

การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงระบบเกี่ยวกับมาตรการ การบำบัดรักษา
ผู้ติดยาเสพติด: บทเรียนจากโปรตุเกส เนเธอร์แลนด์ และสวิตเซอร์แลนด์
เพื่อการปรับใช้ในบริบทประเทศไทย*

REVIEWING AND SYNTHESIZING SYSTEMATIC KNOWLEDGE ON DRUG ADDICTION
TREATMENT: COMPARATIVE INSIGHTS FROM PORTUGAL, THE NETHERLANDS, AND
SWITZERLAND FOR APPLICATION IN THAILAND

บุญเรือน เนียมปาน

Boonruen Niempan

องค์การบริหารส่วนตำบลคลองเจ็ด อำเภอคลองหลวง ปทุมธานี ประเทศไทย

Klongjed Subdistrict Administrative Organization, Khlong Loang District, Pathum Thani, Thailand

Corresponding author E-mail: Kob25009kn@gmail.com

Tel: 091-729-9185

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงระบบเกี่ยวกับมาตรการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในโปรตุเกส เนเธอร์แลนด์ และสวิตเซอร์แลนด์ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของมาตรการ และ 3) เพื่อวิเคราะห์บทเรียนและข้อเสนอแนะในการนำมาปรับใช้ในบริบทของไทย โดยศึกษาจากโปรตุเกส นโยบายลดทอนความผิดทางอาญา เนเธอร์แลนด์ และสวิตเซอร์แลนด์ แนวทางการลดอันตรายและบูรณาการบริการ โดยใช้วิธีทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ การสังเคราะห์เชิงบรรยาย การวิเคราะห์ปัจจัยส่งผลต่อความสำเร็จมาตรการระดับนโยบาย บริการ และระดับชุมชนบริบทด้านบำบัดรักษาปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมของไทยเปรียบเทียบกับโมเดลชีวิตจิตสังคม และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ ตามมาตรฐาน PRISMA โดยสืบค้นเอกสารวิชาการระดับสากลผ่านการประเมินด้วย CASP Checklists รวมจำนวน 23 รายการ “ผลการวิจัยพบว่า 1) การสังเคราะห์บทเรียนจากประเทศต้นแบบเป็นกุญแจสำคัญ คือการเปลี่ยนจาก “การลงโทษ” สู่ “สาธารณสุขสุขนา” โดยมาตรการลดทอนโทษทางอาญา และลดอันตรายเป็นประตูสู่การรักษา 2) ปัจจัยความสำเร็จผ่านภาครัฐที่มั่นคง เข้าถึงบริการง่าย ความล้มเหลวเกิดจากนโยบายแบบสั่งจากบนลงล่างขาดความเข้าใจปัญหา และ 3) การปรับใช้ในไทยนำมาสู่การสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ “โมเดล PHS” ซึ่งประกอบด้วย 3 เสาหลัก ได้แก่ P (Public Health First) การลดทอนโทษทางอาญาเพื่อสุขภาพ H (Holistic Care) การบำบัดแบบองค์รวม และ S (Social Integration) บูรณาการชุมชนเข้มแข็งเน้นการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

และจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูครบวงจรระดับตำบลเพื่อลดการกลับไปเสพซ้ำอย่างยั่งยืน การศึกษานี้มีนัยสำคัญต่อการพัฒนานโยบายของ สสส. เพื่อเสริมสร้างระบบการบำบัดคุณภาพคืนศักดิ์ศรีให้กับผู้ป่วย

คำสำคัญ: การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด, องค์ความรู้เชิงระบบ, การลดทอนความเป็นอาญา, การลดอันตราย, บูรณาการสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม

Abstract

This research aims to: 1) Systematically review and synthesize knowledge on drug addiction treatment measures in Portugal, the Netherlands, and Switzerland; 2) Identify key factors contributing to the success and failure of such measures; and 3) Analyze lessons and provide recommendations for application within the context of Thailand. The study focuses on Portugal's decriminalization policy, alongside the harm reduction and integrated service approaches utilized in the Netherlands and Switzerland. The methodology involves a Systematic Literature Review and narrative synthesis, analyzing factors influencing the success of measures at the policy, service, and community levels. This includes an assessment of Thailand's social and cultural treatment contexts compared against the Biopsychosocial Model and the Stages of Change theory. The study employed a Systematic Literature Review methodology following PRISMA standards. A total of 23 international academic documents and reports are retrieved and quality-appraised using CASP Checklists. The findings, categorized by objectives, are as follows: 1) The synthesis of international lessons revealed that the fundamental key to success was a paradigm shift from "punishment" to "public health-led" approaches, utilizing decriminalization and harm reduction as gateways to treatment. 2) Success factors include stable political support and low-threshold service accessibility, whereas failures often stem from top-down policies lacking continuity. and 3) The application in Thailand leads to the synthesis of a novel conceptual framework, the "PHS Model," which consists of three pillars: P (Public Health First), H (Holistic Care), and S (Social Integration). The model emphasizes decentralization to local authorities and the establishment of comprehensive sub-district rehabilitation centers to sustainably reduce recidivism. This study provides significant policy implications for fostering treatment systems that restore human dignity to patients.

Keywords: Drug Addiction Treatment, Systematic Review, Decriminalization, Harm Reduction, Integrated Public Health and Social Welfare

บทนำ

วิกฤตการณ์ยาเสพติดโลกทวีความรุนแรงและซับซ้อนอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลระบุว่าในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกสูงถึง 316 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ในรอบทศวรรษ (United Nations Office on Drugs and Crime, 2024) ความท้าทายสำคัญ คือ การอุบัติขึ้นของโอปิออยด์สังเคราะห์ชนิดใหม่ ที่มีฤทธิ์รุนแรงและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ง่ายขึ้น ผสมกับปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ (National Institute on Drug Abuse, 2020) ทำให้ปัญหายาเสพติดกลายเป็นความท้าทายทำให้นานาชาติหันมาใช้มาตรการบนฐานวิทยาศาสตร์และสิทธิมนุษยชนแทนกฎหมายที่รุนแรง อาทิ โปรตุเกส ที่ใช้นโยบายลดทอนความผิดทางอาญา (Decriminalization) เปลี่ยนงบประมาณจากระบบยุติธรรมมาสู่ระบบสาธารณสุข (Hughes, C. E. & Stevens, A., 2010) เนเธอร์แลนด์ ที่เน้นการลดอันตราย (Harm Reduction) และแยกตลาดกัญชาออกจากยาชนิดหนัก และสวิตเซอร์แลนด์ ที่บูรณาการยุทธศาสตร์สี่เสาหลัก “กลยุทธ์การบำบัด: Transtheoretical Model (TTM)” หลักเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดยาร่วมกับนวัตกรรมการจ่ายเฮโรอีนทางการแพทย์แก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มผู้ใช้ยาที่มีปัญหารุนแรง (Hedrich, D., 2004) แนวทางเหล่านี้ไม่ได้เน้นเพียงการหยุดยาเสพติดโดยเด็ดขาดในทันที แต่ให้ความสำคัญกับการรักษาเสถียรภาพของคุณภาพชีวิตและการลดผลกระทบทางสังคม ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการฟื้นฟูที่ยั่งยืน สามารถนำมาประยุกต์ใช้ภายใต้บริบททางกฎหมาย สังคม และวัฒนธรรมของไทยจึงถือได้ว่าเป็นกลุ่มประเทศในยุโรปที่นำศึกษาเนื่องจากมีผลสำเร็จการแก้ไขปัญหายาเสพติดลดอัตราการเสียชีวิตและอาชญากรรมอย่างเป็นรูปธรรม

สำหรับราชอาณาจักรไทยสถานการณ์ปัญหายาเสพติดยังเป็นวาระที่เร่งด่วนแห่งชาติด้านความมั่นคงที่เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580) โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้เข้าสู่ระบบบำบัด 171,871 ราย ซึ่งร้อยละ 65 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ (มานพ คณะโต และคณะ, 2567) แนวโน้มการเริ่มใช้สารเสพติดของกลุ่มเยาวชนมีอายุน้อยลง อีกทั้งยังคงพบปัญหาอาชญากรรมก่อความรุนแรงในชุมชน แม้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 จะเน้นย้ำแนวคิด “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” แต่ในทางปฏิบัติยังเผชิญอุปสรรคสำคัญ ทั้งอัตราการกลับไปเสพซ้ำที่สูง การขาดความต่อเนื่องของระบบดูแลหลังการบำบัด (Aftercare) และปัญหาการตีตราทางสังคม (ปรารธนา ศุภลักษณ์ และคณะ, 2567)

บทเรียนจากประเทศต้นแบบแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนงบประมาณจากระบบการยุติธรรมสู่ระบบสาธารณสุข และการให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากกว่าการหยุดยาโดยเด็ดขาด เป็นรากฐานสำคัญของการฟื้นฟูที่ยั่งยืน การศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์มาตรการการบำบัดรักษาผ่านกรอบแนวคิด Biopsychosocial Model และ Stages of Change Model (TTM) เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จในการถ่ายโอนนโยบาย (Policy Transfer) สู่บริบทของไทย โดยเน้นบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนเป็นหัวใจหลักในการสังเคราะห์ “โมเดล PHS” เพื่อเปลี่ยนทัศนคติสังคม ลดอันตราย และคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้แก่ผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงระบบเกี่ยวกับมาตรการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในสาธารณรัฐโปรตุเกส เนเธอร์แลนด์ และสวิตเซอร์แลนด์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของมาตรการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศโปรตุเกส เนเธอร์แลนด์ และสวิตเซอร์แลนด์

3. เพื่อวิเคราะห์บทเรียนและข้อเสนอแนะจากมาตรการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีความเป็นไปได้ในการนำมาปรับใช้ในบริบทของราชอาณาจักรไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการทบทวนองค์ความรู้เชิงระบบ (Systematic Review) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุมและเชื่อถือได้ในระดับสากล โดยมีรายละเอียดการดำเนินการข้อมูลที่นำมาศึกษาประกอบด้วย วรรณกรรมทางวิชาการ งานวิจัย รายงานสถานการณ์ยาเสพติดจากหน่วยงานระดับชาติและนานาชาติ เช่น สำนักงานยาเสพติดแห่งยุโรป EMCDDA, UNODC และฐานข้อมูลทางการของสาธารณรัฐโปรตุเกส เนเธอร์แลนด์ และสวิตเซอร์แลนด์ นอกจากนี้ ยังรวมถึงการวิเคราะห์กฎหมายและนโยบายยาเสพติดที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย โดยเฉพาะประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูล (Data Extraction Form) เพื่อสกัดตัวแปรสำคัญตามกรอบแนวคิดการวิจัย ได้แก่ ปัจจัยระดับนโยบาย ระบบบริการ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และชุมชน และใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพวรรณกรรม เช่น CASP Checklists เพื่อรับรองความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล

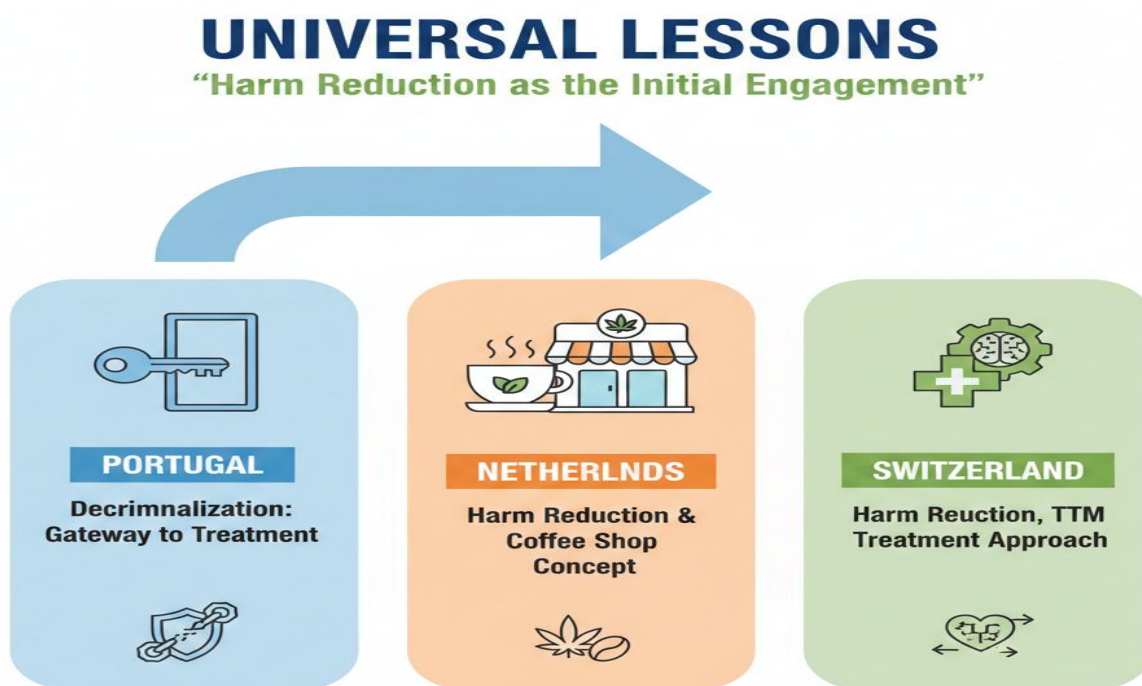
การรวบรวมข้อมูล ใช้กลยุทธ์การสืบค้นที่ระบุคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา (Treatment) การลดทอนความผิดทางอาญา (Decriminalization) และการลดอันตราย (Harm Reduction) ผสมกับชื่อประเทศเป้าหมายรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ (Systematic Review) กำหนดขอบเขตและขั้นตอนตามมาตรฐาน PRISMA 1) สืบค้นจากฐานข้อมูล: PubMed, Scopus และรายงานของ UNODC, EMCDDA ในช่วงปี พ.ศ. 2543 - 2567 2) การคัดเลือกเอกสารที่พบ: 85 รายการ มีเอกสารที่ผ่านการเลือก (Inclusion Criteria) และประเมินคุณภาพด้วย (Critical Appraisal Skills Programme: CASP Checklists) เลือกไว้รวม 23 รายการ และ 3) การวิเคราะห์ข้อมูล: ใช้วิธีการสังเคราะห์เชิงบรรยาย (Narrative Synthesis) เพื่อจัดหมวดหมู่และสรุปสาระสำคัญของมาตรการบำบัดรักษา และใช้วิธีการวิเคราะห์เปรียบเทียบ (Comparative Analysis) เพื่อค้นหาจุดแข็งและจุดอ่อนของแต่ละโมเดล พร้อมทั้งวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการปรับใช้ในประเทศไทยโดยพิจารณาผ่านมิติด้านสังคมและวัฒนธรรมไทยเป็นหลัก

ผลการวิจัย

จากการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงระบบเกี่ยวกับมาตรการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ผลการวิจัยครอบคลุมวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) จากการสังเคราะห์องค์ความรู้ในประเทศต้นแบบ พบว่า โปรตุเกส เน้นการเปลี่ยนความผิดทางอาญาเป็นการพิจารณาทางปกครอง เนเธอร์แลนด์ใช้แนวทาง Coffee Shop เพื่อแยกตลาด และสวิตเซอร์แลนด์ใช้วัฒนธรรมสี่เสาหลัก 2) ปัจจัยความสำเร็จอยู่ที่การสนับสนุนทางภาครัฐที่มั่นคงและการเข้าถึงบริการที่ง่ายสะดวก ขณะที่ความล้มเหลวเกิดจากนโยบายแบบสั่งการจากบนลงล่างที่ขาดความเข้าใจปัญหา 3) บทเรียนเพื่อการปรับใช้ในไทยการนำโมเดล PHS มาใช้เพื่อเปลี่ยนบทบาทให้ อบต.



เป็นแกนกลางในการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมชนิดครบวงจรในระดับตำบล จำแนกผลการวิจัยออกเป็นมิติสำคัญสรุปตามประเทศต้นแบบในสาธารณรัฐโปรตุเกส ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ และสมาพันธรัฐสวิสเซอร์แลนด์ เพื่อนำมาวิเคราะห์ปรับใช้ในบริบทของราชอาณาจักรไทย สรุปตามภาพ ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงสรุปผลบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงระบบเกี่ยวกับมาตรการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ในสาธารณรัฐโปรตุเกส ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ และสมาพันธรัฐสวิสเซอร์แลนด์

จากภาพที่ 1 สามารถสรุปผลอธิบายผลการสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงระบบเกี่ยวกับมาตรการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ได้ดังนี้

1. สาธารณรัฐโปรตุเกส: การเปลี่ยนจากอาญาสู่สาธารณสุข โปรตุเกสปฏิรูปกฎหมายตาม Law No. 30/2000 โดยเปลี่ยนการเสพและครอบครองยาเสพติดปริมาณน้อยจากความผิดทางอาญาเป็นความผิดทางปกครอง พร้อมจัดตั้งคณะกรรมการ CDT ซึ่งประกอบด้วย นักกฎหมาย แพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อประเมินและส่งต่อผู้เสพเข้าสู่ระบบรักษาแทนการดำเนินคดี ผลลัพธ์สำคัญ คือ ผู้ป่วยกล้าเข้าสู่ระบบสุขภาพมากขึ้น ผลการยกเลิกโทษจำคุกสำหรับผู้เสพทำให้ “กำแพงแห่งความกลัว” พังทลายลง ส่งผลให้ผู้ป่วยกล้าเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพมากขึ้น โดยโปรตุเกสเน้นการรักษาด้วยยาทดแทน (OST) และการสนับสนุนด้านสังคม เช่น การฝึกอาชีพและเงินอุดหนุน สำหรับบริษัทที่จ้างงานผู้ผ่านการบำบัด

2. ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์: การลดอันตราย และการแยกตลาด เนเธอร์แลนด์ใช้แนวทาง Harm Reduction และ Market Separation โดยแยกตลาดกัญชาออกจากยาเสพติดชนิดรุนแรง ภายใต้นโยบาย Coffee Shop ที่ควบคุมอย่างเข้มงวด (ห้ามขายผู้เยาว์, ห้ามโฆษณา, ห้ามก่อความรำคาญ) ควบคู่กับการจัดบริการฟื้นฟูแบบองค์รวม



เช่น ห้องบริโภคนยาภายใต้การดูแล (DCR) และการบำบัดทดแทนด้วยยา รวมทั้งใช้ระบบทะเบียนวิชาชีพ (BIG Registry) เพื่อควบคุมคุณภาพผู้ให้บริการ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาผู้ขายยาในพื้นที่สาธารณะลดลง การติดยาเสพติด ชนิดรุนแรงลดลง และสามารถควบคุมโรคติดต่อจากการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านความร่วมมือระหว่าง เทศบาล ตำรวจ และหน่วยงานสังคมเนเธอร์แลนด์

3. สมาพันธ์รัฐสวีเดน: การบำบัดแบบสี่เสาหลัก และ TTM สวีเดนใช้ยุทธศาสตร์ “สี่เสาหลัก” ได้แก่ การป้องกัน การรักษา การลดอันตราย และการบังคับใช้กฎหมาย ร่วมกับแนวคิด Transtheoretical Model (TTM) หรือ Stages of Change Model หลักสำคัญผสมผสานการเปลี่ยนพฤติกรรมตามธรรมชาติของผู้ติดยากับการลดอันตรายเน้นผู้เสพติด คือ “ผู้ป่วย” มิใช่ “อาชญากร” เพื่อออกแบบการรักษาตามระดับความพร้อมของผู้ป่วย นวัตกรรมสำคัญ คือ โครงการจ่ายเฮโรอีนทางการแพทย์ (HAT) สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษา ด้วยวิธีทั่วไปไม่ได้ผล ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 64 การติดเชื้อ HIV ลดลงอย่างต่อเนื่อง อัตราการก่ออาชญากรรม (เพื่อหาเงินมาซื้อขาย) ลดลงเกือบร้อยละ 100 และความพร้อมการบำบัดตามขั้นตอน TTM ผู้ป่วยรู้สึกกดดันน้อยลงร่วมมือในการรักษาผู้เข้าร่วมโครงการมีการศึกษา มีงานทำ และมีที่อยู่อาศัยมีคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาพบปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของมาตรการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในโปรตุเกส เนเธอร์แลนด์ และสวีเดน ตามตารางสรุปมาตรการผลลัพธ์ ดังนี้

ตารางที่ 1 สรุปมาตรการและผลลัพธ์ที่สังเคราะห์ได้ ผลการวิจัยจากการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงระบบจากในประเทศต้นแบบกรณีศึกษา

ประเทศ	มาตรการสำคัญที่สังเคราะห์ได้	ผลลัพธ์ที่สำคัญ/สถิติเชิงประจักษ์
โปรตุเกส	การยกเลิกการลงโทษทางอาญา (Decriminalization) สำหรับการใช้ส่วนตัว โดยให้คณะกรรมการยับยั้งการเสพติด (CDT) ดูแลแทนส่งฟ้องศาล	เปรียบเทียบก่อนการปฏิรูป (ก่อนปี 2544) และหลังการปฏิรูป (พ.ศ. 2562 - ปัจจุบัน) - ลดอัตราการเสียชีวิตจากยาเสพติด (กลุ่มผู้ติดยา) จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS รายใหม่ลดลงจาก > 1,200 ราย/ปี เหลือ 30 ราย/ปี - อัตราการเสียชีวิตจากยาเกินขนาดเดิมพุ่งสูง ปรับเป็นต่ำที่สุดแห่งในยุโรป - นักโทษยาเสพติดเดิมร้อยละ 40 ลดเหลือร้อยละ 15 - การเข้าถึงการบำบัดรักษาเดิมอัตราต่ำและถูกตีตรา เพิ่มขึ้นร้อยละ 60
เนเธอร์แลนด์	การลดอันตรายแบบครอบคลุม (Comprehensive Harm Reduction) เข้าถึงการบำบัดทดแทนด้วยยา (MMT) บริการสุขภาพปฐมภูมิ, การแยกตลาด Coffee Shop, การฟื้นฟู (Recovery) แบบองค์รวมจัดห้องบริโภคนยาภายใต้การดูแล (DCR), ทะเบียนรวม (BIG Registry)	- ปัญหาผู้ติดยาเสพติดบนท้องถนนลดลง - ผลสำเร็จลดการติดยาเสพติดชนิดหนัก - การควบคุมโรคติดต่อจากการใช้ยาเสพติด ลดความเสี่ยงติดเชื้อและเสียชีวิต - คุณภาพผู้ปฏิบัติงาน และเน้นการประสานงาน ระหว่างท้องถิ่นเทศบาล ตำรวจ และหน่วยงานสังคม



ตารางที่ 1 สรุปมาตรการและผลลัพธ์ที่สังเคราะห์ได้ ผลการวิจัยจากการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงระบบจากในประเทศต้นแบบกรณีศึกษา (ต่อ)

ประเทศ	มาตรการสำคัญที่สังเคราะห์ได้	ผลลัพธ์ที่สำคัญ/สถิติเชิงประจักษ์
สวิตเซอร์แลนด์	นโยบายสี่เสาหลัก (Four Pillars Policy) และกลยุทธ์การบำบัด: Transtheoretical Model (TTM) และการบำบัดด้วยเฮโรอีนสังเคราะห์ (HAT) Strang et al., 2010); (Hedrich, 2004)	- ผู้ป่วยคุณภาพชีวิตดีขึ้นอัตราการจ้างงานของผู้เข้าร่วมโครงการ HAT เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 - อาชญากรรมด้านทรัพย์สิน (Property Crime) ในกลุ่มผู้รับการบำบัดลดลงเกือบร้อยละ 100 เนื่องจากไม่ต้องหาเงินซื้อขายในตลาดมืด - การติดเชื้อ HIV ลดลงจาก 3,000 ราย (2529) เหลือ 318 ราย (2564) - อัตราการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 64

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าเป็นสามารถสรุปผลเชิงประจักษ์ถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จร่วม คือ “ความต่อเนื่องในการดูแลและบริการแบบบูรณาการ (Continuum of Integrated Care)” ซึ่งเป็นผลการประสานงานระหว่างงานสาธารณสุข สังคม และกระบวนการยุติธรรม ปัจจัยนี้มาจากการเปลี่ยนผ่านทางความคิดและนโยบายไปสู่แนวทางสาธารณสุข และสิทธิมนุษยชน

4. สถานการณ์และวิเคราะห์มาตรการในประเทศไทย สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทยในปัจจุบันสะท้อนว่า “ยาบ้า” ยังคงเป็นสารเสพติดหลักที่มีการระบาดสูงสุด ข้อมูลจากการสำรวจระบุว่าสาเหตุสำคัญของการเข้าสู่วงจรยาเสพติด คือ ความอยากรู้อยากลองและการถูกชักชวน. ปัจจุบันไทยใช้รูปแบบการบำบัดที่หลากหลาย แต่ยังเผชิญความท้าทายในมิติของการเข้าถึงและความต่อเนื่องของการดูแล

ตารางที่ 2 ข้อมูลจำแนกชนิดผู้ป่วยสารเสพติดในราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2565

ข้อมูลจำแนกชนิดผู้ป่วยสารเสพติดในราชอาณาจักรไทย (2565)	จำนวน (คน)	คิดเป็นร้อยละ
ผู้ป่วยรับการบำบัด “ยาบ้า”	96,248	79.60
กลุ่มผู้ป่วย “ผู้เสพ” (สีเขียวน)	76,061	62.90
กลุ่มผู้ป่วย “ผู้ติด” (สีเหลือง/แดง)	36,459	30.15
ผู้ป่วยการเข้ารับการบำบัดระบบ “สมัครใจ”	86,255	71.34

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าการวิเคราะห์รูปแบบการบำบัดในราชอาณาจักรไทย พบว่า มีการจำแนกชนิดผู้ป่วยเพื่อใช้รูปแบบการบำบัดที่หลากหลาย พบข้อมูลมีการนำโมเดล FAST Model (Family, Alternative treatment, Self-help, Therapeutic Community) และ Matrix Program มาใช้ซึ่งเน้นการบำบัดความคิดและพฤติกรรม แต่จุดอ่อนสำคัญ คือ การขาดความต่อเนื่องในการดูแลหลังการบำบัดการที่ผู้ป่วยมักกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมหลังผ่านการบำบัดระยะสั้น (15 - 30 วัน) ทำให้เกิดวงจรการกลับไปเสพซ้ำสูง รวมทั้ง ผลการวิจัยพบว่าประเทศที่ศึกษาประสบความสำเร็จในการควบคุมและลดผลกระทบของปัญหาเสพติดผ่านการเปลี่ยนกระบวนทัศน์หลักจาก “การลงโทษทางอาญา” สู่ “แนวทางด้านสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน” ตามแนวทาง World Health Organization: WHO มาตรการสำคัญที่ถูกสังเคราะห์ได้ คือ การลดทอนความผิดทางอาญา (Decriminalization)

ในโปรตุเกส การลดอันตราย (Harm Reduction) และการบูรณาการบริการในเนเธอร์แลนด์และสวิตเซอร์แลนด์ ซึ่งส่งผลดีต่อปัญหาทางสุขภาพและสังคม

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมาวิเคราะห์ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ทั้ง 3 ประการ โดย 1) ผลการสังเคราะห์องค์ความรู้จากโปรตุเกส เนเธอร์แลนด์ และสวิตเซอร์แลนด์ พบว่า ความสำเร็จของมาตรการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเกิดจากการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ จาก “การลงโทษทางอาญา” สู่ “แนวทางสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน” (Public Health Approach) ซึ่งให้ความสำคัญกับการลดอันตราย (Harm Reduction) การเข้าถึงบริการ และการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตมากกว่า การควบคุมเชิงลงโทษในด้านการสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงระบบ พบว่า โปรตุเกสใช้มาตรการลดทอนความผิดทางอาญา (Decriminalization) เพื่อลดการตีตราและเปิดโอกาสให้ผู้เสพเข้าสู่ระบบบำบัด ขณะที่เนเธอร์แลนด์ เน้น Harm Reduction และการแยกตลาดยาเสพติด ส่วนสวิตเซอร์แลนด์ประสบความสำเร็จจากนโยบายสี่เสาหลัก ร่วมกับการบำบัดด้วยเฮโรอีนทางการแพทย์ (HAT) ซึ่งช่วยลดอัตราการเสียชีวิต อาชญากรรม และการติดเชื้อ HIV ได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานของ Strang, J. et al., Ribeaud, D. ซึ่งว่าการรักษาภายใต้ระบบสาธารณสุข ช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมได้ดีกว่าการจำคุก

ผลการศึกษายังสะท้อนว่า 2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของประเทศต้นแบบ ผลการสังเคราะห์พบว่า ปัจจัยร่วมแห่งความสำเร็จของทั้งสามประเทศ คือ การเปลี่ยนผ่านทางนโยบายจาก “การลงโทษ” เป็น “การดูแลทางสุขภาพ” (Public Health Approach) และ “ความต่อเนื่องในการดูแลแบบบูรณาการ” (Continuum of Integrated Care) ซึ่งเชื่อมโยงระบบสาธารณสุข สังคม และกระบวนการยุติธรรมเข้าด้วยกัน ภายใต้การเปลี่ยนแนวคิดจาก “ผู้เสพเป็นผู้ป่วย” โดยรัฐมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนนโยบายอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้เข้าถึงบริการง่าย ลดการตีตราทางสังคม และสนับสนุนการฟื้นฟูด้านอาชีพ ครอบครัว และชุมชนในทางตรงกันข้ามปัจจัยที่ทำให้มาตรการล้มเหลว คือ การดำเนินนโยบายแบบสั่งการจากส่วนกลาง (Top-down) ที่ขาดความเข้าใจบริบทพื้นที่ ขาดความต่อเนื่องในการดูแลหลังการบำบัด และยังคงใช้แนวคิดการลงโทษเป็นหลัก (Strang, J. et al., 2010); (Ribeaud, D., 2004)

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการสังเคราะห์วรรณกรรมแบบ Narrative Synthesis มีข้อจำกัดในการระบุความเป็นเหตุเป็นผล (Causality) ที่ชัดเจนเท่ากับการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ไม่สามารถอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลได้ชัดเจนเท่าการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) อีกทั้งยังมีความยากในการเปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรม (Cross-cultural Comparison) เพราะเนื่องจากบริบททางกฎหมายและทัศนคติทางศีลธรรมของสังคม ประเทศต้นแบบมีบริบทด้านสิทธิมนุษยชนมีความยืดหยุ่นต่อการยอมรับการลดอันตราย (Harm Reduction) แตกต่างจากสังคมไทย ส่วนในด้านความเป็นไปได้ในการถ่ายโอนนโยบาย (Policy Transfer Feasibility) การนำนโยบาย Decriminalization หรือ HAT มาใช้ในประเทศไทยยังมีอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ทัศนคติของสังคมและหน่วยงานความมั่นคงที่ยังเน้นการปราบปราม การตีตราทางสังคม (Social Stigma) เป็นอุปสรรคต่อการกลับเข้าสู่ตลาดแรงงานของผู้ผ่านการบำบัด และข้อจำกัดด้านกฎหมายและงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแม้ อปท. จะเป็นกุญแจสำคัญ แต่ยังขาดความคล่องตัวด้านกฎระเบียบงบประมาณในการจัดตั้ง “ศูนย์ท่วงโยชุมชน” อย่างเต็มรูปแบบ

ดังนั้น การปรับใช้ควรดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยเริ่มจากการขยายมาตรการลดอันตราย การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสร้างความเข้าใจแก่สังคมควบคู่กัน (Cousins, G., et al., 2022) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทประเทศไทยและเกิดความยั่งยืนในระยะยาว

ประเด็นสำคัญเชื่อมโยงกับบริบทของประเทศไทยและโมเดลสากลพบความสอดคล้องกับโมเดลชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Model) ความสำเร็จของสวิตเซอร์แลนด์จัดการปัญหาเป็นองค์รวม ไม่มองการเสพติดเป็น “ความผิดปกติทางชีวภาพ” (Brain Disease) แต่มองว่า เป็นมิติทาง “จิตใจ” และ “สังคม” โปรตุเกสและเนเธอร์แลนด์พิสูจน์ว่า เมื่อลดปัจจัยกดดันทางสังคม (Social Stigma) ผ่านนโยบาย Decriminalization และเพิ่มการสนับสนุนการจ้างงาน ผู้ป่วยจะมีพยากรณ์โรคที่ดีขึ้นและสามารถคืนสู่สังคมได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในราชอาณาจักรไทยที่ผู้เสพยาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยแรงงาน (รับจ้าง) ที่หากถูกตีตราด้วยประวัติอาชญากรรมจะสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพและกลับไปสู่ยาเสพติดอีกครั้ง

ความสอดคล้องกับโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (Stages of Change Model: Transtheoretical Model: TTM) บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในแนวทางการลดอันตราย สอดคล้องต่อขั้นตอนมาตรการลดอันตราย เช่น ห้องบริโภคนยาปลอดภัย (Drug Consumption Room: DCR) และโครงการแลกเข็ม (Needle and Syringe Program: NSPs) ในสวิตเซอร์แลนด์และเนเธอร์แลนด์ ทำหน้าที่เป็น “จุดเชื่อมต่อ” ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในขั้นตอนการบำบัดรักษาให้ผู้ใช้ยาหรือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง

การนำ TTM มาปรับใช้ในราชอาณาจักรไทย 1) ขั้นเฝ้าเฉย คือ ยังไม่มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม (Pre-contemplation) ผู้ป่วยยังไม่คิดเลิก เน้นนโยบาย Harm Reduction เช่น การแจกเข็มสะอาด การมีศูนย์การฉีดการเสพยาปลอดภัย เพื่อลดการติดเชื้อและเสียชีวิต และ 2) ขั้นลังเลใจ คือ เริ่มเห็นปัญหาเริ่มคิดที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม (Contemplation) จะใช้วิธีการจิตวิทยาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing - MI) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นข้อดีของการเลิกยา 3) ระยะเตรียมการและลงมือทำ เมื่อพร้อมเลิกจะมีการบำบัดทางจิตควบคู่กับการใช้ยา เช่น การรักษาด้วยการทดแทนโอปิออยด์ (Heroin-assisted treatment) ภายใต้การดูแลของแพทย์ 4) ระยะคงสภาพและป้องกันการกลับมาเสพยา การดูแลระยะยาวรวมถึงการบำบัดกลุ่ม (Group Therapy) และการช่วยเหลือด้านสังคมเพื่อให้กลับเข้าสู่สังคมได้ การให้บริการเหล่านี้ช่วยให้ผู้ใช้ยาสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้นำไปสู่การสร้าง confianza (Trust Building) เป็นปัจจัยหลักในการชักจูงให้เข้ารับการรักษา

สำหรับทัศนคติของสังคมการยอมรับในราชอาณาจักรไทยมาตรการ HAT อาจทำได้ยากในช่วงแรก จึงควรเริ่มจากกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูงและล้มเหลวจากการรักษาแบบปกติเท่านั้น การฟื้นฟูสภาพ และการยอมรับ Harm Reduction อย่างเป็นทางการยังคงจำกัดอยู่ในสถานบริการทางการแพทย์เป็นหลัก การขยายขอบเขตสู่ชุมชนผ่านศูนย์ฟื้นฟูครบวงจรในระดับตำบล จะมีประโยชน์เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่วยลดการติดเชื้อ HIV/Hepatitis C และการเสียชีวิตมีคุณภาพชีวิตส่งเสริมการกลับสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน ดังนี้ ด้านการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น: กระจายความยั่งยืน ผลการวิจัยชี้ว่า โปรตุเกสและเนเธอร์แลนด์ให้ความสำคัญกับบทบาทของเทศบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัญหายาเสพติด โดยสะท้อนว่าระบบ “จากบนลงล่าง” (Top-down) ขาดความยืดหยุ่นและไม่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ จึงควรเปลี่ยนสู่แนวคิด “จากล่างขึ้นบน” (Bottom-up) ที่ให้อำนาจท้องถิ่นเป็นศูนย์กลางในการป้องกัน ปราบปราม บำบัด และฟื้นฟู



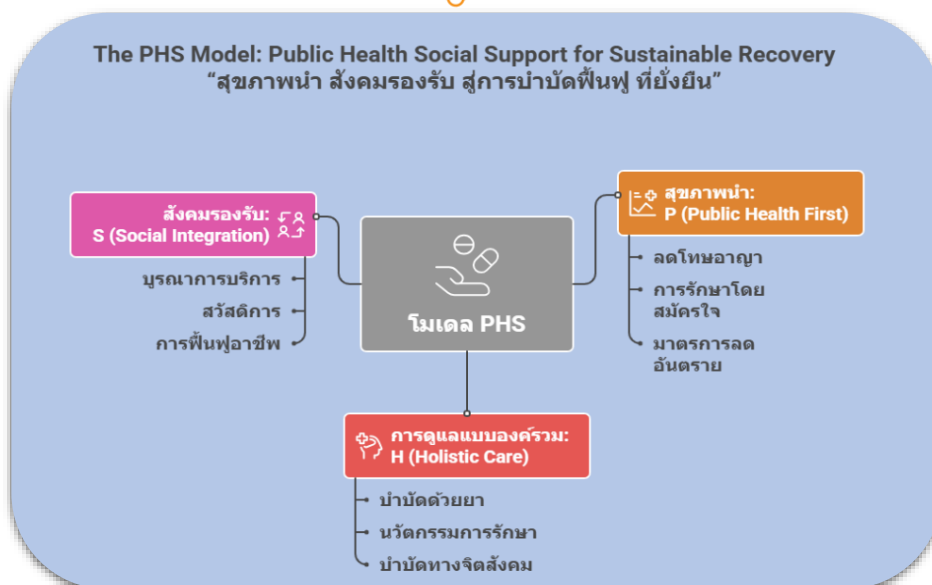
กรณีศึกษา “ตำบลร่มเย็นรางจระเข้” จังหวัดพระนครศรีอยุธยาในราชอาณาจักรไทยแสดงให้เห็นว่าแสดงให้เห็นว่าท้องถิ่นสามารถคัดกรอง ติดตาม และฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะเข้าใจบริบทชุมชนและเข้าถึงผู้ป่วยระดับครัวเรือนได้จริง ซึ่งช่วยลดการกลับไปเสพซ้ำ ความสำเร็จเกิดจากการ “เข้าใจปัญหาข้อมูลมากกว่า” และสามารถเข้าถึงตัวผู้ป่วยในระดับครัวเรือนได้จริงเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (สุวรรณ วงษ์การค้า, 2568)

ขณะเดียวกัน โครงการ Heroin-assisted treatment (HAT) ของสวิตเซอร์แลนด์ แม้ถูกมองว่า “สุดโต่ง” ทางศีลธรรม แต่กลับมีความคุ้มค่าทางสาธารณสุขและเศรษฐศาสตร์ เพราะช่วยลดอาชญากรรมจากการหาเงินซื้อยาได้เกือบร้อยละ 100 สำหรับประเทศไทย แม้ HAT อาจยังไม่เหมาะสมในวงกว้าง แต่ควรเร่งขยายการเข้าถึง MMT และ Buprenorphine ในโรงพยาบาลชุมชนและระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มโอปิออยด์และผู้ที่ต้องการรักษา

ประเทศต้นแบบทั้งสามประเทศสะท้อนความสำเร็จของแนวคิด “สุขภาพนำ” ที่เปลี่ยนจากการมุ่งลงโทษสู่การใช้พลังทางสังคมและชุมชนเพื่อลดการติดยา ทำให้ผู้ป่วยกล้าเข้าสู่ระบบบำบัดโดยสมัครใจ สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014) และ Biopsychosocial Model ที่มองปัญหา ยาเสพติดเชื่อมโยงทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม ควบคู่กับการดูแลแบบองค์รวมและการเข้าถึงการบำบัดด้วยยา ซึ่งช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มการคงอยู่ในระบบบำบัด (American Medical Association, 2024)

นอกจากนี้ การทำงานเชิงรุกโดยให้ชุมชนและท้องถิ่นเป็น “เจ้าภาพ” และ “หุ้นส่วน” ร่วมกับตำรวจ ฝ่ายปกครอง และสาธารณสุข ช่วยดึงกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบำบัดโดยไม่ถูกตัดขาดจากสังคม พร้อมสร้างเครือข่าย เกื้อกูลจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการติดยาและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำอย่างยั่งยืน (ณัฐวิชัย ราชแก้ว, 2567); (นิภาวรรณ ตติยนันทพร, 2565) การสังเคราะห์ดังกล่าวนำมาสู่การพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ คือ “โมเดล PHS (PHS Model)” เพื่อประยุกต์ใช้ในบริบทประเทศไทยโดยเฉพาะ

โมเดล PHS (PHS Model) จากการทบทวนและสังเคราะห์บทเรียนจากประเทศต้นแบบ ผู้วิจัยได้พัฒนาองค์ความรู้ใหม่ซึ่งออกแบบมาเพื่อการปรับใช้ในบริบทประเทศไทยโดยเฉพาะ “โมเดล PHS” (The PHS Model: Public Health-Social Support for Sustainable Recovery: PHS) “สุขภาพนำ สังคมรองรับ สู่การบำบัดฟื้นฟูที่ยั่งยืน” สาระสำคัญขององค์ความรู้ใหม่ ประกอบด้วย 3 หลักการตามแผนภาพ ดังนี้



ภาพที่ 2 The PHS Model: Public Health-Social Support for Sustainable Recovery: PHS

จากภาพที่ 2 ดังจะเห็นได้ว่าจะสามารถสรุปองค์ความรู้ใหม่ “โมเดล PHS” (The PHS Model: Public Health-Social Support for Sustainable Recovery: PHS) “สุขภาพนำ สังคมรองรับ สู่การบำบัดฟื้นฟูที่ยั่งยืน” มีสาระสำคัญ ซึ่งออกแบบมาเพื่อการปรับใช้ในบริบทประเทศไทยอธิบาย ได้ดังนี้

P (Public Health First) - สุขภาพนำ (การเปิดประตูสู่การรักษา): เน้นการใช้หลักการทางสาธารณสุข นำผ่านมาตรการ Decriminalization เพื่อลดอุปสรรคทางกฎหมายที่ทำให้ผู้เสพยาตกแล้ว และขยายบริการ Harm Reduction เชิงรุกในชุมชน เช่น การจัดตั้งศูนย์ห่วงใยชุมชนที่ให้บริการเข็มสะอาดและยา Naloxone เพื่อรักษาชีวิต และสร้างจุดเชื่อมต่อสู่การรักษาโดยสมัคร

H (Holistic Care) - การดูแลแบบองค์รวม (มาตรฐานสากล): การบูรณาการเภสัชบำบัดที่ได้มาตรฐาน (MMT/Buprenorphine) ควบคู่กับการบำบัดทางจิตสังคมที่ปรับเปลี่ยนตาม (Stages of Change) โดยเน้นการรักษาที่เป็นรายบุคคลและยืดหยุ่น คือ การรักษาโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง

S (Social & Local Integration) - สังคมและท้องถิ่นขับเคลื่อน (ความยั่งยืน): การเปลี่ยนบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) บทบาทเป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพทางสังคมสนับสนุน การศึกษา การประกอบอาชีพและลดการตีตราผู้ป่วยในชุมชน

ความแตกต่างและตัวชี้วัดความสำเร็จขององค์ความรู้ใหม่ (PHS Model)

โมเดล PHS แตกต่างจาก 4-Pillar Model ของสวิตเซอร์แลนด์ตรงที่มีการผนวกแนวคิด “Decentralization” (การกระจายอำนาจ) เข้ากับระบบสาธารณสุขท้องถิ่นอย่างเข้มข้น โดยเปลี่ยนบทบาท อปท. จากผู้สนับสนุนงบประมาณมาเป็น “Manager” ของระบบฟื้นฟู



ตัวชี้วัดความสำเร็จ (Key Performance Indicators: KPIs): ความยั่งยืนต้องมีการกำหนดตัวชี้วัด (KPIs) ที่ชัดเจน P (Public Health): อัตราการเข้าถึงยา Naloxone และอัตราเสียชีวิตการใช้นาโลอกซ์ในตำบล H (Holistic Care): อัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด (Retention Rate) ต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน S (Social Integration): อัตราการจ้างงานหรือการประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ของผู้ผ่านการบำบัดในชุมชน เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการปัญหาเสพติดในรูปแบบศูนย์บำบัดรักษาฟื้นฟูในระดับตำบลหรือ “ศูนย์รวมเป็น Center ของชุมชน” เพื่อเชื่อมโยงการรักษาเข้ากับการสนับสนุนด้านอาชีพ ที่อยู่อาศัย และเครือข่ายครอบครัวบำบัด เพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยที่ปราศจากการตีตราและลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำอย่างเป็นระบบ

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในโปรตุเกส เนเธอร์แลนด์ และ สวิตเซอร์แลนด์ มีจุดร่วมสำคัญ คือ การเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากแนวทางอาชญาวิทยา (Criminalization) สู่แนวทางด้านสาธารณสุข (Public Health Approach) โดยเฉพาะมาตรการลดอันตราย (Harm Reduction) และการบำบัดด้วยเฮโรอีนสังเคราะห์ (HAT) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าช่วยลดอาชญากรรมด้านทรัพย์สินลงได้อย่างมีนัยสำคัญ และช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม การจะนำนโยบายเหล่านี้ มาปรับใช้ในประเทศไทยจำเป็นต้องพิจารณาบริบททางกฎหมาย ทศนคติทางสังคม และศักยภาพในการบริหารจัดการงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เน้นชุมชนเป็นฐานจึงเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยให้การถ่ายโอนนโยบายสากลสู่การปฏิบัติในพื้นที่เกิดขึ้นได้ การบูรณาการภาคส่วนต่างๆ จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูครบวงจรในระดับตำบล ศูนย์ห่วงใยชุมชน (Take Care Community) การดูแลแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณตามความต้องการ (Holistic Need) ให้ครอบคลุมทุกมิติชีวิตผ่านโมเดล PHS: สุขภาพนำ สังคมรองรับ สู่การบำบัดฟื้นฟู ซึ่งในกลุ่มผู้ใช้นาโลอกซ์มักมีปัญหาทับซ้อนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์หลักในการลดการใช้นาโลอกซ์ ลดการกลับไปเสพซ้ำ เพื่อสร้างความมั่นคงทางอาชีพและคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้กับผู้ป่วยเสริมสร้างการกลับคืนสู่สังคมอย่างยั่งยืน ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการนำไปใช้ (PHS Model) การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPIs): ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการนำ PHS Model ไปใช้ เช่น อัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด (Retention Rate) อัตราการเกิดโรคติดต่อจากการใช้ยา (HIV/HCV) และอัตราการจ้างงานของผู้ผ่านการบำบัด เพื่อแสดงถึงความคุ้มค่าเชิงนโยบาย บทบาทของท้องถิ่น: ควรผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทเป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการ “กองทุนฟื้นฟูสภาพทางสังคม” เพื่อสนับสนุนการประกอบอาชีพและลดการตีตราผู้ป่วยในชุมชน : เงื่อนไขสำหรับมาตรการ HAT: สำหรับการนำ HAT มาใช้ในบริบทไทย ควรเริ่มจากโครงการนำร่องในสถานพยาบาลเฉพาะทาง และจำกัดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะผู้ป่วยหนักที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีปกติ (Hard-to-treat) ภายใต้การควบคุมที่เข้มงวดป้องกันความเสี่ยงด้านความมั่นคง ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ควรศึกษาความเป็นไปได้เชิงวัฒนธรรม: ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับทัศนคติของประชาชน และเจ้าหน้าที่รัฐต่อการใช้นาโลอกซ์ลดอันตราย (Harm Reduction) เพื่อหาแนวทางในการลดอุปสรรคด้านการถ่ายโอนนโยบาย (Policy Transfer Barriers) การประเมินความคุ้มค่าทางการคลัง: ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนระหว่างการกักขังผู้ติดยากับการลงทุนในระบบบำบัดเชิงรุก เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจเชิงงบประมาณของภาครัฐ

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัย “การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงระบบเกี่ยวกับมาตรการการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด บทเรียนจากโปรตุเกส เนเธอร์แลนด์ และสวิตเซอร์แลนด์ เพื่อนำมาปรับใช้ในประเทศไทย” ฉบับนี้ได้รับสนับสนุนทุนวิจัยสำหรับการศึกษาศึกษาจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้โครงการรหัส 68-00077-0024 ผู้วิจัยขอขอบคุณสำหรับการสนับสนุนการดำเนินงาน และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อมูลเชิงลึกอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการสังเคราะห์องค์ความรู้ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐวิชัย ราชแก้ว. (2567). กระบวนการนโยบายสาธารณะโครงการชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ปัญหาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ: นวัตกรรมกลไกความร่วมมือของชุมชน. วารสารการบริหารการจัดการและการพัฒนาที่ยั่งยืน, 2(2), 401-414.
- นิภาวรรณ ตติยนันทพร. (2565). การมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 16(2), 581-596.
- ปรารธนา ศุภลักษณ์ และคณะ. (2567). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพยาบ้าในทหารใหม่ จังหวัดอุดรธานี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 6(3), 99-115.
- มานพ คณะโต และคณะ. (2567). การสังเคราะห์สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. 2567. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครราชสีมา: ศูนย์วิทยาการเสพติด มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล.
- สุวรรณ วงษ์การค้า. (2568). บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัญหาเสพติด. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม, 9(5), 318-330.
- American Medical Association. (2024). Overdose Epidemic Report 2024. Chicago: American Medical Association.
- Cousins, G., et al. (2022). Harm reduction interventions for drug use: A systematic review of reviews. The Lancet Public Health, 7(10), 860-873.
- Hedrich, D. (2004). European report on drug consumption rooms. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Hughes, C. E. & Stevens, A. (2010). What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? British Journal of Criminology, 50(6), 999-1022.
- National Institute on Drug Abuse. (2020). Drug Facts: Treatment Approaches for Drug Addiction. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- Ribeaud, D. (2004). Long-term impacts of the Swiss heroin prescription trials on crime of treated heroin users. Journal of Drug Issues, 34(1), 163-194.

Strang, J. et al. (2010). Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial. *The Lancet of Journal*, 375(9729), 1885-1895.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *World Drug Report 2024*. Vienna: United Nations.

World Health Organization. (2014). *Community management of opioid overdose*. Geneva: World Health Organization.