันฟู..... แห่งนี้ต่อหน้าพยาน

ลงนาม..... (ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทน)
()

ลงนาม.....(แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุข)
()

ลงนาม.....(พยาน)
()

แนวทางการดำเนินงานด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

การบำบัดรักษาการติดยาเสพติด และการติดเชื้อไอเอชวี เอดส์

นำผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยาที่ยังเล็กไม่ได้เข้าสู่ระบบบริการ ดังนี้

๑) กรณีผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยาสมัครใจเข้าสู่ระบบบริการของรัฐ ซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน โดยจัดให้มีบริการอย่างน้อย ๙ ใน ๑๐ รายการ ได้แก่

๑.๑) การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และยาเสพติด (IEC)

๑.๒) การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว (MMT) ได้แก่ เมทาโดน

๑.๓) การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด

๑.๔) การแจกถุงยางอนามัย

๑.๕) การให้คำปรึกษา และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และส่งต่อรับบริการ

ดูแลรักษา (VCT)

๑.๖) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๑.๗) การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค

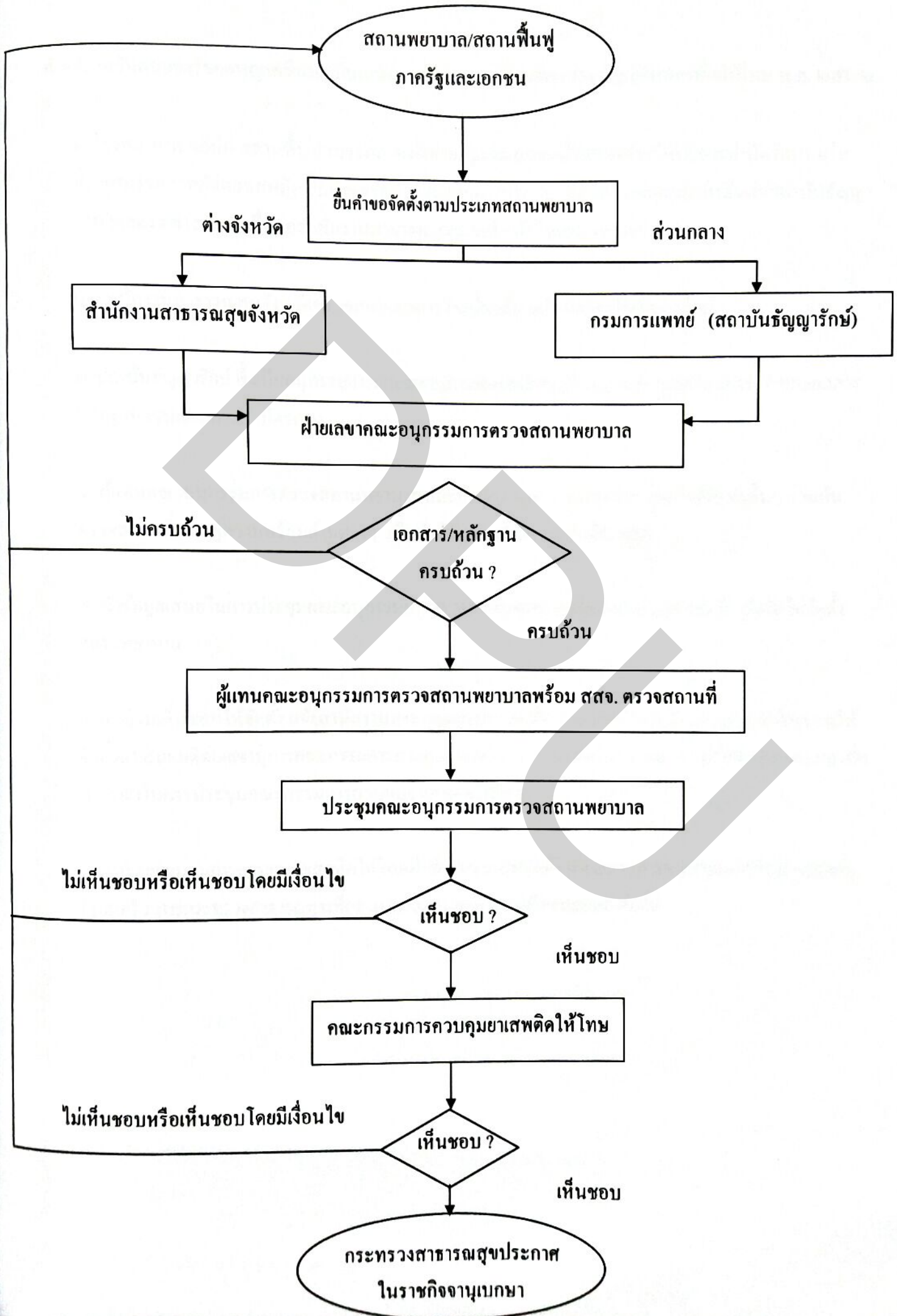
๑.๘) กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

๑.๙) การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด

๑.๑๐) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพรวมถึงกิจกรรมกลับสู่สังคม และการ

ป้องกันการเสพติดซ้ำ โดยในทุกจังหวัดจะต้องจัดให้มีการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว และจัดให้มีการบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) หรือบริการส่งต่อแบบลัดขั้นตอน (Fast track) ทั้งนี้การให้บริการของภาครัฐต้องมุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับบริการสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ในที่สุด

๒) กรณีผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยาที่ยังไม่พร้อมที่จะเข้าสู่ระบบบริการของรัฐ ให้ส่งตัวเข้าสู่สถานที่ให้บริการบางส่วน โดยเป็นสถานบริการที่ให้บริการไม่ครบทั้ง ๑๐ รายการ ซึ่งจังหวัดจะต้องจัดให้มีสถานบริการในลักษณะนี้ โดยเป็นการดำเนินงานโดยหน่วยงานภาครัฐ หรือภาคเอกชนในการกำกับดูแลของหน่วยงานภาครัฐ และเมื่อผู้เข้ารับบริการในสถานบริการแห่งนี้มีความพร้อมที่จะเลิกใช้ยาเสพติด ให้ทำการส่งต่อมายังสถานบริการที่ให้บริการด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้านของระบบบริการของรัฐ



คำอธิบายขั้นตอนการขออนุญาตขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒

๑. โรงพยาบาล คลินิก สถานฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งภาครัฐและเอกชนที่ประสงค์จะให้บริการบำบัดรักษา หรือ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ยื่นคำขอจัดตั้งประเภทสถานพยาบาล ในกรุงเทพมหานครยื่นต่อสถาบันรัฐญารักษ์โดยตรง ต่างจังหวัดยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขแห่งท้องที่ที่ตั้งสถานพยาบาล

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบเอกสารในเบื้องต้น แล้วส่งสถาบันรัฐญารักษ์

๓. สถาบันรัฐญารักษ์ ซึ่งเป็นอนุกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการตรวจสถานพยาบาล ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน เช่นแผนการบำบัดรักษา

๔. ผู้แทนคณะกรรมการตรวจสถานพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งจังหวัดนั้นๆ ร่วมกันตรวจสถานที่ และดูความพร้อมด้านต่างๆ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการพิจารณา

๕. นำข้อมูลเสนอในการประชุมคณะกรรมการตรวจสถานพยาบาลเพื่อพิจารณาในความเห็นจัดตั้ง/ไม่จัดตั้งสถานพยาบาล

๖. กรณีไม่เห็นชอบให้จัดตั้ง แจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อปรับปรุงหรือแก้ไขต่อไป กรณีเห็นชอบให้จัดตั้งนำเสนอมติต่อเลขานุการคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) เพื่อพิจารณาในการประชุมคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ

๗. กรณีคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษมีมติเห็นชอบให้จัดตั้ง ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการฯ นำเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อลงนามและประกาศในราชกิจจานุเบกษาต่อไป

แบบสำรวจความต้องการช่วยเหลือ
สำหรับผู้ผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาทักษะทางสังคม

แบบสำรวจนี้มีประโยชน์สำหรับท่านโดยใช้ประกอบการวางแผน เพื่อให้ความช่วยเหลือ
ด้านต่างๆ เช่น ด้านการฝึกอาชีพ / การมีงานทำ ด้านการศึกษา ด้านเงินทุนสนับสนุน หรือ ด้านอื่นๆ

โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง และเติมคำ ลงในช่องว่าง

ชื่อ - สกุล อายุ ปี

สถานภาพสมรส โสด คู่ หย่า ม่าย แยกกันอยู่

ระดับการศึกษาสูงสุดที่จบ สถาบัน

ที่อยู่ติดต่อได้

เบอร์โทรศัพท์

ความต้องการช่วยเหลือ

() ไม่ต้องการ เนื่องจาก

มีงานทำ คือ

ศึกษาต่อที่

() ต้องการ (กรุณากรอกข้อความข้างล่างตามหัวข้อที่ท่านต้องการ

สำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเท่านั้น

1. ด้านการศึกษาต้องการศึกษาต่อระดับ

1.1 สายสามัญ ชื่อสถานศึกษา.....

1.2 สายอาชีพ ชื่อสถานศึกษา.....

1.3 อุดมศึกษา ชื่อสถานศึกษา.....

2. ด้านการประกอบอาชีพ (อาชีพที่ท่านต้องการ)

2.1

2.2

3. ด้านการฝึกทักษะอาชีพ / การพัฒนาฝีมือ

3.1 สาขา

3.2 สาขา

3.3 สาขา

4. ด้านเงินลงทุนเพื่อประกอบอาชีพ

4.1 จำนวน บาท

4.2 โครงการ (เขียนพอสังเขปว่าจะนำไปใช้จ่ายอะไรบ้าง)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(แบบสำรวจนี้มีผลเมื่อท่านผ่านการบำบัดฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐานของสถานบำบัด

และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ)

กลุ่มปัญญาสังคม (กิจกรรมป้องกันการเสพติดซ้ำ) (Social cognitive group)

- 3.1 วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถ
1. สร้างความเข้มแข็งให้แก่ตนเองเพื่อไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ
 2. พัฒนาตนเองให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

องค์ประกอบของกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่ม 1 คน
2. สมาชิกกลุ่ม 6 – 10 คน

ข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่ม

1. ทุกเรื่องจบในกลุ่ม
2. ทุกคนจะพูดเรื่องของตนเองที่เป็น ความจริง
3. เปิดใจให้กว้างรับสิ่งใหม่ ๆ

วิธีดำเนินการใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

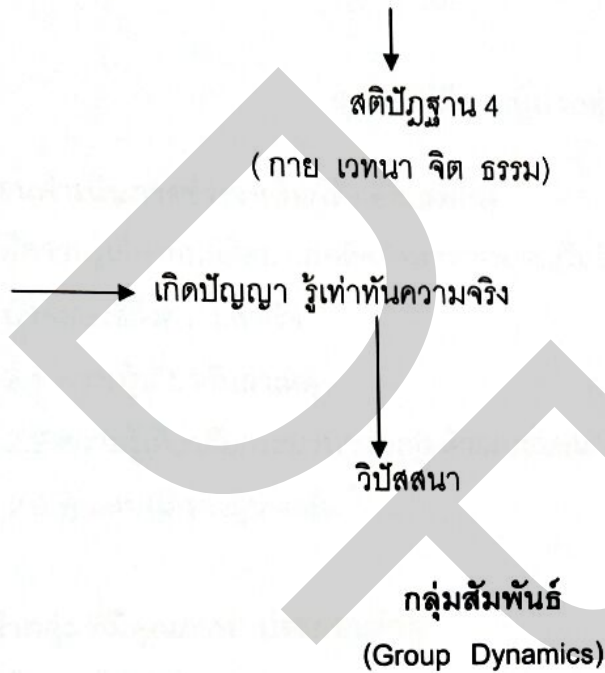
1. แนวคิดการป้องกันการเสพติดซ้ำ
2. ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ของแบนดูรา (Bandura) ซึ่งประกอบด้วย
 - 2.1 ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self – efficacy)
 - 2.2 ทฤษฎีการควบคุมกำกับตนเอง (Self – Regulation)
3. แนวคิดการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์เบื้องต้นต่อยอด 5 องค์ประกอบหลัก

จากการบำบัดรักษาของ EQ

- 3.1 รู้ตัวตน Self assessment ต่อยอดจากการวิเคราะห์ระบบในขั้นตอนการบำบัด
- 3.2 รู้เป้าหมาย realistic goal การไม่กลับไปเสพติดซ้ำ
- 3.3 รู้ปรับปรุงตนเอง feed back จากความเชื่อเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองได้แล้ว จึงนำเข้าสู่การที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองสู่เป้าหมาย การมีชีวิตที่ดีในสังคม

สติ

เบื้องต้น → สติรู้ในอารมณ์
 เบื้องกลาง → รู้ตัวตน Self assessment
 รู้เป้าหมาย Realistic goal
 รู้ปรับปรุงตนเอง Feed back
 เบื้องสูง → สติทันความคิด อารมณ์ และการกระทำ



ความรู้เกี่ยวกับการรวมตัวกันของกลุ่ม เพื่อปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งให้บรรลุเป้าหมาย

กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์
(Group Process)

กระบวนการ ขั้นตอนวิธีการ พฤติกรรมและ ปฏิสัมพันธ์ ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานกลุ่ม ซึ่ง จะช่วยให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

- ได้ผลงานที่ดี
 - ได้ความรู้สึกและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน
- องค์ประกอบของกลุ่ม
1. ผู้นำ
 2. สมาชิกกลุ่ม

3. กระบวนการทำงาน

กระบวนการกลุ่ม

1. ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง
2. ยึดกลุ่มเป็นแหล่งหาความรู้ที่สำคัญ
3. ยึดการค้นพบด้วยตนเองเป็นวิธีการสำคัญในการเรียนรู้
4. เน้นกระบวนการ

คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม

สิ่งที่ควรรู้ก่อนดำเนินการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด

1. มีความรู้เกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติดรักษาหายขาดหรือไม่
2. ปัจจัยป้งซึ่งถึงความสำเร็จ
 - 2.1 ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ
 - 2.2 ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการกลุ่มด้วยกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมปัญญา
 - 2.3 คุณสมบัติของผู้นำกลุ่ม

การเป็นผู้นำกลุ่มที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย

1. ใจของผู้นำกลุ่ม
2. ความเข้าใจในกระบวนการกลุ่ม
3. ความสามารถในการใช้ทักษะ (Skill) อย่างกลมกลืนเหมาะสมและเป็นธรรมชาติ
4. มีทักษะในการดำเนินการกลุ่มบำบัด

กิจกรรมกลุ่มปัญญาสังคม
ครั้งที่ 1

หัวข้อเรื่อง	แรงใจ
จุดมุ่งหมาย	เพื่อให้สมาชิก <ol style="list-style-type: none"> 1. ยอมรับในตนเองและผู้อื่น 2. เรียนรู้และสังเกตแบบอย่าง ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการเลิกยาเสพติด 3. ทราบถึงวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพึงประสงค์ ที่ต้องใช้ทักษะต่าง ๆ
เวลา	45 – 60 นาที
อุปกรณ์	-
วิธีดำเนินการ	ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิค แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง โดยมีขั้นตอนดังนี้ <p>ขั้นที่ 1 ขั้นการมีส่วนร่วม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ผู้นำกลุ่มนำสู่กิจกรรม โดยพูดคุยว่า "หลายคนคงเคยมีประสบการณ์ในการเลิกยาเสพติด สำหรับตัวผม / ดิฉัน เอง ก็มีประสบการณ์เหมือนกัน อยากจะแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อน ๆ " (ผู้นำเล่าประสบการณ์ในการเลิกยาเสพติดทั้งที่สำเร็จและไม่สำเร็จ) 1.2 เมื่อผู้นำเล่าประสบการณ์จบ ชักชวนสมาชิกในกลุ่มให้เล่าประสบการณ์ในการเลิกยาเสพติดที่ผ่านมา เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (ผู้นำควรคัดเลือกสมาชิกประมาณ 3 – 4 คน ในกรณีที่มีผู้สมัครใจเล่าประสบการณ์หลายคน) <p>ขั้นที่ 2 ขั้นการวิเคราะห์</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ผู้นำกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันรวบรวมแบบอย่าง ที่ประสบความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรค ตลอดจนพลังในการเลิกยาเสพติดของสมาชิก 2.2 ผู้นำกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกค้นหาปัญหาและอุปสรรคตลอดจนพลังในการเลิกยาเสพติดของตัวเอง และเล่าแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม <p>ขั้นที่ 3 ขั้นสรุปและประยุกต์หลักการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 ผู้นำกลุ่มกล่าวนำ "แต่ละคนมีแนวทางการเลิกยาเสพติด ปัญหา และอุปสรรคแตกต่างกัน จึงทำให้ไม่สามารถ เลิกยาเสพติดได้ถาวร ในการเลิกยาเสพติดให้สำเร็จควรจะมีอะไรเป็นแรงผลักดันทำให้สามารถเลิกยาเสพติดได้สำเร็จ ? ซึ่งการที่เราได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากเพื่อน ทำให้เราสามารถที่จะเรียนรู้วิธีการต่าง ๆ ในการเลิกยาได้โดยที่เราจะต้องมีความตั้งใจจริงที่จะเลิกยา สนใจวิธีการที่เพื่อน ๆ ได้เล่าให้ฟังและเลือกว่าวิธีที่จะเหมาะสมกับตัวเรา ก็ให้จดจำไว้เป็นแนวทางในการเลิกยาเสพติด และทุกคนสามารถทำได้สำเร็จดังตั้งใจจริง ซึ่งพ่อแม่หรือคนใกล้ชิด จะรู้สึกมีความสุข อยากช่วยเหลือ อยากสนับสนุน และเป็นกำลังใจให้อย่างแน่นอน

ขั้นที่ 4 ขั้นประเมินผล

4.1 ความตั้งใจ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสมาชิก

4.2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิก

4.3 ข้อเสนอวิธีการเลิกยาเสพติดที่สำเร็จ และอุปสรรคในการเลิกยาเสพติด

DRU

กิจกรรมกลุ่มปัญญาสังคม ครั้งที่ 2

- หัวข้อเรื่อง** ยึดเหนี่ยว
- จุดมุ่งหมาย** เพื่อให้สมาชิก
1. สร้างสิ่งยึดเหนี่ยว หรือแรงบันดาลใจ
 2. นำสิ่งยึดเหนี่ยว, ศรัทธา, แรงบันดาลใจเป็นพลังให้ตนเองเข้มแข็ง
- เวลา** 45 – 60 นาที
- อุปกรณ์** 1. กรณศึกษา
- วิธีดำเนินการ** ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิค แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง โดยมีขั้นตอนดังนี้
- ขั้นที่ 1 ขั้นการมีส่วนร่วม**
- 1.1 แจกเอกสารกรณศึกษาของ คุณจิตติ เขมมณี จากหนังสือ "หักดิบ" ให้สมาชิกอ่านไปพร้อม ๆ กัน
 - 1.2 เมื่อทุกคนอ่านจบให้ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยกันสรุปถึงสิ่งที่กรณศึกษายึดมั่น ศรัทธาในการเลิกยาเสพติด
 - 1.3 เมื่อสมาชิกในกลุ่มหาข้อสรุปได้แล้ว และเห็นว่าสิ่งยึดเหนี่ยวศรัทธามีความสำคัญ ผู้นำกลุ่มจึงกระตุ้นให้สมาชิกหาสิ่งยึดเหนี่ยวศรัทธาหรือแรงบันดาลใจของตนเอง โดยผู้นำกลุ่มพูดว่า "ขอให้สมาชิกหลับตา และอยู่ในท่าที่สบาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกส่วน หยุดคิดถึงสิ่งที่วุ่นวายใจ สูดหายใจเข้าลึก ๆ กำหนดลมหายใจ แล้วระลึกถึงสิ่งที่เราเชื่อมั่น / ศรัทธา ไม่ว่าเราจะเรียกสิ่งนั้นว่าอะไรก็ตาม บางครั้งเราอาจจะสับสนวุ่นวายจนลืมนึกถึงสิ่งนี้ไป ขอให้ทุกคนหลับตาแล้วระลึกถึงสิ่งนั้นไปพร้อม ๆ กัน"
 - 1.4 ผู้นำกลุ่มพูดว่า "หลังจากที่เราได้ระลึกถึงสิ่งที่เราเชื่อมั่น ศรัทธาหรือแรงบันดาลใจแล้ว ขอให้พวกเราได้แลกเปลี่ยนกันโดยเล่าถึงสิ่งนั้น สำหรับผม / ดิฉันนึกถึง.....เพื่อนสมาชิกมีใครคิดถึงอะไรบ้าง"
 - 1.5 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้พูดถึงสิ่งที่เชื่อมั่น / ศรัทธา ที่ทำให้ตนเองเข้มแข็ง
- ขั้นที่ 2 ขั้นการวิเคราะห์**
- 2.1 ผู้นำกลุ่มพูดว่า "นอกจากสิ่งที่พวกเราศรัทธาจะช่วยให้เรามีความสุข ความแข็งแกร่งในชีวิตประจำวันแล้ว เป็นไปได้ไหมว่าการเลิกยาเสพติดของเรา เราจะนำสิ่งนั้นมาเป็นพลังในการหยุดใช้ยา สำหรับผม / ดิฉัน สิ่งที่ยึดเหนี่ยวคือ.....เวลานึกถึงแล้วจะเกิดพลังที่จะพยายามเลิกยาเสพติดให้ได้....."
 - 2.2 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่นำความเชื่อ / ศรัทธา มาเป็นพลังในการเลิกยาเสพติด
- ขั้นที่ 3 ขั้นสรุปและประยุกต์หลักการ**

3.1 ผู้นำกลุ่มสรุปว่า "สิ่งที่เราเรียนรู้ในวันนี้คือ แต่ละคนมีประสบการณ์การนำสิ่งที่เราเชื่อมั่น / ศรัทธา หรือแรงบันดาลใจมาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยว จูงใจ ในการเลิกยาเสพติดต่างกัน คิดว่าเพื่อน ๆ คงนำประสบการณ์ไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน สิ่งที่ยึดเหนี่ยวนี้หลายคนอาจมีอยู่ในใจแล้ว หากบางคนยังไม่สามารถสร้างขึ้นมาได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นพลังให้เราสามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ อย่างมั่นคงและมั่นใจยิ่งขึ้นว่าเราทำได้ และเราสามารถเลือกทางเดินชีวิตได้ สิ่งที่เราเชื่อมั่นศรัทธา และความตั้งใจจริงของเรา ในการเลิกยาเสพติด จะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวให้เราสามารถเลิกยาเสพติดได้ หากเราได้ปฏิบัติอย่างจริงจัง

ขั้นที่ 4 ขั้นประเมินผล

- 4.1 ความตั้งใจ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสมาชิก
- 4.2 การแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์
- 4.3 สมาชิกแต่ละคนมีสิ่งยึดเหนี่ยว ศรัทธามีแรงบันดาลใจ

กิจกรรมกลุ่ม ปัญญาสังคม
ครั้งที่ 3

หัวข้อเรื่อง	เด็ดเดี่ยว
จุดมุ่งหมาย	เพื่อให้สมาชิกสามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตของตนเอง (realistic goal)
เวลา	45 – 60 นาที
อุปกรณ์	-
วิธีดำเนินการ	ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิคการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และวิเคราะห์ความเป็นไปได้

ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วม

1.1 ผู้นำกลุ่มพูดว่า "หลังจากครั้งก่อนที่พวกเราได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละคนไปแล้ว วันนี้เราจะพูดคุยกันเพื่อว่าเราจะมีชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อตนเอง ต่อครอบครัว ต่อผู้อื่นเราจำเป็นต้องมีจุดหมาย (Goal) ในการกระทำทุกอย่าง เป้าหมายของแต่ละคนล้วนแตกต่างกัน ซึ่งเป้าหมายร่วมของกลุ่มเราคือการไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขดังนั้นทุกคนจึงต้องมีเป้าหมายการดำเนินชีวิต

1.2 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกอภิปรายถึงเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และวิธีการตามลำดับขั้นของแต่ละคน ซึ่งอาจเป็นเป้าหมายระยะสั้นหรือเป้าหมายระยะยาวก็ได้

ขั้นที่ 2 ขั้นการวิเคราะห์

2.1 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกอภิปรายถึงความเป็นไปได้ของเป้าหมายและวิธีการของเพื่อนสมาชิกในกลุ่มอย่างไร

ขั้นที่ 3 ขั้นสรุปและประยุกต์หลักการ

3.1 ผู้นำกลุ่มสรุปประเด็นว่า "คนแต่ละคนมีเป้าหมายในชีวิตเป็นของตนเอง ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละคน เป้าหมายที่ดีของมนุษย์เรา ควรมีลักษณะชัดเจน มีระยะเวลาเป็นตัวกำหนด สามารถทำได้ ซึ่งเป้าหมายเป็นแนวทางที่บอกว่าเรากำลังทำอะไรอยู่ และทำไปเพื่ออะไร ความมุ่งมั่นในเป้าหมายสุดท้ายเป็นสิ่งที่สำคัญและต้องคำนึงถึง แต่วิธีที่จะนำพาไปสู่เป้าหมายมีหลายวิธี ซึ่งเราสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามสถานการณ์ได้

ขั้นที่ 4 ขั้นประเมินผล

4.1 ความตั้งใจ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

4.2 จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

4.3 สมาชิกสามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตของตนเองได้

กิจกรรมกลุ่มปัญญาสังคม ครั้งที่ 4

หัวเรื่อง	รู้ตน
จุดมุ่งหมาย	เพื่อให้สมาชิก 1.ประเมินตนเองได้ตามความเป็นจริง (Self assessment) 2.กำหนดแนวทางการปรับปรุงตนเอง (feed back)
เวลา	45 – 60 นาที

วิธีดำเนินการ

ขั้นที่ 1 ขั้นการมีส่วนร่วม

1.1 ผู้นำกลุ่มทักทายกลุ่ม แล้วพูดว่า “ขอให้ทุกคนหลับตาอยู่ในท่าที่สบาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกส่วน หยุดคิดถึงสิ่งวุ่นวายใจ สูดหายใจเข้าลึก ๆ กำหนดลมหายใจเข้าออก ทำใจให้เป็นกลาง คิดถึงตัวเองในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งในส่วนตัว และข้อด้อยของตัวเอง พยายามคิดให้มากที่สุด

1.2 ผู้นำกลุ่มบอกให้สมาชิกกลุ่มลืมนตา

1.3 ผู้นำกลุ่มแจกกระดาษและปากกา / ดินสอ ให้สมาชิกยกตัวอย่างจุดดี และจุดด้อยที่เอื้อ / ไม่เอื้อ (เป็นอุปสรรค) ต่อการดำเนินการตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้

1.4 ผู้นำกลุ่มให้ทุกคนเก็บกระดาษของตนเองไว้ และพูดว่า “ทุกคนต่างรู้จุดดีที่เอื้อและจุดด้อยที่เป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายชีวิตของตนเองดีแล้ว ไม่มีใครในโลกนี้ที่สมบูรณ์แบบให้ทุกคนเปิดใจกว้าง ยอมรับและทำความเข้าใจกับข้อดีข้อด้อยของตัวเอง และเพื่อนในกลุ่ม โดยเราจะมีข้อตกลงว่าเราจะไม่นำสิ่งที่เราพูดคุยกันในวันนี้ไปล้อเลียน หรือเยาะเย้ยเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม

ขั้นที่ 2 ขั้นการวิเคราะห์

2.1 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกเล่าถึงตัวอย่างประสบการณ์ที่เกิดจากจุดดีของตัวเอง ที่สนับสนุนให้ตนเองประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

2.2 ผู้นำกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกเล่าถึงตัวอย่างประสบการณ์ที่เกิดจากจุดด้อยของตัวเอง ที่เป็นอุปสรรค

ขั้นที่ 3 ขั้นสรุปและประยุกต์หลักการ

3.1 ผู้นำกลุ่มพูดว่า “ขณะนี้ทุกคนต้องรู้ข้อดี ข้อด้อยของตัวเองแล้วข้อดีที่แต่ละคนมีอยู่ ขอให้ทุกคนรักษาไว้และพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น เพราะมีประโยชน์ต่อชีวิตของตนเอง สำหรับข้อด้อยแต่ละคนมีแนวทางการแก้ไขอย่างไร ขอให้พวกเราพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน

3.2 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกหาแนวทางการแก้ไขจุดด้อยของตนเองและเล่าให้สมาชิกในกลุ่มได้

รับทราบ

3.3 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกช่วยกันสรุปถึงแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสม โดยอาจนำความคิดเห็นที่เพื่อนสมาชิกเสนอแนะมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับตนเอง

ขั้นที่ 4 ขั้นประเมินผล

4.1 ความตั้งใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

4.2 การแสดงความคิดเห็น

4.3 สมาชิกวิเคราะห์ตนเองได้ทั้งจุดเด่นและจุดด้อย และบอกวิธีแก้ไขจุดด้อยได้

DRPU

กิจกรรมกลุ่มปัญญาสังคม
ครั้งที่ 5

หัวข้อเรื่อง ภาคภูมิ

จุดมุ่งหมาย : เพื่อให้สมาชิกสามารถ

1. ภาคภูมิใจในตนเอง
2. สร้างพลังใจให้กับตนเองได้

เวลา 45 – 60 นาที

อุปกรณ์ -

วิธีดำเนินการ ผู้นำกลุ่มใช้เทคนิค แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นการมีส่วนร่วม

1.1 ผู้นำกลุ่มนำสู่กิจกรรม โดยพูดคุยว่า "ในช่วงชีวิตของคนเรามีทั้งสุขและทุกข์คละเคล้าปะปนกัน ความสุขหรือความทุกข์เราสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ อยู่ที่เรากำหนดและเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตอย่างไร"

1.2 ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายและเข้าสู่เนื้อหาโดยพูดว่า "ขอให้ทุกคนหลับตาลง นั่งอยู่ในท่าที่สบาย แล้วนึกย้อนไปถึงภาพในอดีตกับเหตุการณ์ที่ทำให้เรารู้สึกมีความสุข สบายใจ ภาคภูมิใจในตัวเรามากที่สุด" เมื่อนึกภาพได้แล้วให้ลืมตา

1.3 ผู้นำกลุ่มเล่าประสบการณ์ ความสุข ความภาคภูมิใจของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟังและชักชวนให้สมาชิกแต่ละคนได้เล่าถึงตนเองบ้าง

ขั้นที่ 2 ขั้นการวิเคราะห์

2.1 เมื่อสมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์จบแล้ว ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและพูดให้กำลังใจกับสมาชิกในกลุ่ม

ขั้นที่ 3 ขั้นสรุปผลและประยุกต์หลักการ

3.1 ผู้นำกลุ่มพูดสรุปว่า แต่ละคนมีประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน ชีวิตที่ผ่านมาก็พบกับความสุข - ความทุกข์ , ความสำเร็จ - ความล้มเหลว , สมหวัง - ผิดหวัง ซึ่งเกิดขึ้นเป็นของคู่กัน เราต้องรู้จักเลือกสิ่งดี ๆ ที่เป็นความสุข ความภาคภูมิใจ เพื่อเป็นแรงใจให้กับตนเองในการต่อสู้กับอุปสรรค และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความหวังที่จะพบกับความสุข ซึ่งความสำเร็จอยู่กับการที่เราได้ทำ ได้มีโอกาสช่วยเหลือตนเอง ช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งเป็นรากฐานของความสุขอย่างแท้จริง

ขั้นที่ 4 ขั้นประเมินผล

4.1 ความตั้งใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสมาชิก

4.2 การแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์

4.3 สมาชิกมีแนวทางในการสร้างความสุขและความภาคภูมิใจในตนเอง

กิจกรรมกลุ่มปัญญาสังคม
ครั้งที่ 6

หัวเรื่อง ตั้งมั่น

จุดมุ่งหมาย เพื่อให้สมาชิก

1. สามารถเรียนรู้กระบวนการควบคุมกำกับตนเอง
2. สามารถวางแผนกำกับพฤติกรรมตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมาย

เวลา 45 – 60 นาที

อุปกรณ์

1. กระดาษ A 4
2. ดินสอ / ปากกา

วิธีดำเนินการ

ขั้นที่ 1 ขั้นการมีส่วนร่วม

1.1 ผู้นำกลุ่มทักทายสมาชิกว่า “ผม / ดิฉัน เชื่อว่าทุกคนที่นั่งอยู่ตรงนี้ คงต้องการเลิกยาเสพติดให้ได้ บางคนอาจจะมีประสบการณ์ในการเลิกมาแล้วหลายครั้งแต่ยังไม่สำเร็จ ซึ่งบางทีอาจเป็นเพราะเรายังไม่ได้ตั้งเป้าหมายอย่างชัดเจนว่า เราต้องการเลิกเพราะอะไร หรือต้องการเลิกเพื่อใคร? ขอให้พวกเราลองหลับตา อยู่ในท่าที่สบาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกส่วน หยุดคิดถึงสิ่งวุ่นวายใจ สูดหายใจเข้าลึก ๆ แล้วนึกดูว่าเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของเราคืออะไร ถ้าหากเรามีเป้าหมายหลายอย่าง ขอให้เลือกเป้าหมายที่สำคัญที่สุดเพียงเป้าหมายเดียว

1.2 ผู้นำกลุ่ม ปิดเทป และแจกกระดาษและดินสอ / ปากกาเพื่อให้สมาชิกเขียนเป้าหมายของตนเองลงบนกระดาษ

1.3 ผู้นำกลุ่ม สอบถาม เป้าหมายของสมาชิกแต่ละคนว่ามีอะไรบ้าง

ขั้นที่ 2 ขั้นการวิเคราะห์

2.1 ผู้นำกลุ่มพูดว่า “เมื่อทุกคนมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตแล้ว ต่อไปขอให้พวกเราวางแผนเพื่อไปสู่เป้าหมายนั้นโดยให้เขียนเป็นลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน ว่าเราจะเริ่มจากอะไร และทำอะไรต่อไป เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น ก่อนที่จะถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ ระหว่างนั้นเราต้องทำอะไรบ้าง

2.2 ผู้นำกลุ่มแจกกระดาษ และปากกา / ดินสอ เพื่อให้สมาชิกเขียนแผนการเลิกยาเสพติดของตนเอง

2.3 เมื่อสมาชิกทุกคนเขียนแผนของตนเองบนกระดาษเสร็จแล้ว ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกัน

ขั้นที่ 3 ขั้นสรุปและประยุกต์หลักการ

3.1 ผู้นำกลุ่มพูดสรุปว่า “แต่ละคนล้วนมีเป้าหมาย และแผนการที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตแล้ว ขอให้ทุกคนนำแผนที่วางไว้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการไปสู่เป้าหมาย บางครั้งอาจมีปัญหาและอุปสรรคบ้างขอให้ทุกคนอดทน โดยการสังเกตตนเองบ่อย ๆ วิเคราะห์วิธีการต่าง ๆ และตัดสินใจทำ เพื่อฟันฝ่าอุปสรรคนั้นไปให้ได้ และเมื่อใดที่เรารู้สึกท้อ ขอให้นึกถึงเป้าหมายที่รอคอยเราอยู่ข้างหน้า เพื่อจะได้เป็นพลังให้เราต่อสู้ได้สำเร็จ

ขั้นที่ 4 ขั้นประเมินผล

4.1 ความตั้งใจ และการมีส่วนร่วมกิจกรรม

4.2 สมาชิกมีแผนและวิธีการควบคุมกำกับตัวเองให้ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

กิจกรรมกลุ่มปัญญาสังคม ครั้งที่ 7

หัวข้อเรื่อง	เข้มแข็ง
จุดมุ่งหมาย	เพื่อให้สมาชิกสามารถสร้าง <ol style="list-style-type: none"> 1. ความเข้มแข็งให้แก่ตนเองและกลุ่ม 2. เครือข่ายในชุมชน
เวลา	45 – 60 นาที
อุปกรณ์	-

วิธีดำเนินการ

ขั้นที่ 1 ขั้นการมีส่วนร่วม

- 1.1 ผู้นำกลุ่มทักทายสมาชิกและพูดคุยถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มปัญญาสังคม
- 1.2 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น ถึงประโยชน์/ข้อดีของการเข้ากลุ่มปัญญาสังคม

ขั้นที่ 2 ขั้นการวิเคราะห์

2.1 ผู้นำกลุ่มพูดว่า "เมื่อเราคิดว่ากลุ่มมีประโยชน์ / ข้อดี ตามที่เพื่อนๆ ได้แสดงความคิดเห็นแล้ว เราจะทำอย่างไรเพื่อให้กลุ่มของเราเข้มแข็ง และสามารถสร้างเครือข่ายเพื่อเป็นประโยชน์กับผู้ติดยาเสพติดคนอื่น ๆ ต่อไป โดยเริ่มจากตัวเราที่จะมีวิธีการปฏิบัติตัวเองให้เป็นแบบอย่างในด้านต่าง ๆ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่กลุ่มได้อย่างไรบ้าง

2.2 ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตัวให้เป็นแบบอย่างที่ดีและวิธีการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

ขั้นที่ 3 ขั้นสรุปและประยุกต์หลักการ

3.1 ผู้นำกลุ่มและสมาชิกช่วยกันสรุปถึงวิธีการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ตนเองและกลุ่มรวมทั้งสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานกลุ่มปัญญาสังคม

3.2 ผู้นำกลุ่มสรุปว่า "การสร้าง ความเข้มแข็งของกลุ่มจะมีประโยชน์ทั้งตัวสมาชิกเอง และผู้ติดยาเสพติดคนอื่น ๆ ซึ่งแต่ละคน และกลุ่มจะเข้มแข็งประสานความสำเร็จได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความสามัคคี ซึ่งเกิดได้จาก

1. ความฉลาดทางอารมณ์ภายในตัวบุคคลของสมาชิกแต่ละคน ที่จะรับรู้ แยกแยะและจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อการอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างมีความสุข

2. ความฉลาดทางอารมณ์ระหว่างบุคคล ที่จะเข้าใจคนอื่น "ใจเขาใจเรา" ซึ่งทั้งสององค์ประกอบนี้จะก่อให้เกิดพลัง หรือแรงผลักดันที่ทำให้กลุ่มสามารถดำเนินงานไปได้ด้วยดี และบรรลุผลตามจุดมุ่งหมาย

ขั้นที่ 4 ขั้นประเมินผล

4.1 ความตั้งใจ และการมีส่วนร่วมกิจกรรม

4.2 การแสดงความคิดเห็น

4.3 ความสำเร็จของสมาชิก และของกลุ่ม

แบบประเมินพฤติกรรมผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา

สำหรับครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้อง

แบบประเมินนี้ หากผลการประเมินผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู มีอาการ/พฤติกรรม ดังต่อไปนี้เกินกว่า 5 ข้อ ควรประสานส่งต่อผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู มาพบเจ้าหน้าที่ ณ โรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่โดยด่วน

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ผุดลุกผุดนั่ง (อยู่ไม่เป็นสุข) * | <input type="checkbox"/> 12. น้ำหนักตัวลด ทрудโทรมผิดปกติ * |
| <input type="checkbox"/> 2. นอนไม่หลับ (ไม่หลับไม่นอน) * | <input type="checkbox"/> 13. ขาดความรับผิดชอบต่อน้ำที่ |
| <input type="checkbox"/> 3. ก้าวร้าว * | <input type="checkbox"/> 14. ชอบเข้าห้องน้ำนานๆ |
| <input type="checkbox"/> 4. กลิ่นตัวแรงผิดปกติ | <input checked="" type="checkbox"/> 15. เบื่ออาหาร หรือไม่รับประทานอาหารตามปกติ |
| <input type="checkbox"/> 5. นอนหลับมากกว่าปกติ / ตื่นสายผิดปกติ | <input type="checkbox"/> 16. เอาแต่ใจตนเอง / ขาดเหตุผล |
| <input type="checkbox"/> 6. ชอบขบขราม | <input checked="" type="checkbox"/> 17. พบอุปกรณ์เกี่ยวกับยาเสพติด * |
| <input type="checkbox"/> 7. การใช้ชีวิตประจำวันผิดปกติ | <input type="checkbox"/> 18. มั่วสุมกับคนที่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับยาเสพติด * |
| <input type="checkbox"/> 8. ใช้เงินมากกว่าปกติ | <input type="checkbox"/> 19. ไม่สนใจความเป็นอยู่ของตนเอง |
| <input type="checkbox"/> 9. กระสับกระส่าย หงุดหงิดง่าย * | <input type="checkbox"/> 20. ชอบออกนอกบ้านเสมอๆ และกลับบ้านผิดเวลา |
| <input type="checkbox"/> 10. ปากแห้ง | |
| <input type="checkbox"/> 11. ม่านตาขยาย | |

หมายเหตุ : หากผลการประเมินมีข้อหนึ่งข้อใดข้อที่มีเครื่องหมาย * ควรรีบประสานส่งต่อผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู มาพบเจ้าหน้าที่ ณ โรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่ทันที

สมุดบันทึกการติดตามดูแลช่วยเหลือ

หน่วยงานที่ติดตาม / ที่ตั้ง.....

หน่วยงานที่บำบัดรักษา / ที่ตั้ง.....

ชื่อ - สกุล (ผู้ป่วย)อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน -

ที่อยู่ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....

ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร์ จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ซอย / ถนน หมู่บ้าน/

ชุมชน.....

ตำบล/แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด.....

บุคคลในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ 1. บิดา 2. มารดา 3. คู่สมรส4. บุตร 5. ญาติ 6. เพื่อน 7. อยู่คนเดียว 8. อื่นๆ

ระบุ

ลักษณะของการเข้ารับการบำบัด

() สมัครงใจ

() บังคับบำบัด

() ต้องโทษ

ชื่อผู้บันทึก

ผู้ติดตาม

ชื่อ..... อายุ.....ปี

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ผู้ถูกติดตาม

ชื่อ..... อายุ.....ปี

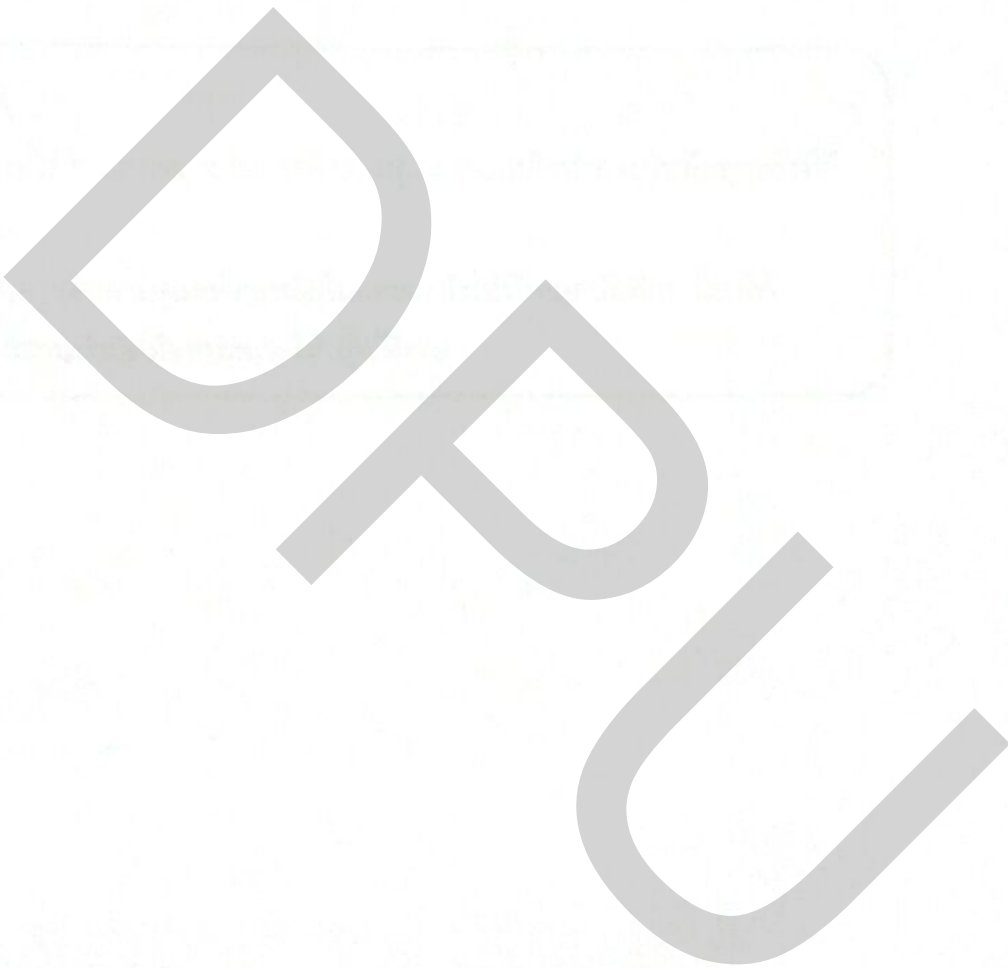
ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

โปรแกรมการติดตาม

- ครั้งที่ 1 2 สัปดาห์หลังการบำบัด.....
- ครั้งที่ 2 4 สัปดาห์หลังการบำบัด.....
- ครั้งที่ 3 2 เดือนหลังการบำบัด
- ครั้งที่ 4 3 เดือนหลังการบำบัด
- ครั้งที่ 5 6 เดือนหลังการบำบัด
- ครั้งที่ 6 9 เดือนหลังการบำบัด
- ครั้งที่ 7 12 เดือนหลังการบำบัด

แผนที่



วัตถุประสงค์ของสมุดบันทึกการติดตามดูแลช่วยเหลือ

1. เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินผลการดำเนินงาน
2. เพื่อทราบผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ
3. เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการปฏิบัติงาน

ข้อพึงปฏิบัติ

1. ให้ผู้มีหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในการติดตามดูแลช่วยเหลือทำการบันทึกทุกครั้งที่มีการปฏิบัติงาน
2. เมื่อเสร็จสิ้นการติดตามดูแลช่วยเหลือในแต่ละครั้งให้นำสมุดบันทึกฯ นี้มาให้เจ้าหน้าที่ ณ สถานที่มอบหมายให้ปฏิบัติงาน

ผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ

การติดตามครั้งที่ วันที่

สภาพร่างกาย

- แข็งแรง
- อ่อนแอ
- เจ็บป่วย / ทрудโทรม

สภาพจิตใจ

- ปกติ
- ซึมเศร้า แยกตัว
- ก้าวร้าว
- อื่นๆ ระบุ

สัมพันธภาพในครอบครัว

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ
- ไม่มีญาติ

สัมพันธภาพในชุมชน

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ

สมรรถภาพ

- ประกอบอาชีพ.....
- เรียนหนังสือ.....
- ว่างงาน.....

สรุปผลการติดตาม ครั้งที่

- ติดตามได้
- ผลการติดตาม ไม่เสพซ้ำ เสพซ้ำ (ประเภทยาเสพติดที่เสพซ้ำ.....)
- ติดตามไม่ได้
 - ถูกจับ
 - เสียชีวิต
 - ย้ายที่อยู่
- อื่นๆ ระบุ.....

ผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ

การติดตามครั้งที่ วันที่

สภาพร่างกาย

- แข็งแรง
- อ่อนแอ
- เจ็บป่วย / ทрудโทรม

สภาพจิตใจ

- ปกติ
- ซึมเศร้า แยกตัว
- ก้าวร้าว
- อื่นๆ ระบุ

สัมพันธภาพในครอบครัว

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ
- ไม่มีญาติ

สัมพันธภาพในชุมชน

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ

สมรรถภาพ

- ประกอบอาชีพ.....
- เรียนหนังสือ.....
- ว่างงาน.....

สรุปผลการติดตาม ครั้งที่

- ติดตามได้
- ผลการติดตาม ไม่เสพซ้ำ เสพซ้ำ (ประเภทยาเสพติดที่เสพซ้ำ.....)
- ติดตามไม่ได้
 - ถูกจับ
 - เสียชีวิต
 - ย้ายที่อยู่
- อื่นๆ ระบุ.....

บันทึกเพิ่มเติม

(ข้อมูลปัญหา / การให้ความช่วยเหลือ / การให้คำแนะนำ / พฤติกรรมที่พบ / อื่นๆ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลายมือชื่อผู้ดูแล

(.....)

ลายมือชื่อผู้ควบคุม

(.....)

ผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ

การติดตามครั้งที่ วันที่

สภาพร่างกาย

- แข็งแรง
- อ่อนแอ
- เจ็บป่วย / ทрудโทรม

สภาพจิตใจ

- ปกติ
- ซึมเศร้า แยกตัว
- ก้าวร้าว
- อื่นๆ ระบุ

สัมพันธภาพในครอบครัว

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ
- ไม่มีญาติ

สัมพันธภาพในชุมชน

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ

สมรรถภาพ

- ประกอบอาชีพ.....
- เรียนหนังสือ.....
- ว่างาน.....

สรุปผลการติดตาม ครั้งที่

- ติดตามได้
- ผลการติดตาม ไม่เสพซ้ำ เสพซ้ำ (ประเภทยาเสพติดที่เสพซ้ำ.....)
- ติดตามไม่ได้
 - ถูกจับ
 - เสียชีวิต
 - ย้ายที่อยู่
- อื่นๆ ระบุ.....

ผลการติดตามดูแลช่วยเหลือ

การติดตามครั้งที่ วันที่

สภาพร่างกาย

- แข็งแรง
- อ่อนแอ
- เจ็บป่วย / ทрудโทรม

สภาพจิตใจ

- ปกติ
- ซึมเศร้า แยกตัว
- ก้าวร้าว
- อื่นๆ ระบุ

สัมพันธภาพในครอบครัว

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ
- ไม่มีญาติ

สัมพันธภาพในชุมชน

- ยอมรับ / ช่วยเหลือ
- อยู่ร่วมกันได้
- ไม่ยอมรับ

สมรรถภาพ

- ประกอบอาชีพ.....
- เรียนหนังสือ.....
- ว่างาน.....

สรุปผลการติดตาม ครั้งที่

- ติดตามได้
- ผลการติดตาม ไม่เสพซ้ำ เสพซ้ำ (ประเภทยาเสพติดที่เสพซ้ำ.....)
- ติดตามไม่ได้
 - ถูกจับ
 - เสียชีวิต
 - ย้ายที่อยู่
- อื่นๆ ระบุ.....

บันทึกเพิ่มเติม

(ข้อมูลปัญหา / การให้ความช่วยเหลือ / การให้คำแนะนำ / พฤติกรรมที่พบ / อื่นๆ)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลายมือชื่อผู้ดูแล

(.....)

ลายมือชื่อผู้ควบคุม

(.....)

บสต 5 (ปกปิด) แบบการติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด

ใช้สำหรับการติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติดรายบุคคลตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งได้รับกำหนดวิธีการติดตามและผลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ สภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งปัญหาและแนวทางการช่วยเหลือ แบบรายงานนี้ที่มติดตามในระดับพื้นที่เป็นผู้ใช้และรายงานกลับตามระบบ

หน่วยงานที่ติดตาม / ที่ตั้ง	ระบุชื่อหน่วยงานที่ติดตามผลหลังการบำบัดรักษา / ที่ตั้ง
หน่วยงานที่บำบัดรักษา / ที่ตั้ง	ระบุชื่อหน่วยงานที่บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด / ที่ตั้ง
ชื่อ - สกุล (ผู้ป่วย)	ชื่อ - นามสกุล ของผู้ป่วย ตามบัตรประจำตัวประชาชน
อายุ	อายุของผู้ป่วยที่ครบบริบูรณ์ เช่น อายุ 23 ปี 4 เดือน ให้ลงรายงานเป็น 23 ปี
เลขประจำตัวประชาชน	เลขประจำตัวในบัตรประชาชน (ใช้เลข 13 หลัก)
การศึกษา (ปัจจุบัน)	ปัจจุบันกำลังอยู่ระหว่างศึกษาให้ระดับ ชั้น / ปี
อาชีพ (ปัจจุบัน)	การทำงานที่ทำให้เกิด รายได้ขึ้น มาไม่ว่าจะเป็น เงินเดือน ค่าจ้าง ผลกำไร ส่วนแบ่งหรือผลประโยชน์ อื่นใด
ว่างงาน	ผู้ที่ไม่ม้งานทำ แม้ว่าผู้ที่เคยทำงานมาแล้วก็ตามแต่ขณะที่ สัมภาษณ์ได้ออกจากงานแล้วหรือผู้ที่ไม่สามารถหารายได้ จากงานอาชีพ
อื่นๆ ระบุ	ระบุอาชีพอื่นที่มีได้กำหนดไว้ข้างต้น
ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)	ที่อยู่เข้ารับการบำบัดรักษา อาศัยอยู่ครั้งสุดท้ายก่อนจะ มารับการบำบัดรักษาและต้องเป็นที่อยู่อาศัยประจำ ซึ่ง สามารถติดต่อได้ภายหลังจากรักษาแล้ว หากอาศัยใน ชุมชน (แออัด) ให้บันทึกเฉพาะคนที่อาศัยในเขต กรุงเทพฯ เท่านั้น

บุคคลในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ

ระบุสถานภาพของผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ
แก่ผู้ป่วย จำแนกตามแบบรายงาน
เช่น บิดา มารดา ฯลฯ

การติดตาม

ในการติดตามการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดให้ระบุ
ครั้งที่.....

ครั้งที่ 1 ติดตามผู้ป่วย 2 สัปดาห์ หลังการรักษา

ครั้งที่ 2 ติดตามผู้ป่วย 4 สัปดาห์ หลังการรักษา

ครั้งที่ 3 ติดตามผู้ป่วย 2 เดือน หลังการรักษา

ครั้งที่ 4 ติดตามผู้ป่วย 3 เดือน หลังการรักษา

ครั้งที่ 5 ติดตามผู้ป่วย 6 เดือน หลังการรักษา

ครั้งที่ 6 ติดตามผู้ป่วย 9 เดือน หลังการรักษา

ครั้งที่ 7 ติดตามผู้ป่วย 12 เดือน หลังการรักษา

วันที่

ระบุวันที่ / เดือน / ปี ที่ติดตามในแต่ละครั้ง

ผู้ติดตาม..... ตำแหน่ง.....

บันทึกชื่อผู้ติดตาม และตำแหน่ง ในแต่ละครั้ง

วิธีการติดตาม

ระบุวิธีการติดตามในครั้งนั้น

- มาพบที่หน่วยงาน

ผู้ป่วยมารายงานตัวติดตามผลที่หน่วยงานที่ติดตาม

- จดหมาย โทรศัพท์

หน่วยติดตามใช้วิธี การติดตามผู้ป่วยโดยส่งจดหมาย

หรือโทรศัพท์ สำหรับติดตามผลการบำบัดรักษา

- เยี่ยมบ้าน

หน่วยงานติดตามใช้วิธีติดตามผู้ป่วยโดยออก
เยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อติดตามผลการบำบัดรักษา

จากผลการตรวจปัสสาวะ

ผลการตรวจปัสสาวะ

ดูจากการสัมภาษณ์ และการสังเกต

สภาพร่างกาย

ดูจากการสัมภาษณ์ / สังเกตผู้ป่วยหรือคนใกล้ชิด

สภาพจิตใจ

ผู้ป่วยปกติ จนถึงสดชื่น ร่าเริง แจ่มใส

- ปกติ

ผู้ป่วยเก็บตัว ซอบอยู่คนเดียว แยกตัวไม่ค่อยพูด
กับผู้อื่น ซึ่งผิดไปจากเดิม

- ซึมเศร้า แยกตัว

ผู้ป่วยมีลักษณะก้าวร้าว รุนแรง

- ก้าวร้าว

สัมพันธภาพในครอบครัว

ดูจากการสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัว และการสังเกต

สัมพันธภาพในชุมชน

ดูจากการสัมภาษณ์ในชุมชน และการสังเกต

การใช้สารเสพติด

ดูจากการสัมภาษณ์ และการสังเกต

สมรรถภาพปัญหา / การช่วยเหลือ

จากการประเมินความสามารถ หรือการกระทำของผู้ป่วย ในการติดตามครั้งนั้นว่า ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะ ประกอบอาชีพ เรียนหนังสือได้หรือไม่ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับ ดุลพินิจของผู้ติดตาม เช่น กรณีว่างงาน ให้ประเมินจาก การช่วยเหลืองานในครอบครัว

ปัญหา / การช่วยเหลือ

ระบุปัญหาของผู้ป่วย และการให้คำแนะนำ ความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งมี 2 กรณี
กรณีที่ 1. ระบุปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากผู้ถูกติดตาม และระบุความช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ติดตาม
กรณีที่ 2. ระบุปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการติดตาม และความช่วยเหลือที่เจ้าหน้าที่ติดตามต้องการ

กรณีพบว่าใช้แอลกอฮอล์ทดแทนภายหลังการบำบัดให้พิจารณาลงในช่องปัญหาและการช่วยเหลือนี

- ปัญหาเนื่องจากการใช้แอลกอฮอล์แบบเสี่ยง

มีการดื่ม / ใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณไม่เกิน 4 ครั้งโดยใน วันที่ไม่ดื่ม / ใช้ จะไม่มีอาการผิดปกติเนื่องจากการขาด แอลกอฮอล์ให้เห็น (อาการขาดแอลกอฮอล์ ได้แก่ มือสั่น เหงื่อออก นอนไม่หลับ กระวนกระวายใจ)

- ปัญหาเนื่องจากการใช้แอลกอฮอล์ แบบเสพติด

มีการดื่ม / ใช้แอลกอฮอล์ในปริมาณและรูปแบบการใช้ ที่มีความเสี่ยงในอันที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เกิดปัญหาครอบครัว และส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน และเมื่อหยุดการดื่มจะมีอาการผิดปกติเนื่องจากการขาด แอลกอฮอล์ให้เห็น(อาการขาดแอลกอฮอล์ ได้แก่ มือสั่น เหงื่อออกนอนไม่หลับ กระวนกระวายใจ)

สรุปผลการติดตาม

- ไม่เสพ

ในการสรุปผลการติดตามในแต่ละครั้ง ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของผู้ติดตาม

ผู้ป่วยไม่ใช้สารเสพติด ในระหว่างการติดตามหลังการรักษาครั้งนั้น

- เสพ

ในการติดตามครั้งนั้น พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด หรือผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติดในระหว่างการติดตามหลังการรักษาครั้งนั้น

- ติดตามไม่ได้

ผู้ป่วยขาดการติดต่อ หรือเจ้าหน้าที่ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของผู้ตามว่าระยะเวลาานเท่าไรที่จะหยุดการติดตาม เช่นครั้งที่ 3 ออกติดตามแล้วไม่พบผู้ป่วย ให้เลิกในช่องขาดการติดตาม เมื่อถึงเวลาติดตามครั้งที่ 4 ออกติดตามครั้งที่ 5 ต่อหรือไม่ หรือจะสรุปผลการติดตาม

- ถูกจับ

ผู้ป่วยถูกควบคุม จับกุมโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ และทำให้ไม่สามารถติดตามได้

- เสียชีวิต

ผู้ป่วยถึงแก่กรรม

- ส่งต่อ ระบุที่ส่ง

ระบุชื่อสถานบำบัดฯ ที่ส่งผู้ป่วยไปติดตามต่อ

- อื่น ๆ (ระบุ)

สรุปผลการติดตามที่นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล

ประวัติการศึกษา

ฉกรรจ์ กิติชนเดชาพล

ปีการศึกษา 2553 นิติศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เนติบัณฑิตไทย สมัยที่ 64

ประวัติผู้เขียน