



แนวทาง การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้นายาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and Care)



กระทรวงสาธารณสุข





กระทรวงสาธารณสุข



แนวทาง การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and Care)



กระทรวงสาธารณสุข



ชื่อหนังสือ : แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง
(Community Based Treatment and care)

ISBN : ๙๗๘-๖๑๖-๑๑-๓๘๗๙-๐

ที่ปรึกษา

- | | |
|--------------------------------|--|
| ๑. นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข | ปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ๒. นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ๓. นายแพทย์พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ | ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๕ |
| ๔. นายแพทย์กิตติ กรรภิรมย์ | สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๕ |
| ๖. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรดรัักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข |

บรรณาธิการ

- | | |
|---------------------------|--|
| นายแพทย์อัครพล คุรุศาสตร์ | รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
ปฏิบัติราชการศูนย์อำนวยการป้องกัน
และปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข |
|---------------------------|--|

คณะผู้จัดทำ

- | | |
|--|---|
| ๑. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาเสพติด ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ | |
| ๒. สมาคมนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย กระทรวงสาธารณสุข | |
| ๓. นางสาวเยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล | สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ
บรมราชชนนี |
| ๔. นางสาวเรศ คำมะนาด | โรงพยาบาลขอนแก่น |
| ๕. นางสาวสิริพรรณ โพธิ์ทอง | สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด |
| ๖. นายกฤษฎากร สอทอง | มูลนิธิวิชาชีพไทย |
| ๗. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง | กองบริหารการสาธารณสุข |
| ๘. นางจอมขวัญ รุ่งโชติ | กองบริหารการสาธารณสุข |
| ๙. นางสาวอัจฉรา ชำนาญพจน์ | กองบริหารการสาธารณสุข |
| ๑๐. นางสาวกนกทิพย์ พัฒนาผล | กองบริหารการสาธารณสุข |

จัดพิมพ์โดย : ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
อาคาร ๓ ชั้น ๗ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง
จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทร: ๐๒-๕๙๐-๒๔๒๒ โทรสาร ๐๒-๕๙๐-๑๘๖๓

ปีที่พิมพ์ : ๒๕๖๑

ครั้งที่พิมพ์ : ครั้งที่ ๑

พิมพ์ที่ : บริษัท บอร์น ทู ปี พับลิชซิ่ง จำกัด

๕๓/๑ หมู่ ๗ ถ.สวนหลวงร่วมใจ ต.สวนหลวง อ.กระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร ๗๔๑๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๑๓ ๗๓๗๘ โทรสาร ๐ ๒๘๑๓ ๗๓๗๘



คำนำ

จากการปราบปรามและหยุดยั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติดเพื่อลดผลกระทบที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ประชาชนและสังคมโดยรวมของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ที่ได้มีคำสั่งฉบับที่ 41/2557 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2557 กำหนดให้หน่วยงานที่รับผิดชอบนำผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาโดยทันที และติดตาม ดูแล ให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด ให้สามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติ ทั้งด้านการศึกษาและการประกอบอาชีพ โดยประสานงานกับทุกองค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคประชาชน และองค์กรชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานดังกล่าวอย่างจริงจัง

การบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care; CBTx) เป็นการดูแลผู้สูงอายุเสพติดให้เกิดการบำบัดฟื้นฟูใกล้บ้าน หรือภายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งถือว่าเป็นเป้าหมายสำคัญที่หน่วยงานทุกภาคส่วน และชุมชนจะเข้ามาดำเนินการร่วมกัน ด้วยความสำคัญดังกล่าว สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้พัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care) ขึ้น โดยรวบรวมบทเรียน องค์ความรู้ และการประชุมระดมความคิดเห็นจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานสาธารณสุขและผู้สนใจ ในการศึกษาและนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

คณะทำงานขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาเสพติด และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ร่วมมือในการจัดทำ ตลอดจนพื้นที่ตัวอย่างการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางที่ได้ถ่ายทอดประสบการณ์อันทรงคุณค่าที่บันทึกไว้ในแนวทางเล่มนี้

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



เข้าใจ

เข้าถึง

ฟังได้



สารบัญ

	หน้า
บทที่ ๑ บทนำ	๑
บทที่ ๒ การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care)	๑๑
บทที่ ๓ การบูรณาการ และการดูแลด้านสังคม (Social care)	๒๙
บทที่ ๔ กระบวนการบริหารจัดการระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง	๔๐
บทที่ ๕ การดูแลผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม	๕๑
บทที่ ๖ ตัวอย่างการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง	๖๐
ภาคผนวก	๖๓
บรรณานุกรม	๗๒



เข้าใจ

เข้าถึง

ฟังได้

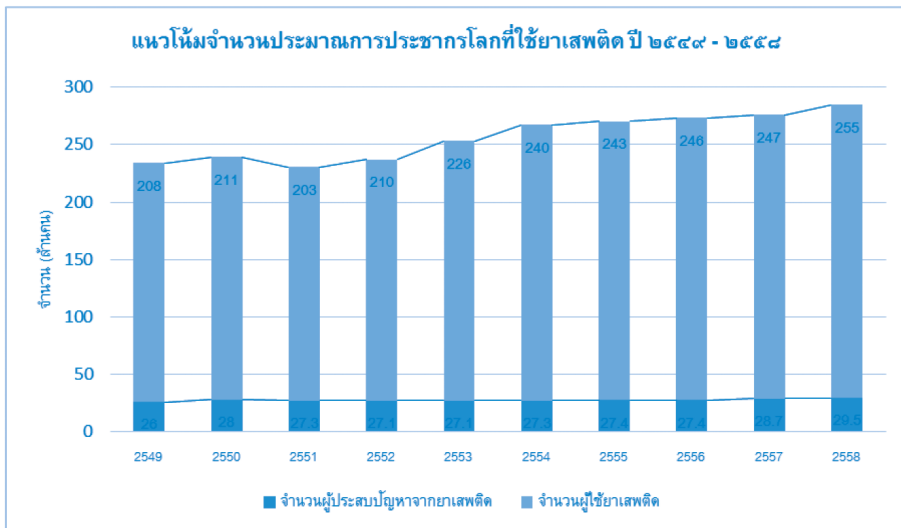


บทที่ ๑

บทนำ

สถานการณ์

จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก ของสำนักงานด้านยาเสพติดและอาชญากรรมขององค์การสหประชาชาติ(๑) พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มีประชากรใช้ยาเสพติดจำนวนประมาณ ๒๕๕ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๕.๓ของประชากรโลกในช่วงอายุ ๑๕ – ๖๔ ปี หรือในประชากรทุก ๒๐ คน จะมีผู้ใช้ยาเสพติดอยู่ประมาณ ๑ คน โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ประสบปัญหาจากยาเสพติดด้านสุขภาพทางกายและจิตใจที่อาจก่อให้เกิดอันตรายและนำไปสู่ภาวะการเสพติดจนต้องได้รับการรักษา จำนวนประมาณ ๒๙.๕ ล้านคน คิดเป็นเกือบร้อยละ ๑๒ ของผู้ใช้ยาเสพติด และคิดเป็นร้อยละ ๐.๖ ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก ซึ่งในแต่ละปีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก มีเพียง ๑ ใน ๖ คนที่เข้าถึงการบำบัดรักษาจากการติดยาเสพติด โดยยาเสพติดในกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น เป็นยาเสพติดที่ก่อให้เกิดอันตรายกับสุขภาพมากที่สุด ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตในกรณีใช้ยาเกินขนาด อีกทั้งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคร้ายแรง เช่น ไวรัสเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี ที่เกิดจากการใช้เข็มฉีดยาที่ไม่สะอาด และเสี่ยงต่อการเป็นโรคร่วมด้านกายและจิตอีกด้วย อันตรายหรือผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดจึงเป็นประเด็นที่ต้องป้องกันแก้ไข ทั้งนี้ แนวโน้มจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดของประชากรโลกจากการประมาณการ ก็เพิ่มสูงขึ้น เมื่อเทียบในช่วงระหว่างปี ๒๕๔๙ ถึง ๒๕๕๘ ดังแผนภูมิต่อไปนี้



ที่มา : United Nations on Drugs and Crime. World Drug Report ๒๐๑๗ (๑)



ประเทศไทยได้มีการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี ๒๕๕๙ โดยคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด พบว่ามีประชากรที่ใช้สารเสพติด ในปี ๒๕๕๙ ประมาณ ๑.๔ ล้านคน และในจำนวนนี้ อนุมานว่าประมาณ ๓ แสนคน เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา กลุ่มวัยที่พบว่ามีภาวะแพร่ระบาดของยาเสพติด เป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ช่วงอายุ ๑๒ - ๔๔ ปี มีการกระจายของยาเสพติดไปถึงหมู่บ้าน/ชุมชน ที่เป็นรากฐานสำคัญของสังคม หากไม่มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขอย่างจริงจังและเร่งด่วนแล้ว จะก่อให้เกิดผลเสียต่อประเทศทั้งในด้านสาธารณสุข ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ด้านสาธารณสุข จากข้อมูลการสำรวจโดยสำนักระบาดวิทยา ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่า กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ ๗๑ ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ ๒๒ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ ๑๒ และมีอัตราการตายประมาณร้อยละ ๓ ต่อปี ในกลุ่มเยาวชนที่ใช้ยาบ้า พบว่ามีความชุกของเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงถึงกว่าร้อยละ ๒๐ มีภาวะติดเชื้อราวมดัย ทำให้มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงกว่าหนึ่งในสาม นอกจากนี้ ยังพบการระบาดของโรคจิตจากสารเมทแอมเฟตามีนตามหลังการระบาดของยาบ้าตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๙ เมื่อติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปประมาณ ๖ ปี พบว่ามีการตายประมาณร้อยละ ๘.๒ โดยสาเหตุการตายหลักคือ การฆ่าตัวตาย อุบัติเหตุและการเป็นโรคเอดส์ รายงานจากศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาจะพบโรคทางจิตเวชร่วมด้วยถึงร้อยละ ๕๓.๑ พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมในอัตราที่สูงถึงร้อยละ ๕๐ และสิ่งเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ สุราและแอมเฟตามีน ในด้านสังคม จากการสำรวจในปี ๒๕๕๖ สำนักงานสถิติ พบว่าประชาชนได้รับความเดือดร้อนจากยาเสพติด ร้อยละ ๓๔.๒ การสำรวจติดตามการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด โดยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่าปัญหายาเสพติดสร้างความเดือดร้อนให้แก่ชุมชน ร้อยละ ๓๕.๙ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้มีผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดถึง ๑๒๗,๔๘๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๘ ที่ไปก่ออาชญากรรมต่างๆ ด้านเศรษฐกิจมีการสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการซื้อยาเสพติดอย่างน้อย ๑ เม็ดต่อวัน (๒๕๐บาท) เท่ากับสูญเสียเงิน ๖๒๕ ล้านบาทต่อวัน (๒ แสนล้านบาทต่อปี) รวมกับค่าใช้จ่ายในการสูญเสียรายได้ (๓๐๐ บาทต่อคนต่อวัน) รวมมูลค่าการสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า ๕ แสนล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากนโยบายการปราบปราม ที่ผ่านมามีผู้เสียชีวิตน้อยได้รับโทษทางอาญาเกินเหตุอันควรจำนวนไม่น้อย มีนักโทษล้นคุก เกิดความสูญเสียด้านงบประมาณจำนวนมาก โดยไม่สามารถลดการแพร่ระบาดของยาเสพติดลงได้แต่อย่างใด

นอกจากนี้ ข้อมูลสถานการณ์พื้นที่แพร่ระบาดของยาเสพติดจากหมู่บ้าน/ชุมชน ในปี ๒๕๖๐ จากหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ จำนวน ๘๑,๙๓๖ แห่ง พบว่ามีหมู่บ้านชุมชนที่มีปัญหาเสพติดจำนวน ๒๔,๓๑๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๐ โดยหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีปัญหาเสพติดมาก ๓,๔๗๑ แห่ง มีปัญหาปานกลาง ๔,๖๗๙ แห่ง และมีปัญหาน้อย ๑๖,๑๖๔ แห่ง รวมถึงหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ไม่มีปัญหาเสพติด ๕๗,๖๒๒ แห่ง ตลอดจนข้อมูลผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด เปรียบเทียบในปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ มาตรการด้านการป้องกันยาเสพติดในพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชน จากผลการเปรียบเทียบร้อยละของผลการดำเนินงาน พบว่าหมู่บ้าน/ชุมชน ที่มีปัญหาเสพติดปานกลาง มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมา หมู่บ้าน/ชุมชน ที่มีปัญหาเสพติดน้อย และหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ไม่มีปัญหาเสพติด ตามลำดับ จึงต้องการการบูรณาการระหว่างกลไกชุมชนกับกลไกสุขภาพของระบบสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกับหน่วยงานรัฐอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง



แผนภาพแสดงข้อมูลประมาณจำนวนผู้ติดยาใน ๑ ปี แยกตามเพศ อายุ ของแต่ละภูมิภาค ปี ๒๕๕๙



ที่มา : รศ.ดร.มานพ คณะโต ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ๒๕๕๙

หลักการและเหตุผล

จากการประกาศสงครามยาเสพติดในระดับสากลเพื่อโลกที่ปลอดยาเสพติด (Drug Free World) มียุทธศาสตร์หลักในการลดปริมาณการค้า และการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทหรือยาเสพติดด้วยการห้าม (Prohibition) และให้ความสำคัญกับการใช้กฎหมายที่รุนแรง (Punitive Approach) มานานถึง ๒๘ ปี ผลที่ได้รับคือ ไม่สามารถลดมูลค่าโดยรวม/ปริมาณของการค้าสารดังกล่าวได้ เกิดความกังวลเรื่องการละเมิดสิทธิมนุษยชน และปัญหาผู้ต้องขังล้นคุก จากกรอบแนวคิดดังกล่าว นำมาสู่อุตสาหกรรมแก้ไขปัญหามันและผู้ที่ติดยาเสพติดในระดับ United Nations General Assembly Special Session on Drugs, UNGASS ๒๐๑๖ “เน้นสังคมที่ปราศจากการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิด” (A Society Free of Drug Abuse) และยุทธศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องได้แก่ UN SDG ๒๐๓๐ ในข้อ ๕ Strengthen the prevention and treatment of substance abuse, including narcotic drug abuse and harmful use of alcohol

จากผลการดำเนินงานนโยบายโลกที่ปลอดจากยาเสพติด ไม่สามารถลดปริมาณโดยรวมและการค้ายาเสพติดลงไปได้ในประเทศไทย ก่อให้เกิดปัญหาผู้ต้องขังล้นคุก ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในอันดับ ๑๐ จำนวนผู้ต้องขังสูงสุดในอันดับโลก และมีการละเมิดสิทธิมนุษยชนในประเทศไทยเกี่ยวกับยาเสพติด ประเทศไทยมีการปรับเปลี่ยนนโยบายดำเนินงานยาเสพติดในประเทศไทย ตามแนวทาง UNGASS ๒๐๑๖ คือ สังคมที่ปราศจากการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิด และดำเนินการบำบัดผู้เสพยาเสพติดที่ไม่มีคดีอาญาอื่นร่วมด้วย โดยถือว่า “ผู้เสพยาคือผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร” เนื่องจากเดิมการบำบัดมีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูปีละประมาณ ๒๐๐,๐๐๐ ราย ในระบบสมัครใจ บังคับบำบัด และต้องโทษ ปัญหา คือ ระบบสมัครใจไม่ใช่การสมัครใจที่แท้จริง เป็นการบังคับกึ่งสมัครใจ ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูเข้ารับการบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์เวลาที่กำหนดทั้งในระบบสมัครใจและบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว รวมถึงการติดตามในชุมชน ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

ปัญหายาเสพติด ถูกยกให้เป็นวาระแห่งชาติยาวนานกว่าสองทศวรรษที่ทุกรัฐบาลได้กำหนดนโยบายและกลยุทธ์ต่อยาเสพติด ทั้งเชิงป้องกันและแก้ไขในรูปแบบราชภัฏ - รัฐร่วมใจ เป็น “ภาระร่วม” ระหว่างภาครัฐและท้องถิ่นชุมชนในการป้องกัน เฝ้าระวัง บำบัดแก้ไข และฟื้นฟูดูแลสงเคราะห์ผู้มีปัญหา



ยาเสพติดแบบองค์รวมทั้งกาย - จิต - สังคม ในมุมมองที่เปลี่ยนจากผู้เสพเป็นอาชญากร ผู้ผู้เสพเป็นผู้ป่วย การเสพ/ติดยาเสพติดนั้น รักษาได้แต่ต้องใช้เวลา โดยเฉพาะรูปแบบการบำบัดรักษาที่ใกล้บ้านภายในชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมนั้น ให้ผลคุ้มค่าที่สุด การแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ต้องอาศัยปัญหาสุขภาพเป็นตัวนำสุขภาพ ซึ่งประเทศไทยมีการพัฒนาต้นแบบการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน มาเป็นระยะเวลายาวนาน มาอย่างต่อเนื่อง และสรุปบทเรียนรูปแบบบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับอำเภอ ซึ่งชุมชนสามารถพัฒนาต่อยอด และขยายผลการบำบัดในชุมชนไปยังชุมชนพื้นที่อื่นที่สนใจสามารถนำแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง บูรณาการกับหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ ตำบล ภายใต้กรอบระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งเชื่อมโยงหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เป็นบริการที่มุ่งเน้นบริการบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยบูรณาการความรู้ทางด้านสุขภาพเข้ากับมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการแบบองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานบริการ ชุมชน และครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ และกับชุมชนเพื่อส่งต่อความรับผิดชอบการให้บริการระหว่างกันและกัน รวมถึงมีการขับเคลื่อน โดยมีแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” ในรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยง ตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง และการพัฒนาระบบส่งต่อภายในเครือข่ายเพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ

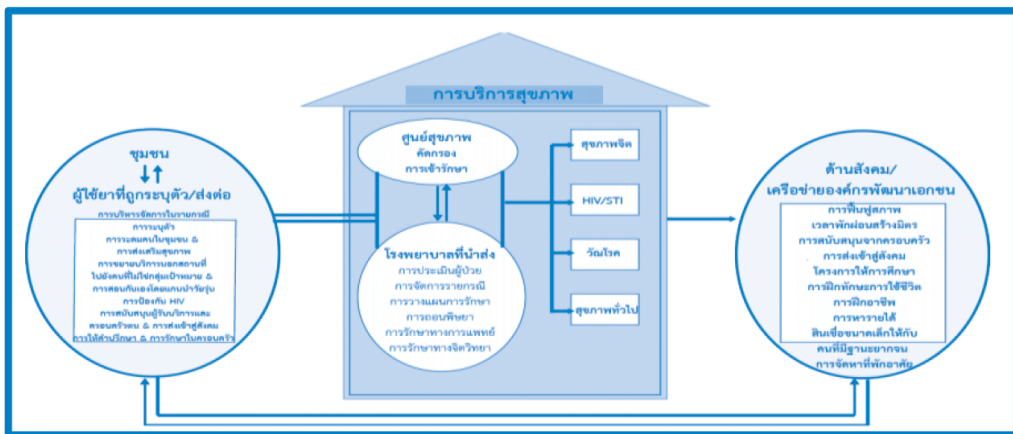
แผนภาพแสดงสูตรสำเร็จในการรักษา



แผนภาพแสดงความคุ้มค่าการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน



แผนภาพแสดงรูปแบบการบำบัดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน



คำนิยาม (๒)

ชุมชน หมายถึง การรวมกลุ่มของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อันมีอาณาบริเวณเดียวกัน ในทางภูมิศาสตร์ ประกอบขึ้นด้วยครอบครัวและสถาบันทางสังคมอื่นๆ ที่ได้ใช้ประโยชน์ร่วมกัน สมาชิกของชุมชนต่างๆ ก็มีความผูกพันและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างสืบเนื่องเป็นการถาวร

ยาเสพติด หมายถึง ยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ หรือสารระเหย ดังนี้

ยาเสพติดให้โทษ หมายถึง สารเคมี พืช หรือวัตถุนิตใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมถึงสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย แต่ไม่หมายความรวมถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่ตามกฎหมายว่าด้วยยา

วัตถุออกฤทธิ์ หมายถึง วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นสิ่งธรรมชาติหรือที่ได้จากสิ่งธรรมชาติ หรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่เป็นวัตถุสังเคราะห์



สารระเหย หมายถึง สารเคมีหรือผลิตภัณฑ์ที่อาจนำไปใช้ เพื่อบำบัดความต้องการของร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งทำให้สุขภาพโดยทั่วไปทรุดโทรมลง

การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดฟื้นฟู หมายถึง การพัฒนางานด้านบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสียหายเสพติด ประกอบด้วยมิติด้านโครงสร้าง และกระบวนการบำบัดฟื้นฟู มุ่งให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ในเรื่องการพัฒนาทางสาธารณสุขของชุมชนนั้นถือว่ามีความหมายที่สามารถใช้แทนกันได้ เป็นความหมายทั้งในรูปของโครงสร้างและในรูปของกระบวนการ ประการแรกการจัดการชุมชน หมายถึง เป้าหมายการจัดตั้งและพัฒนาองค์กรชุมชน และประการที่สองหมายถึงกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา

กลไกชุมชน หมายถึง รูปแบบกระบวนการ ประกอบด้วย

๑. การจัดโครงสร้าง/สายสัมพันธ์ของผู้นำชุมชน ทั้งแบบเป็นและไม่เป็นทางการ เพื่อขับเคลื่อนทรัพยากรของชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงานของผู้นำและทีมงาน พัฒนาการของสัมพันธ์ภายในพื้นที่ กระบวนการทำงานเป็นทีมตามบริบทในชุมชน

๒. การเรียนรู้และสะสมองค์ความรู้/ประสบการณ์ภายในชุมชน ได้แก่ การวางเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน การจัดโครงสร้างและระบบการทำงาน การวางแผนงาน การทบทวนสถานการณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และใช้ผล การแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น กระบวนการตัดสินใจปรับปรุงเป้าหมาย ทิศทางและแผนการทำงานร่วมกัน

๓. การดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ แรงจูงใจ ทิศทางและสัมพันธ์ภาพของการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประสบการณ์ต่างๆ ทั้งทางบวกและลบ ในการทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ของภาครัฐ และภาคประชาชน รวมถึงการนำประสบการณ์ต่างๆ ทั้งทางบวกและทางลบมาปรับใช้ในการทำงานร่วมกัน

การบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง หมายถึง รูปแบบการบำบัดในเชิงบูรณาการ โดยเฉพาะต่อผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดในชุมชน เพื่อให้เกิดการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การรักษาระยะเริ่มต้น ถึงการรักษาถอนพิษยาและสร้างความเสถียรภาพ จนถึงการติดตามผลการรักษาและการคืนผู้ป่วยสู่สังคม รวมถึงการบำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยเกี่ยวข้องถึงความร่วมมือกับหลายหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ สังคม และบริการอื่นๆ เพื่อให้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนสนับสนุนครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยอย่างเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาเสพติด เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในระยะยาว

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หมายถึง การมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของสุขภาพในพื้นที่ โดยภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐและชุมชน ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ และในปี ๒๕๖๐ ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ มีบทบาทในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งเอื้อให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่สามารถร่วมกันทำการค้นหา เข้าถึง ชักจูงผู้เสียหายเสพติดให้เข้ารับการรักษา ดูแล และฟื้นฟู จนสามารถใช้ชีวิตได้เป็นปกติในชุมชนของตน รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อการร่วมกันเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดได้อย่างยั่งยืน

ระบบสุขภาพอำเภอ District Health System (DHS) หมายถึง ระบบการทำงานด้านสุขภาพอำเภอร่วมกับทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากร ภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชม



และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วม เพื่อสุขภาวะของประชาชน

ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ หมายถึง ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพในทุกกลุ่มวัย โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนในชุมชน/ท้องถิ่น ให้มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหาหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพ และมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง รวมทั้งมีการส่งเสริมกิจกรรมวิสาหกิจชุมชน ให้เกิดการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ ทั้งนี้ เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็ง ประชาชนมีสุขภาพดี และระบบสุขภาพยั่งยืน

โดยสรุปตำบลจัดการสุขภาพ เป็นรูปแบบหนึ่งของการพัฒนาด้านสุขภาพ เน้นการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่อยู่ในพื้นที่ทุกระดับ ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคลินิกหมอครอบครัว (PCC) โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน เน้นการใช้และแสวงหาต้นทุนทางสังคมทุกด้าน ที่มีอยู่มาสร้างการมีส่วนร่วม ผ่านกระบวนการการยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในหมู่บ้าน/ชุมชนนั้นๆ และก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มุ่งหวังให้ประชาชน สามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและสังคมโดยรวมได้อย่างยั่งยืน ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกที่ดี และมีศรัทธาในการพัฒนา

วัตถุประสงค์แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

๑. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการผู้สูงอายุเสพติด
๒. เพื่อให้ผู้นำโดยธรรมชาติ เจ้าหน้าที่ภาครัฐในชุมชน (บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ปกครอง ตำรวจ) และประชาสังคมในชุมชน ใช้เป็นแนวทางนำสู่การบำบัดในชุมชนฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง
๓. เพื่อเป็นตัวกระตุ้นเสริมแรงในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
๔. สนับสนุนองค์ความรู้การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

เป้าประสงค์การบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง^(๒)

๑. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเสพติดเข้าถึงบริการได้สะดวก ใกล้บ้านใกล้ใจ ลดการตีตรา เพิ่มการยอมรับและอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน สังคม อย่างปกติสุข
๒. ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุเสพติด แบบรายบุคคลให้มากที่สุด และให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
๓. เกิดการมีส่วนร่วมในองค์กรท้องถิ่น สมาชิกในชุมชน และประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้มแข็ง
๔. เพื่อสร้างเครือข่ายแบบบูรณาการในการบำบัดฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในรูปแบบของการเสริมสร้างพลังในตนเอง



ขอบเขตการดำเนินงาน

ดำเนินการในชุมชนเขตชนบท โดยหน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานภาคีเครือข่าย เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงเกษตรฯ และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ รวมถึงภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรศาสนา

กลุ่มเป้าหมายในการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

เป็นกลุ่มผู้เสียหายเสพติด โดยแบ่งระดับการคัดกรองตามแบบคัดกรองฯ กระทรวงสาธารณสุข บคก.สธ (V๒)

๑. กลุ่มผู้เสียหายเสพติด (คะแนนคัดกรอง ๒ – ๓ คะแนน) ให้การช่วยเหลือโดยให้ข้อมูล ความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพ ควบคู่กับกระบวนการชุมชน เช่น การสร้างความอบอุ่นในครอบครัว การส่งเสริมให้เกิดการดูแลในสังคมโรงเรียน และการให้กำลังใจ การให้โอกาสและการให้อภัยของหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นต้น

๒. กลุ่มผู้เสพยาเสพติด

- กลุ่มเสพน้อย (คะแนนคัดกรอง ๔ – ๑๕) ให้การบำบัด (BI) ระยะเวลา ๑ – ๒ สัปดาห์ จำนวน ๒ – ๔ ครั้ง ควบคู่กับให้การช่วยเหลือโดยให้ข้อมูล ความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพ ควบคู่กับกระบวนการชุมชน เช่น การสร้างความอบอุ่นในครอบครัว การส่งเสริมให้เกิดการดูแลในสังคมโรงเรียน การให้กำลังใจ การให้โอกาส และการให้อภัยของหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นต้น มีการติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจโดยทีมชุมชนอย่างต่อเนื่อง พร้อมสุ่มตรวจปัสสาวะเป็นระยะๆ ระยะเวลา ๑ ปี

- กลุ่มเสพมาก (คะแนนคัดกรอง ๑๖ - ๒๖) ให้การบำบัด (BI) ระยะเวลา ๘ – ๑๒ สัปดาห์ จำนวน ๘ – ๑๒ ครั้ง ควบคู่กับให้การช่วยเหลือโดยให้ข้อมูล ความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพ ควบคู่กับกระบวนการชุมชน เช่น การสร้างความอบอุ่นในครอบครัว การส่งเสริมให้เกิดการดูแลในสังคมโรงเรียน การให้กำลังใจ การให้โอกาส และการให้อภัยของหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นต้น มีการติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจโดยทีมชุมชนอย่างต่อเนื่อง พร้อมสุ่มตรวจปัสสาวะเป็นระยะๆ ระยะเวลา ๑ ปี

ทั้งนี้ การบำบัดให้ผสมผสานการดำเนินงานควบคู่กับการฟื้นฟูทางสังคม

กรณี : หากประเมินสภาพการเสพติด พบค่าคะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ ๒๗ ขึ้นไป แปลความหมายกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเกินศักยภาพของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ให้ประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับอำเภอ เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาต่อไป

หมายเหตุ : จะมีการพัฒนาการคัดกรองและวินิจฉัย ให้ได้ตามมาตรฐานและหลักวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อไป

แนวคิดทางการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

การใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการบำบัด ถือว่าเป็นเป้าหมายสำคัญ ที่หน่วยงานทุกภาคส่วน ร่วมกับประชาชนหรือกลุ่มบุคคล มีแนวคิดหรือจุดมุ่งหมายที่เหมือนกันเข้ามาดำเนินการในการบำบัดฟื้นฟูให้แล้วเสร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดแล้วรับผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งต้องเข้ามาร่วมกันดำเนินการ ในการบำบัดฟื้นฟูทุกขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจ ปฏิบัติการ มีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการประเมินผล



หลักการและความสำคัญการบำบัดในชุมชน^(๔)

การบำบัดในชุมชน เป็นการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน เป็นรูปแบบการบำบัดแบบหนึ่งที่ทำให้บริการในชุมชน ทำให้เข้าถึงครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และสามารถนำทรัพยากร รวมถึงนำความรู้ที่มีในชุมชน มาร่วมในการบำบัดฟื้นฟูได้ นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดความมั่นใจ และความเชื่อมั่นจากชุมชน การบำบัดนี้จะเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน โดยมีหลักการที่สำคัญ ได้แก่

๑. เป็นงานบริการที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและคนในชุมชน (relevance to local need)
๒. มีการดำเนินการตามหลักคุณภาพจริยธรรม (ethical soundness)
๓. มีแนวโน้มที่จะสามารถดำเนินโครงการระยะยาวอย่างยั่งยืนในชุมชนได้ (sustainability likelihood)
๔. มุ่งเน้นการดูแลรายบุคคล ในรูปแบบที่หลากหลาย ขึ้นกับลักษณะของแต่ละบุคคลและตามความเหมาะสมของพื้นที่

โดยจะสามารถคงบริการไว้ในชุมชนได้นั้น มักเป็นบริการที่มีลักษณะ ที่ใช้งบประมาณไม่มาก มีความคุ้มค่าคุ้มทุน กลมกลืนกับวิถีชีวิตในชุมชน และได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ผู้ดำเนินโครงการในชุมชนจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในบริบทของชุมชน รวมถึงสำรวจปัญหาในชุมชน และปัญหาที่ชุมชนต้องการให้แก้ไขก่อนที่จะเริ่มโครงการ ซึ่งการที่จะทำให้เกิดโครงการในชุมชนได้นั้น ควรได้รับความร่วมมือจากบุคคลต่างๆ ในชุมชน ดังนี้

๑. กลุ่มคนในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน ภาคประชาสังคม รวมถึงกลุ่มคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น
๒. ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ หรือบุคลากรสุขภาพอื่นๆ
๓. วิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ปลัดอำเภอที่รับผิดชอบตำบล ปลัดเทศบาล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ครู/อาจารย์ ตำรวจ นักพัฒนาชุมชน นักกฎหมาย เป็นต้น

รูปแบบของโครงการนั้น ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหา การคัดกรอง การบำบัดฟื้นฟู และติดตามดูแล ช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต สามารถดำเนินการได้ในทุกขั้นตอนของการดูแล โดยสามารถลดผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีได้ทั้งในด้านสุขภาพกาย จิต สังคม เศรษฐกิจ และกฎหมาย โครงการควรส่งผลต่อทั้งตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครอบครัว และชุมชน ซึ่งการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน มีข้อดี ดังนี้

๑. เป็นการดูแลที่เคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
๒. ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการสะดวก
๓. ลดผลกระทบต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครอบครัว และชุมชน
๔. เป็นการบำบัดฟื้นฟูที่ค่อนข้างยืดหยุ่นกว่าการบำบัดรูปแบบอื่น
๕. ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกถึงความมีอิสระได้มากกว่าเนื่องจากเป็นสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย
๖. ช่วยให้ชุมชนเรียนรู้ถึงกระบวนการลดการตีตราทางสังคม (stigma) และสามารถเพิ่มคุณค่าในตัวเอง
๗. ช่วยกระตุ้นให้ชุมชนได้เป็นศูนย์กลางของการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี
๘. ช่วยลดการมีประวัติอาชญากรรมที่ส่งผลต่อการศึกษา และอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงช่วยลดปัญหาการก่ออาชญากรรมในชุมชนซึ่งเป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากการติดเชื้อเอชไอวี
๙. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาเอชไอวีอย่างแท้จริงและยั่งยืน



๑๐. สร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ไม่เอื้อต่อการใช้ยาเสพติด
๑๑. ป้องกันผู้ใช้/ผู้เสพรายใหม่

ผลสัมฤทธิ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง^(๒)

ตัวชี้วัดความสำเร็จการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีดังนี้

๑. ผู้เสียหายเสพติด ได้รับบริการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาตามมาตรฐานทางสาธารณสุข
๒. เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน
๓. ทักษะคิดของชุมชนต่อผู้เสียหายเสพติดในชุมชน
๔. ความพึงพอใจของผู้เสียหายเสพติดเพิ่มขึ้น
๕. เพิ่มความปลอดภัย ความมั่นคงในชีวิต ทรัพย์สินของชุมชน

ทั้งนี้ การดูแลผู้เสียหายเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และการเข้ารับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ การบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ถือเป็นวิธีที่คุ้มค่าที่สุดในการบำบัดผู้เสียหายเสพติด โดยอ้างอิงเอกสารทั่วโลกระบุว่า ผู้เสียหายเสพติดที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน มีอัตราการเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล และประวัติทางอาชญากรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัด

ประโยชน์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง^(๒)

การบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ก่อให้เกิดผลประโยชน์ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

๑. ความสะดวก ลดการรอคอย สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้เสียหายเสพติดในการรักษา
๒. เป็นการรักษาที่ดึงดูความสนใจของผู้เสียหายเสพติด
๓. ลดค่าใช้จ่ายสำหรับผู้เสียหายเสพติด ครอบครัว และชุมชน
๔. ให้ความอิสระแก่ผู้เสียหายเสพติด ในการอาศัยในสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติและสอดคล้องกับวิถีชีวิตปกติ
๕. มีความยืดหยุ่นกว่าเมื่อเทียบกับวิธีการรักษาแบบอื่นๆ
๖. มุ่งเน้นการส่งเข้าสู่สังคมจากจุดเริ่มต้น และการสร้างพลังของชุมชนในการรักษาดูแลผู้เสียหายเสพติดอย่างเหมาะสม
๗. เป็นวิธีการแทรกแซงชีวิตประจำวันปกติ น้อยกว่าการรักษาอื่นๆ เมื่อเทียบกับการบำบัดทั้งวันทั้งคืนหลายวัน ต่อเนื่อง ในโรงพยาบาล การรักษาอย่างเข้มข้น รวมถึงการกักขัง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อครอบครัว การทำงาน และชีวิตประจำวัน น้อยกว่า
๘. ช่วยลดมลทินและกระตุ้นให้ชุมชนมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ในทางบวก
๙. เป็นวิธีการแก้ปัญหาหายาเสพติดอย่างยั่งยืน โดยทุกคนในชุมชนมองว่าเป็นปัญหาส่วนรวมที่ต้องช่วยกันแก้ไข
๑๐. ลดจำนวนการส่งผู้เสียหายเสพติดเข้าสู่สถานบำบัด
๑๑. ลดจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำซึ่งการก่อกวนอาชญากรรมเป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด
๑๒. สร้างชุมชนพึ่งพา ให้เกิดในพื้นที่



บทที่ ๒

การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and care)

นิยามการบำบัดในชุมชน^(๒)

การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง เป็นการดูแลผู้ติดยาเสพติดให้เกิดการบำบัดฟื้นฟูใกล้บ้านหรือภายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม รวมถึงประสานการทำงานร่วมกันของหน่วยงานด้านสุขภาพและสังคม และค้ำคนดีสู่สังคม

ลักษณะสำคัญของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง^(๒)

การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีลักษณะสำคัญ ดังนี้

๑. ตั้งอยู่ในชุมชน
๒. มีการเสริมสร้างศักยภาพ การระดมทรัพยากรเน้นการมีส่วนร่วมในการจัดการโดยชุมชน
๓. ใช้วิธีการทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมสงเคราะห์
๔. เป็นศูนย์กลางรักษาและฟื้นฟูในรูปแบบผสมผสานแบบผู้ป่วยนอก
๕. ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่พบจนสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมและหยุดใช้ยาได้ในที่สุด
๖. มีการสนับสนุนและส่งเสริมระหว่างบริการทางสังคมและสุขภาพทั้งในและนอกชุมชน

นอกจากนี้ ลักษณะสำคัญของการบริการที่ดี คือ การบูรณาการการบำบัดฟื้นฟูเข้าสู่การบริการทางสังคม และสุขภาพในชุมชน ให้มีความยั่งยืน และให้ชุมชนตรวจสอบได้

กระบวนการหลักของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง^(๒)

การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง มีกระบวนการหลักในการบำบัดฟื้นฟูเพื่อเพิ่มช่องทางการบำบัดฟื้นฟูที่มีคุณภาพตรงตามลักษณะ(ผู้ใช้/ผู้เสพ)และความต้องการ (บำบัดโดยวิธีทางการแพทย์หรือวิธีอื่นๆ) ของผู้ติดยาเสพติด ดังนี้

หลักการที่ ๑ บริการที่ง่ายต่อการเข้าถึง

การให้บริการบำบัดฟื้นฟู ที่สามารถเข้าถึงได้โดยง่าย (ตั้งอยู่ในชุมชน) ราคาไม่แพง (ทั้งค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการในการเดินทาง และผู้ให้บริการ (ชุมชน) ที่ใช้การบำบัดฟื้นฟูในรูปแบบอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์หรือสารทดแทน) และได้รับการพิสูจน์โดยการศึกษาวิจัยแล้วว่าผลการรักษามีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล คำนึงถึงความเหมาะสมตามบริบทพื้นที่และความต้องการสนับสนุนของผู้ติดยาเป็นหลัก



หลักการที่ ๒ การจำแนกลักษณะรายบุคคล

ใช้การคัดกรอง ประเมินผล ตรวจวินิจฉัย และวางแผนการฟื้นฟู เป็นรายบุคคล ที่จะทำให้เข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละคน และสามารถช่วยผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการรักษาได้

หลักการที่ ๓ การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้จ่ายยาเสพติด บนฐานข้อมูลและองค์ความรู้

การกำหนดวิธีการบำบัดฟื้นฟู ต้องมีข้อมูลรองรับในวิธีการปฏิบัติที่ดี และความรู้ในเชิงวิทยาศาสตร์

- ข้อมูลเฉพาะของผู้ใช้จ่ายแต่ละคน
- วิธีการดูแลที่ผ่านการพิสูจน์ทั้งเป็นและไม่เป็นทางการว่าได้ผล

หลักการที่ ๔ คำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

กระบวนการฟื้นฟูผู้ใช้จ่ายยาเสพติด โดยการสอดแทรกการให้คำปรึกษา และเป็นไปตามข้อปฏิบัติตามพันธกรณีสิทธิมนุษยชน ให้ผู้ใช้จ่ายยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการรักษา และให้การรักษาฟื้นฟูเป็นไปตามมาตรฐานสุขภาพสูงสุดที่ร่างกายจิตใจตนจะรับได้

หลักการที่ ๕ คำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้จ่ายยาเสพติด คำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษด้วยความเสมอภาค เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้หญิง กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มโรคจิตเวชร่วม กลุ่มกรรมกร กลุ่มขายบริการทางเพศ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มไร้รัฐ ไร้สิทธิ ไร้ที่พึ่ง และแรงงานต่างด้าว

หลักการที่ ๖ ความยุติธรรมทางอาญา

ภายใต้การลดทอนความเป็นอาญา โดยจำแนกลักษณะผู้ใช้จ่ายยาเสพติด เป็นผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด เน้นการบำบัดฟื้นฟู มากกว่าการเข้าสู่ระบบการจับกุม คမ်းขัง

หลักการที่ ๗ การมีส่วนร่วมของชุมชน

ส่งเสริมให้ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลง เกิดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในท้องถิ่น ตลอดจนการสนับสนุนและการระดมทรัพยากรในชุมชน

หลักการที่ ๘ การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ

สิ่งสำคัญของการให้บริการบำบัดฟื้นฟู จะต้องมีการกำหนดข้อปฏิบัติที่ชัดเจน เช่น นโยบาย วิธีการรักษา ฟื้นฟู กระบวนการ/แนวทางการจัดการบทบาทหน้าที่ของผู้กำกับดูแล และแหล่งงบประมาณสนับสนุน

หลักการที่ ๙ การทำงานอย่างเป็นระบบ ระบบการรักษา การพัฒนานโยบาย การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการประสานการบริการ

แนวทางปฏิบัติในเชิงนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงอย่างเป็นระบบ ในเรื่องการใช้จ่ายยาเสพติดและต่อบุคคลที่ต้องการการรักษาจะมีประโยชน์สูงสุด แนวทางนี้รวมถึงขั้นตอนการดำเนินงานที่สมเหตุสมผลตามลำดับขั้นตอน ที่สามารถแสดงความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายกับการประเมินความต้องการ การวางแผนการรักษา วิธีการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล ได้แก่ ระบบการรักษา ฟื้นฟู การพัฒนานโยบาย การวางแผนเชิงกลยุทธ์ การประสานการบริการ และการสนับสนุนงบประมาณ



รูปแบบการจัดบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้จ่ายยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

ขอบเขตของการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้จ่ายยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ครอบคลุมกระบวนการ ดังนี้

๑. การค้นหา : โดยใช้รูปแบบที่เหมาะสม ตามบริบทของพื้นที่ เช่น Outreach worker อสม. และการประชาสัมพันธ์ รวมถึงเชิญชวน รณรงค์ สอดส่อง ส่งข่าว โดยคณะกรรมการฯ ประชาธิปไตย ผ่านการทำความเข้าใจกับผู้ปกครองและคนใกล้ชิด แบบเครือข่ายติ เชิญชวน เข้าสู่การดูแล ช่วยเหลือ
๒. การคัดกรอง : จัดบริการคัดกรองสุขภาพพื้นฐาน และซักประวัติการใช้ยาเสพติด
๓. การบำบัดฟื้นฟู : บำบัดฟื้นฟู ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข
๔. การติดตาม : ติดตามโดยรูปแบบทางการ และไม่เป็นทางการอย่างต่อเนื่อง
๕. การส่งต่อ : ตั้งแต่การคัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู และติดตามดูแลช่วยเหลือ

บทบาทภารกิจของหน่วยงาน/องค์กร ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้จ่ายยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง^(๑)

๑. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่ประสาน เชื่อมโยง ฝ่ายปกครองท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ประชาชนชาวบ้าน สภากาชาดและเยาวชน และภาคีเครือข่าย/กลุ่มต่างๆ ในระดับตำบลและหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน บำบัดฟื้นฟูผู้ใช้จ่ายยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ดังต่อไปนี้

- ๑.๑ ดำเนินการให้เกิดการปรับทัศนคติในชุมชน ใน ๔ ประเด็นหลัก คือ
 - ๑.๑.๑ ปรับจากผู้รับปัญหา เป็นศูนย์กลางของการแก้ปัญหา
 - ๑.๑.๒ เปลี่ยนการมองผู้ใช้จ่ายยาเสพติดเป็นภาระ ให้มองเป็นทุนของสังคม
 - ๑.๑.๓ เปลี่ยนจากการใช้นโยบายปราบปราม จับกุมผู้ใช้จ่ายยาเสพติด เป็นการดูแลแก้ไข ฟื้นฟู
 - ๑.๑.๔ ลด ละ เลิกการตีตราผู้ใช้จ่ายยาเสพติด
- ๑.๒ ร่วมสำรวจเพื่อบ่งชี้ปัญหาในพื้นที่ เช่น การประชุมประชาคม เวทีเสวนา และวิเคราะห์สภาพปัญหาที่มีอยู่ เป็นต้น เพื่อแยกระดับปัญหาและจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการร่วมกันให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่ได้จากการสำรวจ
- ๑.๓ ร่วมดำเนินการค้นหาผู้ใช้จ่ายยาเสพติด พุดคุยทำความเข้าใจ ดูแลช่วยเหลือตามสภาพของแต่ละคน หรือส่งต่อให้เข้ารับการรักษาตามอาการ
- ๑.๔ ร่วมติดตาม ดูแลช่วยเหลือในด้านอาชีพ การศึกษา และโอกาสทางสังคมให้แก่ผู้ผ่านการบำบัดฯ อย่างต่อเนื่อง เพื่อประคับประคองให้ปลอดภัยจากปัญหาเสพติด
- ๑.๕ ร่วมสร้างกลไกเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาเสพติดและการใช้ยาในทางที่ผิด ในครอบครัว สถานศึกษา สถานประกอบการ ชุมชน ฯลฯ รวมทั้งการเฝ้าระวังในสื่อสังคมออนไลน์
- ๑.๖ ร่วมสรุปบทเรียนการดำเนินงาน ถ่ายทอดให้แก่แกนนำชุมชนรุ่นต่อไปในพื้นที่ และพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- ๑.๗ ร่วมขยายผล เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับชุมชนพื้นที่อื่นในระดับต่างๆ เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้สภาพปัญหา ช่วยกันเสนอแนวทางการแก้ไข และสนับสนุนการดำเนินงานระหว่างกัน โดยประสานให้หน่วยงานวิชาการในพื้นที่ช่วยเหลือด้านองค์ความรู้และวิชาการ



๒. ผู้นำชุมชน

ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และคณะกรรมการหมู่บ้าน รวมถึงผู้นำทางจิตวิญญาณ
บทบาทหน้าที่

๒.๑ เผ่าระวัง สร้างการรับรู้ความเข้าใจ ป้องกันปัญหาเสพติด ค้นหา คัดกรอง ติดตาม
เชื่อมโยงเครือข่ายในชุมชน

๒.๒ รับข้อมูล/เรื่องราวร้องทุกข์ ประชาคม ส่งต่อเพื่อการคัดกรอง เผ่าระวัง ด้านคุณภาพชีวิต
ของประชาชนในระดับหมู่บ้าน และตำบล

๒.๓ ดำเนินการประชาคมหมู่บ้าน ภายใต้กฎหมายชุมชน หรือระเบียบ รongรับ ผ่านกลไก
คณะกรรมการหมู่บ้าน และกลไกการปกครอง หรือ ข้อตกลงของหมู่บ้านชุมชน

๒.๔ การดำเนินการตามข้อ ๒.๓ เพื่อลดความเสียหาย และการสูญเสียผลประโยชน์ ผ่าน
กลไกการรับรองทางสังคม ซึ่งเป็นการมอบหมายภารกิจให้สามารถดำเนินการเรื่องการป้องกันแก้ไขปัญหายา
เสพติดและช่วยเหลือผู้เสพ ผู้ติด

๒.๕ การคืนข้อมูล กลับคืนให้ชุมชน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนรับทราบข้อมูล สถานการณ์ ที่เป็นจริง

๒.๖ ส่งเสริมให้ชุมชนเกิดการจุดประกายด้านความคิด สู่การให้ข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ข้อมูล
และกำหนดแนวทาง วางแผนร่วมกันในการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด และการช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติด

๓. องค์กรชุมชน

ประกอบด้วย องค์กรพัฒนาเอกชน (Non Governmental Organizations : NGO)

บทบาทหน้าที่ : เป็นไปตามแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติด และอื่นๆ เช่น

๓.๑ ค้นหาผ่าน Outreach worker ผู้ใช้ยาเสพติดทั้งที่เปิดเผย และไม่เปิดเผย

๓.๒ คัดกรองขั้นพื้นฐานสถานการณ์ปัญหาของผู้ใช้ยาเสพติดรายบุคคล

๓.๓ การส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น

๓.๔ ส่งเสริมและส่งต่อการเข้ารับการบำบัด

๓.๕ มุ่งเน้นการป้องกันโดยการสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น เข็มและอุปกรณ์ และถุงยางอนามัย

๓.๖ ส่งเสริมการเข้ารับบริการสุขภาพ

๓.๗ การส่งเข้าสู่สังคม

๓.๘ การบริการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ผ่านกิจกรรมในศูนย์บริการ Drop in center

๓.๙ ติดตามช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่อยู่ในระบบการให้บริการ

๓.๑๐ พัฒนา ถ่ายทอด องค์กรความรู้ให้แก่ชุมชน

๔. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

บทบาทหน้าที่

๔.๑ เป็นศูนย์ประสานงานกับภาคีเครือข่ายด้านการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน เชื่อมต่อคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดระดับอำเภอ
รวมถึงศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดระดับจังหวัด

๔.๒ สนับสนุน วางแผนงาน (คน เงิน ของ การบำบัดฟื้นฟูในชุมชน) กำกับ ติดตาม ประเมินผล
การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูในชุมชน ให้มีความเหมาะสมตามบริบท



๕. สถานบริการ

ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และโรงพยาบาลระดับจังหวัด/อำเภอ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

บทบาทหน้าที่

- ๑) การให้บริการตรวจคัดกรองและให้คำปรึกษาสุขภาพกายและจิต โดยการให้บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นและการบริการอื่นๆ
- ๒) กระตุ้นส่งเสริมผู้นำทุกภาคส่วนต่างๆ ในเครือข่ายที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บูรณาการความร่วมมือ และเป็นเจ้าภาพให้เกิดกระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) ตนเอง และทีมงาน เพื่อกระตุ้นให้เกิดกระบวนการบำบัดยาเสพติดโดยชุมชน
- ๓) ให้การบำบัดฟื้นฟูตามศักยภาพ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ๔) ประสานส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลจากสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

โรงพยาบาลระดับจังหวัด/อำเภอ

บทบาทหน้าที่

- ๑) ให้การบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสติด ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข การรักษาโรคร่วมจากการเสพยาเสพติด โรคติดเชื้อ และความผิดปกติทางจิตที่มีอาการทางจิตระดับฉับพลัน (Acute) และพฤติกรรมต่อต้านสังคมที่รุนแรง
- ๒) สนับสนุนพัฒนาองค์ความรู้ในการคัดกรอง บำบัดฟื้นฟูตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการลดอันตรายจากยาเสพติด
- ๓) กำกับ ติดตาม ประเมินผล ผ่านการลงเยี่ยมเสริมพลัง การนิเทศ ให้คำแนะนำ และคำปรึกษา รวมถึงการรายงานผลการดำเนินงานผ่านข้อมูลระบบรายงานยาเสพติด บสต.

๖. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

บทบาทหน้าที่

- ๑) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีศักยภาพ ร่วมกิจกรรมค้นหา และคัดกรองผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ยาเสพติด) ในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และถูกต้องตามหลักวิชาการใน ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ใช้ กลุ่มผู้เสพ และกลุ่มผู้ติด
- ๒) ร่วมวางแผนให้การช่วยเหลือ/ส่งต่อ กลุ่มผู้ใช้ กลุ่มผู้เสพ และกลุ่มผู้ติด
- ๓) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมเป็นทีมติดตาม ดูแล ให้ความช่วยเหลือ ประคับประคอง ให้คำแนะนำ เสริมกำลังใจทั้งตัวผู้ผ่านการบำบัดฯ และครอบครัว ในชุมชน ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ โดยไม่กลับไปเสพยาเสพติดอีก

๗. หน่วยสวัสดิการทางสังคมและองค์กรพัฒนาเอกชน

บทบาทหน้าที่

- ๑) ให้การศึกษา
- ๒) ให้คำปรึกษา
- ๓) ฝึกอาชีพ และทักษะ สร้างโอกาสในการหารายได้ให้สินค้าขนาดเล็กให้กับที่มีฐานะยากจน
- ๔) การสนับสนุนทางจิตใจและทางสังคม อื่นๆ เป็นต้น



กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขั้นตอนที่ ๑ การค้นหา ผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน

• **ผู้รับผิดชอบ :** โดยทีมชุดชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พนักงานฝ่ายปกครอง) หรือตำรวจ และผู้ช่วยนายอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

• กลไกการปฏิบัติงาน

ใช้กลไกคณะกรรมการหมู่บ้าน ให้ปฏิบัติหน้าที่ในการค้นหาและระบุตัวผู้ที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด เสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ตลอดจนกำหนดแนวทางการปฏิบัติร่วมกันในการค้นหา ระบุ กลุ่มคนดังกล่าว ระดับหมู่บ้าน ตำบล เช่น ในโรงเรียน สถานประกอบการ และชุมชน

• ขั้นตอนการค้นหา

การเตรียมการ

๑. ดำเนินการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และพัฒนาทีมชุดค้นหาในชุมชน ให้มีความรู้ความสามารถในการค้นหา ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยอาศัยความรู้พื้นฐานด้านยาเสพติด การคัดกรองเบื้องต้นผู้ที่มีพฤติกรรมที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด เสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ การส่งต่อเพื่อการบำบัดดูแล ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบริบท รวมถึงป้องกันผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ยาเสพติด) รายใหม่ และพฤติกรรมเสพติดซ้ำในผู้ผ่านการบำบัด เพื่อรับมอบหมายงาน กระจายความรับผิดชอบร่วมกัน ในการปฏิบัติงานค้นหาให้เกิดความชัดเจน

๒. นำแนวทางการดำเนินงานตาม ๙ ขั้นตอนสร้างชุมชนเข้มแข็งเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุดปฏิบัติการประจำตำบลมาประยุกต์ใช้ในการค้นหา รวมถึงผู้ประสานงานหมู่บ้าน/ชุมชนผู้ประสานพลังแผ่นดิน (๒๕ ตาสับปะรด) ตลอดจนชุดปฏิบัติการประจำตำบล

๓. วางแผนเพื่อดำเนินการ X - ray (ค้นหาโดยชุมชน) ให้ครอบคลุมทั้งหมดในหมู่บ้าน เพื่อลดวิธีการเฉพาะเจาะจง มุ่งเน้นข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อจำแนกผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ยาเสพติดและสารเสพติด) รวมถึงกำหนดกลยุทธ์ในการค้นหา

๔. นำวิธีการจัดประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้นำชุมชน ชี้แจงขั้นตอนการค้นหา และคัดกรองเบื้องต้น ผู้ที่มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด จากข้อมูลดังนี้ ๑) ข้อมูลสำรวจสุขภาพ (แฟ้มสุขภาพครอบครัว Family folder) ๒) ข้อมูลรายงานยาเสพติด (บสต.) ๓) ข้อมูล จปฐ. คือ ข้อมูลในระดับครัวเรือนที่แสดงถึงสภาพความจำเป็นพื้นฐานของคนในครัวเรือนในด้านต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำ (กรมพัฒนาชุมชน) ๔) ข้อมูลจากข้อร้องเรียนจากศูนย์ดำรงธรรม และแหล่งข่าวในหมู่บ้าน ๕) ข้อมูลอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ๖) ข้อมูลผู้พันโทษ ๗) ข้อมูลทุนชุมชนอื่นๆ เช่น วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น การรวมกลุ่ม ฯลฯ ๘) ข้อมูลจากภาคประชาสังคม

ทั้งนี้ คณะกรรมการหมู่บ้าน ต้องให้ความสำคัญ ในข้อมูลดังกล่าว เนื่องจากเป็นประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว และชุมชน



การดำเนินการค้นหา

รูปแบบไม่เปิดเผยตัวตน (เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทรูปแบบหนึ่ง เช่น เพื่อนช่วยเพื่อน ในกรณีผู้สูงอายุเสพติดที่ยังเลิกไม่ได้ เพื่อรณรงค์ จูงใจ ให้เข้าถึงระบบบริการ)

การค้นหาและเข้าถึงผู้สูงอายุเสพติดเป็นเรื่องยาก เนื่องจากทางด้านกฎหมายยังคงถือว่าเป็นผู้กระทำความผิด และทัศนคติของสังคมหรือครอบครัวที่สั่งสมความเชื่อที่ว่าผู้สูงอายุเป็นคนไม่ดี อันตราย กอปรกับการ โดยกระทำซ้ำของผู้ใช้ยาเอง จนทำให้คิดว่าตนเองเป็นเช่นนั้น จึงทำให้ผู้สูงอายุหลบซ่อน ไม่เปิดเผยตัว จนถึง การสร้างเกราะป้องกันที่แสดงออกทางพฤติกรรมที่ก้าวร้าวให้ตนเองรู้สึกปลอดภัย

ดังนั้นในการเข้าถึงผู้สูงอายุจะต้องอาศัยการทำงานในรูปแบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ผ่านกลไก การทำงานของอาสาสมัครหรือที่เรียกว่า “Outreach worker” เป็นสำคัญ

การค้นหาผู้สูงอายุเสพติดมีกระบวนการ/วิธีการดังนี้

๑. เปิดรับสมัครคนทำงานที่มีประสบการณ์การใช้ยา เนื่องจากเป็นผู้ที่เข้าใจพฤติกรรม รู้แหล่ง รวมตัว รู้วิธีการเข้าถึง และที่สำคัญพูดภาษาเดียวกัน

๒. พัฒนาศักยภาพคนทำงาน เรื่อง การสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย การลดอันตรายจากยาเสพติด การทำงานกับกลุ่มเฉพาะ การส่งต่อและการติดตาม รวมถึงงานเอกสารต่างๆ เช่น การบันทึกข้อมูล เป็นต้น

๓. ลงพื้นที่แบบคุ้บัตดี เพื่อป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำ เมื่อเจอกลุ่มเป้าหมายควรให้ข้อมูลต่างๆ ดังนี้

๑) แนะนำตนเองว่าเป็นใคร มาทำอะไร งานที่ทำมีวัตถุประสงค์อะไร

๒) การช่วยเหลือที่มีคืออะไร

๓) สามารถติดต่อได้ทางไหนบ้าง

๔) ศูนย์บริการ Drop in center ตั้งอยู่ที่ไหน

๔. พื้นที่ที่จะทำการค้นหา ได้แก่

๑) แหล่งซื้อขายยาเสพติดทั้งผิด และถูกกฎหมาย เช่น ร้านขายยา และคลินิกเอกชน เป็นต้น

๒) สถานที่แหล่งรวมตัวใช้ในการใช้ยา

๓) ศูนย์หรือหน่วยงานให้บริการบำบัดผู้ติดยาเสพติด

๔) สอบถามจากเพื่อนสมาชิกว่ามีเพื่อนที่ใช้ยาดูด้วยกันหรือไม่ เพื่อแนะนำหรือพาไปหา

๕. การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายเพื่อให้บริการ และติดตาม

๑) จัดทำทะเบียนสมาชิก โดยมีเนื้อหาสำคัญ ดังนี้

- ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และจัดทำแผนที่สถานที่ที่สามารถพบเจอได้

- ข้อมูลด้านสุขภาพ และสิทธิการรักษา

- ข้อมูลการใช้ยา : ใช้ยาอะไร ใช้วิธีไหน ความถี่ในการใช้

- อื่นๆ เช่น สาเหตุการใช้ยา ประวัติการน็อคยา ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความสัมพันธ์ กับชุมชน

๒) วิเคราะห์ข้อมูลสมาชิก เพื่อวางแผนการให้บริการ โดยใช้วิธีดังนี้

- จำแนกโดยการจัดกลุ่มสมาชิกที่ตนดูแลอยู่ ดังนี้

๑. กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงส่งผลถึงชีวิต

๒. กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพแต่ไม่รุนแรง



๓. กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัว และสังคม
 ๔. กลุ่มที่ไม่มีปัญหา
- จัดทำแผนการทำงานประจำเดือนในการทำงาน ตัวอย่างเช่น
๑. กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรงส่งผลถึงชีวิต : อาจจำเป็นต้องพบทุกสัปดาห์
 ๒. กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพแต่ไม่รุนแรง : อาจพบเดือนละสองครั้ง(สัปดาห์เว้นสัปดาห์)
 ๓. กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัว และสังคม : อาจพบเดือนละสองครั้ง(สัปดาห์เว้นสัปดาห์)
 ๔. กลุ่มที่ไม่มีปัญหา : อาจพบเดือนละหนึ่งถึงสองครั้ง
 ๕. ค้นหาสมาชิกใหม่ : ทุกวันที่ไม่ได้พบสี่กลุ่มด้านบน โดยวางแผนตามสถานที่จากข้อ ๔ ด้านบน

๓) ติดตามงาน

- สรุปผลการทำงานสัปดาห์ละครั้ง
๑. เพื่อทราบถึงสถานการณ์ในพื้นที่ เช่น การระบาดของยาในพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่
 ๒. ปัญหาของสมาชิกที่ต้องการการจัดการโดยเร่งด่วนมีอะไรบ้าง
 ๓. วางแผนงานในสัปดาห์ต่อไป
- สรุปผลการทำงานประจำเดือน
๑. เพื่อทราบถึงผลการดำเนินงานในเดือนนั้นๆว่าเป็นไปตามแผนที่ได้วางไว้หรือไม่
 ๒. รวบรวมหาทางแก้ไขในกรณีที่มีผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง
 ๓. วางแผนงานที่จะทำในเดือนต่อไป

รูปแบบเปิดเผยตัวตน

๑. สร้างความเข้าใจต่อสาธารณชนถึงนโยบายในการให้โอกาสแก่ผู้เสียหายเสพติดรวมถึงเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการบำบัดฟื้นฟู ภายใต้แนวคิด “ผู้เสพคือผู้ป่วย”
๒. ทีมชุดชุมชน ดำเนินการค้นหาโดยตรวจสอบข้อมูล ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น ผ่านกลไกประชารัฐ ๙ ขั้นตอน การประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน และเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการภาคีรัฐ ฯลฯ
๓. ทีมชุดชุมชน ชักชวน ให้คำแนะนำ ให้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูด้วยความสมัครใจ ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายในขั้นตอนต่อไป
๔. สิ่งที่ต้องคำนึงถึงก่อนการคัดกรอง เพื่อให้ผู้เสียหายเสพติดเกิดความไว้วางใจ และได้คำตอบที่เป็นจริง ผู้ทำการคัดกรองควรปฏิบัติ ดังนี้
 - ๑) สร้างสัมพันธภาพกับผู้สัมภาษณ์ก่อน โดยการพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไป สั้นๆ แสดงท่าทีที่จริงใจเป็นมิตร
 - ๒) มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้เสียหายเสพติด ไม่ตัดสินถูกผิดในคำตอบที่ไม่เห็นด้วย
 - ๓) แสดงท่าทีให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูด
 - ๔) ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์และแสดงความเห็นอก เห็นใจ
 - ๕) แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าข้อมูลที่ให้นี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ และเก็บรักษาไว้เป็นความลับ



ขั้นตอนที่ ๒ การคัดกรอง ผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน

- **ผู้รับผิดชอบ :** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
- **บทบาทหน้าที่ :** ดำเนินการชักประวัติ และประเมินความเจ็บป่วย ซึ่งรวมถึงการชักประวัติ และประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย ร่วมกับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ดังนั้น การคัดกรองเบื้องต้นเป็นประโยชน์เพื่อช่วยให้บุคลากรสาธารณสุข ได้ตั้งคำถามในการคัดกรอง ปัญหาและความผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ที่มีความพร้อม) ดำเนินการประเมิน คัดกรองผู้เสพผู้ติดยาเสพติดเพื่อประเมินสภาพการเสพติด และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูให้เหมาะสม กับประวัติและพฤติการณ์ของ ผู้เสพติด โดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดเพื่อเข้ารับ การบำบัดฟื้นฟู กระทรวงสาธารณสุข บคก.สธ. (V๒) แบ่งเป็น ๓ ระดับ

คะแนน ๒ – ๓ แปลความหมาย กลุ่มผู้ใช้ (การเสพที่มีความเสี่ยงต่ำ)

คะแนน ๔ – ๒๖ แปลความหมาย กลุ่มผู้เสพ (การเสพที่มีความเสี่ยงปานกลาง)

คะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ ๒๗ ขึ้นไป แปลความหมาย กลุ่มผู้ติด (การเสพที่มีความเสี่ยงสูง)

ทั้งนี้ หากประเมินสภาพการเสพติด พบค่าคะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ ๒๗ ขึ้นไป หมายถึง กลุ่มผู้ติด ให้ประสานส่งต่อเพื่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลระดับอำเภอที่เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง หากมี ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เพื่อดำเนินการบำบัดฟื้นฟูต่อไป

ขั้นตอนที่ ๓ การบำบัดฟื้นฟู และลดอันตรายจากยาเสพติดในชุมชน

- **ผู้รับผิดชอบ :** บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และบุคลากรด้านพัฒนาสังคม ประกอบด้วย
- **ทีมบำบัดฟื้นฟู :**

เจ้าภาพหลัก คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลระดับอำเภอและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ที่ผ่านการฝึกอบรม

เจ้าภาพสนับสนุน คือ ภาครัฐ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ตำบล กระทรวงศึกษาธิการ(สถานศึกษาในพื้นที่) หรือกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ (อพม.) กระทรวงยุติธรรม (ยุติธรรมชุมชน) และหน่วยงานพัฒนาฝีมือแรงงาน ผู้นำชุมชน ภาคประชาชน : ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ประชาชนชาวบ้านหรือประชาชนชุมชน (ตามศักยภาพ ของแต่ละพื้นที่) ภาคประชาสังคม อาสาสมัครแรงงาน (อสร.) อปพร. อาสาสมัครตำรวจบ้าน ที่ผ่านการฝึกอบรม

• **กลไกการปฏิบัติงาน**

ใช้กลไกการบูรณาการทีมด้านสุขภาพและสังคม ในการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดในชุมชน

• **การปฏิบัติงาน**

ขั้นที่ ๑ การประเมินสภาพการเสพติด และวินิจฉัย

- **ผู้รับผิดชอบ :** ทีมบำบัดฟื้นฟู (บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการฝึกอบรม)

- **ขั้นตอนการประเมินการวินิจฉัยภาวะพึ่งพิงสารเสพติด การประเมินผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม ทางคลินิกในผู้สูงอายุเสพติด**



๑.๑ สัมภาษณ์สอบถามประวัติการใช้สารเสพติดในอดีตจนถึงปัจจุบัน

๑.๒ ประวัติการเข้ารับการรักษาในแต่ละครั้งที่ผ่านมา

๑.๓ การตรวจร่างกายและสภาพจิต

๑.๔ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น

๑.๕ การซักประวัติเพิ่มเติมจากญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดของผู้มารับบริการ ครอบคลุมประเด็น
ด้านต่างๆ ได้แก่ เหตุผล ปัญหา หรืออาการที่ทำให้มาโรงพยาบาล

๑.๖ การประเมินแรงจูงใจ ความพร้อม และความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะ
ปรับพฤติกรรม แบบแผน การใช้สารเสพติด ความรุนแรงของภาวะติดสารเสพติด ปัญหา ผลกระทบ
หรือ อันตรายที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ทั้งปัญหาด้านสุขภาพ จิตใจ สัมพันธภาพ หน้าที่การงาน
และกฎหมาย ปัจจัยในด้านครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทางสังคม

๑.๗ อธิบายวิธีการ ขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู เป็นการอธิบายให้ผู้เข้ารับการบำบัดในชุมชน
ทราบขั้นตอน วิธีการ ตลอดจน ภาวะเสี่ยงและการปฏิบัติตัวในการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน รวมทั้งอธิบายการ
เปลี่ยนแปลงของร่างกายที่อาจทำให้ไม่มีความสบายขณะรับการรักษา เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดในชุมชน
เกิดการยอมรับและคลายความวิตกกังวล

ขั้นที่ ๒ การบำบัดฟื้นฟูในชุมชน

- แนวคิดหลักของการบำบัดในชุมชน

การนำผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อผู้
ติดยาเสพติด ซึ่งต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ติดยาเสพติดเป็นหลัก ทั้งนี้ อาจพิจารณาถึงความจำเป็นใน
ทางการแพทย์ประกอบด้วย เช่น มีอาการทางจิตรุนแรง เป็นต้น ซึ่งสามารถแยกออกเป็น ๒ แนวทาง ดังนี้

๑. การบำบัด : มีวัตถุประสงค์ เพื่อรักษาอาการที่เกิดจากยาเสพติดส่งผลต่อร่างกาย และสมอง
ส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาโดยวิธีทางการแพทย์ เช่น การให้สารทดแทน หรือการบำบัดทางจิต ซึ่งจะใช้กับ
กลุ่มผู้เสพและผู้ติด เป็นหลัก

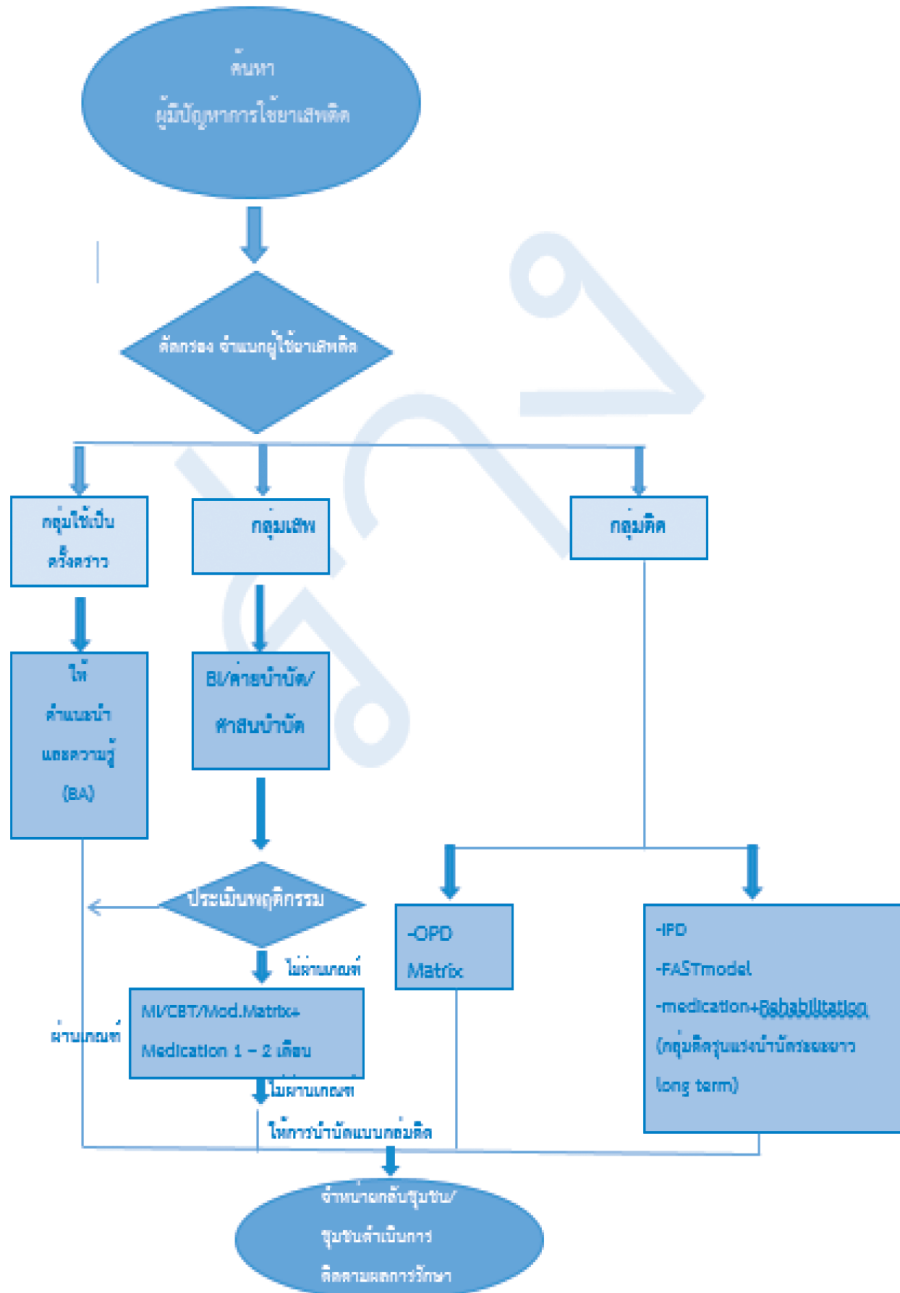
๒. การฟื้นฟู : มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ความคิด พฤติกรรม ของผู้ติดยาเสพติด
ให้กลับมา มีสภาพเหมือนหรือใกล้เคียงกับสภาพก่อนใช้ยามากที่สุด โดยสามารถทำได้ในทุกขั้นตอนตั้งแต่
เมื่อพบเจอครั้งแรก จนถึงสิ้นสุดสภาพการเป็นสมาชิก และทำได้กับทุกกลุ่ม คือ ผู้ใช้ และผู้เสพ เช่นกัน



วิธีการบำบัดในชุมชน

ผู้รับผิดชอบ : ทีมบำบัด

ขั้นตอนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเสพติด



การนำผู้ใช้ยาเสพติด เข้ารับการบำบัดและฟื้นฟู ในชุมชน โดยทีมด้านสุขภาพและสังคมในชุมชน ให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในดังนี้

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
ผู้ใช้	<ul style="list-style-type: none"> - การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) - การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) จำนวน ๑-๒ ครั้ง เป็นเวลา ๒ สัปดาห์ - การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน - การบำบัดโรคทางจิต (ถ้ามี) <p>หมายเหตุ : กลุ่มผู้ใช้ไม่ต้องบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสต.</p>
ผู้เสพ	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ๙ วัน/วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์/มสยิตเป็นศูนย์สงเคราะห์ (๑ เดือน) - การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing :MI) (Motivational Enchantment Therapy) ๑-๒ เดือน - การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) ๑-๒ เดือน - จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modify Matrix, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน, จิตสังคมบำบัดใน รพ.สต., คลินิกใกล้ใจในชุมชน (๑-๒ เดือน) - ± การรักษาด้วยยา (Medication) - การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช
ผู้ติด	<ul style="list-style-type: none"> - การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมบำบัด เช่น Modify Matrix , Matrix Program (๔ เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ๒-๔ เดือน, การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ๒-๔ เดือน, ครอบครัวบำบัด ๒-๔ เดือน, จิตบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model) ๒-๔ เดือน - การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ๔ เดือน-๑ ปี - ± การรักษาด้วยยา (Medication) - การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช

• ขั้นตอนการลดอันตรายจากยาเสพติด

การลดอันตรายจากยาเสพติด เป็นการลดปัญหา หรือภาวะเสี่ยงอันตราย การแพร่ระบาดของ การสูญเสียจากการใช้ยาเสพติด ที่อาจเกิดกับตัวบุคคล ชุมชน และสังคม เป็นการป้องกันอันตราย โดยการ ทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายลดลง ในขณะที่ยังไม่สามารถหยุดยาเสพติดได้ เป็นการยืดหยุ่นวิธีการ รักษา ที่ยึดความพร้อมของผู้ป่วยเป็นฐาน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มนุษยธรรม สิทธิมนุษยชน และความเข้าใจธรรมชาติ ของผู้ใช้ยาเสพติดการลดอันตรายยาเสพติด (Harm Reduction) อ้างอิงคำสั่ง คอ.ป.ส.ที่ ๒/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๗ ก.พ. ๒๕๖๐

กลุ่มเป้าหมายหลัก : กลุ่มที่ใช้ยาเสพติดแบบฉีดยา และ กลุ่มที่ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีอื่น ในยาเสพติด ทุกประเภท และมุ่งเน้นให้ความสำคัญกลุ่มผู้ติดที่มีอาการรุนแรง หรือเรื้อรังจากยาเสพติด ที่ค่าคะแนน การคัดกรอง (คะแนน V๒ > ๒๗)



• การลดอันตรายจากยาเสพติด จะทำอย่างไร

ขั้นที่ ๑ การค้นหาและเข้าถึงผู้ติดยาเสพติด กลุ่มที่ติดยาเสพติดแบบฉืดและวิธีอื่น (Reach) รวมถึง
ขั้นที่ ๒ การนำผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่ระบบการดูแล (Recruit) บทบาทหน้าที่ เจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย (ตำรวจ, จพง.ป.ป.ส., ปกครอง) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครในชุมชน, เจ้าหน้าที่ภาคสนาม/อาสาสมัคร ภาคประชาสังคม **ขั้นที่ ๓** การตรวจสอบ/ทดสอบการติดเชื้อ (Test) และการบำบัดรักษา (Treat) บทบาทหน้าที่ สถานพยาบาล และ Drop in ภาคประชาสังคม และ**ขั้นที่ ๔** การติดตามต่อเนื่อง (Retain) และการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข (Recovery) บทบาทหน้าที่ สถานพยาบาล และ ภาคประชาสังคม

กรณีผู้ติดยาเสพติดแบบฉืด

๑. ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดบริการการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษภัยยาเสพติด การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และไวรัสตับอักเสบบีและซี การสนับสนุน ให้ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี และการคัดกรองโรคทางจิตเวช

๒. ให้โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สังกัด กรมการแพทย์ และโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จัดบริการ ดังนี้

๑) การให้ความรู้และให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันยาเสพติด ตลอดจน การฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และไวรัสตับอักเสบบีและซี

๒) การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ยาและสารทดแทนระยะยาว เช่น การบำบัดรักษาโดยใช้ เมทาโดนทดแทนระยะยาว (MMT) ตามมาตรฐานทางการแพทย์ ควบคู่กับการจัดให้มีบริการป้องกันและดูแล รักษาอาการจากการใช้ยาเกินขนาดในพื้นที่ดำเนินการ เช่น การให้บริการ Naloxone เป็นต้น

๓) การส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายสมัครใจเข้ารับบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติดจนสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ในที่สุด

๔) การให้คำปรึกษา และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) และส่งต่อเข้ารับบริการ ดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส

๕) การให้คำปรึกษา ตรวจหาและส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี

๖) การสนับสนุนอุปกรณ์ที่สะอาด

๗) การแจกถุงยางอนามัย

๘) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๙) การป้องกัน วินิจฉัย และรักษาวัณโรค

๑๐) การให้บริการรักษาด้านจิตเวช

การให้บริการด้านสังคม

๑) การเยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยอาสาสมัครภาคประชาสังคม และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ

๒) กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนทั้งในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมบำบัดยูประโยชน์ กิจกรรม

บริการสังคม



๓) จัดให้มีพื้นที่ที่ปลอดภัย (Drop in center) ในการดำเนินกิจกรรมลดอันตรายจากยาเสพติด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

๔) จัดบริการให้คำปรึกษาด้านกฎหมายแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ดำเนินการ **กรณีใช้ยาเสพติดด้วยวิธีอื่นๆ**

๑. ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดบริการการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษภัยยาเสพติด การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และไวรัสตับอักเสบบีและซี การสนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี และการคัดกรองโรคทางจิตเวช

๒. ให้โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สังกัดกรมการแพทย์ และโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จัดบริการ ดังนี้

๑) การให้ความรู้และให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการป้องกันยาเสพติด ตลอดจนการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และไวรัสตับอักเสบบีและซี

๒) การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ยาและสารทดแทนระยะยาว เช่น การบำบัดรักษาโดยใช้ เมทาโดนทดแทนระยะยาว (MMT) ตามมาตรฐานทางการแพทย์ ควบคู่กับการจัดให้มีบริการป้องกันและดูแลรักษาอาการจากการใช้ยาเกินขนาดในพื้นที่ดำเนินการ เช่น การให้บริการ Naloxone เป็นต้น

๓) การส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายสมัครใจเข้ารับบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติดจนสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ในที่สุด

๔) การให้คำปรึกษา และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ (VCT) และส่งต่อเข้ารับบริการ ดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส

๕) การแจกถุงยางอนามัย

๖) การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๗) การป้องกัน วินิจฉัย และรักษาวัณโรค

๘) การให้บริการรักษาด้านจิตเวช

การให้บริการด้านสังคม

๑) การเยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยอาสาสมัครภาคประชาสังคม และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ

๒) กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนทั้งในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ กิจกรรมบริการสังคม

๓) จัดให้มีพื้นที่ที่ปลอดภัย (Drop in center) ในการดำเนินกิจกรรมลดอันตรายจากยาเสพติด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

๔) จัดบริการให้คำปรึกษาด้านกฎหมายแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ดำเนินการ **การจัดบริการลดอันตรายจากยาเสพติดในบริการระดับปฐมภูมิ**

การให้บริการด้านสุขภาพ

ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดบริการการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษภัยยาเสพติด การป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และไวรัสตับอักเสบบีและซี การสนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัย อย่างถูกวิธี และการคัดกรอง โรคทางจิตเวช



การให้บริการด้านสังคม

- ๑) การเยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยอาสาสมัครภาคประชาสังคม และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ
- ๒) กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนทั้งในลักษณะกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมบำบัดเพื่อประโยชน์ กิจกรรมบริการสังคม
- ๓) จัดให้มีพื้นที่ที่ปลอดภัย (Drop in center) ในการดำเนินกิจกรรมลดอันตรายจากยาเสพติด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ๔) จัดบริการให้คำปรึกษาด้านกฎหมายแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ดำเนินการ

ขั้นตอนที่ ๔ การติดตามดูแลช่วยเหลือ โดยกระบวนการชุมชน

• ผู้รับผิดชอบ : ทีมชุดชุมชน ร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

• บทบาทหน้าที่ : ติดตามดูแล ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ผู้เข้ารับการบำบัด และผู้ผ่านการบำบัด ภายใต้พื้นฐานทางสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน ที่สมควรได้รับ เพื่อลดอัตราการใช้ยาเสพติดและปัญหาทางสังคม วางระบบข้อมูลรองรับผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู เพื่อติดตามดูแลช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบครบวงจร รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ พัฒนาศักยภาพเสริมความเข้มแข็งของผู้ผ่านการบำบัดรักษาทางสังคมและคุณภาพชีวิต เพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำ

ปัจจุบัน ยังไม่มียาหรือการรักษาทางจิตสังคมที่สามารถใช้รักษาและติดตามผู้ใช้ยาเสพติดได้ จึงจำเป็นต้องมีการดูแลติดตามผู้ใช้ยาเสพติด เริ่มตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังการบำบัดฟื้นฟู หรือการติดตามดูแลแบบระยะยาว เพื่อให้เกิดผลที่ดีจากการบำบัดฟื้นฟูได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด ควรได้รับการดูแล การประเมินและการติดตามผลแบบระยะยาวคล้ายกับผู้มีโรคเรื้อรังอื่น เนื่องจาก การติดยาเสพติด จัดเป็นโรคเรื้อรัง ที่ส่งผลต่อสมอง และวงจรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ใช้ยาเสพติดไม่สามารถหยุดเสพได้อย่างถาวร เกิดอาการอยาก มีปัญหาในการควบคุมพฤติกรรม และอารมณ์ และมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยหากไม่เข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู จะยังเกิดสภาพไร้ความสามารถ หรือเสียชีวิตได้ก่อนวัยอันควร

นอกจากนี้ ผู้ใช้ยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งได้รับการช่วยเหลือจนกระทั่งมีสภาพร่างกาย จิตใจ เข้มแข็ง มีความมุ่งมั่นในการเลิกยาเสพติด มีเป้าหมายในชีวิต และสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัว และชุมชนโดยไม่พึ่งยาเสพติด การติดตามเป็นขั้นตอนการช่วยเหลือที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ผ่านการบำบัด สามารถหลีกเลี่ยง แก้ไขปัญหาต่างๆ รวมทั้งเสริมกำลังใจให้ผู้ผ่านการบำบัดและครอบครัว มีความเข้มแข็ง เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับไปดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข สามารถติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ได้ ๒ ทาง คือ

๑. การติดตามทางตรง โดยการพบผู้ผ่านการบำบัดและครอบครัวโดยตรง ได้แก่ การนัดพบที่สถานบำบัด การเยี่ยมในสถานที่ต่างๆ ทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน หรือนัดพบนอกสถานที่ซึ่งสะดวกและปลอดภัย
๒. การติดตามทางอ้อม เป็นการติดตามเมื่อไม่สามารถมาพบผู้บำบัดได้โดยตรงสามารถติดตามได้โดยวิธีต่างๆ ได้แก่ การสอบถามข้อมูลจากญาติ พี่น้อง ภรรยา/สามี บิดา/มารดา การติดต่อทางโทรศัพท์ จดหมาย/ไปรษณีย์บัตร หรือทางสังคมออนไลน์ (Social network)



• ขั้นตอนการติดตาม

๑. ขั้นตอนเตรียมการก่อนการติดตาม

๑.๑ วางแผนนัดหมายการติดตามผู้ผ่านการบำบัด ให้สอดคล้องกับมาตรฐานการติดตามดังนี้

๑) กลุ่มผู้ใช้เป็นครั้งคราว (User) การติดตามผู้ผ่านการบำบัด ๒-๔ ครั้งใน ๖ เดือน (ไม่น้อยกว่า ๔ ครั้งใน ๑ ปี)

๒) กลุ่มเสพ/กลุ่มติด (Abuser/Dependence) ติดตามผู้ผ่านการบำบัดจำนวน ๗ ครั้ง (ไม่น้อยกว่า ๗ ครั้ง ใน ๑ ปี) ใน ๑ ปี ดังนี้

ครั้งที่ ๑ ติดตามหลังผ่านการบำบัด ๒ สัปดาห์

ครั้งที่ ๒ ติดตามหลังผ่านการบำบัด ๔ สัปดาห์

ครั้งที่ ๓ ติดตามหลังผ่านการบำบัด ๒ เดือน

ครั้งที่ ๔ ติดตามหลังผ่านการบำบัด ๓ เดือน

ครั้งที่ ๕ ติดตามหลังผ่านการบำบัด ๖ เดือน

ครั้งที่ ๖ ติดตามหลังผ่านการบำบัด ๙ เดือน

ครั้งที่ ๗ ติดตามหลังผ่านการบำบัด ๑๒ เดือน

๓) วางแผนลงพื้นที่ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๔) ประสานงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามกลุ่มเป้าหมาย

๕) เตรียมเอกสาร (แบบฟอร์มการติดตามบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด) ลงบันทึกการติดตาม
ทุกครั้งที่ย้ำผู้ผ่านการบำบัด ตรวจสอบสถานะ

๒ ขั้นตอนดำเนินการในการติดตาม

๒.๑ ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม/ประเมินครอบครัว

๒.๒ กิจกรรมการช่วยเหลือในการติดตาม มีหลายวิธีต่างๆ ได้แก่

- การให้คำปรึกษา รายบุคคล/รายกลุ่ม

- การให้บริการสุขภาพที่บ้าน

- การทำกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปัญญาสังคม กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social support group)

๒.๓ นัดติดตามครั้งต่อไป

กิจกรรมการช่วยเหลือในการติดตาม

๑) การให้คำปรึกษารายบุคคล ช่วยให้ผู้ผ่านการบำบัดได้สำรวจและทำความเข้าใจถึงสิ่งที่เป็นปัญหาและแสวงหาหนทางแก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยตนเอง เช่น **หาอะไรทำ ไม่อยู่เฉย ไม่ให้ไปพบปะเพื่อนที่เคยเสพติดด้วยกัน ไม่ให้ไปสถานที่ที่เคยเสพ/ซื้อยาเสพติด**

๒) การบริการสุขภาพที่บ้าน (Home health care)

การติดตามโดยการบริการสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เป็นการบริการเชิงรุกแบบองค์รวมที่สามารถช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทั้งในระดับบุคคลและ ครอบครัว เพื่อสังเกตพฤติกรรมกลับไปเสพเสพติด และส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดหยุดใช้ยา โดยวิธีการเยี่ยมบ้าน (Home visit)



๓) ระบบการจัดการรายกรณี (Case Management) มาปรับใช้ในการแนวทางการดูแลตลอดจนการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

๓. ขั้นตอนการติดตามโดยการบริการสุขภาพที่บ้าน

๓.๑ การสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตนเองและสถานที่ทำงาน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน แจ้งให้ผู้ผ่านการบำบัดและครอบครัวทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยกันจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผย จะนำไปใช้เพื่อประกอบการช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดและครอบครัวเท่านั้น

๓.๒ การประเมินปัญหา ทีมเยี่ยมบ้านจะต้องประเมินผู้ผ่านการบำบัด และครอบครัวเกี่ยวกับภูมิหลังเป็นอย่างไร อะไรคือความแรงกดดันของปัญหาที่ต้องช่วยเหลือ เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาการหวาดระแวง กลัว หรือมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การเร่ร่อนไร้ที่อยู่อาศัย ไม่มีอาชีพที่มั่นคง เป็นต้น

๓.๓ การช่วยเหลือ โดยการมุ่งเน้นการบำบัดจิตใจ เพื่อช่วยให้สามารถเปลี่ยนความรู้สึกด้านลบให้กลับมามีความรู้สึกด้านบวก กรณี ทีมเยี่ยมบ้านประเมินแล้ว พบว่าไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้เพียงลำพัง อาจจำเป็นต้องสร้างกระบวนการ การบูรณาการความร่วมมืออย่างรอบด้าน ร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัด และครอบครัวได้รับการช่วยเหลือตามสภาพอย่างแท้จริง

๔. แนวทางการดูแลผู้มีปัญหาหายาเสพติด ที่มีอาการทางจิต ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ต่อเนื่องในชุมชน มีความสำคัญมาก เนื่องจากคนกลุ่มนี้หากขาดยา ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง จะทำให้มีอาการกำเริบ หรือหากมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยมีโอกาที่จะก่อความรุนแรงหรืออันตรายต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมมากขึ้น จึงต้องมีระบบติดตามดูแล ฝัาระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในชุมชน โดยมีองค์ประกอบสำคัญ คือ ระบบส่งต่อ ระบบสารสนเทศ (Information) และระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทุกราย โดยใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านของทีมจิตเวชชุมชน และเครือข่ายที่มีระบบการทำงานที่เชื่อมโยงกัน

• บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติด ที่มีอาการทางจิต เมื่อผ่านการบำบัดฟื้นฟูจากสถานพยาบาล และกลับมาอยู่ในชุมชน

๑) ญาติ/อาสาสมัครสาธารณสุข/บุคคลที่พบเหตุ ประเมินสถานการณ์ และความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชหายาเสพติด ที่มีอาการกำเริบ ฝัาระวัง สังเกตอาการเตือน อาการกำเริบ การควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยคำพูด (Verbal Management) หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ประสานและส่งต่อข้อมูลกับอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีการติดตามดูแล ฝัาระวัง ประเมินอาการเตือน และประเมินระดับความรุนแรง ตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale) การควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยคำพูด (Verbal Management) ให้การดูแลรักษาเบื้องต้นตามระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ดูแลติดตามผู้ป่วยกินยาต่อเนื่องในชุมชน ประสานปรึกษาแพทย์และหรือส่งต่อกรณีที่มีปัญหาและประสานงานบุคลากร ในโรงพยาบาลชุมชน

๓) แกนนำ/ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ แจ้งเหตุหรือช่วยประสานงานเจ้าหน้าที่ตำรวจ ช่วยเจรจาต่อรอง หลังจากผู้ป่วยหายป่วยแล้วลงเยี่ยมให้กำลังใจ

๔) เจ้าหน้าที่ตำรวจมีหน้าที่ควบคุมสถานการณ์ดูแลความปลอดภัยร่วมเจรจาต่อรอง

๕) เจ้าหน้าที่กู้ชีพมีหน้าที่ช่วยเหลือเจ้าพนักงานในการระงับเหตุเป็นผู้ช่วยเจ้าพนักงานในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดเหตุช่วยนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล



๖) เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลควรจะมีนโยบายและสนับสนุนงบประมาณสนับสนุนบุคลากร รถและสวัสดิการต่างๆ

๕. การบันทึกข้อมูล คือ การสรุปปัญหาผู้ผ่านการบำบัด และครอบครัวครอบครัวคุ้มครองร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การช่วยเหลือและผลของการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ผ่านการบำบัดและครอบครัว รวมทั้งการวางแผนในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป ซึ่งหลังการเยี่ยมบ้าน ทีมเยี่ยมบ้านต้องมีการบันทึกข้อมูลทุกครั้ง โดยลงใน บสต.

ระบบส่งต่อ (Referral System)

แนวทางการส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติดของสถานพยาบาล ในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด หากได้รับการประเมินแล้วพบว่าเกินศักยภาพของสถานบริการ ในการบำบัดรักษาให้ทำหน้าที่ส่งต่อผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด ที่ควรมีข้อมูลการประเมินปัญหาการใช้ยา และสารเสพติดในด้านต่างๆ เช่น ระดับความรุนแรงของการเสพ แรงจูงใจในการรักษา ประวัติการรักษาของผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด เป็นต้น โดยเกณฑ์การส่งต่อในแต่ละระดับ ดังนี้

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกณฑ์ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน

- ๑) ผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิตเวช
- ๒) ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้เสพ และผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นผู้ติด
- ๓) ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ใช้ ที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดอย่างย่อแล้วยังคงมีการเสพยา

ในช่วง ๓ เดือน ภายหลังจากการรักษา

๒. โรงพยาบาลชุมชนเกณฑ์ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

- ๑) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดยาเสพติดและมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย
- ๒) ผู้ป่วยติดยาเสพติดและสารเสพติดที่ประสบความล้มเหลวในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก
- ๓) ผู้ป่วยติดยาเสพติดและมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช

๓. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปเกณฑ์ส่งต่อไปยังสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดฯ หรือ โรงพยาบาลรัฐอนุรักษ์สังกัดกรมการแพทย์

- ๑) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดยาเสพติดรุนแรง/เรื้อรัง
- ๒) ผู้ป่วยติดยาเสพติดได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเกิน ๗ - ๑๔ วัน
- ๓) ผู้ป่วยติดยาเสพติดและสารเสพติดที่ประสบความล้มเหลวในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและหรือ

ผู้ป่วยใน

๔. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปเกณฑ์ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต

ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชรุนแรงเมื่อสถานบริการรับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาแล้ว ควรแจ้งกลับผลการประเมินและบำบัดรักษา เพื่อให้สถานบริการที่ส่งตัวได้ใช้ประกอบการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

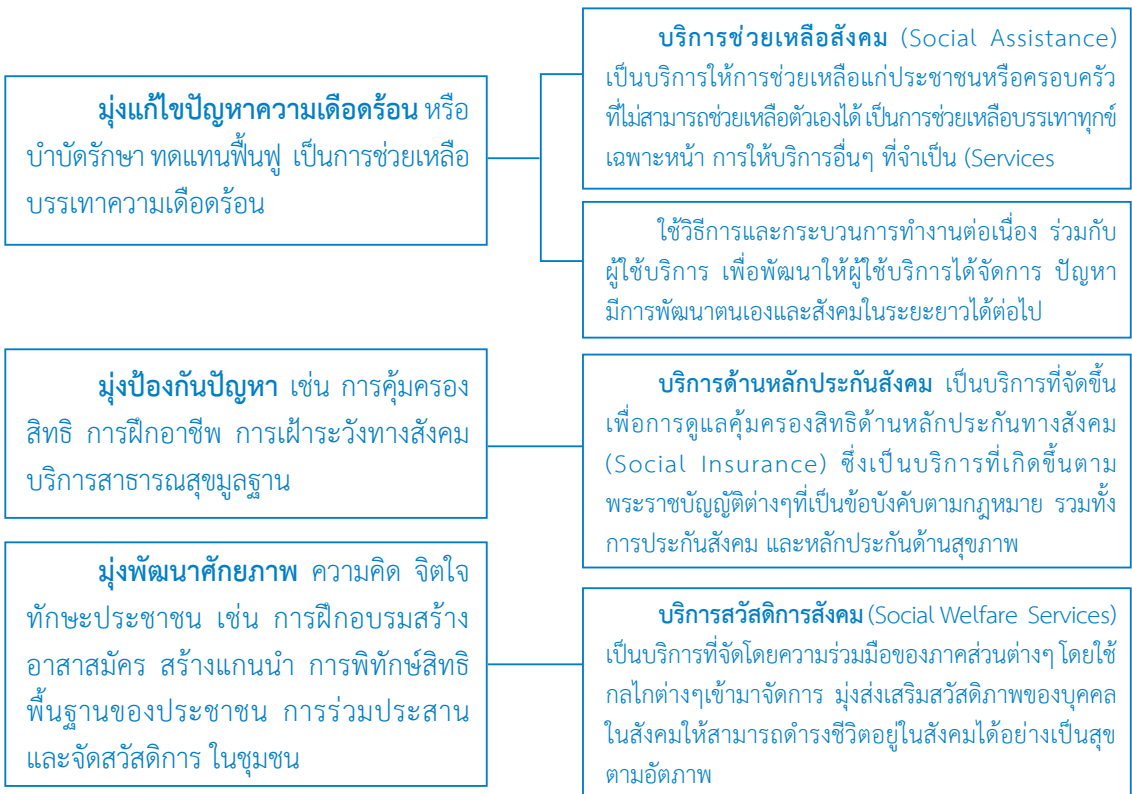


บทที่ ๓

การบูรณาการ และการดูแลด้านสังคม (Social Care)

แม้ว่าจะมีกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ดีเพียงใดก็ตาม หากหลังการบำบัดฟื้นฟูแล้ว กลุ่มผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูเหล่านี้ กลับเข้าไปใช้ชีวิตแบบเดิมในชุมชน รวมถึงคนในชุมชน ยังมีเจตคติเชิงลบกับผู้สูงอายุเสพติด และขาดโอกาสที่พึงได้รับ เพื่อบรรเทาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี การเชื่อมประสานกระบวนการทำงานด้านการดูแลทางสังคม ให้เข้ามาบูรณาการร่วมกัน โดยการประสานการทำงานร่วมกับหน่วยที่เกี่ยวข้องจากทุก ภาคส่วนต่างๆ เข้ามาดำเนินการในรูปของการให้ความช่วยเหลือแบบ “เครือข่าย” เพื่อเป็นการดำเนินงานที่มีเป้าหมายในการส่งเสริม สนับสนุน และสร้างโอกาสที่ดีในการดำเนินชีวิตให้กับผู้สูงอายุเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยหน่วยงานที่มีภารกิจเกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ ภายในจังหวัด อำเภอ และตำบล ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งต้องมีการประสานเชื่อมโยงในการทำงาน เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ได้รับการดูแลช่วยเหลือและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ขอบเขตการให้ความช่วยเหลือ ด้านสวัสดิการทางสังคม

กรอบแนวคิดการบูรณาการ และการดูแลด้านสังคม (Social Care)



การดูแลด้านสังคม (Social Care) ผู้ผ่านการบำบัด เป็นการดูแลปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ/เกี่ยวเนื่องกับภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการนำแนวคิดทางสังคมวิทยา : อธิบายปรากฏการณ์สุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคล ที่มีผลกระทบต่อกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดูแลปรากฏการณ์ทางสังคม ปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนกระบวนการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ เป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการดูแลแบบบูรณาการ ใช้กระบวนการกลุ่มชนและ ชุมชนเป็นฐานในการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคมและการสร้างเครือข่ายทางสังคม เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ และทำหน้าที่ของตนเองในชุมชนได้ โดยพัฒนาสมรรถนะของบุคคลและการแนะนำในการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเสพติดให้ดีขึ้น รวมถึงการสนับสนุนสวัสดิการสังคมจากรัฐ ปัจจัยพื้นฐานที่มีความจำเป็น ประกอบด้วย ๗ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านที่อยู่อาศัย ๒) ด้านการศึกษา ๓) ด้านอาชีพและรายได้ ๔) ด้านสาธารณสุข ๕) ด้านความมั่นคงปลอดภัย ๖) ด้านสันติภาพ ๗) ด้านบริการสังคม

หลักการสำคัญการดูแลด้านสังคม (Social Care)

๑. หลักการยอมรับ การยอมรับว่าคนทุกคนมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เข้าใจและยอมรับในสภาพที่ผู้ใช้ยาเสพติดเป็นอยู่ ยอมรับในความรู้สึกและท่าทีที่เขาแสดงออก เข้าใจในความหมายและสาเหตุ และความคิดในการกระทำของเขาอย่างไม่มีอคติ

๒. หลักสิทธิมนุษยชน สิทธิมนุษยชนเป็นหลักการพื้นฐานที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมเชื่อมั่นและยึดถือ โดยเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐาน ที่จะต้องได้รับการพิทักษ์คุ้มครอง

๓. หลักการตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมต้องเคารพสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ใช้ยาเสพติด ส่งเสริมโอกาสและสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ยาเสพติด ผู้ปฏิบัติงานด้านสังคม ปฏิบัติต่อผู้ใช้ยาเสพติด โดยคำนึงถึงสิทธิขั้นพื้นฐานตามหลักสิทธิมนุษยชน

๔. หลักการเคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีและคุณค่าให้การ ยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคล ที่มีความแตกต่างและมีอัตลักษณ์เฉพาะบุคคล กลุ่มและชุมชน โดยไม่เลือกปฏิบัติ ไม่มีอคติ ไม่ตำหนิตืดเย็นและเสริมสร้างหลักประกันในการพิทักษ์และคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคล และเชื่อในความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันของทุกคน

๕. หลักความเป็นธรรมทางสังคม เชื่อมั่นและส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมทางสังคม และดำเนินการเพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงโอกาสทางสังคม ส่งเสริมความเป็นธรรมทางสังคมในทุกระดับ ทั้งในระดับปัจเจกและระดับโครงสร้าง รวมทั้งคัดค้านการเลือกปฏิบัติ หรือการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมทุกรูปแบบ ทั้งด้านกฎหมาย นโยบาย มาตรการ กลไก การจัดสรร และกระจายทรัพยากร บุรณภาพทางวิชาชีพ

๖. หลักการความเป็นอยู่ที่ดี มนุษย์ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับโอกาส และตอบสนองความต้องการเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และ เชื่อว่าภาวะความยากจนและความยากลำบากที่เป็นผลกระทบจากสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง เป็นสภาวะที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

๗. หลักปัจเจกบุคคล คือ เข้าใจว่าคนแต่ละคนมีลักษณะที่แตกต่างกัน ในความหมายนี้จะหมายรวมความแตกต่างของกลุ่มและชุมชนด้วย

๘. หลักการไม่ตำหนิ การไม่ตำหนิหรือประณามผู้ใช้ยาเสพติด แต่มีการประเมินในเรื่องทัศนคติหรือการกระทำ เพื่อสะท้อนให้เขาเข้าใจตนเองและบรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ควรมอง



พฤติกรรมสังคมแบบกระทำหน้าที่ได้หรือไม่ได้มากกว่าจะมองว่าถูกผิด ดีเลว

๙. **หลักการมีส่วนร่วม** ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเสพติดมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงตามปัญหาความต้องการ เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองมั่นใจ ในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองมากยิ่งขึ้น

๑๐. **หลักการรักษาความลับ** เพื่อสร้างความไว้วางใจ รักษาความเป็นส่วนตัวและความลับส่วนบุคคล

๑๑. **หลักการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิ** เพื่อลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติในผู้สูงอายุเสพติดให้สามารถเข้าถึงบริการสวัสดิการสังคมและหลักประกันสุขภาพต่างๆ ตามสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ

๑๒. **หลักการช่วยเหลือให้ช่วยตนเองได้** มนุษย์มีความสามารถและพัฒนาตนเองได้ เปลี่ยนแปลงตนเองได้ หากได้รับการช่วยเหลือและพัฒนาการเข้าถึงบริการ

แนวคิดการบูรณาการ และการดูแลด้านสังคม (Social Care)

การทำงานแบบบูรณาการ กับเครือข่ายทางสังคม (Social network) สนับสนุนทางสังคม (Social support) และการสร้างการมีส่วนร่วมทางสังคม (Social participate) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการปฏิบัติงานด้านสังคม โดยเครือข่ายทางสังคม หมายถึงรูปแบบและลักษณะความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนนักเรียน ครูอาจารย์ คนในชุมชน บุคลากรในวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีลักษณะของการประสานกันโดยมีเป้าหมายหรืออุดมการณ์เดียว ร่วมกันที่จะปฏิบัติงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นการเกื้อกูลกันช่วยเหลือกัน ประกอบด้วย การเชื่อมโยงประเด็นงาน การสร้างกลไกการทำงาน การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเชื่อมโยงคนและหน่วยงาน การสร้างวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมกัน การประสานทรัพยากรร่วมกัน และการทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

แผนภาพแสดงการทำงานภาคีเครือข่าย กับการบูรณาการการทำงานด้านสังคมของผู้สูงอายุเสพติดในชุมชน ตามแนวคิด การทำงานแบบบูรณาการ



การบูรณาการการทำงานด้านสังคมผู้เสียหายเสพติด ในชุมชน

มีการดำเนินการดังนี้

๑. เชื่อมโยงประเด็นงาน ร่วมกันในระดับพื้นที่ในชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัด กำหนดประเด็นงานหลักในการทำงานแบบบูรณาการกับประเด็นกับกลุ่มอื่นในชุมชน อาทิ วัยรุ่นในชุมชนไม่เสพ ไม่ท้อง ไม่รุนแรง ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการป้องกัน ส่งเสริม การบำบัดในชุมชน การฟื้นฟูสภาพ การติดตามดูแลทางสังคม ครอบครัว เป็นต้น รวบรวมและให้ข้อมูลเบื้องต้น ประสานงานกับหน่วยงานที่บริการช่วยเหลือภายในและภายนอกชุมชน (นักบริหารสวัสดิการสังคม นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาสังคม โรงเรียน ปกครองท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เอกชน) กำหนดประเด็นเรื่องที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน ร่วมกันในชุมชน ดำเนินการเชิงรุกสู่โรงเรียน และชุมชน การสร้างทัศนคติเชิงบวกและการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและใช้ประโยชน์ร่วมกัน

๒. สร้างกลไกการทำงาน ร่วมกันกำหนดกลไกการทำงานไปในทิศทางเดียวกันในระดับชุมชน เช่น ร่วมประชุมคณะกรรมการชุมชน ประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ ประชุมคณะทำงาน ทีมผู้ปฏิบัติงานจากตัวแทนสหวิชาชีพ ประชุมกำหนดนโยบายการทำงานในหน่วยงานหลัก กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ

๓. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างสม่ำเสมอในชุมชน จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียนจากการทำงานช่วยเหลือรายบุคคลและครอบครัว บทเรียนการทำงานในระดับชุมชน บทเรียนการทำงานจากประสบการณ์นักวิชาชีพต่างๆ บทเรียนการทำงานของทีมสหวิชาชีพ บทเรียนการทำงานของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เป็นต้น

๔. เชื่อมโยงคน/หน่วยงาน ให้สามารถปฏิบัติงานได้ กำหนดรูปแบบการส่งต่อภารกิจการช่วยเหลือ ตลอดจนกำหนดภารกิจรับผิดชอบ หน่วยงานหลักในชุมชน การส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่นๆ เช่น อาสาสมัครในชุมชนให้การติดตามดูแลเบื้องต้น หากมีปัญหาซับซ้อนให้ส่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ในชุมชน ระดับตำบล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ผู้ปฏิบัติงานตามกฎหมาย พรบ.ที่เกี่ยวข้องด้านสังคม อาทิ เช่น พรบ.สุขภาพจิต พรบ.ส่งเสริมสวัสดิการสังคม พรบ.คุ้มครองเด็ก พรบ.คุ้มครองผู้ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น

๕. สร้างวิสัยทัศน์และเป้าหมายหลักร่วมกัน ดังนี้

การทำงานช่วยเหลือผู้เสียหายเสพติดและครอบครัว แบบบูรณาการในชุมชน กำหนดเป้าหมายหลักครอบครัวได้แก่

(๑) การป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาและปัจจัยเสี่ยงทางสังคมอันมีผลให้เกิดปัญหาเสพติดในชุมชน เช่น ปัญหาเสพติด ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยเชื่อมโยงเครือข่ายชุมชนโรงเรียน วัดหรือศาสนสถาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครในชุมชน ผู้นำ แกนนำ นักวิชาชีพต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น

(๒) พัฒนาศักยภาพคนทำงานให้มีสมรรถนะด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้เสียหายเสพติดและครอบครัวในชุมชน เพื่อลดการติตราวของคนในชุมชนและสังคม ตลอดจนฝึกฝนทักษะด้านการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การช่วยเหลือด้านสังคมให้มีคุณภาพและครอบคลุมในทุกมิติ ทางด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และค่านิยม ความเชื่อ



(๓) พี่นฟูและเี่ยวยาในชุมชน และการติดตามโดยแนวทางจากการสร้างกลไกการทำงานร่วมกันในระดับชุมชน

๖. การประสานงานทรัพยากร งบประมาณ คน วัสดุอุปกรณ์ ยานพาหนะ สถานที่ เครือข่ายสนับสนุน การปฏิบัติงานของอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาคีเครือข่ายหลักในชุมชน สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน สถานศึกษา องค์กรเอกชน ทีมสหวิชาชีพ องค์กรภาคประชาชน สภาดูแลและเยาวชนตำบล บ้านพักเด็กและครอบครัว พัฒนาสังคมและมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น

๗. การทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง รวมถึงกิจกรรมบริการรายบุคคล กิจกรรมการประชุมกลุ่ม กิจกรรมระดับชุมชน ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และกลุ่มจังหวัด (การทำ RAOD SHOW) จัดทำศูนย์ข้อมูลเครือข่ายระดับจังหวัด ที่เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การขยายผลไปยังพื้นที่อื่น

กลไกการให้ความช่วยเหลือทางสังคม

ผู้ปฏิบัติงานด้านสังคม มีหน้าที่ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิและพลังอำนาจของตน สร้างความร่วมมือให้เกิดความตระหนักและเฝ้าระวังทางสังคม เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น

ผู้สูงอายุเสพติดที่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูแล้ว มักประสบปัญหาการถูกเลือกปฏิบัติและไม่ได้รับการยอมรับ เนื่องจากคนส่วนใหญ่ในสังคมยังมีทัศนคติเชิงลบต่อบุคคลเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ขาดโอกาสในการดำรงชีวิตและทำงานในระบบปกติ ไม่สามารถหารายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัว รวมถึงไม่สามารถปรับตัวกลับไปเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้ กลายเป็นความกดดันที่ผลักดันให้ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูบางรายกลับไปใช้ยาเสพติดหรือกระทำความผิดซ้ำ ภาครัฐตระหนักถึงความสำคัญในการช่วยเหลือแก่ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู จึงมอบหมายให้ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู และจัดสรรความช่วยเหลือให้แก่ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและศักยภาพของแต่ละบุคคล เพื่อสนับสนุนให้ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูมีความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ ลดอัตราการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ สามารถกลับไปอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู มีหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู โดยรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ความต้องการการช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดในด้านต่างๆ ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน เช่น การศึกษา อาชีพ สุขภาพ และความช่วยเหลืออื่นๆ จากนั้นประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อดำเนินการให้ความช่วยเหลือต่อไปและแจ้งชุมชนโดยผ่านทางผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อระดมระดมใจ เฝ้าระวังและติดตามในชุมชนถิ่นที่อยู่ต่อไป

การติดตามและดูแลช่วยเหลือทางสังคม

การติดตามเสพติดเป็นเรื่องของการติดตามทางสังคมและจิตใจมากกว่าการติดตามร่างกาย แม้ว่าผู้ติดยาเสพติด จะได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพมาอย่างดีแล้ว แต่เมื่อกลับไปสู่สังคมและสิ่งแวดล้อมเดิม ก็อาจทำให้เขาหวนกลับไปใช้ยาเสพติดได้อีก จึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติด กลับเข้าสู่ชุมชนและสังคม ที่ปลอดภัยต่อปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยชุมชนและ



สังคมเข้าประคับประคองและเฝ้าระวัง จะช่วยให้ผู้ผ่านการบำบัด มีความเข้มแข็งและมีกำลังใจที่จะเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร ซึ่งกลุ่มประคับประคองทางสังคมสามารถดำเนินการโดยคนในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หน่วยงาน NGO ในพื้นที่ เป็นต้น โดยเชื่อมต่อประสานกับกลไกหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่ติดตาม ดูแล ช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด ได้แก่ ศูนย์เพื่อประสานฯ ระดับอำเภอ/เขตต้องปฏิบัติหน้าที่ในการส่งต่อผู้ผ่านการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนดให้กับชุมชนโดยผ่านทางผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และเมื่อกลับเข้าสู่สังคมแล้ว ชุมชนเองก็ต้องไม่ตีตราผู้ผ่านการบำบัด ให้โอกาสในการกลับเข้าสู่ชุมชน และสังคมอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อติดตามและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมและจิตใจหลังบำบัดรักษา เป็นการสร้างความเข้มแข็งภายใน สร้างเสริมศักยภาพ พัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ใช้ยาเสพติด เพิ่มพลังทางปัญญาแก่ผู้ใช้ยาเสพติด โดยผู้ใช้ยาเสพติดมีความเป็นตัวของตัวเองและสามารถดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลตนเองและเรียกร้องสิทธิ์ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยพื้นฐานที่มีความจำเป็น ประกอบด้วย ๗ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านที่อยู่อาศัย ๒) ด้านการศึกษา ๓) ด้านอาชีพและรายได้ ๔) ด้านสาธารณสุข ๕) ด้านความมั่นคงปลอดภัย ๖) ด้านสันติภาพ ๗) ด้านบริการสังคม

๒. เพื่อเพิ่มทักษะทางสังคม เพิ่มศักยภาพทางสังคม การเผชิญปัญหาทางด้านสังคมและด้านจิตใจ และความสามารถในดำเนินชีวิต ในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม

๓. การลดตีตราบาปและการแบ่งแยกในสังคม

๔. การลดอาการข้างเคียง โดยการลดหรือขจัดอาการทางกายหรือพฤติกรรมที่เกิดจากการแก้ไขอาการที่เกิดขึ้น

บทบาทผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมในชุมชน ในการติดตามช่วยเหลือผู้ผ่านการฟื้นฟู

ผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมในชุมชน ประกอบด้วย : บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหรือผู้นำชุมชนในท้องที่เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำชุมชนในท้องถิ่น คือ นายก อบต. เจ้าหน้าที่ อบต. รวมถึงหน่วยงาน NGO ในพื้นที่มีหน้าที่ ดังนี้

๑. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ใช้ยาเสพติดเป็นรายบุคคล เพื่อให้เข้าใจตนเองพร้อมทั้งยอมรับปัญหานั้นๆ โดยพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาด้วยตนเองโดยวิธีที่ถูกต้อง

๒. ให้คำปรึกษาครอบครัว รายครอบครัว เพื่อลดปัญหาด้านสัมพันธภาพและพฤติกรรมที่ขัดแย้งระหว่างบุคคลในครอบครัวและผู้ใช้ยาเสพติด ลดความตึงเครียดในครอบครัว ส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิด ทศนคติ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพิ่มความตระหนักในปัญหาาร่วมกัน และเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

๓. ให้ความรู้กับผู้ใช้ยาเสพติดและครอบครัวในเรื่องต่างๆ เช่น บทบาทของครอบครัวกับการช่วยเหลือผู้ใช้บริการในการเลิกยา ปฏิกริยาของครอบครัวในการเลิกยา เส้นทางการเลิกยา การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การจัดการตัวกระตุ้นฯ และกระตุ้นให้ครอบครัวและผู้มีปัญหากการใช้ยาเสพติดเห็นความสำคัญของการติดตามผลหลังการบำบัดรักษา



๔. แนะแนว และส่งต่อเพื่อจัดสวัสดิการสังคม ด้านการศึกษา ที่อยู่อาศัย งานอาชีพและรายได้ ให้ผู้ใช้จ่ายยาเสพติด ให้ความรู้เกี่ยวกับการสมัครงาน แหล่งงาน ลักษณะงาน สนับสนุนให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย ในชีวิตและทรัพย์สิน ส่งต่อดูแลด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต สนับสนุนให้พื้นที่ ชุมชน จัดพื้นที่สร้างสรรค์ และสันติภาพ และประสานงานกับหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้ใช้จ่ายยาเสพติดและครอบครัว ได้รับความช่วยเหลือตามความเหมาะสม

๕. จัดกลุ่มปัญหาสังคม/กลุ่มสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ใช้จ่ายยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาได้พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยเหลือ ประคับประคองซึ่งกันและกัน ให้ห่างไกลจากยาเสพติด

๖. เสริมกำลังใจแก่ผู้มีปัญหาการใช้จ่ายยาเสพติด เพื่อให้เขาเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถเลิกยาเสพติดได้

๗. ในกรณีผู้ใช้จ่ายยาเสพติดกลับไปเสพซ้ำ (Relapse) ผู้ปฏิบัติงานสังคมต้องร่วมมือกับผู้ใช้จ่ายยาเสพติด และครอบครัว เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ใช้จ่ายยาเสพติดกลับไปติดยาซ้ำ

๘. ประสานงาน ส่งต่อข้อมูลทางสังคมกับแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ในหน่วยงาน ระหว่างการ ติดตามผลการบำบัดรักษา

บทบาทขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการติดตามช่วยเหลือผู้ผ่านการฟื้นฟู การจัดการทรัพยากรทางสังคม (Social Resources Management)

เป็นการจัดการ/จัดหาสิ่งของ บริการ และทรัพยากรทางสังคม เพื่อช่วยเหลือ บรรเทาปัญหา เฉพาะหน้า ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการบำบัดรักษา รวมทั้งการแก้ปัญหาภายหลังการบำบัดรักษา แก่ผู้ใ้ ยาเสพติดและครอบครัวตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ รวมทั้งการแก้ไขสาเหตุ ของปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะติดซ้ำ หรือการเกิดปัญหาสังคมอื่นๆ ติดตามมา

การจัดการทรัพยากรทางสังคม ดำเนินการเพื่อ

๑. จัดหาทรัพยากรทางสังคมทุกด้าน ในการตอบสนองความจำเป็นของผู้ใช้จ่ายยาเสพติด ครอบครัว และชุมชน เช่น ระดมเงินทุนบริจาค จัดหางาน อาชีพ ค่าอุปโภคบริโภคที่จำเป็น ค่ารักษาพยาบาล ค่าพาหนะ กลับภูมิลำเนา ในผู้ใช้จ่ายยาเสพติด ที่ยากจน จัดหาทรัพยากรและบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นตามความเหมาะสม

๒. สร้างเครือข่ายการปฏิบัติงานฟื้นฟูสภาพทางสังคม/สังคมสงเคราะห์ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

๓. เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน ใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากร ทางสังคมให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

๔. อำนวยความสะดวกเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรทางสังคม (คน เงิน สิ่งของ) อย่างคุ้มค่า และผู้ใช้จ่ายยาเสพติด เข้าถึงสิทธิที่สำคัญ เช่น สิทธิในการเข้าถึงบริการทุกประเภท

พิทักษ์และคุ้มครองสิทธิ (Advocacy)

การพิทักษ์สิทธิประโยชน์ เป็นการกระทำที่มุ่งเป็นตัวแทนหรือปกป้องหรือให้การช่วยเหลือโดยตรง กับผู้ใช้จ่ายยาเสพติด ในเรื่องสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่พึงมีพึงได้ โดยผู้ใช้จ่ายยาเสพติดเป็นฝ่ายเสียเปรียบ ด้อยโอกาส ไม่ได้รับความเป็นธรรมและขาดพลังอำนาจในการต่อรอง หรือต่อสู้ ทำให้ไม่ได้รับสวัสดิการหรือถูกเบียดบัง ผลประโยชน์



การพิทักษ์สิทธิจะเป็นการต่อสู้เพื่อสิทธิของบุคคลหรือชุมชน โดยการแทรกแซงโดยตรง (Intervention) หรือโดยการเสริมพลังให้เข้มแข็ง (Empowerment) ทั้งนี้ การพิทักษ์สิทธิประโยชน์มีวัตถุประสงค์เพื่อ

๑. ทำให้ผู้ขาดพลังอำนาจในการต่อรอง ผู้ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น
 ๒. ส่งเสริมการจัดบริการในวิถีทางที่เพิ่มพูนศักดิ์ศรีของผู้เสียหายเสพติด
 ๓. สร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการและคุณภาพของการบริการที่ประชาชนมีสิทธิที่จะได้รับ
- ทั้งนี้ ลักษณะการคุ้มครองสิทธิที่ดี ประกอบด้วย

- ๑) การสร้างระบบการพิทักษ์สิทธิและมีนโยบายที่ชัดเจน
- ๒) การสร้างกลไกที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ
- ๓) ระบบมีการบริหารจัดการที่มีธรรมาภิบาล
- ๔) มีการในตระหนักถึงสิทธิประชาชนและการคุ้มครองประชาชน
- ๕) มีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ
- ๖) มีทรัพยากรที่เพียงพอ

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

ดำเนินการให้ผู้เสียหายเสพติด ครอบครัวได้รับรู้สิทธิที่พึงมีพึงได้ จัดวางระบบการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิทางสวัสดิการสังคมต่างๆ ให้ได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ รวมทั้งส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณะ ตามสิทธิอย่างเสมอภาคและเหมาะสม ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชนและเครือข่ายต่างๆ และติดตามและประเมินผลการดูแลผู้เสียหายเสพติดในพื้นที่ โดยประสานงานในลักษณะการเชื่อมโยงเครือข่าย ได้แก่

การพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิของผู้เสียหายเสพติด ให้เข้าถึงสวัสดิการสังคม สิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ตามพ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ร.บ.กองทุนเงินทดแทน พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.๒๕๔๕, พ.ร.บ. ส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. ๒๕๔๖, พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖, พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ.๒๕๔๖, พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.๒๕๕๐, พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐, พ.ร.บ.สุขภาพจิต ๒๕๕๑, พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.๒๕๕๑ เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิผู้เสียหายเสพติดในรายที่ไม่สามารถดูแลตนเองหรือตัดสินใจด้วยตนเองได้ เช่น การคุ้มครองสิทธิทางด้านอาชีพและการถูกเลือกปฏิบัติ

เสริมพลังทางสังคม (Empowerment)

การสร้างเสริมพลังอำนาจ คือการสร้างเสริมความเป็นไปได้ของบุคคลในการที่จะควบคุมชีวิตตนเอง อำนาจ หมายถึง ความสามารถในการทำนาย ควบคุม และมีส่วนร่วมกับสังคมแวดล้อมแล้วทำให้เกิดผลเป็นรูปธรรมขึ้น ดังนั้น การสร้างเสริมพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เอื้อให้บุคคลและชุมชนนำเอาอำนาจไปดำเนินการต่อเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อม มุ่งให้ผู้ที่ประสบปัญหา สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยผู้ให้บริการมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยให้เขาเข้าใจสถานการณ์และปัญหาที่เขาเผชิญอยู่ สร้างเสริมและฟื้นฟูความมั่นใจ ศักยภาพและปัญญาเพื่อให้เขาสามารถตัดสินใจเลือกทางออก



ของตนเองได้ เพราะจิตวิทยาแนวสร้างเสริมพลังอำนาจ มีความเชื่อพื้นฐานว่ามีศักยภาพ มีความสามารถ มีปัญญา แต่สิ่งเหล่านี้ถูกลดทอนจากการประสบปัญหาในชีวิต ปัญหาที่ผู้รับบริการ เผชิญอยู่ไม่ใช่ปัญหาที่เกิดมาจากตัวเอง หรือเป็นปัญหาส่วนบุคคล หรือปัญหาเฉพาะครอบครัว แต่เป็น เพราะเขาอาศัยอยู่ในสังคมที่มีระบบและสถาบันต่างๆ ที่เอื้อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกัน ดังนั้น กระบวนการทำงาน จึงมุ่งที่การช่วยให้เขาได้รับความยุติธรรมและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี การให้บริการในรูปแบบนี้มองว่าการช่วยเหลือผู้สูงอายุเสถียรเป็นการทำงานของเจ้าหน้าที่ และระบบการบริการของรัฐหรือเอกชนเป็นหน่วยงานที่สร้างความยุติธรรมให้เกิดขึ้นแก่สังคมโดยรวม

อำนาจ โครงสร้างและระบบต่างๆ ในสังคม

การทำความเข้าใจเรื่องอำนาจ โครงสร้าง และระบบต่างๆ ในสังคม ๔ ส่วนที่สำคัญและเชื่อมโยงกัน คือ ๑) ความเข้าใจเรื่องระบบและโครงสร้างในสังคม ๒) ความเข้าใจในแนวคิด และวิธีการทำงานแนวฟื้นฟูศักยภาพ ๓) การรู้จักตัวเอง รวมถึงการพัฒนาจิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา ความรักความเมตตา และการดูแลสุขภาพกายใจและจิตวิญญาณของตนเอง ๔) เข้าใจแหล่งที่มาของอำนาจ เช่น ตำรวจ นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนหรือแม้แต่ผู้นำชุมชนบางคนนั้น มีแหล่งอำนาจมากกว่าผู้สูงอายุเสถียร แหล่งอำนาจที่ว่าได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่ สถานภาพทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ ชาติตระกูล ระดับศึกษา ข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ชีวิต หรืออายุ เป็นต้น

บทบาทของศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู (ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม) ในการติดตามช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู (ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม) ถูกกำหนดให้เป็นทีมชุดชุมชน และหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ต้องรวบรวมข้อมูล และหลักฐานผลการติดตาม ผลการสงเคราะห์ช่วยเหลือ รายงานข้อมูลให้กับคณะทำงาน และถูกกำหนดให้เป็นหน่วยประสานหลัก แจกจ่าย-รับคืน Case รวมถึงรายงานข้อมูลให้กับศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู (ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม) ภายใต้กลไกของมหาดไทย ที่ถูกกำหนดเป็นหน่วยติดตาม ดูแล ให้คำปรึกษา แนะนำให้ความช่วยเหลือและสงเคราะห์แก่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา

บทบาทของ ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู (ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม) ในการติดตามช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ดังนี้

๑. สร้างระบบการติดตามและฟื้นฟู และการบูรณาการทีมในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้านสุขภาพ และด้านความมั่นคง และด้านสวัสดิการสังคม องค์กร ในชุมชน

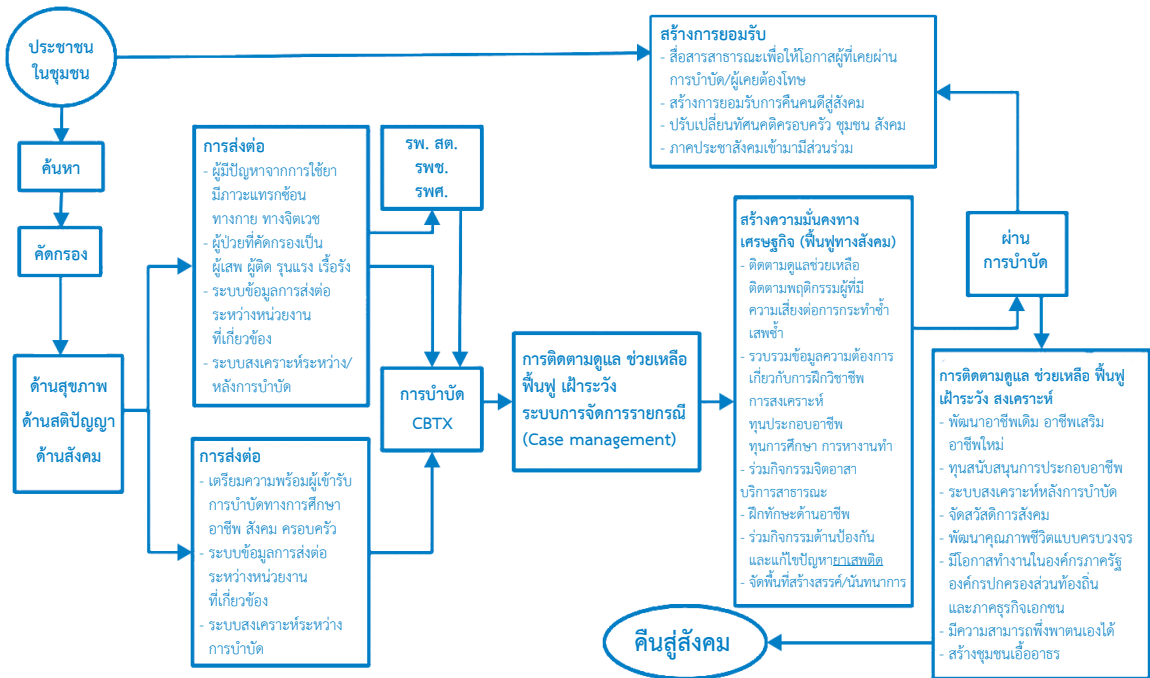
๒. จัดทำแบบประเมินแรกรักเพื่อการผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูว่าควรได้รับการดูแลด้านใด (สุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และกระบวนการยุติธรรม โดยการค้นหาข้อเท็จจริงและรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวโดยการสัมภาษณ์ /การสังเกต การเยี่ยมบ้าน/สถานที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

๑) ข้อมูลทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยกับครอบครัว เครือญาติ กลุ่มสังคมรอบตัว



- ๒) ข้อมูลด้านความสัมพันธ์ ความผูกพันระหว่างผู้ป่วย สถานะทางเศรษฐกิจ สังคมของครอบครัว และผลกระทบ
 - ๓) ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมซ้ำอีก (เสพยาซ้ำ)
 - ๔) ความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัว
 - ๕) ข้อมูลเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
๓. ประสานสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในชุมชน อาทิ เช่น ผู้จัดการรายกรณี คณะกรรมการในชุมชน ทีมสุขภาพ ทีมสวัสดิการสังคม ทีมนักกฎหมาย ฯลฯ
 ๔. ดำเนินการติดตาม ตามเกณฑ์ที่กำหนด
 ๕. รายงาน ในแบบ รายงาน สรุป รายงานส่ง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เลขาธิการกรรมการ สรุปรายงานส่งผู้ว่าราชการจังหวัด

แผนภาพแสดงการดูแลและช่วยเหลือทางสังคม



ขั้นตอนที่ ๑ การเตรียมความพร้อมและการส่งต่อ

- จำแนกความต้องการ ปัจจัยที่จำเป็นพื้นฐาน และสวัสดิการสังคม ประกอบด้วย ๗ ด้าน ได้แก่
 - ๑) ด้านที่อยู่อาศัย ๒) ด้านการศึกษา ๓) ด้านอาชีพและรายได้ ๔) ด้านสาธารณสุข ๕) ด้านความมั่นคงปลอดภัย ๖) ด้านสันติภาพ ๗) ด้านบริการสังคม
- ประสานหน่วยงานในพื้นที่ ในการให้ความช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้เข้ารับการบำบัดหรือผู้ผ่านการบำบัดด้านสวัสดิการสังคม การสงเคราะห์ที่จำเป็นและเหมาะสม ช่วยเหลือสนับสนุนผู้เข้ารับการบำบัดหรือผู้ผ่านการบำบัดซึ่งไม่มีที่อยู่อาศัยให้มีที่อยู่อาศัยเป็นการชั่วคราว (Half way house)



ขั้นตอนที่ ๒ การสร้างการยอมรับ

- ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจในธรรมชาติของผู้ใช้ยาเสพติดว่าเป็นโรคสมองติดยา ทำให้เห็นถึงความจำเป็นต่อการให้การบำบัดฟื้นฟูและทำให้ผู้ใช้ยาเสพติด รู้สึกเต็มใจในการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูจนสามารถเลิกยาเสพติดและกลับคืนสู่สังคมได้
- เผยแพร่ข่าวสารและสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ ในพื้นที่ เพื่อการสร้างความตระหนักในคุณค่าของคนและยอมรับการคืนคนดีสู่สังคม
- ประสานความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมรณรงค์ เพื่อสร้างความรักความเข้าใจและปรับเปลี่ยนทัศนคติไปสู่การยอมรับการคืนคนดีสู่สังคม
- ปรับทัศนคติของคนในชุมชน ให้เห็นคุณค่าของการคืนคนดีสู่สังคมและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาผู้เข้ารับการบำบัดและผู้ผ่านการบำบัดซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว ชุมชน ให้มีความเข้มแข็งสามารถพึ่งตนเองได้และอยู่ได้ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี

ขั้นตอนที่ ๓ สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม (การฟื้นฟูทางสังคม)

- ประสานหน่วยงานภาครัฐเพื่อสร้างมาตรฐานการจูงใจให้ท้องถิ่น และเอกชนจ้างผู้ผ่านการบำบัดที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเข้าทำงานในองค์กร
- ส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดและผู้ผ่านการบำบัดที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมจิตสาธารณะในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ
- ส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สร้างมาตรการรองรับแรงงานคืนถิ่นด้านวิชาชีพ เพื่อให้สามารถเลี้ยงดูตัวเองได้
- สนับสนุนให้ผู้ประกอบการในพื้นที่ให้โอกาสในการรับผู้ผ่านการบำบัดเข้าทำงาน



บทที่ ๔

กระบวนการบริหารจัดการระบบการบำบัดฟื้นฟู ผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

การบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง จำเป็นจะต้องมีกระบวนการบริหารจัดการระบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ ด้านโครงสร้างกลไกการขับเคลื่อน ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านจัดระบบบริการ ด้านการสนับสนุนงบประมาณ และระบบรายงานข้อมูล รวมถึงการติดตามประเมินผล

ทั้งนี้ กระบวนการบริหารจัดการระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง จะต้องมีการจัดการชุมชนที่เหมาะสม เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนางาน ด้านการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ดังนี้

๑. การมีส่วนร่วมในฐานะประชาชนของชุมชนในระบอบประชาธิปไตยในทุกระดับและทุกสาขาบริการภาครัฐ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน
๒. การมีส่วนร่วมในการวินิจฉัยปัญหาของชุมชน การวางแผนงาน การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาบริการด้านการบำบัดฟื้นฟูฯ
๓. การมีส่วนร่วมในการจัดหาทุน เครื่องมือ สถานที่ แรงงานและทรัพยากรอื่นๆ
๔. ร่วมมือช่วยเหลือจัดบริการเท่าที่มีโอกาสและความสามารถช่วยได้
๕. การใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ปรับปรุงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงพัฒนาศักยภาพของชุมชนและประชาชนให้สูงขึ้น

รูปภาพแสดงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องความเข้มแข็งของชุมชน



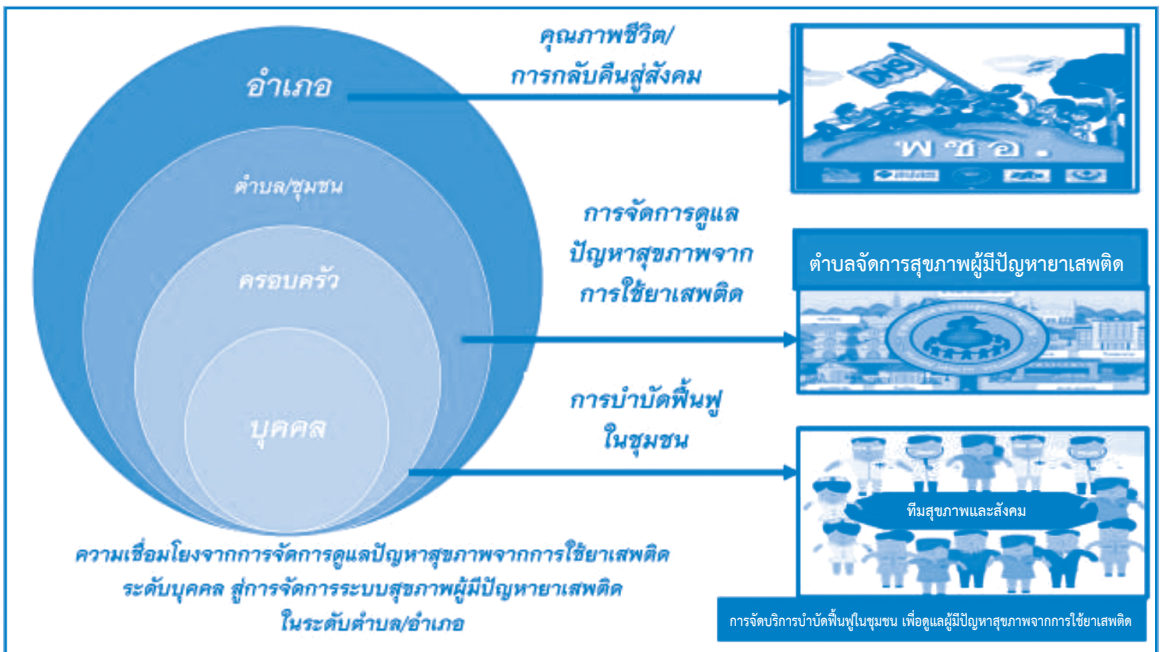
นิยามศัพท์

การบริหารจัดการระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การสนับสนุนให้มีกลไกการขับเคลื่อนด้านทรัพยากรบุคคล ด้านจัดระบบบริการ ด้านการสนับสนุนงบประมาณ และระบบรายงานข้อมูล รวมถึงการติดตามประเมินผล เพื่อนำไปสู่การจัดการระบบการบำบัด ให้ความร่วมมือ เพิ่มการเข้าถึง เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้เกิดการบริหารโดยภาคีเครือข่ายด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางได้อย่างเป็นเอกภาพ ภายใต้การสนับสนุนการมีกลไกการขับเคลื่อน ทรัพยากรบุคคล การจัดระบบบริการ งบประมาณ และระบบรายงานข้อมูล รวมถึงการติดตามประเมินผล

๑. โครงสร้างกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

แผนภาพแสดงความเชื่อมโยงจากการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพจากการใช้ยาเสพติด
ระดับบุคคล สู่การกระบวนกรบริหารจัดการระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด
โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในระดับตำบล/อำเภอ



กลไกการดำเนินงาน

• ระดับอำเภอ

ใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) โดยมีนายอำเภอ เป็นประธาน และ
สาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขานุการ เป็นกลไกในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการขับเคลื่อนการบำบัดฟื้นฟู
ผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้



๑. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๑.๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ศึกษาและพิจารณาแนวทางการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

๑.๒ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนแนวทางการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง หรือแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อปฏิบัติงานด้านต่างๆ ตามที่เห็นสมควร

๑.๓ กำหนดแผนอำนวยการและสนับสนุนการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

๑.๔ มอบหมายให้กลไกในระดับตำบล ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

๑.๕ สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง แก่กลไกที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่

๑.๖ ติดตาม ประเมินและรายงานผลการดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง แก่ผู้ว่าราชการจังหวัด ในฐานะที่ปรึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด (ศอ.ปส.จ)

๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๒.๑ เป็นศูนย์ประสานงานกับภาคีเครือข่ายด้านการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน เชื่อมต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดระดับอำเภอ รวมถึงศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดระดับจังหวัด

๒.๒ สนับสนุน วางแผนงาน (คน เงิน ของ การบำบัดฟื้นฟูในชุมชน) กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูในชุมชน ให้มีความเหมาะสมตามบริบท

๓. รพศ./รพท./รพช.

๓.๑ สนับสนุนพัฒนาองค์ความรู้ในการคัดกรอง บำบัดฟื้นฟู และการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน รวมถึงการลดอันตรายจากยาเสพติด

๓.๒ รับ/ส่งตัว ในกรณีกลุ่มผู้ติดและรักษาโรคเฉพาะทางในการเสพยาเสพติด โรคติดเชื้อ และความผิดปกติทางจิตที่มีอาการทางจิตระดับฉับพลัน (Acute) และพฤติกรรมต่อต้านสังคม ที่รุนแรง

๓.๓ กำกับ ติดตาม ประเมินผล ผ่านการลงเยี่ยมเสริมพลัง การนิเทศ ให้คำแนะนำ และคำปรึกษา รวมถึงการกำกับการรายงานผลการดำเนินงาน

• ระดับตำบล

ดำเนินการผ่านกลไกในระดับตำบล ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

๑) บูรณาการประสานเชื่อมโยงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ เพื่อการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

๒) ดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ดังนี้



๒.๑ กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และผู้นำโดยธรรมชาติ บูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู และติดตามดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาเสพติด

๒.๒ รพ.สต. บูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบำบัดฟื้นฟู และติดตามดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาเสพติด

๒.๓ ทีมชุดชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พนักงานฝ่ายปกครอง) หรือตำรวจ และผู้ช่วยนายอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รับผิดชอบดำเนินการ ในขั้นตอน การค้นหา ผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน

๒.๔ ทีมบำบัดฟื้นฟู ประกอบด้วย

เจ้าภาพหลัก คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในโรงพยาบาลระดับอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ที่ผ่านการฝึกอบรม

เจ้าภาพสนับสนุน คือ ภาครัฐ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ตำบล กระทรวงศึกษาธิการ(สถานศึกษาในพื้นที่) หรือกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) กระทรวงยุติธรรม (ยุติธรรมชุมชน) และหน่วยงานพัฒนาฝีมือแรงงาน ผู้นำชุมชน ภาคประชาชน : ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ประชาชนชาวบ้านหรือประชาชน (ตามศักยภาพของแต่ละพื้นที่) ภาคประชาสังคม อาสาสมัครแรงงาน (อสร.) อปพร. อาสาสมัครตำรวจบ้าน ที่ผ่านการฝึกอบรม รับผิดชอบดำเนินการ ในขั้นตอน การบำบัดฟื้นฟู และลดอันตรายจากยาเสพติดในชุมชน

๓) รายงานผลการดำเนินงานผ่านข้อมูลระบบรายงานยาเสพติด บสต. ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

๔) รายงานผลการดำเนินงานการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) และศป.ปส.อ

การขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติงาน

• ระดับอำนวยการ

โดยบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๑. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตจากการใช้ยาเสพติด ที่มีการจัดทำแผนงาน/โครงการการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในภาพระดับอำเภอ เสนอให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) โดยมีนายอำเภอ เป็นประธาน พิจารณามอบหมายให้มีการดำเนินการเรื่องดังกล่าวในพื้นที่

๒. ดำเนินชี้แจงให้ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำโดยธรรมชาติ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รับทราบนโยบาย และแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

๓. สนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประสานความร่วมมือผู้นำโดยธรรมชาติ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และคณะกรรมการหมู่บ้าน ร่วมกันจัดทำแผนงาน/โครงการการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อรองรับนโยบายและการปฏิบัติการ



๔. ดำเนินการจัดสรรงบประมาณในแผนงาน/โครงการการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประสานความร่วมมือและมีการดำเนินงานร่วมกับผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และบุคลากรศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเชื่อมโยงแผนและงบประมาณในการดำเนินโครงการการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

๕. ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลจังหวัดและอำเภอ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และการพัฒนาบุคลากรทีมชุดชุมชน และทีมบำบัดฟื้นฟู

๖. สนับสนุนกลไกระดับตำบล ได้แก่ ผู้นำโดยธรรมชาติ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการนำแผนงานและโครงการสู่การปฏิบัติ ตามที่กำหนดไว้

๗. การควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน

๘. รายงานผลการดำเนินงานให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต่อไป

• ระดับปฏิบัติงาน

๑. การเตรียมความพร้อมของชุมชน

ก่อนที่จะดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยผู้นำโดยธรรมชาติ และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ในชุมชน (บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ปกครอง ตำรวจ) ทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นเสริมแรงในการดำเนินงานดังกล่าว ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีกระบวนการศึกษาวิเคราะห์และเตรียมความพร้อมของชุมชน ดังนี้

๑) ให้ครอบครัว ผู้นำชุมชนกลุ่มต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาของตนเอง และพิจารณาปัญหาของผู้อื่นร่วมกันทั้งชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงของสภาพปัญหา

๒) ศึกษาทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อค้นหาผู้ที่มีความคิดริเริ่ม ผู้มีความรู้ความสามารถในการประสานงาน

๓) ศึกษาว่าในพื้นที่มีอะไรที่เป็นความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ ศึกษาถึงวัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยม ความเชื่อของแต่ละท้องถิ่น สภาพทางภูมิศาสตร์ตลอดจนวิถีชีวิต

๔) ศึกษาทุนที่เป็นเงิน วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ ทรัพยากรธรรมชาติ และปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา ทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนวิเคราะห์ได้ถึงสาเหตุหลัก สาเหตุรอง สามารถจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหา ความสามารถของตนเอง อันนำไปสู่การวางแผนแบบมีส่วนร่วมการพัฒนาทางเลือกเพื่อดำเนินกิจกรรมเป็นการนำข้อมูลออกจากการศึกษาวิเคราะห์มาสู่การสนทนาเปิดโอกาสให้ทุกคนได้นำเสนอทัศนะของตนเองต่อปัญหา และแนวทางการแก้ไขซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมในการทำงานร่วมกันของคนในชุมชน ในการพัฒนาทางเลือก เป้าหมายหลัก คือ ให้ชุมชนสามารถขยายความรู้ในการแก้ไขปัญหา สามารถคาดสถานการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

๕) เสริมสร้างการรับรู้ ความเข้าใจในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติด การเพิ่มความตระหนักรู้ปัญหาจากการใช้สารเสพติด การให้ความรู้ และการสร้างเสริมฟื้นฟูสุขภาพแก่คนในชุมชน



๖) ขยายเครือข่ายความร่วมมือ ความเข้มแข็งของชุมชน จำเป็นต้องประสานความร่วมมือกัน ทั้งสังคม เพราะสภาพปัญหาและการพัฒนาต่างๆ ล้วนกระทบต่อชุมชน ชุมชนต้องเปิดตัวเองเข้าสู่ การแลกเปลี่ยนกับสังคมภายนอก และสร้างขบวนการให้เข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมือง และนโยบาย เพื่อส่งเสริมสนับสนุน ต่อไป

๒. การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เมื่อแผนงาน/โครงการการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ใช้ชุมชน เป็นศูนย์กลาง ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และคณะกรรมการ หมู่บ้าน ที่ผ่านเวทีประชาคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดทำแผนปฏิบัติการโครงการบำบัดโดยใช้ ชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยระบุกิจกรรม เป้าหมาย คำนวณต้นทุนการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ วิธีการ เครื่องมือ ทรัพยากรที่จำเป็น ระยะเวลาดำเนินงานของแต่ละกิจกรรม การติดตามผลการดำเนินงาน ซึ่งต้อง เป็นไปตามระเบียบของราชการ เป็นต้น

กรณีที่ ๑ ดำเนินได้เองในชุมชน (สาธารณสุขเป็นแกนนำ) เช่น การจัดตั้งทีมหรือกลุ่มทำงาน ให้มีการปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งบูรณาการ ทำงานร่วมกับชุมชน สามารถดำเนินการได้ทันที โดยประสานความร่วมมือกับผู้นำโดยธรรมชาติ ผู้นำชุมชน และคณะกรรมการหมู่บ้าน เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งมีองค์ประกอบทีม คือ ทีมชุดชุมชน และทีมบำบัด ฟื้นฟู โดยจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อปรับทัศนคติ เสริมสร้างทักษะ และประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ

กรณีที่ ๒ ทำร่วม สาธารณสุขส่งมอบภารกิจ แผนงาน/โครงการ และงบประมาณ ให้กับผู้นำ โดยธรรมชาติ ผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน เป็นแกนนำ เพื่อบูรณาการการทำงานร่วมกับชุมชน มุ่งเน้น ให้ชาวบ้านในชุมชนร่วมแรงร่วมใจ ดำเนินการวางระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง จัดทำกันเองในพื้นที่ ซึ่งองค์ประกอบทีม คือ ทีมชุดชุมชน และทีมบำบัดฟื้นฟู จะต้องโดยผ่านการอบรม หลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อปรับทัศนคติ เสริมสร้างทักษะ และประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ

๒. ทรัพยากรบุคลากร

หน่วยสนับสนุน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ เกิดกระบวนการสรรหาทรัพยากรบุคลากรที่มีความเป็นผู้นำโดยธรรมชาติ และเจ้าหน้าที่ภาครัฐในชุมชน (บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ปกครอง ตำรวจ) รวมถึงการกำหนดให้มีองค์ประกอบ ทีมงานในชุมชน ประกอบด้วย ทีมชุดชุมชนร่วมกับทีมบำบัดฟื้นฟู เพื่อมีส่วนร่วมเป็นผู้รับผิดชอบร่วมในการ บริหารโครงการการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ให้เกิดความชัดเจน

นอกจากนี้ กำหนดให้โรงพยาบาลจังหวัดและอำเภอ ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากร **ทีมชุดชุมชน** และ **ทีมบำบัดฟื้นฟู** ให้มีองค์ความรู้ในการค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู และการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่าน การบำบัดฟื้นฟูในชุมชน รวมถึงการลดอันตรายจากยาเสพติดได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ควบคู่กับหลัก วิธีชุมชน ผ่านกระบวนการฝึกอบรม การสอนงาน(Coaching) การแบ่งปันความรู้(Knowledge Sharing) การฝึกงานและสาธิตงาน และระบบเครือข่ายที่เลี้ยง



๓. การจั้ระบบบริการ

๓.๑ การจั้ระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

โดยผู้นำโดยธรรมชาติ และเจ้าหน้าที่ภาครัฐในชุมชน (บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ปกครอง ตำรวจ) ให้มีการดำเนินงาน ดังนี้

๓.๑.๑ กำหนดให้มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด อัตราส่วนระดับชั้นตำ รพ.สต.

๑ แห่ง : ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดทุกราย ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. ตามบริบทของพื้นที่

๓.๑.๒ มีรูปแบบการจั้บริการ การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในพื้นที่ของชุมชน มุ่งเน้นการนำวิถีชีวิตผสมผสานกับวิธีการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน ตามหลักวิทยาการยาเสพติด

๓.๑.๓ มีระบบการให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) เพื่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติดเข้าถึงบริการได้สะดวก เพื่อลดอันตรายด้านสุขภาพ ครอบครัว สังคม และชุมชน

๓.๑.๔ ระบบส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ หน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า

๓.๑.๕ การจั้บริการส่งเสริมป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำในชุมชน

๓.๑.๖ ได้รับการสนับสนุนด้านองค์ความรู้ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร จากโรงพยาบาล อำเภอ และจังหวัด(แม่ข่าย) ในการจั้บริการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน

๓.๑.๗ รวบรวมข้อมูลผลการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน และลดอันตรายจากยาเสพติด ผ่านระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม และระบบรายงาน (บสต.)

๓.๒ ขั้นตอนระบบบริการ/การดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ ๑ การค้นหา ผู้ใช้ยาเสพติด ในชุมชน

ผู้รับผิดชอบ : โดยทีมชุดชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พนักงานฝ่ายปกครอง) ผู้นำโดยธรรมชาติ หรือตำรวจ และผู้ช่วยนายอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

ขั้นตอนที่ ๒ การคัดกรอง ผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด ในชุมชน

ผู้รับผิดชอบ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขึ้นไป

ขั้นตอนที่ ๓ การบำบัดฟื้นฟู และลดอันตรายจากยาเสพติดในชุมชน

ผู้รับผิดชอบ : บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และบุคลากรด้านพัฒนาสังคม ประกอบด้วย

• **ทีมบำบัดฟื้นฟู :**

เจ้าภาพหลัก คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลระดับอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระดั้ตำบล **ที่ผ่านการฝึกอบรม**

เจ้าภาพสนับสนุน คือ ภาครัฐ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย(ศธ.) กระทรวงศึกษาธิการ(สถานศึกษาในพื้นที่) หรือกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) กระทรวงยุติธรรม (ยุติธรรมชุมชน) และหน่วยงานพัฒนาฝีมือแรงงาน ผู้นำชุมชน ภาคประชาชน : ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ประชาชนชาวบ้านหรือประชาชนชุมชน (ตามศักยภาพของแต่ละพื้นที่) ภาคประชาสังคม อาสาสมัครแรงงาน (อสร.) อปพร. อาสาสมัครตำรวจบ้าน ที่ผ่านการฝึกอบรม



ขั้นตอนที่ ๔ การติดตามดูแลช่วยเหลือ โดยกระบวนการชุมชน

ผู้รับผิดชอบ : โดย ทีมชุดชุมชน ร่วมกับ ทีมบำบัดฟื้นฟู

๓.๓ การเชื่อมโยงงานในชุมชน

๓.๓.๑ ตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย ทีม (Team) แผนการดำเนินงาน (Plan) กิจกรรม (Activity) และผลการดำเนินการ (Result)

๓.๓.๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๓.๔ การควบคุม ตรวจสอบ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการควบคุม กำกับ กระบวนการการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะต้องดำเนินการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ตั้งแต่กระบวนการค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลช่วยเหลือ รวมถึงการลดอันตรายจากยาเสพติด ซึ่งกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข

๔. การสนับสนุนงบประมาณ

การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง อยู่ในแผนงานบูรณาการ การป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี จากสำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี ภายใต้แผนงานบูรณาการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งมีรองนายกรัฐมนตรี เป็นผู้กำกับแผนงานบูรณาการฯ และสำนักงาน ป.ป.ส. เป็นหน่วยงานเจ้าภาพหลัก ดังนี้

ขั้นตอนการค้นหา : สนับสนุนงบประมาณ โดยกระทรวงมหาดไทย

ขั้นตอนการคัดกรอง และการบำบัดฟื้นฟู ลดอันตรายจากยาเสพติด : สนับสนุนงบประมาณ โดยกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนการติดตามดูแลช่วยเหลือ : สนับสนุนงบประมาณ โดยกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้การบริหารจัดการงบประมาณ จะต้องเป็นไปตามระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณ มีความถูกต้อง โปร่งใส ตรวจสอบได้

หมายเหตุ : มีการขยายเครือข่ายความร่วมมือ บูรณาการความเข้มแข็ง และมั่นคงทางการเงิน ของการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ไปยังแหล่งทุนต่างๆ ในชุมชน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน เป็นต้น

๕. ระบบข้อมูลสารสนเทศ

หน่วยสนับสนุน : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ทำหน้าที่บันทึกข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ในฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม และระบบรายงานยาเสพติด (บสต.) ให้เป็นปัจจุบัน มีคุณภาพ รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูล



๖. การกำกับ ติดตาม วัดและประเมินผล

การตรวจติดตาม และสนับสนุนแบ่งเป็น ๔ ระดับ โดยในขั้นตอนของการตรวจติดตามในพื้นที่ ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ควบคู่ไปกับการรายงานผลการดำเนินงานในรูปแบบเอกสาร เพื่อคืนข้อมูลกลับแก่ผู้ปฏิบัติ และผู้เกี่ยวข้อง ในระดับตำบล/หมู่บ้าน และอำเภอ พร้อมกับการนำเสนอความก้าวหน้าผลที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรค และข้อเรียนรู้ เพื่อให้ทีมงานได้ประโยชน์จากการฟังบทเรียนที่อื่นๆ ในการจัดการกับสถานการณ์แบบเดียวกัน รวมทั้งเป็นการยกระดับการเรียนรู้ของภาคประชาชน และเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ ดังนี้

๖.๑ ระดับหมู่บ้านและระดับตำบล ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างน้อย ๑ ครั้ง/เดือน

๖.๒ ระดับอำเภอ ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างน้อย ๑ ครั้ง/๒ เดือน ทั้งนี้ โดยมีนายอำเภอ เป็นผู้กำกับติดตามตั้งแต่ระดับอำเภอลงไป

๖.๓ การติดตามสนับสนุนในระดับอำเภอและระดับเขตสุขภาพ โดยหน่วยงาน/ทีมบริหาร ประสานงานสนับสนุนจากส่วนกลาง เพื่อจัดทำข้อมูลข้อเสนอแนะในการสนับสนุน ปรับปรุง และพัฒนาการขับเคลื่อน การดำเนินงานบำบัดยาเสพติดและสารเสพติดในชุมชน เสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทั้งนี้จะมีศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด (ศอปส.จ.) ศูนย์อำนวยการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดกรุงเทพมหานคร (ศอปส.กทม.) และศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ (ศป.ปส.อ.) อำนวยการ กำกับ ติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ทั้งนี้ มีการกำหนดการวัด และประเมินผลการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ภายใต้แนวคิด Balanced Scorecard (BSC) เป็นเครื่องมือประเมินการบริหารจัดการ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

• ด้านประสิทธิผล

๑. มีแผนงาน/โครงการ และการสนับสนุนงบประมาณ รองรับการทำงานการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในระยะยาวอย่างยั่งยืนได้

๒. มีแนวทาง/คู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน (Guideline)

๓. ผลการดำเนินงานบำบัด และผลการเบิกจ่ายงบประมาณ เป็นไปวัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนด

๔. มีการพัฒนาสมรรถนะและทักษะ ทีมชุดชุมชน และทีมบำบัดฟื้นฟู โดยเฉพาะขั้นตอนการค้นหา การคัดกรอง การบำบัดฟื้นฟู และการติดตามดูแลช่วยเหลือ รวมถึงการจัดบริการลดอันตรายจากยาเสพติด

๕. มีการบูรณาการการดำเนินงานในลักษณะการมีส่วนร่วม (รับผิดชอบร่วม คือ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมจ่าย และแบ่งปันผลประโยชน์) ผสมผสานการดำเนินงานในลักษณะสหวิชาชีพ ประกอบด้วย ทีมชุดชุมชน และทีมบำบัดฟื้นฟู และมีการพัฒนาต่อยอดในการดูแลแบบ Case Manager สำหรับผู้เสียหายเสพติด

๖. มีการพัฒนาเครือข่าย และระบบการรับส่งต่อ โดยใช้กลไกความร่วมมือและช่วยเหลือกัน ภายใต้หลักการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่น การจัดบุคลากรร่วม การจัดบริการร่วม และการใช้สถานที่/อุปกรณ์ เครื่องมือร่วมกันในพื้นที่



• ด้านประสิทธิภาพ

๑. รูปแบบการดำเนินงานบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ที่ค่อนข้างยืดหยุ่น คำถึงถึงวิถีชีวิตในชุมชนเป็นสำคัญ
๒. มีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า ประหยัด ไม่ส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของโครงการการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

• ด้านคุณภาพ

๑. มีการประเมินความพึงพอใจการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง อย่างรอบด้าน จากผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานดังกล่าว เช่น กลุ่มผู้สูงอายุเสพติด ครอบครัว ทีมชุดชุมชน และทีมบำบัดฟื้นฟู และประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน
๒. มีระบบการควบคุม กำกับ การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ตามมาตรฐาน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ประกอบด้วย ความพร้อมในการให้บริการ การเข้าถึงง่าย เป็นที่ยอมรับ สอดคล้องกับวิถีของชุมชน มีคุณภาพในการให้บริการ เพื่อส่งมอบบริการที่ปลอดภัย ลดขั้นตอน ลดค่าใช้จ่าย

• ด้านการเรียนรู้และการพัฒนา

๑. ทีมชุดชุมชน และ ทีมบำบัดฟื้นฟู ที่ผ่านการพัฒนาสมรรถนะและทักษะ สามารถนำองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติงาน ในการมีส่วนร่วมการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง
๒. มีการพัฒนานวัตกรรมผสมผสานภูมิปัญญาพื้นบ้าน เข้ามาสอดแทรกในกิจกรรมการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง
๓. มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และสรุปบทเรียนร่วมกัน เพื่อพัฒนาต่อยอดงานบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

๗. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ภาควิชาหรือหน่วยงานการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ในพื้นที่ได้รับทราบนโยบายและแนวทางการดำเนินงานเพื่อการขับเคลื่อนการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง
๒. เกิดความร่วมมือ ความสามัคคี มีความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุเสพติดในชุมชน แบบยั่งยืน
๓. การจัดสรรบริการด้วยวิธีต่างๆ ที่เหมาะสมกับปัญหา และความต้องการของผู้มีปัญหาการสูงอายุเสพติด เป็นหลักสำคัญที่สุดอันนำไปสู่ความสำเร็จในการลด ละ เลิกยาเสพติด กลับไปดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อครอบครัว และสังคม
๔. เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งดีๆ ในการพัฒนาและต่อยอดความสำเร็จการพัฒนาการบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง และพัฒนานวัตกรรมการดูแลตามความจำเป็นของแต่ละบุคคลไม่จำกัดเฉพาะการสูงอายุเสพติด ผสมผสานการดูแลด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาด้านการแพทย์ จิตใจ สังคม อาชีพ และด้านกฎหมาย
๕. สร้างภูมิคุ้มกัน การสร้างคุณค่าในการดำเนินชีวิต



๘. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

๑. มีกิจกรรม/โครงการบำบัดฟื้นฟูผู้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ที่ดำเนินการโดยชุมชน/ท้องถิ่น
๒. ผู้ใช้ยาเสพติด ได้รับการค้นหา คัดกรอง การบำบัดฟื้นฟู และลดอันตรายจากยาเสพติด รวมถึงการติดตามและได้รับการดูแลช่วยเหลือทางสังคม
๓. ผู้ใช้ยาเสพติด ได้รับการจัดสรรบริการสุขภาพที่เหมาะสม กับปัญหาการใช้ยาเสพติด มีสรุบทเรียน และค้นหาวัตรกรรมบำบัดฟื้นฟูผู้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง อันนำไปสู่ความสำเร็จ ในการลด ละ เลิกยาเสพติด กลับไปดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า ต่อครอบครัว และสังคม
๔. มีนวัตกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อการเฝ้าระวัง การใช้ยาเสพติดที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการการบำบัดฯ เช่น การต่อสู้กับสิ่งกระตุ้นไม่ทำให้ไปใช้ยาเสพติด การปรับแผนการบำบัดฟื้นฟูฯ ในแต่ละบุคคล หรือมีกิจกรรมกลุ่มช่วยกันเอง (Self – help –Group)



บทที่ ๕

การดูแลผู้ใช้ยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม

การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ยังมุ่งเน้นการดูแลสมาชิกของชุมชนที่กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขัง ภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย ซึ่งกลุ่มคนดังกล่าว ได้ผ่านกระบวนการบำบัดฟื้นฟู การเตรียมตัวก่อนกลับสู่สังคม และการเตรียมความพร้อมก่อนพ้นโทษ ทั้งในระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ซึ่งจะต้องมีการติดตามดูแลช่วยเหลือด้านการศึกษา อาชีพ การมีงานทำ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และสังคม เพื่อกลับมาเป็นคนสำคัญของครอบครัว และเป็นคนดีของสังคม และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้ยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม จึงกำหนดไว้ในมาตรฐานการบำบัดฟื้นฟู ในระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ประกอบด้วย

กลุ่มที่ ๑ ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕ ภายใต้การดูแลของกรมคุมประพฤติ

กลุ่มที่ ๒ ผู้เสพยาเสพติดระบบต้องโทษ (Correctional System) คือ ผู้ที่ถูกจับกุมดำเนินคดี และถูกคุมขัง ที่มีประวัติเกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติด กลุ่มอายุมากกว่า ๑๘ ปี ภายใต้การดูแลของกรมราชทัณฑ์

กลุ่มที่ ๓ ผู้เข้ารับการบำบัดในระบบต้องโทษ (Correctional System) คือ กลุ่มเด็กและเยาวชน ที่มีประวัติเกี่ยวข้องกับการใช้ยาหรือสารเสพติด ภายใต้การดูแลของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

แนวคิดการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม

แนวคิดการคืนคนดีสู่สังคม

เป็นรูปแบบการลงโทษที่มุ่งเน้นการเยียวยา แก้ไข และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้กระทำผิด เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพสังคม และดำรงอยู่กับสังคม หรือ ชุมชน ของตนเองได้อย่างปกติสุข ลดการกระทำผิดซ้ำ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการป้องกันสังคม เสริมสร้าง การกลับมาใช้ชีวิตร่วมกับสังคม ไม่หวนกลับมากระทำผิดซ้ำ ลดมลทิน และลดการตีตรา

วัตถุประสงค์การดูแลผู้ใช้ยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม

๑. ให้ได้รับการคุ้มครองสิทธิ การศึกษา การบริการสาธารณสุข การจ้างงาน และมีอาชีพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
๒. ลดการเลือกปฏิบัติ และลดการตีตรา เพื่อกลับคืนคนดี สู่ครอบครัว และสังคม



กระบวนการทำงานการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม กรมคุมประพฤติ

นำหลักการของพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบด้วย หลักการ ผู้เสพ (Drug User) คือ ผู้ป่วยมีโชอาชญากรปกติ เช่นเดียวกับ กรณีผู้ติดยาเสพติด (Drug Addict) คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟู และนำหลักการชะลอการฟ้องมาใช้ เพื่อให้เข้าระบบแทนการดำเนินคดีอาญา (Diversion) มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กรมคุมประพฤติ มีวิธีการดำเนินงานดูแลผู้ติดยาเสพติด ในระบบบังคับ บำบัด เมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม แบ่งเป็น ๒ ลักษณะ ดังนี้

๑. กรณีหน่วยงานพหุภาคีมีระบบการดูแลหลังการฟื้นฟูฯ โดยเจ้าหน้าที่ของสถานที่เพื่อการฟื้นฟูฯ สามารถออกเยี่ยมบ้านสมาชิก หรือ โทรศัพท์ หรือส่งไปรษณียบัตรไปสอบถามที่บ้าน

๒. กรณีหน่วยงานพหุภาคีไม่มีระบบการดูแลหลังการฟื้นฟูฯ ให้ประสานสำนักงานคุมประพฤติ จังหวัด ดำเนินการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดูแล ช่วยเหลือ และสงเคราะห์

ทั้งนี้ สำนักงานคุมประพฤติ บันทึกข้อมูลผลการฟื้นฟูฯ ในระบบสารสนเทศกรมคุมประพฤติ เพื่อส่งต่อข้อมูลไปยังระบบ บสต. เพื่อให้กระทรวงมหาดไทย (ศูนย์ประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ อำเภอ หรือสถานที่ที่กำหนด) ทำหน้าที่ประสานงาน การติดตามทางการแพทย์ และทางสังคม เพื่อให้ ความช่วยเหลือในด้านการศึกษา ฝึกอาชีพ และส่งต่อรักษาสุขภาพ

กรมราชทัณฑ์

๑. ดำเนินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังติดยาเสพติด ภายใต้มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟู สมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ระบบต้องโทษในเรือนจำ/ทัณฑสถาน รวมถึงภายใต้หลักกฎหมาย/ระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ต้องขังหยุดเสพยาเสพติดและคืนคนดี มีคุณค่า สู่สังคม

๒. ดำเนินการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยผู้ต้องขังที่มีประวัติเคยใช้ยาเสพติดก่อนพ้นโทษ ตามหลักสูตรการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องขังติดยาเสพติดก่อนพ้นโทษในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ใช้ระยะเวลา ๓ วัน รวม ๑๕ ชั่วโมง เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้กับผู้ต้องขังที่ใกล้จะพ้นโทษในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และการกลับคืนสู่สังคมโดยไม่กลับเข้าสู่วงจรการใช้ยาเสพติดอีก

๓. มีศูนย์ประสานและส่งเสริมการมีงานทำ (CARE : Center for Assistance to Reintegration and Employment) ในเรือนจำ/ทัณฑสถานทั่วประเทศ จำนวน ๑๓๔ แห่ง (ยกเว้นสถานกักขังและ สถานกักกัน) เพื่อส่งเสริมและประสานการมีงานทำ จัดทำข้อมูลความต้องการมีงานทำของผู้ที่ใกล้พ้นโทษ รวบรวมและจัดทำข้อมูลของผู้ประกอบการ ในตำแหน่งว่าง รวมทั้งประสานเครือข่ายในการให้ความช่วยเหลือ ด้านต่างๆ และส่งต่อข้อมูลผู้พ้นโทษ

ทั้งนี้ กรมราชทัณฑ์มีลักษณะการปล่อยตัวผู้ต้องขังแบ่งเป็น ๕ ประเภท ประกอบด้วย ๑) การปล่อย ตัวตามครบกำหนดโทษ ผู้ผ่านเรือนจำ/ทัณฑสถานได้รับใบบริสุทธิ ไม่ต้องรายงานตัวสำนักงานคุมประพฤติ จังหวัด ๒) การปล่อยตัวชั่วคราว (ปล่อยประกันตัว) ๓) การปล่อยพักการลงโทษ ผู้ผ่านเรือนจำ/ทัณฑสถาน จะต้องมีการรายงานตัวกับสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด ๔) การปล่อยลดวันต้องโทษ จะต้องมีการรายงาน ตัวกับสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด ๕) การปล่อยอภัยโทษ



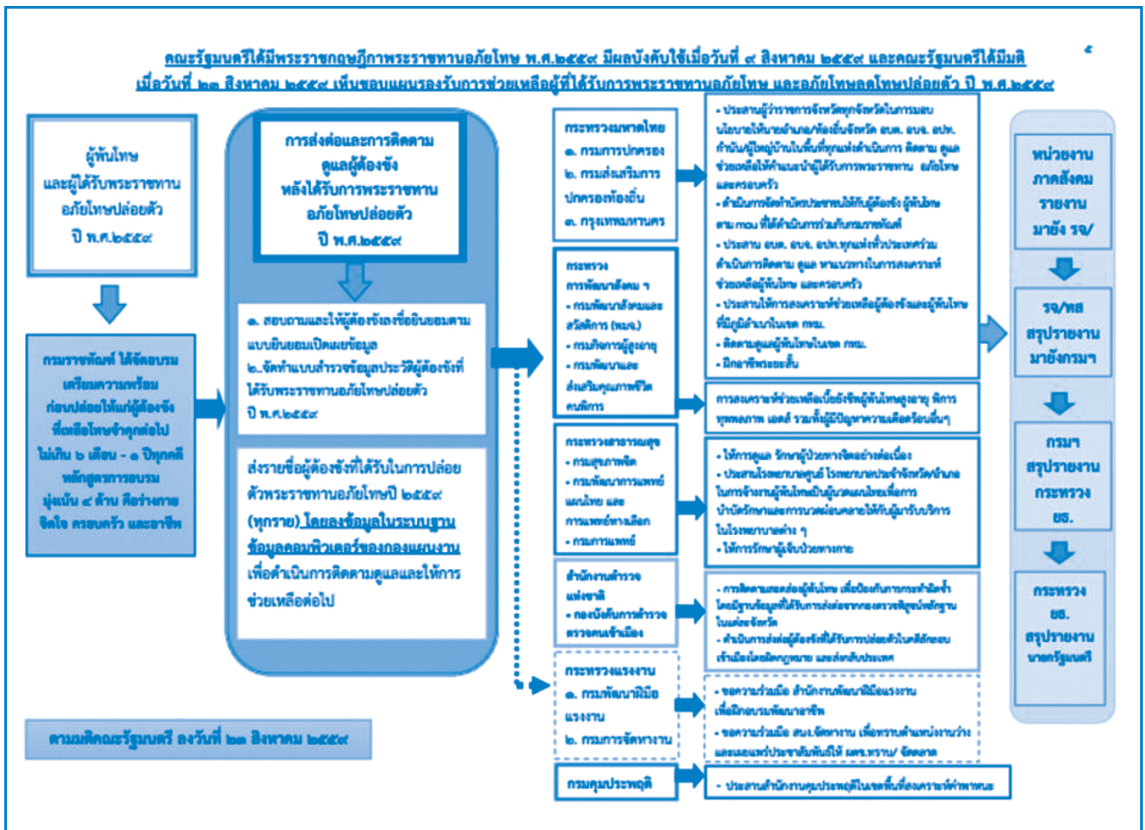
โดยกรมราชทัณฑ์ มีการกำหนดแนวทางการติดตาม ดูแล และช่วยเหลือผู้ต้องขังที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ระบบต้องโทษ ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน แบ่งเป็น ๓ กรณี คือ

๑. กรณีผู้ผ่านการบำบัดฯ ที่ได้รับการติดตามครบตามเกณฑ์ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน กรมราชทัณฑ์ ดำเนินการติดตาม ดูแลและช่วยเหลือ โดยใช้กลไกของกรมราชทัณฑ์ รวมทั้งหลังพ้นโทษให้ส่งข้อมูลไปยังศูนย์เพื่อการประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ กระทรวงมหาดไทย (ศูนย์ประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูอำเภอ หรือสถานที่ที่กำหนด) ดำเนินการดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วย

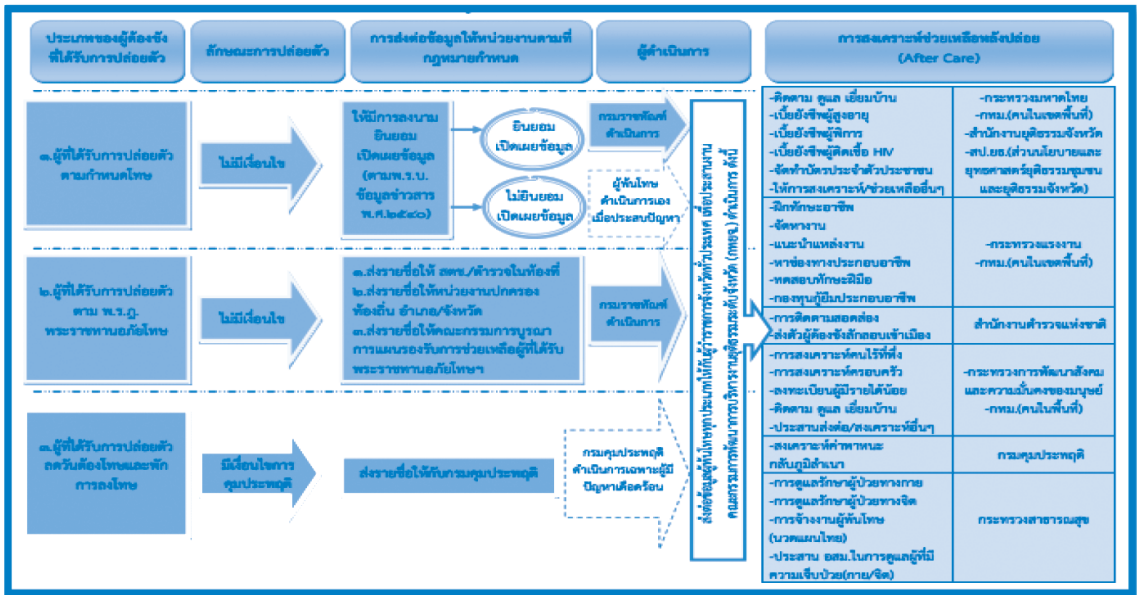
๒. กรณีผู้ผ่านการบำบัดฯ ที่ติดตามหลังการบำบัดไม่ครบตามเกณฑ์ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน โดยได้รับการปล่อยตัวก่อน ให้ส่งศูนย์เพื่อการประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ ในระดับจังหวัด โดยกระทรวงมหาดไทย (ศูนย์ประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูอำเภอ หรือสถานที่ที่กำหนดที่กำหนด) ติดตาม ดูแล และช่วยเหลือด้านการศึกษา อาชีพ การมีงานทำ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และส่งมอบหลังปล่อยตัวผู้พ้นโทษ

๓. หลังพ้นโทษจากคดียาเสพติด กรณีผู้ป่วยมีโรคร่วมฝ่ายกายและจิต ให้เรือนจำ/ทัณฑสถานในพื้นที่ ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประจำพื้นที่อย่างน้อย ๑ ครั้ง/เดือน เพื่อติดตามดูแลช่วยเหลือสุขภาพกายและจิต อย่างต่อเนื่อง

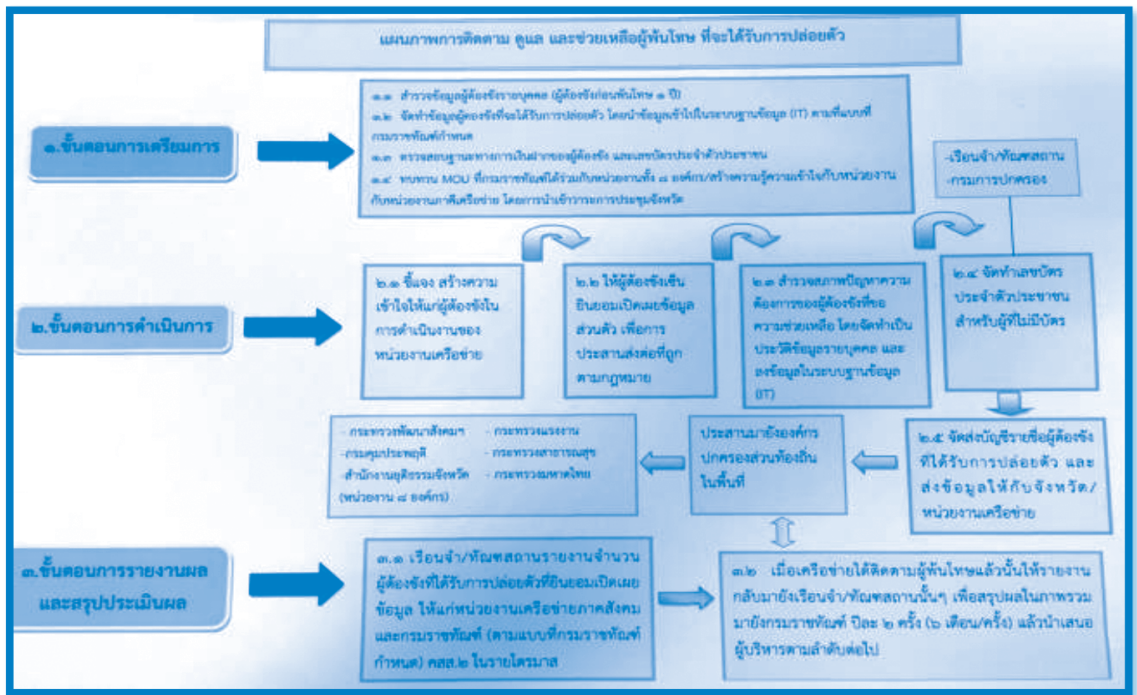
แผนภาพแสดงแผนรองรับการช่วยเหลือผู้ได้รับการพระราชทานอภัยโทษ และอภัยโทษปล่อยตัว



แผนภาพกระบวนการส่งต่อผู้ต้องขัง ภายหลังการปล่อยตัว



แผนภาพการติดตาม ดูแล และช่วยเหลือผู้พ้นโทษ ที่จะไม่ได้รับการปล่อยตัว



กรมพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ภายใต้หลักกฎหมาย/ระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. พระราชบัญญัติการบริหารการแก้ไขบำบัดฟื้นฟูเด็กและเยาวชนที่กระทำผิด พ.ศ. ๒๕๖๑

หมวด ๗ การเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยและการติดตามภายหลังปล่อยจากสถานที่ควบคุม มาตรา ๕๗



๒. พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ.๒๕๕๓

๓. กฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการลงทัณฑ์แก่เด็กและเยาวชน และการอนุญาต ให้เด็กและเยาวชนออกนอกสถานพินิจเป็นครั้งคราว พ.ศ.๒๕๕๖ (วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๖ ลงนาม นายพงศ์เทพ เทพกาญจนา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม)

๔. ระเบียบกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ว่าด้วยการดำเนินงานสถานแรกรับและศูนย์ฝึก และอบรมเด็กและเยาวชน พ.ศ.๒๕๕๗ (ประกาศ ณ วันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๕๗ ลงชื่อ นายวันชัย รุจนวงศ์ อธิบดีกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน)

๕. มาตรฐานการดำเนินงานและการปฏิบัติต่อเด็กและเยาวชนที่กระทำผิด ของกรมพินิจและ คุ้มครองเด็กและเยาวชน พ.ศ.๒๕๕๑ บทที่ ๔ มาตรฐานการดำเนินงานและการปฏิบัติต่อเด็กและเยาวชน ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน “การลาเยี่ยมบ้าน”

๖. แนวทางการดำเนินงานตามโครงการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย ๒๕๕๒ สำนักพัฒนาระบบ งานยุติธรรมเด็กและเยาวชน

กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มีการดำเนินการตามพระราชบัญญัติการบริหารการแก้ไขบำบัด ฟื้นฟูเด็กและเยาวชนที่กระทำผิด พ.ศ.๒๕๖๑ หมวด ๗ การเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยและการติดตาม ภายหลังปล่อยจากสถานที่ควบคุม มาตรา ๕๗ โดยมีวิธีการดำเนินการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย ดังนี้

๑. ฝ่ายบริหารงานทั่วไปของศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ส่งรายชื่อเด็กหรือเยาวชนที่เข้า หลักเกณฑ์เตรียมความพร้อมก่อนปล่อย

๒. ครูที่ปรึกษาตรวจสอบตามหลักเกณฑ์ ประกอบด้วย กลุ่มปกติ/ขั้นต่ำ กลุ่มพักการอบรม และกลุ่มปล่อยก่อนกำหนด

๓. นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการนักวิชาชีพศึกษาข้อมูลและประเมินสภาพปัญหา และจัดกลุ่ม เด็กหรือเยาวชน

๔. คณะกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย ศึกษาข้อมูลและจัดกิจกรรมตามสภาพปัญหา ความจำเป็น

๕. สรุปผลการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยเสนอผู้อำนวยการทราบหากเด็ก/เยาวชน ครบกำหนดปล่อยตัวให้ฝ่ายทะเบียนออกใบรับรอง (ใบบริสุทธ์) พร้อมลงทะเบียนประวัติอาชญากรให้กับเด็ก/ เยาวชน

๖. ดำเนินการติดตามและสรุปผลการติดตาม โดย นักสังคมสงเคราะห์ ติดตามดูแลเด็กหรือเยาวชน ดังนี้ ๑) เด็กหรือเยาวชนผ่านการประเมินด้วยดีติดตาม ๑ ปี ๒) เด็กหรือเยาวชนผ่านการเฝ้าผลแต่มี R/N ยังเหลือ (ปานกลาง) ดำเนินการติดตามช่วยเหลือ ๑ ปี ๓) ในกรณีที่เด็กหรือเยาวชนยังเหลือ R/N และมีความเสี่ยงสูงซึ่งมีเงื่อนไขคุมประพฤติให้ดำเนินการติดตามสอบถามกับสำนักคุมประพฤติ

ในส่วนการอนุญาตให้กลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวก่อนการปล่อยและกลับมารายงานตัว ณ ศูนย์ฝึกฯ หรือ สถานพินิจฯ มีแนวทางการดำเนินงาน/กิจกรรม เป็นไปตามคณะทำงานด้านเตรียม ความพร้อมก่อนปล่อยของศูนย์ฝึกฯ

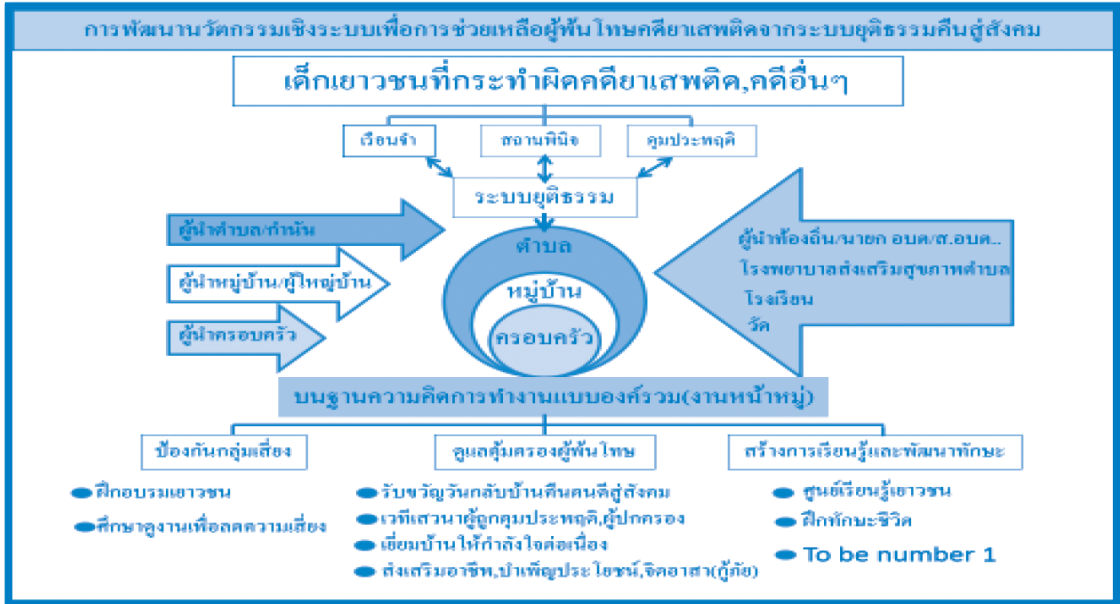


ตารางแสดงกำหนดแผนการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยให้กับเด็กและเยาวชนเป็นรายบุคคล
ตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของเด็ก/เยาวชนประเภทของกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย ดังนี้

ตารางแสดงกิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย โดยครอบครัวและเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม			
สภาพปัญหา เด็กและเยาวชน	กิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย		
	เฉพาะเด็ก/เยาวชน	ครอบครัว	เครือข่าย/ชุมชน
ไม่มี/น้อย (กลุ่ม A) เด็กดี/ ครอบครัวพร้อม	- การกลับไปเยี่ยมบ้าน (ตามระบบเลื่อนขั้น)	- การปัจฉิมนิเทศ เด็ก เยาวชน ครอบครัว และ ครอบครัวสัมพันธ์	- การแนะนำการศึกษาและวิชาชีพ - การออกไปศึกษาหรือประกอบอาชีพ ภายนอกแบบเข้าไป เย็นกลับ - การอนุญาตให้กลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว ก่อนการปล่อยและกลับมารายงานตัว ณ ศูนย์ฝึกและอบรม หรือ สถานพินิจฯ
ปานกลาง (กลุ่ม B) เด็กดี/ ครอบครัว ไม่พร้อม	- การปัจฉิมนิเทศ เด็ก เยาวชน - กิจกรรมทักษะทางสังคม - การจัดกิจกรรมเพื่อสร้าง ความเข้มแข็งทางจิตใจ - การกลับไปเยี่ยมบ้าน (ตามระบบเลื่อนขั้น)	- การปัจฉิมนิเทศ เด็ก เยาวชน ครอบครัว และ ครอบครัวสัมพันธ์ - ค่ายครอบครัว	- การแนะนำการศึกษาและวิชาชีพ - การออกไปศึกษาหรือประกอบอาชีพ ภายนอกแบบเข้าไป เย็นกลับ - การอนุญาตให้กลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว ก่อนการปล่อยและกลับมารายงานตัว ณ ศูนย์ฝึกและอบรม หรือ สถานพินิจฯ (กรณีที่ครอบครัวมีปัญหาเล็กน้อยและ มีความพร้อมในการดูแลเด็ก/เยาวชน) - ประชุมเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย ร่วมกับครอบครัวและชุมชน (ในกรณีที่ ครอบครัวมีความพร้อม/ปัญหาปานกลาง) - ครอบครัวอุปถัมภ์(กรณีครอบครัวไม่มี ความพร้อม)
ปานกลาง (กลุ่ม C) เด็กไม่พร้อม/ ครอบครัวพร้อม	- การปัจฉิมนิเทศ เด็ก เยาวชน - การฝึกทักษะชีวิต - กิจกรรมทักษะทางสังคม - การจัดกิจกรรมเพื่อสร้าง ความเข้มแข็งทางจิตใจ - การบำเพ็ญประโยชน์ - การอบรมจริยธรรม - ค่ายพุทธบุตร	- การปัจฉิมนิเทศ เด็ก เยาวชน ครอบครัว และ ครอบครัวสัมพันธ์	- การแนะนำการศึกษาและวิชาชีพ - ประชุมเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยร่วม กับครอบครัวและชุมชน - การสงเคราะห์ภายหลังการปล่อยตัว - การปล่อยตัวแบบมีเงื่อนไขคุมประพฤติ (กรณีที่เด็ก/เยาวชนมีความเสี่ยงที่จะ กระทำผิด)
มาก (กลุ่ม D) เด็กไม่พร้อม/ ครอบครัว ไม่พร้อม	- การปัจฉิมนิเทศ เด็ก เยาวชน - การฝึกทักษะชีวิต - กิจกรรมทักษะทางสังคม - การจัดกิจกรรมเพื่อสร้าง ความเข้มแข็งทางจิตใจ - การบำเพ็ญประโยชน์ - การอบรมจริยธรรม - ค่ายพุทธบุตร - ค่ายวิวัฒนาการเมือง	- ค่ายครอบครัว	- การแนะนำการศึกษาและวิชาชีพ - ประชุมเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยร่วม กับครอบครัวและชุมชน - ครอบครัวอุปถัมภ์ - การสงเคราะห์ภายหลังการปล่อยตัว - การปล่อยตัวแบบมีเงื่อนไขคุมประพฤติ



แผนภาพแสดงการพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ เพื่อการช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัด
ที่กระทำความผิดคดียาเสพติดจากระบบยุติธรรมคืนสู่สังคม
(ช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดหรือผู้กระทำความผิด)



กลไกการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเสพติดที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม พันโทคดียาเสพติด
กลไกระดับอำเภอ

• ผู้รับผิดชอบ : กำหนดให้กระทรวงมหาดไทย (ศูนย์ประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูอำเภอ หรือสถานที่ที่กำหนด)

วิธีการดำเนินงาน ดังนี้

• ด้านการบริหาร

๑. รับนโยบายจากผู้บริหาร และดำเนินการจัดทำแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเสพติดที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม รวมทั้งผู้พ้นโทษคดียาเสพติด (กรมพินิจฯ บางรายไม่ใช่คดียาเสพติด)
๒. เป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการ พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเสพติดที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม รวมทั้งผู้พ้นโทษคดียาเสพติด (กรมพินิจฯ บางรายไม่ใช่คดียาเสพติด)
๓. กำหนดและจัดทำผังเครือข่ายการประสานการรับส่งต่อข้อมูล และผู้สูงอายุเสพติดที่ผ่าน กระบวนการยุติธรรม รวมทั้งผู้พ้นโทษคดียาเสพติด (กรมพินิจฯ บางรายไม่ใช่คดียาเสพติด)

• ด้านการบริการ

๑. จัดระบบบริการรับส่งต่อข้อมูล และผู้สูงอายุเสพติดที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม พันโทคดียาเสพติด เพื่อการดูแลและคุ้มครองสิทธิ เช่น แบบสอบถามความต้องการช่วยเหลือ แผนพับรายชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ LINE และ/หรือ หน่วยงานที่ต้องการติดต่อ และจัดบริการ ให้ความช่วยเหลือทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม



๒. จัดระบบทีมติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ใช้จ่ายยาเสพติด ที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม รวมทั้งผู้พันโทษคดียาเสพติด โดยใช้กลไกคณะกรรมการหมู่บ้าน หรือ กลไกขององค์กรภาคประชาสังคม ให้ดำเนินการภายใต้กิจกรรม คือ รับขวัญวันกลับบ้านคืนคนดี สู่สังคม การให้คำปรึกษา แนะนำ ผู้ใช้จ่ายยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการยุติธรรมพ้นโทษคดียาเสพติด และครอบครัว รวมถึงการเยี่ยมบ้านให้กำลังใจต่อเนื่อง ตลอดจนส่งเสริมอาชีพ บำเพ็ญประโยชน์, จิตอาสา (กู้ภัย) เพื่อสร้างคุณค่าให้กับตนเองและสังคม

๓. ติดตาม และประเมินคุณภาพการติดตาม ดูแล ช่วยเหลือผู้ใช้จ่ายยาเสพติด ที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม รวมทั้งผู้พ้นโทษคดียาเสพติด ผ่านกลไกระดับตำบล โดยคณะกรรมการหมู่บ้าน

• ด้านการพัฒนางานและบุคลากร

๑. นำเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่เหมาะสม กับบริบทมาใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้จ่ายยาเสพติด ที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม พ้นโทษคดียาเสพติด เพื่อการบันทึก ข้อมูล ผลการดำเนินงาน รายงานการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ใช้จ่ายยาเสพติด ที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม ซึ่งพ้นโทษในคดียาเสพติดหรือคดีอื่นๆ เช่น การรายงานข้อมูลการติดตามผ่านโทรศัพท์มือถือ

๒. นำระบบและกำหนดกลวิธีพัฒนางาน และบุคลากรในทีมติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ใช้จ่ายยาเสพติด ที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม ซึ่งพ้นโทษในคดียาเสพติดหรือคดีอื่นๆ

๓. นำระบบการวัดศักยภาพการปฏิบัติงานและวิเคราะห์งานดูแลช่วยเหลือผู้ใช้จ่ายยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม พ้นโทษคดียาเสพติด

กลไกระดับตำบล

• ผู้รับผิดชอบ : กำหนดให้คณะกรรมการหมู่บ้าน

วิธีการดำเนินงาน ดังนี้

• ด้านการบริหาร

๑. รับนโยบายจากผู้บริหารระดับอำเภอ และดำเนินการจัดทำแผนการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้จ่ายยาเสพติด ที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม ซึ่งพ้นโทษในคดียาเสพติดหรือคดีอื่นๆ ระดับตำบล/หมู่บ้าน

๒. เป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการ พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้จ่ายยาเสพติด ที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม ซึ่งพ้นโทษในคดียาเสพติดหรือคดีอื่นๆ ระดับตำบล/หมู่บ้าน

๓. กำหนดและจัดทำ ผังเครือข่ายการประสานการรับส่งต่อข้อมูล และผู้ใช้จ่ายยาเสพติด ที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม ซึ่งพ้นโทษในคดียาเสพติดหรือคดีอื่นๆ ระดับตำบล/หมู่บ้าน

• ด้านการบริการ

๑. จัดระบบบริการรับส่งต่อข้อมูล และผู้ใช้จ่ายยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม ซึ่งพ้นโทษในคดียาเสพติด หรือคดีอื่นๆ เพื่อการดูแลและคุ้มครองสิทธิ เช่น แบบสอบถามความต้องการช่วยเหลือ แผนพบรายชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ LINE และ/หรือ หน่วยงานที่ต้องการติดต่อ และจัดบริการให้ความช่วยเหลือ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม ในระดับตำบล/หมู่บ้าน

๒. จัดระบบ มอบหมายผู้รับผิดชอบ ร่วมเป็นทีมติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ใช้จ่ายยาเสพติด ที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม ซึ่งพ้นโทษในคดียาเสพติดหรือคดีอื่นๆ โดยใช้กลไกคณะกรรมการหมู่บ้าน หรือ กลไกขององค์กรภาคประชาสังคม ให้ดำเนินการภายใต้กิจกรรม อาทิเช่น รับขวัญวันกลับบ้านคืนคนดีสู่สังคม



การให้คำปรึกษา แนะนำ ผู้สูงอายุเสพติดที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม พันโทษคดียาเสพติด และครอบครัว รวมถึง การเยี่ยมบ้านให้กำลังใจต่อเนื่อง ตลอดจนส่งเสริมอาชีพ บำเพ็ญประโยชน์, จิตอาสา (กุ๊กภัย) เพื่อสร้างคุณค่าให้กับตนเองและสังคม ในระดับตำบล/หมู่บ้าน

๓. ติดตาม และ ประเมิน คุณภาพการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเสพติด ที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม ซึ่งพันโทษในคดียาเสพติดหรือคดีอื่นๆ ในระดับตำบล/หมู่บ้าน

• ด้านการพัฒนางานและบุคลากร

๑. เทคโนโลยีสารสนเทศ ที่เหมาะสม กับบริบทมาใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเสพติด ที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม ซึ่งพันโทษในคดียาเสพติดหรือคดีอื่นๆ เพื่อการบันทึกข้อมูล ผลการดำเนินงาน รายงานการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเสพติด ที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม ซึ่งพันโทษในคดียาเสพติดหรือคดีอื่นๆ เช่น การรายงานข้อมูลการติดตามผ่านโทรศัพท์มือถือ เพื่อรายงานข้อมูลไปยังกระทรวงมหาดไทย (ศูนย์ประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูอำเภอ หรือสถานที่ที่กำหนด)

๒. นำระบบและกำหนดกลวิธีพัฒนางาน และบุคลากรในทีมติดตามดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเสพติด ที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม ซึ่งพันโทษในคดียาเสพติดหรือคดีอื่นๆ

๓. นำระบบการวัดศักยภาพการปฏิบัติงานและวิเคราะห์งานดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเสพติด ที่ผ่านกระบวนการยุติธรรม ซึ่งพันโทษในคดียาเสพติดหรือคดีอื่นๆ



บทที่ ๖

ตัวอย่างการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

ตัวอย่างการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง เป็นเพียงตัวอย่าง บางส่วน ซึ่งประสบความสำเร็จในการดำเนินการป้องกันและบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน เพื่อใช้เป็น ข้อมูลในการพิจารณา สร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้มีอำนาจในชุมชน ผู้นำชุมชน สมาชิกในชุมชน หน่วยงาน บริการสุขภาพ หน่วยงานสวัสดิการสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน ผู้นำศาสนา ผู้นำทางธุรกิจ ตำรวจชุมชน เจ้าหน้าที่ปกครอง ที่บังคับใช้กฎหมาย ในการประยุกต์ใช้ประโยชน์การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน ให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ตัวอย่างที่ ๑ พื้นที่ ตำบลแม่เปา อำเภอพญามังราย จังหวัดเชียงราย

เริ่มต้นจากการมีส่วนร่วมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติด ช่วงปี พ.ศ.๒๕๔๗ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในพื้นที่ตำบลแม่เปา ประสบปัญหาตกเกณฑ์การประเมินทุกแห่ง ทำให้เกิดการรวมตัวของผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ทั้งจากโรงพยาบาลพญามังราย องค์กรบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน โรงเรียน เป็นคณะทำงานร่วมกัน สืบสวนสภาพปัญหาและดำเนินการแก้ไขร่วมกัน โดยมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กแรกคลอดจนถึงปฐมวัย ก่อให้เกิดฐานทำงานแบบมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ขึ้น กลไกดังกล่าวได้รวมตัวกันอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันประกอบด้วยผู้บริหารส่วนท้องถิ่น ครู โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สภาสตรี สภาดูแลเด็กและเยาวชน พระสงฆ์ กลุ่มเด็กเสี่ยง กลุ่มเสพ กลุ่มผู้พันโทษ ด้วยการสนับสนุนจากโรงพยาบาล มังราย สสอ. นายอำเภอ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และคณะทำงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติดระดับอำเภอเป็นหน่วยงานพี่เลี้ยง

ด้านการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูในชุมชน คือ ร่วมกับครอบครัวติดตามดูแลหลังการบำบัด แบบผู้ป่วยนอก ลดการตีตราและกระตุ้นชุมชนให้โอกาสผู้มีปัญหาเสพติดที่ผ่านการบำบัดแล้วเข้าทำงาน

ด้านการฟื้นฟูส่งเสริมอาชีพ กระตุ้นชุมชนให้โอกาส และเพิ่มผู้ประกอบการในชุมชน จ้างงานผู้มีปัญหาเสพติดที่ผ่านการบำบัดแล้ว

ตัวอย่างที่ ๒ พื้นที่ ตำบลเขื่อนผาก อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

เริ่มต้นจากการมีส่วนร่วมดูแลผู้มีปัญหาเสพติดในชุมชน อำเภอพร้าว มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอ ตามแนวชายแดนที่เป็นเส้นทางลำเลียงยาเสพติด จึงมีปัญหายาเสพติดแพร่ระบาดมากโดยเป็นทางผ่าน และพื้นที่พักยา ตำบลเขื่อนผาก มี ๑๐ หมู่บ้าน รวมกำลังกันรับมือกับปัญหายาเสพติดในพื้นที่ ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๑ โดยเริ่มจากผู้นำและชาวบ้านจิตอาสาในชุมชนและได้รับความร่วมมือจากทั้งฝ่ายท้องถิ่น คือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ และฝ่ายท้องถิ่น คือ นายกองจัดการบริหารส่วนตำบล โดยมีโรงพยาบาล สร้างเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นพี่เลี้ยง



กระบวนการทำงาน คือ ฝ่ายท้องถิ่น และรพ.สต. เป็นผู้เข้าถึงและช่วยเหลือดูแลผู้มีปัญหา ขณะที่ฝ่ายท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนเงินและทรัพยากร ขณะเดียวกันก็กระตุ้นชุมชนทั้งที่รวมกันเป็นกลุ่มชมรมอาสาสมัคร รายบุคคล และครอบครัวของผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้ลุกขึ้นมาเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน เริ่มดำเนินการสุ่มตรวจปัสสาวะในเยาวชน ภายใต้งื่อนไขว่ หากตรวจพบสารเสพติดก็ต้องสมัครใจเข้าสู่การบำบัดโดยชุมชน แต่หากไม่มาตรวจหรือตรวจพบแต่ไม่รับการบำบัด ชุมชนจะไม่ดูแลช่วยเหลือและจะส่งตัวไปให้ตำรวจดำเนินคดีตามกฎหมาย

การบำบัดในชุมชนพัฒนาขึ้นเองโดยปรับจากรูปแบบค่ายของอำเภอ แต่ลดความรุนแรงและการบังคับลง จัดเป็นค่ายชุมชนกิน-นอนร่วมกัน ๓ วัน ๒ คืน ในบรรยากาศเอื้ออาหารแบบพี่น้อง เปิดใจพูดคุยปัญหา ทำสัญญาจะไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด หลังผ่านค่ายชุมชนบำบัดจะมีการเยี่ยมบ้านติดตามดูแลทุกเรื่องอย่างต่อเนื่อง ต่อมาเมื่อชุมชนเห็นผลการดำเนินการจะมีผู้เสพหรือครอบครัวที่สมัครใจพาลูกที่เสพยาเสพติดมาขอรับการดูแลมากขึ้น ในเดือนกันยายน ๒๕๕๙ มีการดูแลผู้เสพทั้งสิ้น ๑๒๔ คน สามารถหยุดเสพได้สำเร็จ ๙๙ คน อีก ๒๕ คนยังมีการเสพซ้ำและอยู่ในระหว่างการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้มีการจัดเวทีคืนข้อมูลผลการดูแลและติดตามให้กับสมาชิกชุมชนได้รับรู้อย่างสม่ำเสมอพร้อมร่วมพูดคุยถึงมาตรการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ปัจจุบัน ตำบลเฝ้าระวังยังคงเฝ้าระวังและค้นหา/คัดกรองผู้มีปัญหาเสพติดอยู่ตลอด โดยทำงานอย่างใกล้ชิดกับฝ่ายปกครองของอำเภอพร้าวกว้าง เพื่อให้รู้เท่าทันสถานการณ์ ลดจำนวนผู้ค้า/ผู้เกี่ยวข้องและผู้ใช้ยาเสพติด

ตัวอย่างที่ ๓ พื้นที่ ตำบลท่าฉนวน อำเภอคลองไทรลาค จังหวัดสุโขทัย

จุดเริ่มต้น การมีส่วนร่วมดูแลผู้มีปัญหาเสพติดในชุมชนพื้นที่ตำบลท่าฉนวนเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดมาก การแก้ปัญหาเริ่มด้วยแนวร่วม ซึ่งประกอบด้วย สารวัตรใหญ่จากสถานีตำรวจภูธรก้านัน รพ.สต. และ อสม. ทั้งนี้ อสม. ที่ดูแล ๑ คน ต่อ ๒๐ บ้าน มีข้อมูลของคนในหมู่บ้านและสามารถค้นหาผู้มีปัญหาเสพติดได้ จึงเริ่มจากการทำความเข้าใจกับชุมชน โดยนัดหมายพูดคุยกับชุมชน ๓ ครั้ง ครั้งที่ ๑ เพื่อรับทราบปัญหาและแนวทางการทำงานร่วมกันพร้อมกับปรับทัศนคติของชุมชนต่อผู้มีปัญหาเสพติด ครั้งที่ ๒ เพื่อร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการประจำตำบล และครั้งที่ ๓ เพื่อเปิดให้ชุมชนแจ้งข้อมูลโดยไม่เปิดเผยตัว จากนั้นนำข้อมูลมาคัดแยก ข้อมูลผู้ค้าส่งให้แก่เจ้าหน้าที่รัฐฝ่ายปราบปราม ข้อมูลผู้เสพคัดกรองซ้ำอีกครั้งก่อนมุ่งใจเข้าสู่การบำบัดในชุมชน โดยการจูงใจให้เข้าบำบัดเป็นการลงพื้นที่เชิงรุกแบบเคาะประตูบ้านพร้อมกับ การสร้างมุมมองที่ดีต่อค่ายบำบัดให้กับทั้งผู้มีปัญหาเสพติดและสมาชิกในครอบครัว ควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพ เช่น ไข่เลือดออก เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงฟื้นฟูสภาพผู้พิการ และดำเนินกระบวนการบำบัดโดยชุมชน

ภายหลังการบำบัดโดยชุมชน ยังมีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบูรณาการเข้ากับงานเยี่ยมบ้าน เพื่อดูแลสุขภาพอื่นๆ การช่วยสนับสนุนด้านการอาชีพ จนสามารถช่วยให้สามารถฟื้นฟูเข้าสู่สังคมได้โดยไม่กลับไปเสพซ้ำอีก

นอกจากนั้น ยังมีการให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เด็กนักเรียนในสถานศึกษาและเด็กนอกสถานศึกษา และการขอความร่วมมือจากร้านค้าในชุมชนงดขายเหล้าและบุหรี่ให้กับเด็กและเยาวชน รวมถึงอบรม



อาสาสมัครตำรวจบ้านเพื่อเฝ้าระวังในชุมชนด้วยการตั้งด่านชุมชน โดยชุมชนและตำรวจบ้าน มีการใช้พื้นที่ของวัดเพื่อจัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับครอบครัวและชุมชน

ตัวอย่างที่ ๔. พื้นที่ อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์

การดำเนินงานของศูนย์เพื่อการคัดกรองยาเสพติดโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ที่ผ่านมา พบว่า การบำบัดรักษาเสพติดเป็นเพียงการแก้ปัญหาที่ปลายทาง จึงได้เชื่อมโยงคนทำงานจาก ๘ หน่วยงานในพื้นที่ให้มาทำงานร่วมกัน ได้แก่ ทีมสุขภาพ ครูฝ่ายปกครอง ครูที่ปรึกษา ผู้ปกครอง ชุมชน ตำรวจ/ทหาร ฝ่ายปกครอง ท้องที่ และฝ่ายยุติธรรม ซึ่งทุกฝ่ายได้เปลี่ยนทัศนคติหรือแนวคิดการทำงานไปจากเดิม โดยมองว่าการแก้ปัญหาการใช้ยาเสพติดในวัยรุ่นต้องอยู่บนหลักการ ๔ ข้อ คือ ๑) ความรัก ๒) การให้อภัย ๓) การค้นหาศักยภาพ ๔) การสร้างคุณค่าให้ชีวิต

แนวทางการป้องกันและแก้ไขยาเสพติดได้พัฒนาใหม่เป็น ๒ ทาง คือ

๑) การพัฒนากระบวนการบำบัดโดยให้ภาคีต่างๆ มีส่วนร่วม

๒) การย้อนรอยวิเคราะห์ประวัติชีวิตวัยรุ่นที่ใช้ยาเสพติด เพื่อเรียนรู้ว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลชักนำให้เยาวชนเข้าไปสู่การใช้สารเสพติด ทั้งนี้ การทำงานใน ๒ รูปแบบดังกล่าว เป็นที่มาของการสร้างโปรแกรมบำบัด โปรแกรมติดตาม และโปรแกรมการเฝ้าระวัง ค้นหากลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เด็กติดเกม ขาดเรียน มีผลการเรียนต่ำ กลุ่มที่มีการมั่วสุม เป็นต้น เพื่อเข้าสู่การบำบัดติดตามที่เหมาะสม ซึ่งหมอดินได้ใช้โรงเรียนเป็นฐานบำบัดดูแล (School-Base Integrated Care)

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา สามารถลดการกลับมาเสพติดซ้ำลงจาก ร้อยละ ๒๐ เหลือร้อยละ ๕.๗๑ โดยร้อยละ ๘๐ ของเด็กและเยาวชน ๙๗๒ ราย ที่เข้าสู่กระบวนการดูแลของโรงพยาบาลนั้นปลอดภัยสามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวและสร้างคุณค่าให้สังคมได้ต่อไป

อาจกล่าวโดยสรุปตัวอย่างการบำบัดในชุมชนทั้ง ๓ ตัวอย่าง เป็นกระบวนการจัดการปัญหาเสพติดในพื้นที่ต้องเป็นการจัดการตนเองของชุมชน โดยฝ่ายท้องที่กับฝ่ายท้องถื่นจับมือกันและปรับสมดุลโครงสร้างอำนาจในการจัดการตนเองเพื่อเคลื่อนงานไปด้วยกัน โดยภาครัฐและภาควิชาการทำหน้าที่เพียงสนับสนุนทรัพยากรและองค์ความรู้/ทักษะที่ชุมชน ขาดแคลนและต้องการ เพื่อเสริมพลังชุมชนให้มีศักยภาพพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง ด้วยตนเองต่อไปได้



ภาคผนวก ๑

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่

๑. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต (พขอ./พชข.) ประกอบด้วย

๑.๑ นายอำเภอ/ผู้อำนวยการเขต : เป็นประธาน

๑.๒ สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข : เป็นเลขานุการที่ผู้อำนวยการเขต
แต่งตั้งเป็นกรรมการ

๑.๓ มีตัวแทนภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและตัวแทน
ภาครัฐ : เป็นคณะกรรมการ มาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามสภาพปัญหาของแต่ละอำเภอ
เน้นกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขยะ
สิ่งแวดล้อม ให้ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการของรัฐ

๒. อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) คือ กำหนดแผนงาน
และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และดำเนินการให้การขับเคลื่อนตามแผนงานดังกล่าว
โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต (พขอ./พชข.) ดังนี้

(๑) กำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๒) ดำเนินการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ตาม (๑) โดยประสาน
งานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ภายในและภายนอกเขตอำเภอ

(๓) บูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และ
ภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนา
คุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๔) สนับสนุนและส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

(๕) เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อ
หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

(๖) ประสานงานกับ พขอ. ในอำเภออื่น หรือ พชข. เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงาน
อย่างมีประสิทธิภาพ

(๗) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๘) เรียกให้ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงาน
ของเอกชนในอำเภอ จัดส่งข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแผนงาน
เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ หรือการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ

(๙) ปฏิบัติการอื่นใดที่จำเป็นและต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการตาม
ระเบียบนี้ หรือตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของ พขอ. หรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

การดำเนินการตาม (๑) ให้รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และ
ภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประเมินสถานการณ์และสภาพปัญหาต่างๆ ในอำเภอด้วย



ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อให้เกิดความร่วมมือกับทุกภาคส่วนเพื่อให้เป็นไปตามแผนงานเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ที่กำหนดตาม (๑)

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ พชช.

ให้นำข้อ ๕ ข้อ ๗ ข้อ ๘ ข้อ ๑๑ และข้อ ๑๒ มาบังคับกับ พชช. ด้วยโดยอนุโลมให้ พชช. รายงานความก้าวหน้า ปัญหา หรืออุปสรรคในการดำเนินงานรวมทั้งขอรับการสนับสนุนต่อผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ภาคผนวก ๒

ผลการศึกษาวิจัยสถาบัน NIDA ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดหลักการในการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดไว้ ๑๓ ข้อ ที่จะทำให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดได้ผล ดังนี้

๑) ไม่มีวิธีการรักษาแบบใดที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการบริการทุกคน การจัดสรรบริการด้วยวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมกับปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการเป็นหลักสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการเลิกยาเสพติด และกลับไปดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า ต่อครอบครัว และสังคม

๒) การบำบัดรักษาติดยาเสพติด หน่วยงานต้องมีความพร้อมให้บริการอยู่เสมอ ผู้ติดยาเสพติดมักลังเลใจที่จะเข้ามารับการรักษา ดังนั้นจึงควรให้โอกาสที่พวกเขาพร้อมจะรักษาให้เป็นประโยชน์ด้วยการให้บริการตอบสนองอย่างฉับพลัน

๓) การรักษาที่มีประสิทธิภาพจะต้องให้การดูแลตามความจำเป็นของแต่ละบุคคลไม่จำกัดเฉพาะการใช้สารเสพติดเท่านั้น ควรดูแลช่วยเหลือด้านอื่นๆ ด้วย ได้แก่ ปัญหาด้านการแพทย์ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านอาชีพ และด้านกฎหมาย

๔) แผนการให้บริการรักษาจะต้องได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง และปรับให้เหมาะสมกับความจำเป็นของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงของการรักษา เพราะนอกจากการให้การปรึกษาหรือจิตบำบัดแล้ว ก็อาจต้องการบริการด้านการแพทย์ ครอบครัวบำบัด การฟื้นฟูด้านอาชีพและสังคม และควรช่วยเหลือด้านกฎหมาย ตามความเหมาะสมโดยคำนึงถึงเพศ วัย เชื้อชาติและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

๕) การทำให้ผู้รับบริการอยู่ในระบบบำบัดรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม จะทำให้การรักษา มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับปัญหา และความจำเป็นของพวกเขา จากผลการวิจัยระบุว่าส่วนใหญ่ผู้ติดยาเสพติดจะเริ่มมีการปรับปรุงตัวดีขึ้น เมื่ออยู่ในระบบการรักษาประมาณ ๓ เดือน และถ้ายังอยู่ในระบบการรักษาต่อไปอีก ก็ยังทำให้การฟื้นฟูสภาพก้าวหน้ายิ่งขึ้น แต่เนื่องจากผู้รับบริการมักจะออกจากระบบการรักษาก่อนเวลาอันสมควร ดังนั้นโปรแกรมการรักษาจะต้องเพิ่มกลยุทธ์ที่จะดึงดูดให้ผู้รับบริการคงอยู่ในระบบรักษาให้นานขึ้น

๖) การให้คำปรึกษา (รายบุคคล/กลุ่ม) และการทำพฤติกรรมบำบัด ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการรักษา ผู้ติดยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ โดยจะต้องกล่าวถึงเรื่องแรงจูงใจ การเสริมสร้างทักษะต่อการต้านการใช้ยาเสพติด การสร้างและเสริมแรงให้เกิดกิจกรรมใหม่ๆ ที่ไม่ใช้ยาเสพติดทดแทน กิจกรรมเดิม และเพิ่มพูนความสามารถในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้การทำพฤติกรรมบำบัดยังช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสามารถในการปรับตัวกับครอบครัวและชุมชนด้วย



๗) โดยส่วนใหญ่ การรักษาด้วย “ยา” เป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งของผู้รับบริการ โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานกับการให้การปรึกษาและพฤติกรรมบำบัดแบบต่างๆ เพราะ “ยา” บางชนิดช่วยในการรักษาและลดการใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายได้ หรือช่วยป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ หรือช่วยให้การรักษา มีประสิทธิภาพสูงขึ้น และสำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีอาการทางจิตก็ต้องใช้ทั้งการรักษาด้านพฤติกรรมและการรักษาด้วยยาไปพร้อมกัน

๘) ผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย ควรจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาอาการทางจิตร่วมกับการติดยาเสพติด

๙) การถอนพิษยาเป็นเพียงขั้นตอนแรกของการรักษา และไม่ได้ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถาวร

๑๐) การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพไม่จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจของผู้รับบริการเท่านั้น การบังคับบำบัด หรือโน้มน้าวจากครอบครัว นายจ้าง หรือระบบกฎหมาย ก็สามารถที่จะช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ามารับการบำบัดรักษาและอยู่ในระบบจนประสบความสำเร็จในการรักษาเพิ่มขึ้นได้

๑๑) ควรมีการเฝ้าระวัง การใช้สารเสพติดที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการรักษาอย่างสม่ำเสมอ อย่างเช่น การตรวจปัสสาวะ จะเป็นการช่วยให้ผู้รับบริการต่อสู้กับสิ่งกระตุ้นให้ไปใช้ยาได้ และยังช่วยให้การปรับแผนการบำบัดรักษาของแต่ละคนได้ทันทั่วทั้งที่ นอกจากนี้ การบอกผลการตรวจปัสสาวะแก่ผู้รับบริการยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของการเฝ้าระวังอีกด้วย

๑๒) โปรแกรมการบำบัดรักษาควรมีการประเมินโรคติดเชื้อที่สำคัญๆ ด้วย เช่น HIV/AIDS/ ไวรัสตับอักเสบบีและซี/วัณโรค และโรคติดเชื้ออื่นๆ รวมถึงการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคได้ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และยังช่วยให้ผู้ที่ติดเชื้อโรคแล้วสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของเขาได้

๑๓) การฟื้นฟูสุขภาพจากการติดยาเสพติดเป็นกระบวนการที่ต้องการใช้เวลานาน และอาจต้องบำบัดรักษาหลายครั้ง กว่าที่ผู้ติดยาเสพติดจะสามารถเลิกยาได้อย่างถาวร สามารถดำเนินชีวิตต่อไปอย่างปกติสุข ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยกันเอง (Self – help – Group) ในระหว่างการบำบัดรักษาและการติดตามผลหลังการบำบัดรักษาจะเป็นประโยชน์ต่อการเลิกยาเสพติดได้ยาวนานต่อไป

ภาคผนวก ๓

กลไกคณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.)

คณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) อาศัยอำนาจและหน้าที่ตามกฎหมาย มาตรา ๒๘ ตรี แห่งพระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ.๒๔๕๗ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๑๑) พ.ศ. ๒๕๕๑ และระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การเป็นกรรมการหมู่บ้าน การปฏิบัติหน้าที่และการประชุมของคณะกรรมการหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๑

โครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) โดยยึดหลัก “การบูรณาการคนและบูรณาการงานในหมู่บ้าน” ทำหน้าที่บริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาหมู่บ้านเปรียบเสมือนเป็น “คณะรัฐมนตรีของหมู่บ้าน” ให้เกิดเอกภาพ และก่อประโยชน์สูงสุดต่อพี่น้องประชาชน



หน้าที่ของคณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) คือ ๑) การให้ความช่วยเหลือ แนะนำ และให้คำปรึกษา ๒) การปฏิบัติตามระเบียบ กฎหมาย ให้อำนาจไว้ เช่น การประนีประนอมข้อพิพาทในหมู่บ้าน ๓) การทำงานตามที่นายอำเภอมอบหมาย ๔) การทำงานตามที่ผู้ใหญ่บ้านร้องขอ ๕) การบูรณาการจัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้าน ๖) บริหารจัดการกิจกรรมในหมู่บ้านร่วมกับทุกภาคส่วน

ภาคผนวก ๔

แนวทางการดำเนินงานตาม ๙ ขั้นตอนสร้างชุมชนเข้มแข็งเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดของชุดปฏิบัติการประจำตำบล (ครู ข) มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ สืบสภาพชุมชน

- จัดทำแผนออกพบปะพูดคุยกับผู้นำในชุมชน ประชาชน เพื่อรับทราบสภาพปัญหาทุกด้าน
- จัดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ พูดคุย

ขั้นตอนที่ ๒ พบปะแกนนำ/ผู้นำธรรมชาติ

- ประชุมปรึกษา ผู้นำชุมชน ผู้นำทางธรรมชาติ วางแผนดำเนินงาน
- หมายเหตุ** ขั้นตอนที่ ๑ และขั้นตอนที่ ๒ สามารถจัดพร้อมกันได้

ขั้นตอนที่ ๓ ประกาศวาระหมู่บ้าน/ชุมชน (เวทีประชาคมครั้งแรก)

- จัดประชุมชาวบ้าน ผู้นำชุมชน/อสม./ผู้นำธรรมชาติ
- ชี้แจงความเป็นมาของการดำเนินงาน
- จัดตั้งคณะกรรมการชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำด้านต่างๆ ในชุมชน
- กำหนดวาระการแก้ไขปัญหาเสพติดของชุมชน ตัดประกาศเป็นลายลักษณ์อักษรให้ชุมชนทราบ
- ร่วมกำหนดมาตรการ กติกา ของชุมชนให้ชัดเจน
- บูรณาการกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน เช่น โครงการ TO BE NUMBER

ONE กองทุนแม่ของแผ่นดิน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ ๔ รณรงค์ประชาสัมพันธ์

- จัดให้มีการรณรงค์/ประชาสัมพันธ์ ให้ชุมชนทราบทุกครัวเรือน ทั้งสื่อบุคคล สื่อสาธารณะ และสื่อสังคมออนไลน์

- สนับสนุนสื่อในการเผยแพร่ความรู้ ป้ายประชาสัมพันธ์ บทความหอกระจายข่าว สื่อสังคมออนไลน์
- ประชาสัมพันธ์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในงานประเพณีท้องถิ่น
- จัดทำผังการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน ผังคณะกรรมการ
- ประชาสัมพันธ์ความก้าวหน้าของการดำเนินการทุกสัปดาห์

หมายเหตุ

- ขั้นตอนที่ ๔ ดำเนินการโดยผู้นำชุมชน/อสม. โดยชุดปฏิบัติการประจำตำบล (ครู ข) สนับสนุนด้านสื่อประชาสัมพันธ์บางส่วน เช่น สื่อบทความ สปอตประชาสัมพันธ์ สื่อสังคมออนไลน์

- ดำเนินงบประมาณ ขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กองทุนในชุมชน
- การประชาสัมพันธ์สามารถทำพร้อมๆกับทุกขั้นตอนได้



ขั้นตอนที่ ๕ คัดแยกผู้มีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด (เวทีประชาคมครั้งที่ ๒)

- ประชุมคณะกรรมการชุมชนเข้มแข็ง และให้กรรมการกรอกรายชื่อ ผู้เสพ-ผู้ค้า-ผู้ผลิต หย่อนในกล่อง (รายชื่อที่กรอกรควรมีกำหนดระยะเวลาที่มีการยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดย้อนหลังที่ชัดเจน เช่น เคยมีพฤติกรรมเสพยาและค้า ภายใน ๑ ปี เป็นต้น)
- นำรายชื่อมาพิจารณาร่วมกัน จัดทำทะเบียนผู้มีพฤติกรรมยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดในชุมชน

ขั้นตอนที่ ๖ แนวทางการป้องกันยาเสพติด

- เป็นการจัดกิจกรรมบูรณาการการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน สถานศึกษาและสถานประกอบการ
- ส่งเสริมกิจกรรมเชิงป้องกัน เช่น การจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ เช่น ส่งเสริมกิจกรรมแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์ ดนตรี กีฬา ศิลปวัฒนธรรม เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันแก่เยาวชน

หมายเหตุ ขั้นตอนที่ ๖ ดำเนินการโดย หน่วยงานภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด

ขั้นตอนที่ ๗ การรับรองครัวเรือน (เวทีประชาคมครั้งที่ ๓)

- การประชุมเพื่อรับรองครอบครัวเข้มแข็ง
- การประกาศเกียรติคุณครอบครัวที่ปลอดยาเสพติด โดยการมอบธงขาว
- มอบเกียรติบัตรครอบครัว TO BE NUMBER ONE (หน่วยงานสาธารณสุขจัดทำ)

หมายเหตุ การจัดกิจกรรมในขั้นตอนที่ ๗ สามารถจัดรวมกันเป็นพิธี ในภาพตำบล/อำเภอได้

ขั้นตอนที่ ๘ ใช้มาตรการทางสังคม

- ใช้มาตรการสังคมเพื่อสร้างเงื่อนไข ตามกติกาของชุมชนที่ประกาศเป็นวาระหมู่บ้าน โดยนำผู้ที่มีพฤติกรรมยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดมาทำความเข้าใจ และทำข้อตกลงกับคณะกรรมการชุมชนเข้มแข็ง
- คณะกรรมการชุมชนเข้มแข็ง ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย
- ดำเนินการตามกฎหมาย กติกา ของชุมชนต่อผู้ละเมิด
- ประสานความร่วมมือในการจัดกิจกรรมด้านการบำบัดในกลุ่มผู้เสพยากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ ๙ รักษาสถานะชุมชนเข้มแข็ง

- คณะกรรมการชุมชนเข้มแข็ง ติดตามสถานการณ์และรายงานสถานการณ์อำเภอทุกเดือน
- ประกาศให้ชุมชนรู้ทุกเดือน
- ดำเนินการตามมาตรการของชุมชนอย่างจริงจัง

ภาคผนวก ๕

๑. ตารางแสดงระยะเวลาติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ผ่านกระบวนการชุมชน
๒. ตัวอย่างแผนการป้องกันการกลับไปเสพยา



๑. ตารางแสดงระยะเวลาติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ผ่านกระบวนการชุมชน

ระยะเวลา	จำแนกกลุ่ม	ระยะเวลา	กิจกรรม การติดตาม	ผู้รับผิดชอบ
ระยะเวลา ๑ ปี	ผู้ใช้ - ผู้เสพ - ผู้ติด - กลุ่มที่มีภาวะ ฉุกเฉินจาก สารกลุ่ม แอมเฟตามีน ฝิ่น เฮโรอีน และกลุ่มเมมา ยาบ้า/กาวรั้ว - กลุ่มที่ผ่าน กระบวนการ ยุติธรรมแล้ว โทษรอลงอาญา ไว้ก่อน	๑ ครั้ง ใน ๓๐ วัน ติดตามอย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง เป็นระยะเวลา ๑ ปี (น้ำหนักคำแนะนำ ++) และสุ่มตรวจปัสสาวะ ตาม ความเหมาะสม (น้ำหนักคำแนะนำ +/-) ครั้งที่ ๑ หลังการจำหน่าย ๒ สัปดาห์ ครั้งที่ ๒ หลังการจำหน่าย ๑ เดือน ครั้งที่ ๓ - ครั้งที่ ๑๒ หลังการจำหน่าย เดือนละ ๑ ครั้ง	กิจกรรมการติดตาม ประกอบด้วย ๑. การติดตามรักษา ๑) ประเมินสภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม/ประเมินครอบครัว และตรวจหา สารเสพติดในปัสสาวะ ๒) กิจกรรมช่วยเหลือในการติดตาม มีหลายวิธี ได้แก่ - การสัมภาษณ์ หรือสอบข้อมูล - ให้คำปรึกษา แนะนำ แก้ไขปัญหา กรณีรายบุคคล/รายกลุ่ม - เสริมกำลังใจ แนะนำ - การให้บริการสุขภาพที่บ้าน - การทำกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปัญญา สังคม กลุ่มสนับสนุนทางสังคม - นัดหมายการติดตามติดผลครั้งต่อไป - ป้องกันการติดยาเสพติดซ้ำอีก	การติดตามทางตรง ผู้ให้การบำบัดฯ และ ผู้เกี่ยวข้องด้วยตนเอง - ทีมผู้ติดตาม (ตั้งแต่วินิจฉัยบำบัด ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล) ขึ้นไป ร่วมกับผู้นำโดยธรรมชาติ และผู้ร่วมชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) และภาคีเครือข่าย ผ่านวิธีการ ๑) การเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ข้อมูล ที่ถูกต้อง และสามารถให้ ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ๒) การเยี่ยมที่ทำงานของผู้เส ยาเสพติด ซึ่งได้จากข้อมูล การทำงานและได้พบปะกับ นายจ้างหรือผู้ร่วมงาน ๓) การนัดให้พบที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สำนักงานสาธารณสุขร่วมเมื่อ ชั่วคราว เพื่อทดสอบความพร้อมเมื่อ ของผู้ผ่านการบำบัดฯ โดยการ นัดหมายให้มารายงานตัวกับ เจ้าหน้าที่ผู้บำบัด
		การติดตามทางอ้อม ผู้ให้การบำบัดฯ ประสานติดต่อ ผ่านบุคคล หรือสื่อกลาง อื่นๆ - พ่อ แม่ ผู้ปกครอง - ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) - ครู/อาจารย์ - นายจ้าง/ผู้ประกอบการ - อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม./อสส.) หมายเหตุ: บุคคลดังกล่าว ต้องผ่านหลักสูตรการอบรม การติดตามดูแลช่วยเหลือ ผู้ผ่านกระบวนการบำบัด ผ่านวิธีการ ๑) ให้ความช่วยเหลือ แนะนำ ๒) ส่งเสริม และเป็นกำลังใจ ให้ผู้ผ่านการบำบัดฯ ได้อย่าง มีคุณภาพ		



ระยะเวลา	จำแนกกลุ่ม	ระยะเวลา	กิจกรรม การติดตาม	การติดตามทางตรง ผู้ให้การบำบัดฯ และ ผู้เกี่ยวข้องด้วยตนเอง	ผู้รับผิดชอบ	การติดตามทางอ้อม ผู้ให้การบำบัดฯ สถานติดตาม ผ่านบุคคล หรือสื่อกลาง อื่นๆ
ระยะเวลา ๒ – ๕ ปี	ผู้ใช้ - ผู้เสพ - ผู้ติด - กลุ่มที่มีภาวะ ฉุกเฉินจาก สารกลุ่ม แอมเฟตามีน ฝิ่น เฮโรอีน และกลุ่มเมมา ยาบ้า/กาวขาว - กลุ่มที่ฝาก กระบวนกร ยุติธรรมแล้ว โทษรอดอาญา ไว้ก่อน	- ติดตามอย่างน้อย เป็นรายไตรมาส ในทุก ๓ เดือน เป็นระยะเวลา ๑ ปี	กิจกรรมการติดตาม ประกอบด้วย ๓) Recovery Management Check (RMC) ภายใต้อิทธิกรของต้นประกอบ TALER Tracking : การติดตาม จัดทำบัญชีรายชื่อ ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู และระบุ ที่อยู่ ที่สามารถติดต่อได้ เบอร์โทรศัพท์ หรือ E-mail และทีมงานในพื้นที่ Assessment : การประเมินผล ภายหลัง การบำบัดฟื้นฟู มีการนัดหมายการนัดพบ ผ่านวิธีการการตรวจสุขภาพ เป็นรายไตรมาส ในทุก ๓ เดือน เป็นระยะเวลา ๑ ปี มุ่งเน้น การเสริมสร้างแรงจูงใจควบคู่กับการตรวจ หายยาเสพติด ในร่างกาย หากพบยาเสพติด ในร่างกาย เชิญชวนเข้าใช้ถึงระบบบริการ Linkage : การประสานงานเชื่อมต่อ หาก พบว่าผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู มีการกลับไปใช้ ยาเสพติดซ้ำ ดำเนินการส่งต่อเพื่อการบำบัด ฟื้นฟูให้เร็วที่สุด เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งด้านสุขภาพ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ Engagement : การมีส่วนร่วม ในการออกแบบ แผนการบำบัดฟื้นฟู ผ่านกระบวนการ เพิ่มแรงจูงใจ และปรับเจตคติใหม่กลับ เพิ่มโอกาสในการสมัครใจเข้ารับการบำบัด ฟื้นฟู เพื่อการบำบัดฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพ	- ผู้ให้การบำบัดฯ ตั้งแต่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ระดับตำบล) ขึ้นไป ร่วมกับผู้นำ โดยธรรมชาติ และผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) และ ภาครัฐเครือข่าย ผ่านวิธีการ ๑) การเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูล ที่ถูกต้อง และสามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ๒) การเยี่ยมที่ทำงานของผู้เสียหายเสพติด ซึ่งได้จากข้อมูลการทำงานและได้พบปะกับนายจ้าง หรือผู้ร่วมงาน ๓) การนัดให้พบที่สถาน พยาบาล หรือสำนักงานสภา หรือสำนักงานชั่วคราว เพื่อ ทดสอบความพร้อมมือ ของผู้ผ่านการบำบัดฯ โดยการนัดหมาย ให้มารายงานตัวกับเจ้าหน้าที่ ผู้บำบัด	- พ่อ แม่ ผู้ปกครอง - ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) - ครู/อาจารย์ - นายจ้าง/ผู้ประกอบการ - อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม./อสส.) หมายเหตุ : บุคคลดังกล่าว ต้องผ่านหลักสูตรการอบรม การติดตามดูแลช่วยเหลือ ผู้ผ่านการบำบัด	การติดตามทางอ้อม ผู้ให้การบำบัดฯ สถานติดตาม ผ่านบุคคล หรือสื่อกลาง อื่นๆ



ระยะเวลา	จำแนกกลุ่ม	ระยะเวลา	กิจกรรม การติดตาม	ผู้รับผิดชอบ	
				การติดตามทางตรง ผู้ให้การบำบัดฯ และ ผู้เกี่ยวข้องด้วยตนเอง	การติดตามทางอ้อม ผู้ให้การบำบัดฯ สถานติดตาม ผ่านบุคคล หรือสื่อกลาง อื่นๆ
			Retention : การคงอยู่ ระยะเวลาที่คงอยู่ในระบบ เพื่อการติดต่อ สื่อสาร กับผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในการมีส่วนร่วมคงอยู่ในระบบ ไม่กลับไป เสพซ้ำ		

๒. ตัวอย่างแผนการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

สัญญาณเตือนของการกลับไปเสพซ้ำ	แผนการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ			บุคคล หน่วยงานที่ให้ ความช่วยเหลือ	เบอร์ ติดต่อ
	ตัวอย่างเหตุการณ์ที่ตนเอง ประสบ/สถานการณ์เสี่ยงที่คาดไว้	วิธีการ จัดการ	รางวัล		
๑. การสูญเสียการทำหน้าที่ของปัจจัยภายใน (ความรู้สึกในแง่ลบ) ได้แก่ ปฏิเสธความหวังใจ จมอยู่กับความเครียด และไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสม					
๒. การสูญเสียการทำหน้าที่ของปัจจัยภายนอก (ความรู้สึกในแง่บวก) ได้แก่ มีความเชื่อว่า ตนจะไม่เสพยาเสพติดอีก ตื่นเต้น ครีมีใจ อยากรอง ทำให้ขาดการดูแลตนเอง มีความไม่ แน่ใจว่าจะเป็นคนดีขึ้นมา สูญเสียการวางแผนโครงสร้างชีวิตตนเอง					
๓. สูญเสียทัศนคติในทางบวก ได้แก่ ขาดความกระตือรือร้นที่จะเข้าร่วมกลุ่ม ปฏิเสธความ ช่วยเหลืออย่างเปิดเผย ไม่พอใจในชีวิตตนเอง รู้สึกไม่มีอำนาจ และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คิดใช้ประโยชน์จากสังคม และตั้งใจโกหกหรือโกหกตนเอง					
๔. สูญเสียความทรงจำ ได้แก่ สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองอย่างสิ้นเชิง เหลือยกล้า ชีวิตพึ่งพาลาย					
๕. ทางเลือกลดลง ได้แก่ มีความโกรธแค้นอย่างไม่มีเหตุผล ไม่บำบัดรักษาต่อเนื่องต่อไป สูญเสียการควบคุมพฤติกรรม ไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีปัญหาขัดแย้งกับผู้อื่น เหตุผลด้านกรงาน (เพื่อนขับขั้รถบรรทุก อาชีพขายบริการทางเพศ)					
๖. หาเงิน หาแอลกอฮอล์ หรือหายาเสพติดมาใช้					



บรรณานุกรม

๑. รายงานเอกสารสำหรับการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐ ประเด็นชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาเสพติด
๒. เอกสารเผยแพร่ United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC เรื่องการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ใช้ยาเสพติดและติดยาเสพติด
๓. คณะทำงานจัดการองค์ความรู้ด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติด. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. การศึกษารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบครอบครัวในชุมชน โดยการถอดบทเรียน ณ ศูนย์การเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง บ้านดอนมัน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. ๒๕๕๓
๔. รัศมี กัลยาศิริ และธีรยุทธ รุ่งนรินทร์, บรรณาธิการ. คำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด. กรุงเทพมหานคร: แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุรา (ผรส.);๒๕๕๘
๕. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล (บรรณาธิการ). คู่มือผู้อบรม: หลักสูตรการดูแลผู้ที่มีปัญหาสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน สำหรับบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ. นนทบุรี : แผนงานวิชาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้เสพยาเสพติดในชุมชน. ๒๕๕๕.
๖. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. กองควบคุมวัตถุเสพติด. รวมกฎหมายยาเสพติดให้โทษ ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม. พิมพ์ครั้งที่ ๒
๗. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย. คู่มือประกอบการพิจารณาเปรียบเทียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑. พิมพ์ครั้งที่ ๑. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์
๘. กรมสุขภาพจิต ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพ ร่วมกับสำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พิมพ์ที่ บริษัท ออนป้า จำกัด, ๒๕๖๑
๙. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทางขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ. ๒๕๖๐



รายนามผู้เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาเสพติด
ครั้งที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
(พิจารณาพิจารณาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง)
เมื่อวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๑ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.
ณ ห้องประชุม ๔ ชั้น ๙ อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๑. นายแพทย์พิศิษฐ์	ศรีประเสริฐ	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๕
๒. นายแพทย์อัศวิน	คุรุศาสตร์	รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
๓. รศ.มานพ	คณะโต	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๔. รศ.ดร.จิตจรดา	อารีย์สันติชัย	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๕. ผศ.อัญมณี	บูรณกานนท์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
๖. นางสาวจำเรียง	สวัสดิวัฒน์ ณ อยุธยา	กรมคุมประพฤติ
๗. นายนิติ	เอี่ยมเที่ยง	กรมคุมประพฤติ
๘. นางสาวสิริพรรณ	โพธิ์ทอง	สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
๙. นางสาวปัทมาพร	ภูมิเวียงศรี	สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
๑๐. นางสาวสุภาภรณ์	ช่วยนุกูล	สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
๑๑. นายพรภณ	พงษ์เพชร	สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
๑๒. นายสุทัศน์	ศิริสาคร	สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
๑๓. พล.ต.วิริยะ	ศรีบัวชุม	กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร
๑๔. พ.อ.หญิง นันทนา	ยุตตานนท์	กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร
๑๕. พ.อ.บรรณกร	วงศ์สุวรรณ	กองทัพไทย
๑๖. น.อ.ท.หญิง วรณธิดา	อิทธิธานนท์	กองทัพอากาศ
๑๗. น.ท.หญิง นกสกมล	เพชรนรรัตน์	กองทัพเรือ
๑๘. พ.ต.อ.หญิง ธชกานต์	ปัทมะศิริ	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๑๙. พ.ต.ท.สมนึก	นวลคำ	สถานีตำรวจภูธรอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์
๒๐. นางสาวปาจรีย์	สิทธิศา	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
๒๑. นางสาวชุรีรัตน์	ปิ่นแก้ว	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
๒๒. นางสาวพรพรรณ	ศิลาพัฒน์นภาพร	กรมราชทัณฑ์
๒๓. นายคณิต	คงช่วย	ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงมหาดไทย
๒๔. นายธนวัฒน์	ศรีรักษา	ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงมหาดไทย
๒๕. นายแพทย์ชลิต	เปสลาพันธ์	กรมการแพทย์
๒๖. นางสาวเยาวเรศว์	นาคะโยธินสกุล	กรมการแพทย์
๒๗. นายแพทย์บุรินทร์	สุอรุณสัมฤทธิ์	กรมสุขภาพจิต
๒๘. นางสาวพนิดา	สินาเวช	กรมสุขภาพจิต
๒๙. นายวิศิษฐ์ศักดิ์	ทวีวัฒนปรีชา	กรมสุขภาพจิต
๓๐. นางสาวชุตีพร	กันวิหก	กรมควบคุมโรค



๓๑. นางอรพิน	ทนันชิตี	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
๓๒. นางสาวสุธาทิพย์	จันทร์ภักษ์	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๓๓. นางสาวณัฐธิดา	ดำรงไทย	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
๓๔. นายจรูญ	เจริญประโยชน์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
๓๕. นางสาวจิราภรณ์	นงหงษ์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๓๖. นางสาวยุทิวา	อ่อนศิลา	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๓๗. นางสาวโศภิต	แสนโกสีก	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓๘. นางชนิษฐา	ตันติศิริรินทร์	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
๓๙. นายแพทย์สำโรจ	มะรุมติ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
๔๐. นายแพทย์วิชัย	ธนาโสภณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
๔๑. นายแพทย์ทวีโชค	โรจนอาร์มภ์กุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
๔๒. นางจรูญศรี	โคกพุทรา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
๔๓. นายวิรัช	วัฒนา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
๔๔. นายพรชัย	พรสวรรค์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
๔๕. นายเกรียงไกร	ยอดเรือน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
๔๖. นายวิชณุ	สบายแท้	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
๔๗. นางสาวนริศรา	พลอยเพชร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
๔๘. นางบุญยานุช	เดชบริบูรณ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
๔๙. นางสาวผ่องศิริ	ศิริสุวรรณจิตร์	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ เชียงใหม่
๕๐. นางธัญญารินทร์	สะโรบล ณ อยุธยา	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔ สระบุรี
๕๑. นายแพทย์สุเมธ	ฉายศิริกุล	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
๕๒. แพทย์หญิงเนตรนภา	ภมระราภา	โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
๕๓. นายแพทย์ชลอวัฒน์	อินปา	โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
๕๔. นางวิภา	สุวรรณรัตน์	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลานครินทร์
๕๕. นางเยาวเรศ	คำมะนาด	นายกสมาคมนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย
๕๖. นายสมบูรณ์	จันทร์คำ	ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี
๕๗. นางสาวมิ่งขวัญ	ธนเศรษฐกร	ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
๕๘. นางอุบล	ศรีประเสริฐ	ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
๕๙. นางอัจฉรา	วิไลสกุลยง	กองบริหารการสาธารณสุข
๖๐. นางจอมขวัญ	รุ่งโชติ	กองบริหารการสาธารณสุข
๖๑. นางสาวอัจฉรา	ชานาญพจน์	กองบริหารการสาธารณสุข
๖๒. นางสาวกนกทิพย์	พัฒนา	กองบริหารการสาธารณสุข
๖๓. นางสาวหทัยภัทร	วันโส	กองบริหารการสาธารณสุข
๖๔. นางสาวทิพวรรณ	ทับทอง	กองบริหารการสาธารณสุข
๖๕. นางสาวมูกลิ่นท์	สุระสังข์	กองบริหารการสาธารณสุข



รายนามผู้เข้าร่วมการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาเสพติด
ครั้งที่ ๗ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

(ทบทวน/ปรับปรุง/แก้ไขหลังประชาพิจารณ์ร่างแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายเสพติด
โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง)

วันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๑ เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๖ อาคาร ๗ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

=====

ผู้มาประชุม

๑. นางอัจฉรา	วิไลสกุลยง	กองบริหารการสาธารณสุข	ประธานการประชุมฯ
๒. นายแพทย์ชลอวัฒน์	อินปา	โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	
๓. นางสาวทัศนันทน์	ศตน์นันทน์	กรมการปกครอง	
๔. นางสาวสุภาภรณ์	ช่วยนุกูล	สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด	
๕. นางกฤษณา	จันทร์ตรี	กรมสุขภาพจิต	
๖. นางสาวศรีแพร	หนูแก้ว	กรมสุขภาพจิต	
๗. นางสาวณัฐธิดา	ดำรงไทย	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	
๘. นางเยาวเรศ	คำมะนาด	นายกสมาคมนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย	
๙. นางรัศมิศา	วรางพงษ์ศรี	ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข	
๑๐. นางอุบล	ศรีประเสริฐ	ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข	
๑๑. นายวีระพันธ์	งามมี	ผู้อำนวยการมูลนิธิไอโซน	
๑๒. นายธนรัชต์	นามผลดี	ประธานชมรมนักบำบัดฟื้นฟูผู้เสียหายและสารเสพติด แห่งประเทศไทย	
๑๓. นางสาวศิเบญญา	พุดศิริอาภากร	ที่ปรึกษามูลนิธิ	
๑๔. นางจอมขวัญ	รุ่งโชติ	กองบริหารการสาธารณสุข	
๑๕. นางสาวนกทิพย์	พัฒนาผล	กองบริหารการสาธารณสุข	

