

## รายงานการวิจัย

### เรื่อง

ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์  
และทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน

### คณะผู้วิจัย

นางธัญญา ลิงห์โต  
ดร.สุกมา แสงเดือนฉาย  
นางสำเนา นิลบรรพ์  
นางนันทา ชัยพิชิตพันธ์

รายงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการวิจัยประจำปีงบประมาณ  
2558-2559

กลุ่มงานวิจัย ประเมินเทคโนโลยีและจัดการความรู้  
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

## บทคัดย่อ

**เรื่อง :** ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์และทิศทางด้าน  
การบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน  
**คณะผู้วิจัย :** นางธัญญา สิงห์โต, ดร.สุกมา แสงเดือนฉาย, นางสาวเนา นิลบรรพ์,  
นางนันทา ชัยพิชิตพันธ์

**วัน เดือน ปี :** 30 กันยายน 2559

\*\*\*\*\*

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทิศทางการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทย ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค และเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557-กันยายน 2559

**การศึกษาระยะที่ 1** เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ใช้เทคนิคการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อศึกษาทิศทางการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทยในการรองรับประชาคมอาเซียน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 26 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูงในการกำหนดนโยบายด้านยาเสพติด แพทย์หรือจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านยาเสพติด นักวิชาการด้านการศึกษาวิจัยที่เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงานยาเสพติด วิธีดำเนินการวิจัยมี 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับทิศทางการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาแล้วนำมาสร้างเป็นแบบสอบถาม ขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่ได้จากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้อาสรุปผลการวิจัยโดยพิจารณาค่ามัธยฐานมากกว่า 3.5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.5

**การศึกษาระยะที่ 2** เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนจำนวน 471 คน และสนทนากลุ่มของบุคลากรด้านยาเสพติดทั้งจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลรัฐอนุรักษ์ภูมิภาคทั้ง 6 แห่งจำนวน 79 คน เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

**ผลการวิจัย การศึกษาระยะที่ 1** จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ทิศทางด้าน การบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 2) ด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และ 3) ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีมาตรฐานสากล ซึ่งผลจากการศึกษาระยะที่ 1 นำไปสร้างเป็นแบบสอบถามในระยะที่ 2

**การศึกษาระยะที่ 2 พบว่า** 1) ด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอยู่ในระดับน้อย เนื่องจาก บุคลากรประเมินตนเองว่ายังขาดทักษะภาษาอังกฤษในการสื่อสารกับผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนที่เข้าบำบัดรักษาส่งผลให้การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในเวทีวิชาการระหว่างประเทศอาเซียนยังมีน้อย บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจในวัฒนธรรมรวมทั้งกฎหมายยาเสพติด สิทธิประโยชน์การช่วยเหลือและส่งต่อของแต่ละประเทศอาเซียน 2) ด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มประเทศอาเซียนที่มารับการบำบัดรักษายังมีจำนวนน้อย จึงยังไม่ได้เตรียมความพร้อมขององค์กรในการรองรับผู้ป่วยในกลุ่มนี้โดยเฉพาะ อย่างไรก็ตามในส่วน 3) ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากลเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอยู่ในระดับมาก เนื่องจาก

รูปแบบของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดและองค์ความรู้ต่างๆที่นำมาประยุกต์ใช้จะเป็นรูปแบบมาตรฐานสากลและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) ดังนั้นสิ่งสำคัญที่ควรต้องดำเนินการก่อนในการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนคือด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้ภาษาอังกฤษ ให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความคุ้มครอง สิทธิประโยชน์ การประกันสุขภาพ และการส่งต่อการบำบัดรักษาของผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน และด้านการพัฒนาองค์กรในการบริหารจัดการองค์กรที่เอื้อต่อระบบการบำบัดรักษาผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและพัฒนาระบบฐานข้อมูลของสถานบำบัดรักษาภายในประเทศให้เป็นฐานเดียวกันและสามารถเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อวางแผนดำเนินงานร่วมกันระหว่างประเทศในกลุ่มอาเซียน

**คำสำคัญ :** ความพร้อม บุคลากรด้านยาเสพติด ทิศทางด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด ประชาคมอาเซียน

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยและความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์และทิศทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน” นี้ สำเร็จได้โดยความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจากผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติดในระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดทั้งจากหน่วยงานในและนอกสังกัดกรมการแพทย์ อาจารย์มหาวิทยาลัยที่เชี่ยวชาญในด้านยาเสพติดในการให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามจำนวน 3 รอบ รวมทั้งเสนอข้อคิดเห็นที่ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาติ รัชชกุล ข้าราชการบำนาญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอขอบคุณ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจเกี่ยวกับยาเสพติด โดยเฉพาะบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านยาและสารเสพติดในการพัฒนาศักยภาพให้แก่ตนเองและเพิ่มพูนทักษะให้สามารถปฏิบัติงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สำหรับผู้บริหารจะได้นำผลจากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพ ทักษะความสามารถและความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจากการเปิดประชาคมอาเซียน และพัฒนาแนวทางการเพิ่มศักยภาพของบุคลากร องค์กรด้านยาเสพติดในระดับประเทศให้เป็นมาตรฐาน รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและทิศทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อเตรียมพร้อมรองรับประชาคมอาเซียนและให้หน่วยงานภาครัฐได้ใช้กำหนดแผนยุทธศาสตร์และเป็นแนวทางในการวางแผนและกำหนดนโยบายในการบำบัดรักษาและแก้ไขปัญหายาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คณะผู้วิจัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	ก
กิตติกรรมประกาศ.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฎ
<b>บทที่</b>	
<b>1 บทนำ.....</b>	<b>1</b>
- ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
- วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
- ขอบเขตของการวิจัย.....	4
- นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
<b>2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....</b>	<b>7</b>
- ความรู้เกี่ยวกับประชาคมอาเซียน.....	7
- สถานการณ์ปัญหายาเสพติด การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียน.....	18
2.1 ประเทศไทย.....	20
2.2 ประเทศอินโดนีเซีย.....	35
2.3 ประเทศสิงคโปร์.....	38
2.4 ประเทศมาเลเซีย.....	39
2.5 ประเทศฟิลิปปินส์.....	41
2.6 ประเทศบรูไนดารุสซาลาม.....	43
2.7 ประเทศเวียดนาม.....	46

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)</b>	
2.8 ประเทศลาว.....	48
2.9 ประเทศพม่า.....	51
2.10 ประเทศกัมพูชา.....	53
- การวิจัยอนาคตด้วยเทคนิค Ethnographic Delphi Futures Research : EDFR.....	55
- เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	59
- กรอบแนวคิดการวิจัย.....	62
● กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1.....	62
● กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2.....	63
<b>3 วิธีดำเนินการวิจัย.....</b>	<b>64</b>
<b>ระยะที่ 1 ทิศทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทย     เพื่อรองรับประชาคมอาเซียน.....</b>	<b>64</b>
- ประชากรที่ศึกษา.....	64
- กลุ่มตัวอย่าง.....	65
- เครื่องมือในการวิจัย.....	67
- ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68
- การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
<b>ระยะที่ 2 ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการ     แพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน.....</b>	<b>72</b>
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	73
- เครื่องมือในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75
- การวิเคราะห์ข้อมูล.....	76

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....</b>	<b>78</b>
<b>ระยะที่ 1 ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทย</b>	<b>78</b>
<b>เพื่อรองรับประชาคมอาเซียน.....</b>	
- ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับ	79
ประชาคมอาเซียนรายด้าน.....	
- ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับ	80
ประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยา	
เสพติดยาข้อ.....	
- ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับ	85
ประชาคมอาเซียน ด้านการพัฒนองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยา	
เสพติดยาข้อ.....	
- ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับ	88
ประชาคมอาเซียน ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดยาที่มี	
มาตรฐานสากลรายข้อ.....	
<b>ระยะที่ 2 ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการ</b>	<b>89</b>
<b>แพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน.....</b>	
- ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร.....	90
- ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการ	92
เข้าสู่ประชาคมอาเซียนภาพรวม จำแนกตามรายด้าน.....	
- ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการ	93
เข้าสู่ประชาคมอาเซียนจำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน.....	
- ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการ	94
เข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพของบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้	
ติดยาเสพติดยา.....	



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (ต่อ)</b>	
- ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด.....	101
- ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากล.....	106
<b>ปัญหาอุปสรรค และเสนอแนะแนวทางปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน.....</b>	<b>109</b>
ตอนที่ 1 ปัญหาอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน.....	109
ตอนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหา.....	132
<b>5 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล.....</b>	<b>137</b>
- สรุปผลการวิจัย.....	138
- อภิปรายผลการวิจัย.....	142
- ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	151
- ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ.....	152
- ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ/งานวิจัย.....	153
<b>บรรณานุกรม.....</b>	<b>154</b>
<b>ภาคผนวก.....</b>	<b>158</b>
- เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	158

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในแต่ละรอบของการวิจัย.....	67
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน.....	74
3	ค่ามัธยฐาน IR และระดับความสำคัญ ทิศทางด้านการบำบัดรักษายา เสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนภาพรวมราย ด้าน.....	79
4	ค่ามัธยฐาน IR และระดับความสำคัญ ทิศทางด้านการบำบัดรักษายา เสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพ บุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดรายข้อ.....	80
5	ค่ามัธยฐาน IR และระดับความสำคัญ ทิศทางด้านการบำบัดรักษายา เสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ด้านการพัฒนา องค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดรายข้อ.....	85
6	ค่ามัธยฐาน IR และระดับความสำคัญ ทิศทางด้านการบำบัดรักษายา เสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ด้านรูปแบบ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีมาตรฐานสากลรายข้อ.....	88
7	ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรในการตอบแบบสอบถาม.....	90
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติด ติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนภาพรวม จำแนกตามรายด้าน.....	92
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติด ติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน จำแนกตาม สถานที่ปฏิบัติงาน.....	93

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพของบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด.....	94
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด.....	101
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากล.....	106

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	สัญลักษณ์ของประชาคมอาเซียน.....	11
2	ขั้นตอนของการวิจัยแบบ EDFR.....	59

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การแพร่ระบาดของยาเสพติดนับวันยิ่งมีความรุนแรงมากขึ้น และมีความซับซ้อนยากต่อการป้องกันและปราบปราม ก่อให้เกิดปัญหาสังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศอย่างรุนแรง ปีหนึ่งๆ รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณ เพื่อการรณรงค์ป้องกัน ปราบปรามตลอดจนการให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาด้วยเงินจำนวนมหาศาล ซึ่งปัจจัยที่มีส่วนเสริมสำคัญที่ทำให้ปัญหาการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้นประการหนึ่ง คือการหลั่งไหลของคนจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาขายแรงงานในประเทศไทย (กิตติ ลิมชัยกิจ, 2551) และจากการที่ประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั้ง 10 ประเทศ จะรวมตัวกันเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนภายในปี 2558 ทำให้อาเซียนจะมีประชากรรวมกันประมาณ 600 ล้านคน โดยมีตลาดและฐานการผลิตเดียวกันทำให้ประเทศในกลุ่มมีความแข็งแกร่งทางเศรษฐกิจและเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของอาเซียนในตลาดโลก แต่ขณะเดียวกันก็หลีกเลี่ยงไม่ได้กับปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการรวมกลุ่มของประเทศสมาชิกอาเซียน อันได้แก่ ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาด้านสาธารณสุขและปัญหายาเสพติด (กองวิจัยตลาดแรงงาน, 2553)

รัฐบาลได้วางนโยบายรองรับการก้าวสู่การเป็นประชาคมอาเซียน โดยมุ่งเน้นการสร้างสามัคคีและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศอาเซียน พร้อมกับการส่งเสริมความร่วมมือกับประเทศอื่นๆ ในเอเชียภายใต้กรอบความร่วมมือต่างๆ และเตรียมความพร้อมของทุกภาคส่วนในประเทศเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 ทั้งด้านความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (คณะรัฐมนตรี, 2554) รวมทั้งมีร่างกรอบยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนในปี 2558 โดยมีเป้าหมายทางยุทธศาสตร์ 3 ประการคือประการ

แรกเพื่อลดปัญหายาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนภายใต้กรอบการทำให้อาเซียนเป็นเขตปลอดยาเสพติดในปี 2558 ประการที่สองเพื่อสร้างความพร้อม เตรียมการและพัฒนาความร่วมมือในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียนให้มากที่สุด และประการสุดท้ายเพื่อเตรียมระบบและกลไกต่างๆของหน่วยงานด้านยาเสพติดให้มีความพร้อมรองรับสถานการณ์ต่างๆในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 (ร่างกรอบยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนในปี 2558, สำนักงาน ป.ป.ส., 2556)

จากรายงานผลการศึกษาเรื่อง การเตรียมความพร้อมการผลิตกำลังคนสู่การเป็นประชาคมอาเซียนและเปิดเสรีการค้า บริการด้านอุดมศึกษาของ ผู้อำนวยการบริหารเครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียน (รศ.ดร.นันทนา คชเสนี) เกี่ยวกับทัศนคติและการตระหนักรู้เกี่ยวกับอาเซียน โดยสำรวจจากนักศึกษาจำนวน 2,170 คน จากมหาวิทยาลัยชั้นนำในประเทศสมาชิกอาเซียนทั้ง 10 ประเทศ พบว่า นักศึกษาจากประเทศไทยมีความรู้เกี่ยวกับอาเซียนอยู่ในอันดับสุดท้าย ซึ่งผู้อำนวยการบริหารเครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียนได้สะท้อนความคิดเห็นในภาพรวมว่า คนไทยยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการเป็นพลเมืองอาเซียนเท่าที่ควร (หนังสือพิมพ์ คมชัดลึก, 2554) ซึ่งผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาบุคลากรและผลิตภาพบุคลากรเพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียนในปี 2558 ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า บุคลากรทางการศึกษากว่าร้อยละ 70-80 มีความรู้เกี่ยวกับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนน้อยมาก และไม่รู้ว่านโยบายเกี่ยวกับประชาคมอาเซียนมีอะไรบ้าง (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2549) นอกจากนั้นแล้วยังพบว่า รายงานผลการศึกษาจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ได้แสดงความคิดเห็นว่า ภาครัฐของไทยจำเป็นต้องปรับบทบาทเพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเข้าเป็นประชาคมอาเซียนในด้านสมรรถนะหลักให้กับบุคลากรซึ่งประกอบด้วยความเป็นนานาชาติ (International) ความเป็นมืออาชีพ (Professional) และความเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator) (ศูนย์สารสนเทศยุทธศาสตร์ภาครัฐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) กล่าวได้ว่า นโยบายการก้าวสู่การเป็นประชาคมอาเซียนของประเทศไทย

จำเป็นต้องมีการพัฒนาและเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรและหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้สามารถร่วมมือ ประสานผลประโยชน์และแข่งขันกับประเทศต่างๆในอาเซียนได้

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช) ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในงานด้านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย มีพันธกิจเพื่อพัฒนา ถ่ายทอดองค์ความรู้เทคโนโลยีด้านบำบัดรักษายาเสพติด รวมถึงการพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติดของกรมการแพทย์ จากบทบาทและพันธกิจดังกล่าว เพื่อเป็นการตอบสนองนโยบายของรัฐบาลในการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน (สำนักงานปปส. 2556) สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จึงมีความสนใจศึกษาความพร้อมของบุคลากรที่ทำหน้าที่ด้านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รวมทั้งปัญหาอุปสรรค การปฏิบัติงานของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนรวมถึงทิศทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพ ทักษะความสามารถและความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจากการเปิดประชาคมอาเซียนอย่างเต็มที่ และหน่วยงานภาครัฐและสถานบำบัดยาเสพติดได้ใช้กำหนดแผนยุทธศาสตร์และเป็นแนวทางในการวางแผนและกำหนดนโยบายในการบำบัดรักษาและแก้ไขปัญหายาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาทิศทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน
2. เพื่อศึกษาความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

### ขอบเขตของการวิจัย

1. เป็นการศึกษาโดยวิธีการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรที่ทำหน้าที่บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ โดยศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2559 การดำเนินการวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ **ระยะที่ 1** เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อศึกษาทิศทางการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2557-กันยายน 2558 **ระยะที่ 2** เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และการประชุมระดมสมองของบุคลากรด้านยาเสพติดทั้งจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาล ัญญารักษ์ภูมิภาค เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนโดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2558-กันยายน 2559

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ทิศทางการบำบัดรักษา ยาเสพติด** หมายถึง ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับสูงในการกำหนดนโยบายด้านยาเสพติด แพทย์หรือจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านยาเสพติด นักวิชาการด้านการศึกษาและเชี่ยวชาญด้านยาเสพติด ผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติดและทีมสหวิชาชีพในระดับหัวหน้างาน และผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติดและทีมสหวิชาชีพในระดับปฏิบัติงานที่มีต่อแนวโน้มหรือแนวทางที่หน่วยงานและบุคลากรด้านยาเสพติดในสถานพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ ควรปรับตัวหรือพัฒนาศักยภาพทั้งในด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิทยาการทางยาเสพติด และทักษะการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด รวมทั้งการพัฒนาองค์กรและระบบการ



ให้บริการที่ทันสมัยและได้มาตรฐานเพื่อรองรับผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกประเทศกลุ่มอาเซียน ร่วมกับข้อความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหายาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียน

**บุคลากรด้านยาเสพติด** หมายถึง ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ หรือลูกจ้างที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโดยตรง ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักเทคนิคการแพทย์ นักอาชีวบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

**ความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน** หมายถึง ความคิดเห็นของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีมาตรฐานสากล ในการดูแลบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วยยาเสพติดในสมาชิก 10 ประเทศของอาเซียนประกอบด้วย ไทย มาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ บรูไน เวียดนาม ลาว พม่าและกัมพูชา โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยลด ละ เลิก ยาเสพติดได้อย่างมีคุณภาพในระดับสากลที่เป็นที่ยอมรับขององค์กรวิชาชีพทางสุขภาพของสมาชิกอาเซียน

**ประชาคมอาเซียน (Association of Southeast Asian Nations : ASEAN)** หมายถึง สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นการรวมตัวกันโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและร่วมมือในเรื่องสันติภาพ ความมั่นคง เศรษฐกิจ องค์กรความรู้ และสังคม วัฒนธรรม บนพื้นฐานความเท่าเทียมกันและผลประโยชน์ร่วมกัน

ของประเทศสมาชิก มีสมาชิก 10 ประเทศ ได้แก่ ไทย มาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ บรูไน เวียดนาม ลาว พม่าและกัมพูชา

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เป็นข้อมูลหรือแนวทางในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจตลอดจนทักษะ ความสามารถและความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ให้ สอดคล้องกับศักยภาพความเป็นจริงเพื่อรองรับ การบำบัดรักษา ดูแลและฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดจากสมาชิกกลุ่มอาเซียน
2. เพื่อยกระดับคุณภาพและมาตรฐานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยยาเสพติดของประเทศไทยสู่มาตรฐานระดับสากล
3. เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ องค์ความรู้ด้านยาเสพติดและเสนอแนว ทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของบุคลากรด้านยาเสพติด ระหว่างประเทศกลุ่มอาเซียน

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์และ  
ทิศทางการบำบัดรักษาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน  
ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับประชาคมอาเซียน
2. สถานการณ์ปัญหาเสพติด การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียน
3. การวิจัยอนาคตด้วยเทคนิค Ethnographic Delphi Futures Research: EDFR
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับประชาคมอาเซียน

สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of South East Asian Nation: ASEAN) หรือ ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community: AC) ก่อตั้งขึ้นโดยปฏิญญากรุงเทพฯ (Bangkok Declaration) เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2510 ที่วังสราญรมย์ โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศ 5 ประเทศ ได้แก่ ประเทศไทย อินโดนีเซีย สิงคโปร์ มาเลเซีย และฟิลิปปินส์ ต่อมาประเทศเข้าร่วมเป็นสมาชิกเพิ่ม ได้แก่ บรูไนดารุสซาลาม (8 มกราคม พ.ศ. 2527) และประเทศสมาชิกอาเซียนใหม่ กลุ่ม CLMV ได้แก่ เวียดนาม (28 กรกฎาคม พ.ศ. 2538) สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป. ลาว) และพม่า (23 กรกฎาคม พ.ศ. 2540) และสมาชิกใหม่ล่าสุดคือ กัมพูชา (30 เมษายน พ.ศ. 2542) ปัจจุบันอาเซียนมีสมาชิกทั้งหมด 10 ประเทศ เลขานุการอาเซียนคนปัจจุบันคือ นาย เล เลื่อง มินห์ (Le Luong Minh) จากประเทศเวียดนาม ดำรงตำแหน่งเป็นเลขานุการอาเซียนคนที่ 13 (ดำรงตำแหน่งปี พ.ศ. 2556 – 2563)

ต่อมาได้มีการประกาศใช้กฎบัตรอาเซียน (ASEAN Charter) เพื่อเป็นเครื่องมือในการวางกรอบทางกฎหมาย โครงสร้างองค์กรสมาคมและเพิ่มประสิทธิภาพของอาเซียน ในการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ นอกจากนี้ กฎบัตรจะให้สถานะนิติบุคคลแก่อาเซียนเป็นองค์กรระหว่างรัฐบาลอีกด้วย อาเซียนประกอบด้วย 3 เสาหลัก (Pillars) (<http://www.เกร็ดความรู้.net>) ดังนี้

1. **ประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน** มีวัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างและธำรงไว้ซึ่งสันติภาพและความมั่นคงของภูมิภาค เพื่อให้ประเทศในภูมิภาคอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข และสามารถแก้ไขปัญหาและความขัดแย้ง โดยสันติวิธี ดังนั้น อาเซียนจึงได้จัดทำแผนงานการจัดตั้งประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน (ASEAN Political-Security Community Blueprint) โดยเน้นใน 3 ประการคือ

1.1 การมีกฎเกณฑ์และค่านิยมร่วมกัน ครอบคลุมถึงกิจกรรมต่างๆ ที่จะร่วมกันทำ เพื่อสร้างความเข้าใจในระบบสังคมวัฒนธรรม และประวัติศาสตร์ที่แตกต่างของประเทศสมาชิก ส่งเสริมพัฒนาการทางการเมืองไปในทิศทางเดียวกัน อาทิ หลักการประชาธิปไตย การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม การต่อต้านการทุจริต การส่งเสริมหลักนิติธรรมและธรรมาภิบาล เป็นต้น

1.2 ส่งเสริมความสงบสุขและรับผิดชอบร่วมกันในการรักษาความมั่นคงสำหรับประชาชนที่ครอบคลุมในทุกด้าน ครอบคลุมความร่วมมือ เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงในรูปแบบเดิม มาตรการสร้างความไว้เนื้อเชื่อใจและการระงับข้อพิพาทโดยสันติ เพื่อป้องกันสงครามและให้ประเทศสมาชิกอาเซียนอยู่ด้วยกันโดยสงบสุขและไม่มีความหวาดระแวง และขยายความร่วมมือเพื่อต่อต้านภัยคุกคามรูปแบบใหม่ เช่น การต่อต้านการก่อการร้าย อาชญากรรมข้ามชาติต่างๆ เช่น ยาเสพติด การค้ามนุษย์ ตลอดจนการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันและจัดการภัยพิบัติและภัยธรรมชาติ

1.3 การมีพลวัตและปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอก เพื่อเสริมสร้างบทบาทของอาเซียนในความร่วมมือระดับภูมิภาค เช่น กรอบอาเซียนบวกสามกับประเทศจีน ญี่ปุ่น

เกาหลีใต้ และการประชุมสุดยอดเอเชียตะวันออก ตลอดจนความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งกับมิตรประเทศและองค์การระหว่างประเทศ เช่น สหประชาชาติ

**2. ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน** มีวัตถุประสงค์เพื่อ ทำให้อาเซียนมีตลาดและฐานการผลิตเดียวกันและมีการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ การลงทุน เงินทุน และแรงงานมีฝีมืออย่างเสรี อาเซียนได้จัดทำแผนงาน การจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community Blueprint) ซึ่งเป็นแผนงานบูรณาการดำเนินงานในด้านเศรษฐกิจเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 4 ด้าน ได้แก่

2.1 การเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียว (Single market and production base) โดยจะมีการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ การลงทุน และแรงงานมีฝีมืออย่างเสรี และการเคลื่อนย้ายเงินทุนอย่างเสรีมากขึ้น

2.2 การสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของอาเซียน โดยให้ความสำคัญกับประเด็นนโยบายที่จะช่วยส่งเสริมการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ เช่น นโยบายการแข่งขัน การคุ้มครองผู้บริโภค สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา นโยบายภาษี และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (การเงิน การขนส่ง เทคโนโลยีสารสนเทศ และพลังงาน)

2.3 การพัฒนาเศรษฐกิจอย่างเสมอภาค ให้มีการพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลาง และขนาดย่อม และการเสริมสร้างขีดความสามารถผ่านโครงการต่างๆ

2.4 การบูรณาการเข้ากับเศรษฐกิจโลก เน้นการปรับประสานนโยบายเศรษฐกิจของอาเซียนกับประเทศภายนอกภูมิภาค เพื่อให้อาเซียนมีความร่วมมือกันอย่างชัดเจน

**3. ประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน** อาเซียนได้ตั้งเป้าเป็นประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน ในปี พ.ศ. 2558 โดยมุ่งหวังเป็นประชาคมที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีสังคมที่เอื้ออาทรและแบ่งปัน ประชากรอาเซียนมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีและมีการพัฒนาในทุกด้าน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน รวมทั้งส่งเสริมอัตลักษณ์อาเซียน (ASEAN Identity)

ประชาคมอาเซียน จัดทำแผนงานการจัดตั้งประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio-Cultural Community Blueprint) ขึ้น เพื่อรองรับการเป็น

ประชาคมสังคม และวัฒนธรรมอาเซียน ประกอบด้วยความร่วมมือใน 6 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การคุ้มครองและสวัสดิการสังคม สิทธิและความยุติธรรมทางสังคม ความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม การสร้างอัตลักษณ์อาเซียน และการลดช่องว่างทางการพัฒนา

เสาหลักทั้ง 3 ของอาเซียนมีเป้าหมายที่เริ่มต้นกันอย่างจริงจังและมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา แต่ประชาชนคนไทยมักเข้าใจว่าประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน หรือ AEC จะเริ่มต้นดำเนินการในวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 เนื่องจากมีการตื่นตัวกันทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ในความจริงแล้ว ปลายปี 2558 คือจุดเริ่มต้นของเสาหลักอาเซียนทั้ง 3 เสาหลักไปพร้อมๆ กัน

วัตถุประสงค์ของการก่อตั้งประชาคมอาเซียน คือ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างประเทศในภูมิภาค ชำรงไว้ซึ่งสันติ เสถียรภาพและความมั่นคงทางการเมือง สร้างสรรค์ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจ การพัฒนาทางสังคมและวัฒนธรรม การกีดกันที่ยุติของประชาชนบนพื้นฐานของความเสมอภาคและผลประโยชน์ร่วมกันของประเทศสมาชิก

คำขวัญประชาคมอาเซียน คือ หนึ่งวิสัยทัศน์ หนึ่งเอกลักษณ์ หนึ่งประชาคม (One Vision, One Identity, One Community)

สัญลักษณ์ของประชาคมอาเซียน คือ รูปวงข้าวสีเหลืองบนพื้นสีแดงล้อมรอบด้วยวงกลมสีขาวและสีน้ำเงิน วงข้าว 10 ต้นมัดรวมกัน หมายถึง ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั้ง 10 ประเทศ รวมกันเพื่อมิตรภาพและความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน สีเหลือง หมายถึง ความเจริญรุ่งเรือง สีแดง หมายถึง ความกล้าหาญและการมีพลวัติ สีขาว หมายถึง ความบริสุทธิ์ สีน้ำเงิน หมายถึง สันติภาพและความมั่นคง (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 สัญลักษณ์ของประชาคมอาเซียน  
ที่มา: <http://www.เกร็ดความรู้.net>

สำหรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนมีเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมอาเซียนให้เป็นตลาดและฐานผลิตเดียว มีการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการและการลงทุน แรงงานฝีมือ และเงินทุนอย่างเสรี ภายในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) และได้กำหนดยุทธศาสตร์สำคัญ 4 ด้าน คือ

1. การเป็นตลาดเดียวและฐานการผลิตร่วมกัน ให้มีการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ การลงทุน แรงงานฝีมือและเงินทุนอย่างเสรี โดยมีรูปแบบการดำเนินการต่อไปนี้

1.1 การดำเนินการเพื่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายของสินค้าอย่างเสรี (Free flow of goods) มุ่งเน้นการลดอุปสรรคในการนำเข้าและส่งออกสินค้าระหว่างประเทศสมาชิก ไม่ว่าจะเป็นอุปสรรคที่เกิดจากภาษีศุลกากรและข้อจำกัดทางการค้าที่มีใช้ภายใต้การปรับปรุงกฎระเบียบว่าด้วยแหล่งกำเนิดสินค้าของอาเซียนให้ทันสมัยและเอื้อต่อการค้าขายในภูมิภาค ตลอดจนวางมาตรการที่จะอำนวยความสะดวกทางการค้าในด้านต่างๆ เช่น การจัดตั้ง ASEAN single window ที่จะให้ผู้ส่งออก นำเข้าเกิดความสะดวกในการติดต่อประสานหน่วยงานโดยยื่นเอกสารเพียงจุดเดียว

1.2 การดำเนินการเพื่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายของบริการอย่างเสรี (Free flow of services) มีการเจรจาเพื่อลดอุปสรรคในการเข้ามาประกอบธุรกิจบริการ โดยให้ผู้ประกอบการสามารถดำเนินธุรกิจได้อย่างเสรี และผู้ประกอบการมีเสรีภาพที่จะเลือกใช้บริการต่างๆ ตามความพึงพอใจ ทั้งนี้ สาขาธุรกิจบริการที่อาเซียนตั้งเป้าหมายเร่งรัดการรวมกลุ่มให้เห็นผลเป็นรูปธรรมมี 5 สาขา ได้แก่ สาขาท่องเที่ยว การบิน สุขภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ และโลจิสติกส์

1.3 การดำเนินการเพื่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายของการลงทุนอย่างเสรี (Free flow of investment) ได้มีการจัดทำความตกลงด้านการลงทุนของอาเซียนฉบับใหม่ (ASEAN Comprehensive Investment Agreement: ACIA) แทนความตกลงที่มีอยู่เดิม คือ ความตกลงเขตการลงทุนอาเซียน (Agreement on the ASEAN Investment Area: AIA) 1998 และความตกลงด้านการส่งเสริมและคุ้มครองการลงทุน (Agreement for the Promotion and Protection of Investment) 1987 ความตกลงฉบับใหม่นี้ครอบคลุมเนื้อหา 4 ด้านหลัก คือ การคุ้มครองการลงทุน การอำนวยความสะดวกและความร่วมมือในการลงทุน การส่งเสริมการลงทุน และการเปิดเสรีการลงทุน เพื่อเป็นการเพิ่มและรักษาระดับความสามารถของอาเซียนในการดึงดูดการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศและการลงทุนภายในภูมิภาคอาเซียนด้วยกัน

1.4 การดำเนินการเพื่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายของเงินทุนอย่างเสรี (Free flow of capital) ดำเนินงานตามแผนงานที่กำหนดโดยรัฐมนตรีการคลังของอาเซียน เพื่อส่งเสริมการพัฒนาตลาดทุนและการเคลื่อนย้ายเงินทุนที่เสรีมากขึ้น โดยประเทศสมาชิกยังสามารถมีมาตรการเพื่อรักษาเสถียรภาพและความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศได้

1.5 การดำเนินการเพื่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายของแรงงานมีฝีมืออย่างเสรี (Free flow of skilled labor) แสวงหาความร่วมมือที่จะสร้างมาตรฐานที่ชัดเจนของแรงงานมีฝีมือ และอำนวยความสะดวกให้กับแรงงานมีฝีมือที่มีคุณสมบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ให้สามารถเคลื่อนย้ายไปทำงานในกลุ่มประเทศสมาชิกได้ง่ายขึ้น



2. การสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของอาเซียนโดยส่งเสริมกรอบนโยบายด้านเศรษฐกิจที่สำคัญ เช่น นโยบายการแข่งขันของอาเซียน สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา นโยบายภาษี การคุ้มครองผู้บริโภค และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านการเงิน การขนส่ง เทคโนโลยีสารสนเทศและพลังงาน

3. การพัฒนาเศรษฐกิจอย่างเสมอภาค เพื่อลดช่องว่างการพัฒนาระหว่างประเทศสมาชิก โดยการสนับสนุนการพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) พัฒนาและเสริมสร้างขีดความสามารถผ่านโครงการต่างๆ ภายใต้กรอบการริเริ่มการรวมกลุ่มของอาเซียน (Initiative for ASEAN Integration: IAI) เพื่อลดช่องว่างการพัฒนาทางเศรษฐกิจ

4. การบูรณาการเข้ากับเศรษฐกิจโลก เน้นการปรับประสานนโยบายเศรษฐกิจของอาเซียนที่มีต่อประเทศภายนอกภูมิภาค เช่น การจัดทำเขตการค้าเสรี และการสร้างเครือข่ายด้านการผลิตและจำหน่าย เป็นต้น

ตามปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมือในอาเซียน ฉบับที่ 2 (Bali Concord II) ซึ่งเป็นผลมาจากการประชุมสุดยอดอาเซียนครั้งที่ 9 เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2547 ณ เกาะบาหลี ประเทศอินโดนีเซีย ได้กำหนดให้จัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (Mutual Recognition Arrangements: MRAs) ด้านคุณสมบัติในสาขาวิชาชีพหลัก เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายนักวิชาชีพหรือแรงงานเชี่ยวชาญ หรือผู้มีความสามารถพิเศษของอาเซียนได้อย่างเสรี การเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีดังกล่าว เป็นการเคลื่อนย้ายเฉพาะแรงงานฝีมือและจะต้องมีคุณสมบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (MRAs) ของอาเซียน การเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีนั้นจะเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) ซึ่งปัจจุบันประเทศสมาชิกอาเซียนได้จัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมกันแล้วใน 7 สาขาด้วยกัน คือ วิศวกรรม พยาบาล สถาปัตยกรรม การสำรวจ แพทย์ ทันตแพทย์ และนักบัญชี ส่วนสาขาอื่นๆ ยังอยู่ระหว่างการพิจารณา ข้อตกลงยอมรับร่วมกันนี้ ประเทศสมาชิกได้กำหนดเบื้องต้นที่จะเปิดเสรีในตลาดแรงงานทักษะหรือแรงงานฝีมือ นำร่องในกลุ่มบริการ 4 สาขา ได้แก่ ท่องเที่ยว สุขภาพ การบิน และเทคโนโลยีสารสนเทศ ภายใต้เป้าหมายการลดอุปสรรคการประกอบวิชาชีพในภูมิภาค ทั้งนี้

บุคลากรในสายอาชีพดังกล่าว หากมีความสามารถและผ่านเกณฑ์เงื่อนไขคุณสมบัติตามที่แต่ละประเทศกำหนดได้ ก็จะเข้าไปทำงานในกลุ่มสมาชิกอาเซียน 10 ประเทศได้อย่างเสรี (ศูนย์สารสนเทศยุทธศาสตร์ภาครัฐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ม.ป.ป.)

ส่วนปัญหาของประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน นอกจากปัญหาการระบาดของโรคติดต่อร้ายแรง เช่น การติดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์แล้ว ปัญหายาเสพติดเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่เป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงต่อประชาคม สังคม และวัฒนธรรมอาเซียนเช่นกัน เนื่องจากยาเสพติดทำลายศักยภาพของประชาชนและเยาวชนอาเซียนและส่งผลกระทบต่อขีดความสามารถในการพัฒนาในอนาคต (สันติพจน์ กลับดี, 2558) หากพิจารณาลักษณะและความเกี่ยวข้องกับปัญหายาเสพติดของประเทศต่างๆ ในอาเซียนอาจแบ่งได้เป็น 3 ส่วน (สำนักงาน ป.ป.ส., 2558) คือ

1. ประเทศที่มีสถานะเป็นผู้ผลิตยาเสพติด ได้แก่ เมียนมา ซึ่งเป็นผู้ผลิตฝิ่น เฮโรอีน ยาบ้า และไอซ์
2. ประเทศที่มีสถานะเป็นทางผ่านยาเสพติด หรือเป็นเส้นทางลำเลียงยาเสพติดจากแหล่งผลิตในเมียนมาไปยังประเทศอื่นๆ ได้แก่ ไทย ลาว กัมพูชา เวียดนาม มาเลเซีย
3. ประเทศที่มีสถานะเป็นผู้บริโภคหรือเป็นแหล่งแพร่ระบาดของยาเสพติด ได้แก่ ไทย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย

สาเหตุที่ไม่มีประเทศบรูไนและสิงคโปร์ ปรากฏในการจำแนกกลุ่มประเทศที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดข้างต้น เนื่องจากเป็นประเทศที่มีปัญหายาเสพติดน้อยเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในกลุ่มอาเซียน แต่ไม่ได้หมายความว่าประเทศทั้งสองเป็นประเทศที่ปลอดยาเสพติดอย่างสิ้นเชิง เนื่องจากเมื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของปัญหายาเสพติดในประเทศอาเซียนให้ละเอียดแล้ว พบว่ามีปัญหาค้ำยันกันทุกประเทศ และเป็นปัญหาที่เกิดกับอาเซียนมานานแล้วเช่นกัน จากการดำเนินงานที่ผ่านมาประเทศสมาชิกอาเซียนได้ร่วมแก้ปัญหายาเสพติดกันมาตามลำดับ ดังนี้

1. พ.ศ. 2519 มีการประกาศปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยหลักการในการต่อต้านการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิด (ASEAN Declaration of Principles to Combat the Abuse of Narcotic Drugs)

2. พ.ศ. 2541 มีการประกาศปฏิญญาว่าด้วยการปลอดยาเสพติดในอาเซียน พ.ศ. 2563 (Joint Declaration for a Drug-Free ASEAN)

3. พ.ศ. 2543 รัฐมนตรีต่างประเทศอาเซียนเห็นควรให้ร่นเวลาการปลอดยาเสพติดในอาเซียนจากปี พ.ศ.2563 เป็นปี พ.ศ. 2558

4. พ.ศ. 2548 มีการยกร่างแผนปฏิบัติการอาเซียนเพื่อต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติด

5. พ.ศ. 2552 เจ้าหน้าที่อาวุโสอาเซียนด้านยาเสพติดให้การรับรองแผนปฏิบัติการอาเซียนเพื่อต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติด พ.ศ. 2552-2558 (ASEAN Work Plan on Combating Illicit Drug Manufacturing, Trafficking and Abuse 2009-2015)

6. พ.ศ. 2553 มีการกำหนดเกณฑ์วัดผลสำหรับการดำเนินงานการปราบปรามการผลิตและการลักลอบลำเลียงยาเสพติด ได้แก่

6.1 การขจัดเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการผลิตยาเสพติด

6.2 การขจัดเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการลักลอบลำเลียงยาเสพติด

6.3 การจัดการลักลอบและการนำสารตั้งต้นไปใช้ในการผลิตยาเสพติด

6.4 ส่งเสริมความร่วมมือข้ามพรมแดนและการปฏิบัติการด้านการปราบปรามอาชญากรรมข้ามชาติ

เพื่อให้การปราบปรามการผลิตและการลักลอบลำเลียงยาเสพติดเกิดผลในทางปฏิบัติ ประเทศสมาชิกอาเซียนได้ใช้ปฏิญญาว่าด้วย การปลอดยาเสพติดในอาเซียน พ.ศ. 2558 ซึ่งหมายถึง "การดำเนินกิจกรรมการควบคุมยาเสพติดที่ผิดกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ พร้อมทั้งลดผลต่อเนื่องต่างๆ ในเชิงลบอันอาจเกิดขึ้นกับสังคม" เป็นกรอบความคิดหลัก และในที่ประชุมอาเซียนได้กำหนดกรอบทางยุทธศาสตร์ 6 กรอบความร่วมมือ ดังนี้ (สำนักงาน ป.ป.ส., 2556)

1. กรอบความร่วมมือในด้านการลดอุปทานยาเสพติด (Supply reduction) คือ การดำเนินการปราบปรามยาเสพติด ทั้งในด้านการข่าว การปราบปรามกลุ่มการค้า ยาเสพติด การสกัดกั้นตามท่าอากาศยาน การยึดทรัพย์สิน ฯลฯ

2. กรอบความร่วมมือในด้านการเสริมสร้างความมั่นคงชายแดน คือ การดำเนินงานในด้านการสกัดกั้นยาเสพติดตามแนวชายแดน การเสริมสร้างชุมชนตามแนวชายแดนให้เข้มแข็ง การจัดระเบียบชายแดน ฯลฯ

3. กรอบความร่วมมือการลดพื้นที่ปลูกพืชเสพติดด้วยการพัฒนาทางเลือก (Alternative development) คือการใช้แนวทางการพัฒนาทางเลือกตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ มาลดปัญหาการปลูกฝิ่น

4. กรอบความร่วมมือด้านการสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันยาเสพติด (Potential demand) คือการดำเนินการด้านการป้องกันยาเสพติดในกลุ่มที่กำหนดเป็นเป้าหมายร่วม สักตวงจรของผู้เสพยาเสพติดรายใหม่ในกลุ่มประเทศอาเซียน

5. กรอบความร่วมมือด้านการแก้ไขผู้เสพยาเสพติด คือการดำเนินการด้านบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด การพัฒนาความพร้อมเมื่อเกิดเงื่อนไขการเคลื่อนย้ายประชากรในกลุ่มประเทศอาเซียน

6. กรอบความร่วมมือด้านการพัฒนาวิชาการและการพัฒนาในด้านต่างๆ ได้แก่ การพัฒนาความร่วมมือในด้านการวิจัย วิชาการ การพัฒนาความร่วมมือด้านนิติวิทยาศาสตร์ การพัฒนากฎหมาย ฯลฯ

จากมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2557 คณะรัฐมนตรีมีมติรับทราบ และเห็นชอบตามที่กระทรวงยุติธรรมเสนอ ดังนี้ (สำนักงาน ป.ป.ส., 2556)

1. รับทราบผลการประชุมรัฐมนตรีอาเซียนด้านยาเสพติด ครั้งที่ 3 ระหว่างวันที่ 2 – 3 ธันวาคม 2557 ณ กรุงจาการ์ตา สาธารณรัฐอินโดนีเซีย โดยการประชุมดังกล่าวจัดขึ้น 2 ระดับ ประกอบด้วย

1.1 การประชุมระดับเจ้าหน้าที่อาวุโส (Senior Official Meeting : SOM) จัดขึ้นในวันที่ 2 ธันวาคม 2557 เป็นการประชุมหัวหน้าหน่วยงานกลางด้านยาเสพติดของประเทศสมาชิกอาเซียน

วัตถุประสงค์ของการประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามมติที่ประชุมรัฐมนตรีอาเซียนด้านยาเสพติด ครั้งที่ 1 - 2 และเพื่อพิจารณาหารือแนวทางการร่วมมือ เพื่อนำมาบรรจุไว้ในร่างรายงานสำหรับประธานที่ประชุมระดับรัฐมนตรี (Chairman's statement) เพื่อให้ที่ประชุมระดับรัฐมนตรี ให้ความเห็นชอบผลการประชุมระดับเจ้าหน้าที่อาวุโส

1.2 การประชุมระดับรัฐมนตรีอาเซียนด้านยาเสพติด (ASEAN Ministerial Meeting on Drug Matters: AMMDM) จัดขึ้นในวันที่ 3 ธันวาคม 2557 โดยที่ประชุมให้รัฐมนตรีแต่ละประเทศแสดงทัศนคติต่อประเด็นยาเสพติด ภายใต้วาระหลังปี พ.ศ. 2557 ของอาเซียนซึ่งจะครบวาระการกำหนดเป้าหมายเป็นเขตปลอดยาเสพติดในอาเซียน และข้อเสนอแนะสำหรับการก้าวเดินไปข้างหน้าของอาเซียนซึ่งหัวหน้าคณะผู้แทนแต่ละประเทศได้แสดงทัศนคติเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาเสพติดของประเทศตนและภูมิภาคอาเซียน และการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 จะนำมาซึ่งปัญหาเสพติดที่เพิ่มมากขึ้นและเห็นพ้องกันว่าต้องมีความร่วมมือในด้านต่างๆ ให้มากขึ้น รวมถึงการจัดการกับปัญหาที่เชื่อมโยงกับปัญหาเสพติด เช่น ปัญหาคอร์รัปชัน และปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติอื่นๆ นอกจากนี้หัวหน้าคณะผู้แทนประเทศอาเซียนหลายประเทศได้เน้นย้ำว่าในปี พ.ศ. 2558 จะเข้าสู่ประเทศอาเซียน ดังนั้น อาเซียนต้องร่วมมือกัน เพื่อให้พร้อมต่อการรองรับกับปัญหาเสพติดที่จะตามมา โดยกล่าวถึงการสกัดกั้นยาเสพติด ณ ท่าอากาศยานสากลในอาเซียน (ASEAN Airport Interdiction Tack Force : AAITF) ซึ่งเป็นโครงการระดับภูมิภาคของอาเซียนรวมทั้งอีกหลายประเทศยังกล่าวถึงการใช้กลไกสำนักงานประสานความร่วมมือด้านยาเสพติดอาเซียน (ASEAN Narcotics Cooperation Center) หรือเรียกว่าอาเซียน - นาโค (ASEAN NARCO) ซึ่งประเทศไทยเป็นผู้ริเริ่มจัดตั้งเป็นกลไกในการร่วมมือแก้ไขปัญหาเสพติดอีกช่องทางหนึ่ง

2. เห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขปัญหาเสพติด โดยร่วมมือกับประเทศสมาชิกอาเซียนและประเทศเพื่อนบ้านต่อไป

กล่าวโดยสรุปได้ว่า เพื่อให้ความร่วมมือกับกลุ่มประเทศอาเซียนมีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ภายใต้พัฒนาการของความร่วมมือในการแก้ปัญหาเสพติด และการกำหนดกรอบทางยุทธศาสตร์ต่างๆ ดังกล่าว ถ้าทุกประเทศในประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียนให้ความร่วมมือดำเนินการตามกลยุทธ์ต่างๆ ที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง จริงจัง และจริงจัง เชื่อได้ว่าปัญหาเสพติดในประเทศอาเซียนน่าจะคลี่คลายลงได้ตามสมควร แม้ว่าอาจจะไม่บรรลุถึงเป้าหมายการเป็นอาเซียนปลอดยาเสพติดภายใน พ.ศ. 2558 ดังกำหนดไว้ก็ตาม

## 2. สถานการณ์ปัญหาเสพติด การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มประเทศอาเซียน

ประเทศอาเซียนมีความร่วมมือกันมานานแล้วในเรื่องของปัญหาเสพติด แต่ด้วยสถานการณ์ของอาชญากรรมข้ามชาติในรูปแบบยาเสพติดซึ่งเป็นปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ความร่วมมือในเรื่องนี้ต้องมีความเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่ออยู่ภายใต้กรอบความร่วมมือของประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน

อาชญากรรมข้ามชาติในรูปแบบยาเสพติดเป็นอาชญากรรมที่กระทำโดยองค์กรอาชญากรรม มีการทำงานแบบลับ มีกระบวนการซับซ้อนเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกจับกุมกวาดล้าง ด้วยเหตุนี้ในการดำเนินการด้านการสืบสวนติดตามจึงต้องใช้เทคนิคการสืบสวนแบบพิเศษเข้ามาดำเนินการด้วย

ในการประชุมสุดยอดผู้นำอาเซียน ครั้งที่ 21 (3-4 เมษายน พ.ศ.2555) ณ กรุงพนมเปญ ประเทศกัมพูชา มีการรับรองปฏิญญาร่วมของผู้นำอาเซียน เพื่อให้เกิดการเป็นอาเซียนที่ปลอดยาเสพติดในปี 2015 (พ.ศ. 2558) ซึ่งเป็นการเลื่อนกำหนดการปลอดยาเสพติดของอาเซียนให้เร็วขึ้นอีก 5 ปี จากเดิมที่กำหนดไว้ในการประกาศวิสัยทัศน์ของการเป็นเขตปลอดยาเสพติดอาเซียน ภายในปี 2020 (พ.ศ. 2563) ทั้งนี้ได้มีการกำหนดนิยามของ "ประชาคมที่ปลอดยาเสพติด" ว่าหมายถึง การที่สมาชิกอาเซียนสามารถควบคุมปัญหาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ

โดยไม่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตที่เป็นปกติสุขของสังคม (สำนักงาน ป.ป.ส., 2556)

สภาพปัญหายาเสพติดในอาเซียนแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม (สำนักงาน ป.ป.ส., 2556)

**กลุ่มแรก** เป็นประเทศที่มีสถานะเป็นผู้ผลิตยาเสพติด ได้แก่ เมียนมา ประเทศยาเสพติด คือ เฮโรอีน ยาบ้า และ ไอซ์

**กลุ่มที่สอง** เป็นประเทศที่มีสถานะเป็นทางผ่านยาเสพติดหรือเป็นเส้นทางลำเลียงยาเสพติดจากแหล่งผลิต ได้แก่ ไทย ลาว กัมพูชา เวียดนาม และมาเลเซีย

**กลุ่มที่สาม** เป็นประเทศที่มีสถานะเป็นผู้บริโภคหรือเป็นแหล่งแพร่ระบาดของยาเสพติด เช่น ไทย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย และมาเลเซีย

ประเทศอาเซียนที่ประสบปัญหาในเรื่องการเสพยาเสพติดในระดับรุนแรง ได้แก่ อินโดนีเซีย เมียนมา ฟิลิปปินส์ ไทย ในขณะที่กัมพูชา ลาว มาเลเซีย และเวียดนาม ปัญหาการเสพยาเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับประเทศบรูไนและสิงคโปร์ จัดเป็นประเทศที่มีปัญหาเสพยาเสพติดน้อย

การป้องกันและแก้ไขปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติในรูปแบบยาเสพติดโดยลำพังเฉพาะประเทศใดๆ จะกระทำได้อย่างลำบากเนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ (สันติพจน์, 2558)

1. ความหลากหลายของรูปแบบการกระทำผิด กล่าวคือ มีการขนส่ง การลักลอบลำเลียงในรูปแบบใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น การขนส่งทางทะเล ช่องทางไปรษณีย์ การปลอมแปลงเอกสารเพื่อให้ผ่านพิธีการศุลกากร

2. การกระทำผิดบนพื้นที่คาบเกี่ยวระหว่างประเทศ ผู้ร่วมกระทำผิดมีมากกว่าหนึ่งเชื้อชาติ การว่าจ้าง มีกระบวนการที่ซับซ้อน โดยที่ผู้รับจ้างไม่รู้ถึงผู้ว่าจ้างต้นทางที่แท้จริง

3. กระบวนการระหว่างประเทศในเรื่องยาเสพติดมีความล่าช้า เนื่องจากข้อจำกัดทางกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องพยานหลักฐานและนโยบายของแต่ละประเทศในการให้ความร่วมมือค้นหาพยานหลักฐาน

4. ยังประสบปัญหาเรื่องขอบเขตอำนาจในการจับกุมและดำเนินคดีผู้กระทำความผิดข้ามพรมแดน

ด้วยเหตุนี้เอง หากประเทศอาเซียนต้องการแก้ไขปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติในรูปแบบยาเสพติดอย่างจริงจังแล้ว จำเป็นจะต้องร่วมมือกันในการวางกรอบกฎหมายระหว่างประเทศให้มีความรัดกุมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การจัดการกับปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติในรูปแบบยาเสพติดมีความคล่องตัวมากขึ้น เพื่อให้คาดหวังได้ว่าการเป็นอาเซียนที่ปลอดยาเสพติดใน พ.ศ. 2558 เป็นความฝันที่ใกล้ความจริงมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความคืบหน้าในการความร่วมมือด้านยาเสพติดระหว่างประเทศอาเซียนยังไม่มีความก้าวหน้าเท่าที่ควร ซึ่งในงานวิจัยนี้ขอเสนอสถานการณ์ปัญหายาเสพติด และระบบการบำบัดรักษายาเสพติดในแต่ละประเทศพอสังเขป ดังนี้

## 2.1 ประเทศไทย

จากพระราชดำรัสสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ที่กล่าวว่า “คนติดยาเขาเป็นคนหรือเปล่า ในเมื่อเขาเป็นคน เรามีการช่วยเหลือเขาได้ไหม ถ้าช่วยเหลือเขาได้ เท่ากับชุบชีวิตใหม่ให้เขา เราก็คควรทำ” พระราชดำรัสนี้เป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญของบุคลากรที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยเสพติดให้ได้รับการรักษา และปฏิบัติการพยาบาลให้การช่วยเหลือผู้เสพติดเหล่านั้นในฐานะเป็นผู้ป่วย

### สถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทย

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ ปี 2554 – 2558 การดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการนำตัวผู้เสพเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษามีแนวโน้มที่สูงขึ้น จาก 178,246 คน ในปี 2554 เป็น 303,509 คน ในปี 2557 และในปี 2558 มีผู้เข้ารับบำบัดรักษาจำนวน 168,667 คน และ 165,298 คน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการนำผู้เสพเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา ในช่วงที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า อัตราผู้เข้ารับบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัดจะมากที่สุด โดยในปี 2554 อยู่ที่ร้อยละ 71.9 ขณะที่ระบบสมัครใจ อยู่ที่ร้อยละ 19.9 และเมื่อมีการปรับแนวทางที่เน้นการ



นำผู้เสพเข้าสู่การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจพบว่า สามารถนำผู้เสพเข้าสู่ระบบสมัครใจเพิ่มสูงขึ้น อยู่ที่ร้อยละ 49.6 ในปี 2555 แต่นับจากนั้นมา ปรากฏว่าอัตราของผู้เข้าบำบัดรักษาเริ่มกลับสู่รูปแบบเดิม ที่มีผู้รับการบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัดมาก โดยในปี 2558 พบผู้เข้าบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัด จำนวน 81,068 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 ระบบสมัครใจ จำนวน 71,227 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 ระบบต้องโทษ จำนวน 16,382 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 ที่ผ่านมาก่อบร้อยละ 50 ของผู้บำบัดรักษา เป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี ถึงแม้ว่าจะมีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่องก็ตาม แต่เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ จึงมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะมีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวมทั้งผู้เข้าบำบัดรักษาที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีที่ควรต้องได้รับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน โดยในช่วงนี้มีอัตราการลดลงจากร้อยละ 1.1 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 0.7 ในปี 2558 กลุ่มอาชีพหลักยังคงเป็นกลุ่มอาชีพรับจ้าง ว่างาน และเกษตรกร ร้อยละ 43.9, 18.7 และ 14.7 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าในช่วงนี้จะมีอัตราผู้เข้าบำบัดรักษาพยาบาลลดลง แต่ยังคงเป็นตัวยาที่มีผู้เสพมากที่สุด ร้อยละ 80.3 ซึ่งยังไม่มีตัวยาใดมาแทนที่ รองลงมาคือ กัญชา มีอัตราผู้เข้าบำบัดรักษา ร้อยละ 6.1 และไอซ์ มีอัตราผู้เข้าบำบัดรักษา ร้อยละ 4.4 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2559)

นอกจากนี้ยังพบว่า เกือบทุกตัวยามีอัตราผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น ยกเว้นยาบ้า และพืชกระท่อมที่มีอัตราผู้เข้าบำบัดรักษาลดลง พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดที่น่ากังวลของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ในช่วงนี้พบว่าอัตราการใช้ยาเสพติดมากกว่า 1 ชนิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการบำบัดรักษาที่มีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผลการประเมินการใช้ยาเสพติดของผู้เข้าบำบัดรักษาที่กลุ่มผู้ติดและผู้ติดยรุนแรง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยาเสพติดเป็นปัญหาในประเทศไทยมานาน เริ่มจากปัญหาฝิ่น เฮโรอีนและยาบ้า

จากสถิติในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2556 - 2558) ที่ผ่านมา พบว่า คดีการจับกุม เกี่ยวข้องกับยาบ้า เฮโรอีน กัญชา ฝิ่น กระท่อม และยาไอซ์ มีมากกว่าร้อยละ 80 ปัจจุบันยาไอซ์แพร่ระบาดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เสพที่มีฐานะทางการเงินดี ทั้งนี้

รัฐบาลโดยการนำของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี จึงมีนโยบายให้ยาเสพติด เป็นวาระแห่งชาติ และมีการเพิ่มเติมยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจาก 6 ข้อในปี พ.ศ. 2557 เป็น 8 ข้อในปี พ.ศ.2558 (คำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดที่ 8/2558)

### ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ตามคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดที่ 8/2558 เรื่อง แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 30 กันยายน 2558 โดยพลเอกไพบูลย์ คุ้มฉายา ได้ออกคำสั่งเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดปี 2559 ที่ผสมผสานภายในกรอบแผนปฏิบัติการฯ ปี 2559 มี 8 ยุทธศาสตร์ตามกรอบแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558 - 2562 คือ

- 1) ยุทธศาสตร์การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด
- 2) ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายุติยาเสพติด
- 3) ยุทธศาสตร์การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม
- 4) ยุทธศาสตร์การควบคุมตัวยาและผู้ค้ายาเสพติด
- 5) ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ
- 6) ยุทธศาสตร์สร้างสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันปัญหายาเสพติด
- 7) ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมภาคประชาชน
- 8) ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการอย่างบูรณาการ

จาก 8 ยุทธศาสตร์หลักดังกล่าวข้างต้น มีการจัดหมวดหมู่ยุทธศาสตร์ที่มีกระบวนการดำเนินงานเกี่ยวข้องเชื่อมโยงสัมพันธ์กันเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านการป้องกันยาเสพติด ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด  
 ยุทธศาสตร์ที่ 6 การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันปัญหายาเสพติด  
 ยุทธศาสตร์ที่ 7 การมีส่วนร่วมภาคประชาชน

2. ด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ประกอบด้วย
  - ยุทธศาสตร์ที่ 2 การแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติด
  - ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม
3. ด้านการปราบปรามยาเสพติด ประกอบด้วย
  - ยุทธศาสตร์ที่ 4 การควบคุมตัวยาและผู้ค้ายาเสพติด
  - ยุทธศาสตร์ที่ 5 ความร่วมมือระหว่างประเทศ
4. ด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย
  - ยุทธศาสตร์ที่ 8 การบริหารจัดการอย่างบูรณาการ โดยมีเป้าหมายภาพรวมของการดำเนินงาน ดังนี้
    1. สร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดให้กับเด็กและเยาวชนทั้งในและนอกสถานศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานและประชาชนโดยทั่วไป
    2. พัฒนาระบบและมาตรฐานการบำบัดรักษา การติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติ
    3. ลดการผลิตยาเสพติดในพื้นที่นอกประเทศ และสกัดกั้นการลักลอบลำเลียงนำเข้ายาเสพติด ตามช่องทางชายแดน ตลอดจนพื้นที่ในประเทศ
    4. ปราบปราม จับกุมการกระทำความผิดคดีร้ายสำคัญ รวมทั้งเครือข่ายการค้าในเรือนจำทุกแห่ง
 รัฐบาลมีจุดเน้นในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดปี 2559 มีดังนี้
    1. ขยายรูปแบบ แนวทาง การสร้างภูมิคุ้มกันและการป้องกันยาเสพติดแต่ละช่วงวัย
    2. พัฒนามาตรฐานกระบวนการบำบัดรักษาทุกระบบให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ
    3. ให้ความช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษาอย่างเป็นรูปธรรม
    4. บูรณาการแผนสกัดกั้นยาเสพติดและการปราบปรามนักค้ารายสำคัญ

5. เร่งสร้างความร่วมมือในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในภูมิภาคอาเซียน
6. ขยายกรอบแนวทางการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อการป้องกันยาเสพติด การควบคุมพื้นที่ และลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อปัญหายาเสพติด
7. จัดระบบกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม
8. ปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณ และเร่งรัด กำกับ ติดตาม เพื่อให้การบริหารจัดการงบประมาณมีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ดังกล่าวเกิดผลสัมฤทธิ์ แต่ยังไม่ครอบคลุมขอบเขตของปัญหายาเสพติดทั้งหมด รัฐบาลจึงมีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง โดยการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศต้องใช้สรรพกำลังของทุกภาคส่วนจึงจะเห็นผลอย่างชัดเจน ดังนั้นในการช่วยลดปัญหายาเสพติดของประเทศคือ การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีระบบการบำบัดที่ได้มาตรฐานและเป็นรูปธรรม

**การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดในประเทศไทย** (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

กรมการแพทย์เป็นหน่วยงานรับผิดชอบด้านการควบคุมความต้องการในการใช้ยา รวมถึงการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยเน้นไปที่กระบวนการและวิธีการในการบำบัดรักษา มีโรงพยาบาลอยู่ในสังกัดกรมการแพทย์ และเป็นสถาบันที่เชี่ยวชาญในการดูแลรับผิดชอบด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติดโดยเฉพาะ ได้แก่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกที่ให้บริการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เปิดดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2508 และมีโรงพยาบาลอัญญารักษ์ส่วนภูมิภาคอีก 6 แห่งทั่วประเทศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลอัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลอัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลอัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลอัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลอัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลอัญญารักษ์ปัตตานี

สบยช. มีวิสัยทัศน์หลักในการเป็นผู้นำด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด โดยมีภารกิจสำคัญในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้บุคคล

เหล่านี้สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติในสังคมได้ นอกจากนี้ยังเป็นต้นแบบในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้หน่วยงานอื่น มีการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี รวมถึงให้การรับรองคุณภาพแก่สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดอื่นด้วยการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติด

สำหรับการบำบัดรักษาเสพติดในประเทศไทย แบ่งได้เป็น 3 ระบบ ได้แก่

1. ระบบสมัครใจ มีการบำบัดรักษาในสภยช. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค ทั้ง 6 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการบำบัดในรูปแบบค่ายบำบัด ซึ่งมีอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ เช่น ค่ายทหาร เป็นต้น

2. ระบบบังคับบำบัด เป็นการบำบัดด้วยการบังคับโดยกฎหมาย เช่น โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง เป็นต้น

3. ระบบต้องโทษ อยู่ภายใต้กระทรวงยุติธรรม บำบัดในทัณฑสถาน

ซึ่งจำนวนสถานบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทั้งหมดทั่วประเทศมีมากกว่า 10,000 แห่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข โดยส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน ที่ให้บริการบำบัดรักษาเบื้องต้น ซึ่งมีอยู่ตามหมู่บ้านต่างๆ ทั่วประเทศ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลให้การดูแลทำงานอย่างใกล้ชิดร่วมกันกับอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นระบบที่สำคัญยิ่งของกระทรวงสาธารณสุข ปัจจัยความสำเร็จของการบำบัดรักษา คือ การประเมินคัดกรองผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด ขั้นตอนในการบำบัดรักษา ประกอบด้วย 1) การเตรียมการก่อนการรักษา มีการประเมินคัดกรองและลงทะเบียน 2) การบำบัดรักษาด้วยยาหรือถอนพิษยา (Detoxification) 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 4) การติดตามหลังการบำบัดรักษา ใช้เวลาติดตามประมาณ 1 ปี รูปแบบในการบำบัดรักษาคนไข้แต่ละคน แต่ละกลุ่มแตกต่างกันไปตามลักษณะและอาการของคนไข้ โดยรวมแล้วใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 1 ½ ปี ส่วนการบำบัดในรูปแบบค่าย นิยมใช้บำบัดสำหรับผู้ติดยาเสพติดในชุมชน โดยมีหลายหน่วยงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาในระดับชุมชน

ประเทศไทยมีกิจกรรมต่างๆ เพื่อรณรงค์ป้องกัน แก้ไขปัญหาการใช้ยาเสพติดในชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัย เป็นต้น นอกจากนี้ยังใช้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบ FAST Model ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเสพยาเสพติดในรูปแบบผู้ป่วยในสถานบำบัด ทั้งนี้ยังมีกิจกรรมการช่วยเหลือที่ใช้เพื่อเป็นการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด เรียกรูปแบบนี้ว่า “การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (Harm Reduction) สบยช.ได้รับการสนับสนุนทุนจาก UNODC ในการบำบัดรักษาผู้ที่ติดเฮโรอีน ด้วยการใช้เมทาโดน นอกจากนี้ยังมีการทำโครงการร่วมกันกับประเทศเพื่อนบ้านอื่นๆ เช่น ลาว กัมพูชา เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติดในภูมิภาค เพื่อพัฒนาบุคลากร เทคโนโลยีและองค์ความรู้ด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติดร่วมกัน

### ขั้นตอนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพยาเสพติดในประเทศไทย

การเสพยาเสพติดเป็นกระบวนการที่มีสาเหตุและปัจจัยหลายประการ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดจึงจำเป็นต้องมีลำดับขั้นตอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิก ยาเสพติดได้และพร้อมที่จะกลับคืนสู่สังคม ผู้ป่วยเสพยาเสพติดจึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจนครบทั้ง 4 ขั้นตอน (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2556) ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1: เตรียมการก่อนรักษา (Pre-admission)** เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเสพยาเสพติดและครอบครัว เพื่อให้โอกาสเตรียมตัว เตรียมใจจัดการกิจธุระให้เรียบร้อย ให้เข้ารับการรักษาได้ครบตามระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง โดยการให้คำแนะนำ จูงใจและให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ มีความตั้งใจในการบำบัดรักษา

ก่อนที่จะเริ่มต้นในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดนั้น ผู้ป่วยต้องมีความพร้อมที่จะเข้ารับการรักษา โดยเจ้าหน้าที่ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา แพทย์หรือพยาบาล ต้องร่วมกันซักจูงแนะนำ ให้ผู้ติดยาเสพติดเต็มใจเข้ารับการรักษา ขั้นเตรียมการเป็นระยะแรกของการรักษาที่เตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อม ความตั้งใจที่จะเข้ารับการรักษา เข้าใจวิธีการบำบัดรักษา ยอมรับความจริงว่า การเสพยาเสพติดมีโทษร้ายแรง ยอมรับปัญหาของตน ยอมรับที่จะแก้ไขพฤติกรรมของตนเอง โดยสมัคร

ใจที่จะเข้ารับการรักษาครบตามระยะเวลาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัว เพื่อความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 1 – 7 วัน ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1) การสัมภาษณ์ประวัติ ประวัติส่วนตัวในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการติดยาเสพติด ประวัติการเจ็บป่วย การลงทะเลเบียน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ทำความรู้จักและเข้าใจผู้ป่วย โดยศึกษาประวัติจากผู้ป่วย ครอบครัวและญาติหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง การหาข้อมูลและข้อเท็จจริงจากผู้ป่วย เช่น ปัญหาทางจิตใจ (ความคิด อารมณ์ และความรู้สึก) ปัญหาบุคลิกภาพ ปัญหาทางครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ

2) การตรวจสอบสุขภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อตรวจสอบสภาพทางกาย ตรวจสอบสภาพจิตว่าปกติหรือไม่ อย่างไร มีโรคแทรกซ้อนทางกาย และทางจิตหรือไม่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เอกซเรย์ปอด ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะหา ยาเสพติด)

3) การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง รวมทั้ง การซักจง แนะนำให้ผู้ป่วยตั้งใจเข้ารับการรักษา และแนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

ในขั้นตอนเตรียมการนี้ จะสามารถประเมินผู้ป่วย และมีข้อพิจารณาว่า ควรจะบำบัดในรูปแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ทั้งนี้การรับผู้ป่วยเสพติดเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในนั้นขึ้นกับการพิจารณาของแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยแพทย์จะมีเกณฑ์พิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยในโดยใช้ข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. อยู่ในสภาวะที่อาจทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้
2. มีโรคแทรกซ้อนทางกายหรือทางจิต ที่จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น มีโรคติดเชื้อรุนแรง โรคจิตในระยะมีอาการมาก
3. ผู้ป่วยติดยาเสพติดหลายชนิดที่จำเป็นต้องรับการรักษาพร้อมด้วย เช่น ยาบ้าร่วมกับสุรา ไอสซ์ร่วมกับกัญชา หรือเฮโรอีนร่วมกับยานอนหลับ เป็นต้น
4. ในรายที่ใช้ยาเสพติดปริมาณมากๆ ติดต่อกันมานานกว่า 1 ปี มีแนวโน้มที่จะหยุดยาไม่ได้ หากให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก
5. ผู้ป่วยเคยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหลายครั้งแล้วยังไม่ได้ผล

6. มีสภาวะแวดล้อมทางสังคมและจิตใจที่แย่มาก เช่น ขาดที่พึ่งพิงในครอบครัว ไม่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ อยู่ในสถานที่ที่สามารถหายาเสพติดได้ง่าย

7. ผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก รวมไปถึงผู้ป่วยที่ถูกศาลตัดสินให้ส่งมารับการรักษาภายในโรงพยาบาล

การรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นที่นิยมโดยทั่วไป เนื่องจากเป็นความสะดวกของทางสถานพยาบาล สิ้นเปลืองงบประมาณน้อยกว่า ใช้บุคลากรและสถานที่น้อยกว่าแบบผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังสามารถตรวจรักษาผู้ป่วยได้เป็นจำนวนมาก

**ขั้นตอนที่ 2: การบำบัดรักษาด้วยยา (Detoxification)** เป็นการบำบัดรักษาอาการขาดยา เนื่องจากหยุดใช้ยาเสพติด เช่น หงุดหงิด กระวนกระวาย ก้าวร้าว หรือมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง และภาวะแทรกซ้อนจากยาเสพติดร่วมด้วย แพทย์อาจให้ยาไปรับประทานที่บ้าน หรือ รับประทานในโรงพยาบาล ระยะนี้ผู้ป่วยต้องการกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวอย่างมาก และสถานบำบัดมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ผ่านระยะนี้ไปด้วยดี ส่วนผู้ที่มีอาการไม่รุนแรงหรือเลิกเสพยาเสพติดมาได้ระยะหนึ่งแล้ว ไม่จำเป็นต้องใช้ยาในการบำบัดรักษาก็ได้

**ขั้นตอนที่ 3: การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)** ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกัน การใช้กระบวนการจิตวิทยาในการแก้ไขปัญหา การเสริมสร้างพลังใจให้เข้มแข็ง การฝึกสมาธิ รู้จักหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธยาเสพติด การฝึกอาชีพ การปรับตัวให้เข้ากับสังคม ซึ่งจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เจตคติ ระยะนี้เป็น การบำบัด เพื่อให้สามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาด เน้นการแก้ไขพฤติกรรมและเจตคติของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดรักษา

**ขั้นตอนที่ 4: การติดตามการรักษา (Follow up or Aftercare)** หลังจากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพจิตใจและสังคมแล้ว ผู้ป่วยต้องกลับสู่ชุมชนของตน จะมีการติดตามให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และเสริมสร้างกำลังใจเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ เป็นการปฏิบัติทุกวิถีทางที่จะให้ผู้ติดยาเสพติดเลิกเสพยาเสพติด สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ โดยไม่พึ่งพายาเสพติดอีกต่อไป



ขั้นตอนนี้อาจมีความสำคัญเช่นกัน มิฉะนั้นผู้ให้การรักษาก็ไม่สามารถทราบได้ว่าผลการรักษาเป็นอย่างไร มีการติดเชื้อหรือไม่ การดำรงชีวิต สภาวะแวดล้อมของผู้ป่วยหลังการรักษาเป็นอย่างไร ต้องเสริมกำลังใจ หรือแนะนำ ช่วยแก้ปัญหาต่างๆ บ้างหรือไม่

การติดตามผลทางตรง คือ ผู้ติดตามผลได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง ทำให้สามารถซักถามผล การบำบัดรักษาได้ลึกซึ้งพร้อมกับตรวจหาสารเสพติดได้ ให้คำแนะนำช่วยแก้ปัญหาได้โดยตรง เช่น

1) นัดผู้ป่วยมาพบที่สถานพยาบาลตามกำหนด ซึ่งพบปัญหาว่าผู้ป่วยไม่มาตามนัด

2) การเยี่ยมเยียนผู้ป่วยที่บ้าน วิธีการนี้สามารถทำได้ทั้งแบบนัดหมายล่วงหน้าหรือไม่ได้นัดหมาย ทำให้เห็นสภาพที่แท้จริงของผู้ป่วย แต่วิธีการนี้จะสิ้นเปลืองทั้งเวลา บุคลากรและงบประมาณ

3) การติดตามผลทางอ้อม คือผู้ติดตามผลไม่ได้พบกับผู้ป่วยโดยตรงเป็นการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ การพูดคุยทางโทรศัพท์การติดต่อผ่านบุคคลที่สาม แต่จะได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนไม่สามารถให้คำปรึกษาได้โดยสมบูรณ์

ปัญหาหาเสพติดได้แพร่ระบาดไปในวงกว้าง ทำให้มีการตื่นตัวในการแก้ไขปัญหานี้อย่างมาก รวมทั้งการบำบัดรักษาผู้ยาเสพติดด้วย สถานบำบัดรักษาต่างๆ ได้คิดค้นวิธีการบำบัดรักษาหลายรูปแบบ เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละรายให้ทันต่อสถานการณ์ที่มีความรุนแรงในปัจจุบัน โดยสรุปแบ่งการบำบัดรักษาเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2556)

**รูปแบบที่ 1 บำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน** เมื่อผู้ป่วยและญาติเตรียมความพร้อม และตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษา แพทย์ตรวจและวินิจฉัยแล้วให้ผู้ป่วยอยู่รับการรักษาในสถานพยาบาล แพทย์ประเมินอาการ ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จะเข้าสู่ขั้นตอนบำบัดด้วยยา เพื่อรักษาอาการดังกล่าวใช้ระยะเวลาประมาณ 1 - 4 สัปดาห์ แล้วแต่อาการที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แพทย์วินิจฉัยให้

ส่งต่อเข้าสู่ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ (ใช้รูปแบบฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่: FAST Model)

### รูปแบบฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

เป็นการบำบัดที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เน้นให้สมาชิก (ผู้ป่วย) เกิดการพัฒนาตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มีสัมพันธภาพที่ดีในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมอย่างมีระเบียบวินัย เกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรม จัดการอารมณ์และความรู้สึกของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความรับผิดชอบ เห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น เป็นรูปแบบการบำบัดที่จัดสิ่งแวดล้อม สถานที่ ทำให้เกิดความอบอุ่น ปลอดภัย รู้จักการเผชิญและแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตโดยไม่พึ่งพายาเสพติด ใช้ระยะเวลาในการบำบัดนาน 4 เดือน (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2556)

กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่มีองค์ประกอบ ดังนี้

**ครอบครัว (F: Family)** การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งเตรียมกลับสู่สังคม เนื่องจากครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนร่วมวางแผนแนวทางแก้ไขพฤติกรรมสมาชิก จัดความขัดแย้งในครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกเลิกใช้ยาเสพติด และให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้เหมาะสม มีกิจกรรม ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมครอบครัว เพื่อสร้างความมีส่วนร่วมในการบำบัดฟื้นฟู เช่น การทำความเข้าใจรูปแบบต่างๆ ของการบำบัด ช่วยให้การบำบัดฟื้นฟูมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น
2. การให้ความรู้ครอบครัว (Family education) เป็นการให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องต่างๆ ประกอบด้วย 4 หัวข้อใหญ่ คือ ครอบครัวคืออะไร สมองติดยาเส้นทางการเลิกยาและธรรมชาติของวัยรุ่น
3. การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family counseling) เป็นกิจกรรมการเสริมสร้างให้ครอบครัวมีทักษะในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมี

แรงจูงใจร่วมมือและสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยยึดหลักการให้คำปรึกษา

4. ครอบครัวบำบัด (Family therapy) เป็นวิธีการบำบัดที่รวมเอาบุคคลที่มีความสัมพันธ์ ความผูกพันในฐานะครอบครัวเดียวกันร่วมกันค้นหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยทีมสหวิชาชีพ

5. กิจกรรมสัมพันธ์ภาพระหว่างครอบครัว (Walk rally) เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้น เพื่อสร้างให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว

**กิจกรรมทางเลือก (A: Alternative treatment activity)** เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม อาทิ ชมรมที่ฉันทสนใจ การศึกษา (การจัดการเรียนการสอนสายสามัญ และสายอาชีพ)

**กระบวนการเรียนรู้เพื่อช่วยตนเอง (S: Self help)** เป็นการจัดกิจกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีทักษะในการดำเนินชีวิต ตามแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเจตคติ ความรู้สึกของตนเองด้วยตนเอง สร้างพลังใจที่เข้มแข็ง จนสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและไม่พึ่งพาสេพติด โดยผู้บำบัดเป็นผู้จัดกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ รวม 9 กิจกรรม ได้แก่ การบันทึกและรายงาน การสำรวจตนเอง การตั้งเป้าหมายในชีวิต การปฏิเสธ การควบคุมตนเอง การสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร และการสร้างวินัยในตนเอง

**กระบวนการชุมชนบำบัด (T: Therapeutic community)** เป็นรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล จากแนวคิดการช่วยเหลือตนเองมาเป็นการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันในสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น และปลอดภัย โดยแต่ละบุคคลเป็นเสมือนสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ด้วยการใช้แนวคิดทฤษฎีชุมชนบำบัด จากประเทศสวีเดน ประกอบด้วย 14 กิจกรรมหลัก อาทิ กิจกรรมแรกรับ กลุ่มบำบัด (Group therapy) งานบำบัด (Works therapy) และการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Re-shape behavior) ด้วยการใช้เครื่องมือบ้าน (Tools of the house) เป็นต้น

ในระยะเวลาของการบำบัดในการประเมินผลการบำบัดใน 2 ส่วน ได้แก่ การประเมินหลังการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมและการประเมินพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย ความรับผิดชอบ ความมีระเบียบวินัยในตนเอง การมีมนุษยสัมพันธ์ การควบคุมอารมณ์ ความซื่อสัตย์ ความมั่นใจในตนเอง การแก้ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ความคิดสร้างสรรค์ และการยอมรับในตนเองและผู้อื่น

**รูปแบบที่ 2 บำบัดรักษาผู้ป่วยนอก** เมื่อผู้ป่วยและญาติเตรียมความพร้อมและตัดสินใจเข้ารับการรักษา แพทย์ตรวจและวินิจฉัย แล้วให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาที่สถานพยาบาลแบบไป-กลับ ไม่ค้างคืน แพทย์ประเมินอาการ ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จะเข้าสู่ขั้นตอนบำบัดด้วยยา เพื่อรักษาอาการดังกล่าวใช้ระยะเวลาประมาณ 1 - 4 สัปดาห์ แล้วแต่อาการที่พบในผู้ป่วยแต่ละราย จะมีการนัดมาตรวจเป็นครั้งๆ เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แพทย์วินิจฉัยให้ส่งต่อเข้าสู่ขั้นตอนฟื้นฟูสมรรถภาพ (ใช้การบำบัดรูปแบบกายจิตสังคมบำบัด)

### **การบำบัดรูปแบบจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (Matrix Program)**

การบำบัดแบบ Matrix program เป็นการบำบัดที่สร้างขึ้น เพื่อให้การบำบัดผู้ติดสารเสพติดประเภทสารกระตุ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อ 30 ปีที่ผ่านมา นับเป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่เข้มข้น (Intensive outpatient program) เป็นการบำบัดรูปแบบกลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 16 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

- การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual counseling)
- กลุ่มฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น (Early recovery skill groups)
- กลุ่มการป้องกันการเสพติดซ้ำ (Relapse prevention groups)
- กลุ่มครอบครัวศึกษา (Family education groups)

### หลักการในการบำบัดรูปแบบ Matrix program

1. การสร้างความร่วมมือและความสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ป่วย
2. การสร้างรูปแบบการบำบัด และมีความคาดหวังในการบำบัดที่ชัดเจน
3. การสอนและแนะนำข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นและสำคัญ
4. การใช้หลักการปรับความคิดและพฤติกรรม
5. การให้แรงเสริมเชิงบวกกับพฤติกรรมที่พึงปรารถนา
6. การให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเรื่องการดำเนินของโรคและการ

หายจากโรค

7. การแนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยไปเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง
8. การติดตามการใช้สารเสพติดด้วยการตรวจปัสสาวะ

การบำบัดแบบกาย จิต สังคม แบบผู้ป่วยนอกของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดสำหรับผู้ป่วยนอก ด้วยกระบวนการรักษาทางกาย และการปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยประยุกต์มาจาก Matrix program ซึ่งใช้เวลาบำบัดรักษาทั้งหมด 4 เดือน โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

1. การให้คำปรึกษารายบุคคล/ครอบครัว (Individual /Conjoint sessions) เป็นการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากเป็นช่วงของการปรับตัวเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบ Matrix ที่มีโครงสร้างขั้นตอนการบำบัดรักษาชัดเจน จำเป็นที่ผู้ป่วยและญาติต้องปฏิบัติตาม การบำบัดรักษาจึงจะเป็นไปอย่างประสิทธิภาพ

- Individual session เป็นการให้คำปรึกษาเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น

- Conjoint session เป็นการให้คำปรึกษาสำหรับญาติ โดยมีผู้ป่วยร่วมฟังอยู่ด้วย เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงแรกของการหยุดเสพยา

2. กลุ่มฝึกทักษะการเลิกเสพยาระยะเริ่มต้น (Early recovery skill group) เป็น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลของยาเสพติดต่อสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ ทั้งๆ ที่มีความพยายามอย่างมากและหลายครั้งที่ผ่านมาและสอนทักษะที่จำเป็น สำหรับช่วยในการเลิกเสพยา เนื้อหาที่จำเป็นมี 8 หัวข้อ สอนครั้งละ 1 ชม.

สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ตามลำดับดังนี้ 1) หยุดวงจรการใช้ยา 2) ตัวกระตุ้นภายนอก 3) ตัวกระตุ้นภายใน 4) แนะนำกลุ่มประชุม 12 ขั้นตอน (12 step meeting) 5) ปฏิบัติการเคมีของร่างกายในการเลิกยา 6) ปัญหา 5 ประการที่พบบ่อยในการเลิกยาระยะแรกๆ 7) ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม 8) ข้อควรจำง่ายๆ ในการฝึกทักษะการเลิกยาระยะเริ่มแรก

3. กลุ่มป้องกันการหวนกลับไปเสพซ้ำ (Relapse prevention) เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยด้านการปรับตัวทางจิตสังคม (Psychosocial skills) เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนบุคลิกและวิธีการดำเนินชีวิตประกอบด้วยเนื้อหา 32 ข้อ อาทิ สุรา: สิ่งเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย ความเบื่อ การหลีกเลี่ยงการหวนกลับไปใช้ยาซ้ำ สิ่งยึดเหนี่ยว: ตารางการเลิกยา งานและการเลิกยา เป็นต้น

4. กลุ่มให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family education group) เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการใช้สารเสพติด การเปลี่ยนแปลงของสมองภายหลังการเสพยา (โรคสมองตื้อยา) ลักษณะความคิดและอารมณ์ของผู้ที่อยู่ในสภาวะการตื้อยา บทบาทหน้าที่ของผู้ปกครองต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสั้นและระยะยาวในกลุ่มผู้ปกครองและผู้ป่วยต้องเข้ารับความรู้ร่วมกันสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชม. โดยมีเนื้อหา 12 หัวข้อ เช่น ตัวกระตุ้นและความอยากยา ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ต่อสมองและร่างกาย พบปะกับสมาชิกที่จบโปรแกรม และฤทธิ์ของยาเสพติดต่อสมองและร่างกาย เป็นต้น (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2556)

สรุปได้ว่า การแก้ไขปัญหาสารเสพติดถือเป็นนโยบายยุทธศาสตร์ระดับชาติของประเทศไทย รัฐบาลกำหนดให้ทุกภาคส่วนเข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างบูรณาการตามยุทธศาสตร์สำคัญ 4 ยุทธศาสตร์ คือ ด้านการป้องกัน (Potential demand reduction) ด้านการบำบัดฟื้นฟูและลดอันตราย (Demand and Harm reduction) ด้านการปราบปราม (Supply reduction) และ ด้านการบริหารจัดการ (Management) ยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูเน้นการป้องกันกลุ่มเสี่ยง เพื่อไม่ให้เป็นผู้เสพรายใหม่ เพิ่มการเข้าถึงบริการการบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรกเพื่อลด

ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้สารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวสังคมชุมชนและมีการพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพลดขั้นตอน ระยะเวลาและค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ด้วยคุณค่าของความเป็นมนุษย์ มีสิทธิ และมีการติดตามช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำโดยการบูรณาการร่วมกับสังคมชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตโดยไม่พึ่งพาสารเสพติดรวมทั้งได้รับการเพื่อลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด ในขณะที่ยังคงใช้สารเสพติดให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข สำหรับสถานการณ์และการบำบัดรักษาเสพติดในประเทศอาเซียนอีก 9 ประเทศ มีดังต่อไปนี้

## 2.2 ประเทศอินโดนีเซีย

### สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศอินโดนีเซีย

ประเทศอินโดนีเซียเป็นประเทศทางผ่านสำหรับพ่อค้ายาเสพติด เกือบร้อยละ 80 ของยาเสพติดที่มาจากต่างประเทศ ถูกลักลอบนำเข้ามาเพื่อจำหน่ายในอินโดนีเซีย ผ่านทางท่าเรือต่างๆ การลักลอบส่วนใหญ่มาจากทางใต้ของทะเลชวาหรือผ่านทางมหาสมุทรอินเดีย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเฮโรอีนและโคเคน สำหรับยาเสพติดประเภทกัญชายังพบพื้นที่เพาะปลูกอยู่ในจังหวัดอาเจ๊ะและสุมาตรา และยังเป็นประเทศปลายทางสำหรับพ่อค้ายาเสพติด เช่น ยาอี ยาไอซ์และยาบ้า

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 องค์กรอาชญากรรมมีการผลิตยาบ้าและยาอี เพื่อใช้และจำหน่ายในประเทศอินโดนีเซีย และส่งต่อไปจำหน่ายยังตลาดนานาชาติสากล จากผลการวิจัยที่มีการจัดทำขึ้นของมหาวิทยาลัยในประเทศอินโดนีเซีย ร่วมมือกับคณะกรรมการต่อต้านยาเสพติดแห่งชาติ ทำการวิจัยมาตั้งแต่ปี 2008 พบว่า มีประชากรจำนวน 3.6-3.8 ล้านคนที่ติดยาเสพติด อยู่ในช่วงอายุ 10-59 ปี ในปัจจุบัน ค.ศ. 2012 มีจำนวนผู้ติดยาเสพติดประมาณ 3.8 - 4 ล้านคนเทียบได้กับจำนวนประชากรของประเทศสิงคโปร์ และยังพบอีกว่าเยาวชนอายุเพียง 10 ปีก็เริ่มติดยาเสพติดแล้ว มูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจคิดเป็น 48.2 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ

ด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติด มีการต่อต้าน ป้องกันและปราบปรามมาโดยตลอด แต่ก็ยังไม่สามารถจัดการกับปัญหานี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องมี

กระบวนการใหม่หรือวิธีคิดแบบใหม่ คือ นโยบายใหม่ เน้นเรื่องความต้องการอัตราการ  
 ใช้ยาเสพติดนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008 มีอัตราการลดลง อาจจะมีเพิ่มขึ้นเป็น 5.1 ล้านคนในปี  
 ค.ศ. 2015 หากไม่มีการแก้ไข ถ้าชุมชนต่าง ๆ และหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐบาลไม่  
 ร่วมมือกันก็จะมีจำนวนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้น และยังมีสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท  
 ประเภทใหม่ๆ เกิดขึ้นอีก 17 ชนิด เช่น เบนซิลเป็ปาไรซีน (Benzylpiperazine) ปา  
 ราเมทอกซินเมทแอมเฟตามีน (Para-Methoxymethamphetamine) เมไทโรน  
 (Methylone) เมทาคาติโนน (Methcathinone) เป็นต้น เป็นยาเสพติดชนิดใหม่ที่พบ  
 ในอินโดนีเซีย และยังมีสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอีก 14 ประเภท ไม่ได้อยู่ใน  
 รายชื่อยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย ขณะนี้กำลังพยายามทำให้ยาเหล่านี้อยู่ภายใต้การ  
 ควบคุมของกฎหมาย

#### การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดในประเทศอินโดนีเซีย

การบำบัดรักษาในประเทศอินโดนีเซียมีศูนย์บำบัดจำนวนจำกัด ศูนย์บำบัดที่  
 เป็นของรัฐบาลมีจำนวน 87 แห่ง ประชาคมหรือชุมชนซึ่งนับว่าเป็นศูนย์บำบัดของ  
 เอกชนจำนวน 95 แห่ง ฝ่ายบริการสังคม มีจำนวน 8 หน่วยงาน คณะกรรมการ  
 ควบคุมยาเสพติดแห่งชาติพยายามที่จะผลักดันให้ผู้เสพติดเหล่านี้สามารถกลับสู่สังคม  
 สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดต่างๆ มีผู้มาเข้ารับการรักษาเพียง 15,000  
 คน จากจำนวนผู้ติดยาเสพติดทั้งหมดประมาณ 4,000,000 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4  
 ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเท่านั้น นับว่าเป็นจำนวนที่น้อยมาก

ปัญหาที่พบอีกประเด็นหนึ่ง คือ ผู้ติดยาเสพติดไม่กล้าแสดงตัวที่จะเข้ารับการ  
 บำบัดเนื่องจากเกรงกลัวเจ้าหน้าที่ตำรวจจากนโยบายการปราบปรามยาเสพติดของ  
 ประธานาธิบดีโจโก วิโดโด ซึ่งประกาศจุดยืนชัดเจนว่า การใช้ยาเสพติดเป็น  
 สถานการณ์ “ฉุกเฉิน” ระดับชาตินับตั้งแต่เข้ารับตำแหน่ง และได้ให้คำปฏิญาณว่าจะ  
 ปฏิเสธคำขอผ่อนผันสำหรับผู้ที่ถูกตัดสินให้ประหารชีวิตจากคดียาเสพติด ผลจากการ  
 เพิ่มความแข็งแกร่งนโยบาย “สงครามยาเสพติด” ของประเทศ ส่งผลให้รัฐบาล  
 อินโดนีเซียได้ถูกประณามอย่างรุนแรงจากรัฐบาลประเทศอื่นๆ หน่วยงานของ  
 สหประชาชาติ รวมทั้งจากนายบัน คีมุน เลขาธิการสหประชาชาติ



ปัญหาทางสังคมอีกประเด็นหนึ่งคือ ผู้คนส่วนใหญ่ในอินโดนีเซีย มีการตีตราให้กับผู้ติดยาเสพติด ทั้งยังขาดบุคลากรและหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เนื่องจากจำนวนผู้ติดยาเสพติดมีจำนวนมาก จึงจำเป็นที่จะต้องส่งผู้เสพติดบางรายเข้าไปในเรือนจำ

ประเทศอินโดนีเซียมีระบบการติดตามผู้เสพติดที่ผ่านการบำบัด โดยเก็บข้อมูลของผู้ที่เข้ารับการรักษาไว้เป็นฐานข้อมูล หลังจากเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพประมาณ 6 เดือน จะมีการจัดการอบรมวิชาชีพให้แก่ผู้บำบัด เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปใช้ชีวิตปกติในสังคม โดยใช้เวลา ในการฝึกอบรมนาน 2 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม อาทิ การปลูกป่า การอนุรักษ์สัตว์ทะเล เป็นต้น หลังจากนั้นจะส่งตัวไปยังบ้านสนับสนุนเพื่อการฝึกการใช้ชีวิต การทำงาน การปรับตัวเข้าสู่สังคม ประมาณ 2 เดือน

ประเทศอินโดนีเซีย โดยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก มีแผนลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก โดยมี 4 มาตรการ คือ

1. การให้เมทาโดนและสารทดแทนสารเสพติด
2. การให้คำปรึกษาและตรวจคัดกรอง
3. การให้ยาต้านไวรัส

4. การให้เข็มฉีดยาที่สะอาด ซึ่งเป็นวิธีตามหลักมาตรฐานสากล ซึ่งอินโดนีเซียเป็นพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาดูงานถือว่าสามารถนำทั้ง 4 มาตรการมาใช้ได้ดี

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขอินโดนีเซีย พบว่า ทั้งประเทศมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ 186,000 ราย เป็นผู้ติดเชื้อจากการใช้เข็มร่วมกัน 105,000 ราย ส่วนใหญ่เกิดจากการเสพยาเฮโรอีน ซึ่งปัญหาดังกล่าวถูกผลักดันให้เป็นปัญหาระดับชาติในการแก้ไขร่วมกันจนมีการออกกฎหมายเพื่อบำบัดรักษาอย่างได้ผลตามมาตรฐานสากล เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยเอดส์และเอชไอวี ลดปัญหาอาชญากรรมจากผู้เสพยา ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เป็นต้น อินโดนีเซียมีการตั้งคลินิกเพื่อบำบัดเป็น

การเฉพาะ โดยจะให้ผู้ติดยาเสพติดร่วมโครงการด้วยการให้เข็มสะอาด เพื่อลดการใช้เข็มร่วมกัน การแจกถุงยางอนามัย การรับเมทาโดน (สารทดแทน) ควบคู่ไปกับการให้ความรู้ และออกหน่วยบริการในชุมชน ร่วมกับกลุ่มเอ็นจีโอ ตามกฎหมายที่สำคัญคือ เปลี่ยนมุมมองว่า "ผู้เสพยา คือ เหยื่อ เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการบำบัด มิใช่อาชญากรที่ต้องไล่ล่า" ซึ่งกลายเป็นหัวใจหลักที่ทำให้เกิดการผลักดันกฎหมาย และทำให้โครงการเดินหน้าได้ การลงพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจที่คลินิก ชังดะห์ ในเขตชังลาห์ บนเกาะบาหลี เป็นเครือข่ายย่อยของโรงพยาบาลชังลาห์ คล้ายๆกับสถานีนานามัยในประเทศไทย ได้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา และรับผู้ป่วยเสพยาติดเข้าโครงการ ซึ่งคลินิกแห่งนี้มีผู้ลงทะเบียนจำนวน 501 คน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 25 - 49 ปี โดยผู้เข้าโครงการทั้งหมดเป็นผู้ติดยาเสพติดชนิดเฮโรอีน คิดเป็น ร้อยละ 61 ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ต้องรับยาต้านไวรัส โดยโครงการมีเป้าหมาย คือ การเลิกใช้ยาเสพติด การลดอาชญากรรม ลดการติดเชื้อเอชไอวี และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งพบว่าภายหลังดำเนินโครงการ จำนวนการก่ออาชญากรรมลดลงจากร้อยละ 80 เหลือเพียงร้อยละ 0.1 เท่านั้น เพราะคนเหล่านี้ที่ได้รับเมทาโดนอย่างต่อเนื่อง แทบไม่มีความต้องการเสพยา ทำให้สามารถใช้ชีวิตได้ปกติและทำงานหาเลี้ยงชีพตนเองได้

อินโดนีเซียถือเป็นประเทศที่ทำงานเชิงรุกและเป็นไปตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก รวมถึงมีความเข้าใจในการแก้ปัญหาสูง โดยสังเกตได้จากการออกกฎหมาย เพื่อให้ผู้เสพยาได้รับการบำบัด ซึ่งหลังจากทำโครงการดังกล่าวมานาน 8 ปี พบว่าสามารถลดอัตราการก่ออาชญากรรมและลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อเอชไอวีลงได้ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2559)

## 2.3 ประเทศสิงคโปร์

### สถานการณ์ยาเสพติดของประเทศสิงคโปร์

ในปี พ.ศ. 2557 สถานการณ์ยาเสพติดในสิงคโปร์ค่อนข้างผันผวน พบว่ามีการระบาดของยาเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 6 จากปี พ.ศ. 2556 จำนวนผู้เสพยาเพิ่มขึ้นจาก 3,158 เป็น 3,343 คนในปี พ.ศ. 2557 และมีการกลับไปเสพยาซ้ำเพิ่มร้อยละ 2 ผู้ที่ติดยาเสพติดส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 30 ปี

ยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุดคือ ยาบ้า (ไอซ์) และเฮโรอีน ผู้เสพติดส่วนใหญ่ร้อยละ 93 เสพติดยาเสพติดหนึ่งในสองนี้ ในกลุ่มของผู้เสพติดหน้าใหม่พบร้อยละ 77 เริ่มใช้ยาบ้า รองลงมาคือกัญชา พบร้อยละ 12

### **การบำบัดรักษายาเสพติดในสิงคโปร์**

มีรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูคล้ายกับประเทศไทย มีศูนย์บำบัดรักษาเป็นของรัฐบาลและเอกชน การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพใช้รูปแบบการบำบัดแบบจิตสังคมบำบัด และบำบัดร่วมกับการดูแลอาการทางจิตร่วมด้วย แต่เนื่องจากกฎหมายการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดของประเทศสิงคโปร์ค่อนข้างแรง หากมีโทษเกี่ยวข้องกับการเสพติด มักถูกประหารชีวิต ดังนั้นระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดจึงอยู่ในมือนักบำบัดเฉพาะกลุ่มเท่านั้น (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2559)

## **2.4 ประเทศมาเลเซีย**

### **สถานการณ์ยาเสพติดของประเทศมาเลเซีย**

สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศมาเลเซียและภาพรวมของการใช้ยาเสพติดในปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยเสพติดส่วนใหญ่ร้อยละ 98 เป็นเพศชาย และร้อยละ 77 มีอายุระหว่าง 17-44 ปี โดยมาเลเซียมีนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นเป็นอันดับแรก

### **การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด**

ประเทศมาเลเซียมีพระราชบัญญัติเกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติดเมื่อปี ค.ศ.1983 กระทรวงมหาดไทยเข้ามาดูแลและมีการตั้งศูนย์บำบัดสำหรับผู้ติดยาเสพติด โดยมีผู้ที่ติดยาเสพติดประมาณ 6,000 คน เข้ารับบริการการบำบัดรักษา มีการพัฒนารูปแบบวิธีการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 โดยผู้ติดยาเสพติดนั้นถือว่าเป็นผู้ป่วยมีระบบการบำบัดอยู่ 2 รูปแบบ คือ

1. การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวมโดยสถาบัน National Anti-Drug Agency Malaysia (NADA)

2. การบำบัดแบบชุมชนบำบัด โดยให้ความรู้แก่คนในชุมชนและบุคคลในครอบครัวของผู้ที่ติดยาเสพติด เพื่อช่วยกันดูแลและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยยาเสพติด

บริการเหล่านี้ไม่เสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลมาเลเซียอย่างเต็มที่ และไม่มีเงื่อนไขทางกฎหมาย ประวัติต่างๆ ของผู้ป่วยเสพติดถือเป็นความลับทั้งหมด นอกจากนี้รัฐบาลยังสนับสนุนให้ผู้ที่ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาเองอีกด้วย

ประเทศมาเลเซียมีศูนย์การบำบัดรักษายาเสพติดโดยเฉพาะชื่อว่า Cure & Care 1 Malaysia Clinics ก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 2010 โดยความร่วมมือของรัฐบาล และ NADA โดยมีการให้ความช่วยเหลือและบำบัดรักษาแก่ผู้ที่ติดยาเสพติด มีการให้คำปรึกษาและการบำบัดด้วยยา มีการฝึกอบรมอาชีพและสอนให้รู้ถึงวิธีป้องกันตนเองไม่ให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ มีกิจกรรมและกระบวนการเรียนรู้ต่างๆ มากมายให้แก่ผู้ป่วยเสติดระหว่างเข้ารับการบำบัดรักษา ณ ศูนย์บำบัดและจัดการฝึกอบรมวิชาชีพให้ตามความสนใจของผู้บำบัดแต่ละคน เพื่อเป็นแนวทางในการประกอบอาชีพ หลังจากได้รับการปล่อยตัวจากสถานบำบัดไปแล้ว ดำเนินการมาแล้ว 2 ปี มีคลินิกทั้งหมดกว่า 10 แห่งทั่วประเทศ

รูปแบบการรักษาถูกต้องตามหลักวิชาการ และมีการรับรองจากนานาชาติโดย

- ผู้ป่วยนอกมีระยะเวลาการบำบัดฟื้นฟู นาน 1 - 3 เดือน ขึ้นอยู่กับความต้องการของคนไข้ มีรูปแบบการดำเนินการบำบัดรักษาอยู่ 4 รูปแบบ กล่าวคือ

- 1.1 โมเดล A สถาบัน NADA เป็นผู้ดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟู
- 1.2 โมเดล B ส่งต่อให้องค์กรอิสระดำเนินการ
- 1.3 โมเดล C องค์กรอิสระดูแลเอง
- 1.4 โมเดล D ส่งคนไข่ออกไปยังองค์กรอิสระ

ศูนย์ชุมชนบำบัดดำเนินการโดยได้รับคำแนะนำจากสถาบัน NADA มีคลินิกเคลื่อนที่ โดยให้คำปรึกษาทางด้านจิตวิทยาและให้การฝึกอบรมอาชีพด้วย โดยทำงาน

ร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายอื่น อีก 7 แห่ง (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด แห่งชาติบรมราชชนนี, 2559)

## 2.5 ประเทศฟิลิปปินส์

### สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศฟิลิปปินส์

ประเทศฟิลิปปินส์มีแนวนโยบายลดปริมาณและความต้องการยาเสพติดที่เป็นอันตราย รวมทั้งสารตั้งต้น ตามมาตรา 9 ของยาอันตราย กฎหมายประเทศฟิลิปปินส์ ระบุการใช้เมื่อ พ.ศ.2545 โดยคณะกรรมการว่าด้วยยาเสพติดอันตราย มีหน้าที่วางนโยบายและยุทธศาสตร์การวางแผนแนวทางในการป้องกันและควบคุมยาเสพติด

ยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหา ยาเสพติดในประเทศฟิลิปปินส์ รัฐบาลมีเสาหลัก อยู่ 5 ประการได้แก่

1. การลดจำนวนปัญหา ยาเสพติด
2. การลดความต้องการปัญหา ยาเสพติด
3. การพัฒนาทางเลือก
4. สร้างความตื่นตัวและการสนองตอบ
5. การร่วมมือระดับภูมิภาคและระดับนานาชาติ

ทั้งหมดนี้คือ 5 เสาหลักดำเนินการในประเทศฟิลิปปินส์ ส่วนเสาหลักในการ ลดความต้องการมุ่งที่จะเอา ยาเสพติดออกไปจากผู้ที่ใช้ ยาเสพติดและลดความต้องการ ใช้ยาเสพติดของผู้เสพติด

### การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด

ประเทศฟิลิปปินส์มีการกำหนดนโยบายป้องกันปัญหา ยาเสพติดของประเทศ ด้วยการทำการวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาผิดกฎหมายอย่างต่อเนื่อง ขณะนี้มีการปฏิบัติงาน ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ โดยกฎหมายมอบให้กระทรวงสาธารณสุขในการกำกับดูแล ควบคุม ติดตาม ประเมินผลรวม และประสานงาน ตลอดจนการควบคุมดูแลฟื้นฟูและ แทรกแซงในการดูแลติดตามผลโครงการและกิจกรรมต่างๆ ในการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดทั่วทั้งประเทศ และรัฐบาลฟิลิปปินส์มอบหมายให้ คณะกรรมการนี้วางนโยบายในปี ค.ศ. 2008 ให้มีการสำรวจการใช้ยาเสพติดในแต่ละ

บ้าน ปรากฏว่ามีผู้ใช้ยาเสพติดถึง 1.7 ล้านคน นอกจากนี้ในการสำรวจพบว่า ยาเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า และชาบู (ไอซ์) ซึ่งเป็นยาที่นิยมใช้กันมาก และรองลงมา คือ กัญชา กาวและสารเคมีอื่น

ในปี ค.ศ. 2008 หรือ พ.ศ. 2551 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง เป็นโสด มีอายุระหว่าง 20-29 ปี เป็นผู้ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 34 และจบการศึกษาระดับมัธยมตอนปลายร้อยละ 54 และมีรายงานว่าผู้ใช้ยาเสพติดจะ ใช้ยาเสพติดหลายประเภทรวมกันแล้วแต่ความต้องการของแต่ละบุคคล

ในปี ค.ศ. 2012 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด จำนวน 2,022 คน กระทรวงสาธารณสุข ประเทศฟิลิปปินส์มีหน่วยงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จำนวน 41 แห่ง ที่สามารถรับรองผู้ป่วยได้ 2,650 คน แต่มีบางหน่วยงานที่ไม่ได้รับการรับรองจากรัฐบาล แม้ว่าหน่วยงานนั้นจะปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน แต่สิ่งอำนวยความสะดวกหรือสถานที่ต่างๆ บางแห่งยังไม่พร้อมและไม่ครบถ้วน เพราะฉะนั้น รัฐบาลจึงยังไม่ให้การรับรอง

ในด้านคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดมีการคุมขัง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจะใช้ระบบข้อมูลยาเสพติดในระยะ 8 ปี ทั้งนี้ระบบข้อมูลระบุว่าผู้ติดยาเสพติดที่ใช้เข็มมีจำนวนกว่า 400 ราย ที่ใช้เข็มฉีดยาเสพติดและเกิดการติดเชื้อ HIV ปัจจุบันนี้ประเทศฟิลิปปินส์ไม่มีโครงการลดอันตราย ด้วยการแจกเข็ม

ส่วนวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ นิยมบำบัดโดยทีมสหวิชาสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีการบำบัดรักษาในระดับชุมชน หรือการรักษาด้วยตนเองในชุมชน ด้วยการบำบัดรักษาเบื้องต้นและแยกให้จากยาเสพติด และใช้วิธีการปรับตัวให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมได้โดยไม่พึ่งพายาเสพติด

การบำบัดรักษาในประเทศฟิลิปปินส์มีหลายรูปแบบ อาทิ การบำบัดรักษาโดยสหวิชาชีพ โปรแกรมการรักษาทางจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ครอบครัว และชุมชน รัฐบาลเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดมีโอกาสได้ฟื้นฟูและสร้างขีดความสามารถในการปรับตัวเข้าสู่สังคม มีการฝึกอบรมและเสริมสร้างทักษะ มี

โปรแกรมต่างๆ ส่งเสริมทักษะส่วนตัวให้กับผู้เข้ารับการรักษาให้มีความสามารถในการปรับตัวเข้าไปอยู่ในสังคมและเสริมสร้างบุคลิกภาพให้มีความแข็งแกร่งยิ่งขึ้น

คณะกรรมการว่าด้วยยาอันตราย มีระบบการฝึกอบรม มีกิจกรรมที่เสริมสร้างความรู้ในผู้ป่วยเสพติด โครงการฝึกอบรมบิดา มารดา และครอบครัวในการที่จะดูแลบุตรหลาน สำหรับพนักงานบริษัท ทางรัฐบาลก็มีโครงการรักษาผู้ติดยาเสพติดในสถานที่ทำงาน โปรแกรมให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือแก่พนักงานที่มีความเครียดและมีแนวโน้มที่จะติดยาเสพติด นอกจากนี้ คณะกรรมการว่าด้วยยาอันตรายยังมีการสนับสนุนการก่อสร้างและการบำรุงรักษาศูนย์ต่าง ๆ ที่ใช้บำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และรัฐบาลประเทศฟิลิปปินส์ต้องการเปิดศูนย์บำบัดรักษาเสพติดในทุกจังหวัด แต่เนื่องจากงบประมาณมีจำนวนจำกัด จึงจัดให้มีศูนย์บำบัดรักษาเสพติด 1 แห่ง ต่อ 1 ภูมิภาค ประเทศฟิลิปปินส์ มี “กลยุทธ์การคืนผู้ติดยาเสพติด สู่อสังคมให้ได้รับการยอมรับ” (START) โครงการนี้ประกอบด้วย การเตรียมสังคม โดยการให้คำปรึกษากับหน่วยงานพันธมิตร และจัดตั้งกลไกระหว่างหน่วยงาน ให้บริการการรักษา/การฟื้นฟู การส่งคืนสู่อสังคม รวมถึงให้การป้องกันการเสพติดซ้ำ มีการพัฒนาเครือข่ายในการให้การช่วยเหลือดูแล ร่วมกับการตรวจสอบและประเมินผล ซึ่งโครงการนี้เป็นโครงการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดที่มีประวัติการใช้ยาเสพติดมา 5 ปี ไม่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ มีอายุตั้งแต่ 18-50 ปี สามารถลด ละ และเลิกใช้ยาเสพติดได้ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2559)

## 2.6 ประเทศบรูไนดารุสซาลาม

### สถานการณ์ยาเสพติดของประเทศบรูไน

รายงานเกี่ยวกับสถานการณ์ยาเสพติดของประเทศบรูไนในปี ค.ศ. 2012 มีการจับกุม 450 คน เป็นเพศชาย 380 คน และเพศหญิง 70 คน ในจำนวนนี้เป็นชาวบรูไนร้อยละ 84 ชาวมาเลเซียร้อยละ 87 และร้อยละ 52 เป็นคนว่างงาน ประเทศบรูไนเป็นประเทศเล็กๆ จะเห็นได้ว่าการจับกุมตั้งแต่เดือนมกราคม - พฤษภาคม 2012 มีสถิติเพิ่มสูงขึ้นเป็น 389 ราย และร้อยละ 80 เป็นชาวบรูไน

### การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในประเทศบรูไนนั้น มีศูนย์บำบัดเพียงแห่งเดียวคือศูนย์บำบัดพухา อัลลิสลา (Pusat Al-Islah) ที่ได้รับการรับรองให้บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยเป็นไปตามพระราชบัญญัติบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศบรูไน ประวัติความเป็นมาของศูนย์แห่งนี้เดิมที่เคยเป็นบ้านของลุม่า อัลอิสลา อยู่ภายใต้กระทรวงวัฒนธรรมเยาวชนและกีฬาจัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน ค.ศ.1987 ต่อมาในปี ค.ศ. 1990 กรมราชทัณฑ์เข้ามาดำเนินการแทน และในปี ค.ศ. 2008 มาอยู่ภายใต้กรมควบคุมยาเสพติด สำนักนายกรัฐมนตรีและขยายการดำเนินงานมากขึ้น

ศูนย์พухา อัลลิสลามีวิสัยทัศน์และพันธกิจ คือเป็นศูนย์ในการดำเนินการบำบัดรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่วางแผนและให้คำปรึกษาด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแก่สำนักนายกรัฐมนตรี มีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 108 คน เป็นครูสอนศาสนาจากกรมศาสนา 5 คน และเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยจากนายกเทศมนตรีอีก 7 คน ทำงานเพื่อกำกับดูแลและติดตามผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่ใช้เป็นมาตรฐาน ศูนย์นี้มีหน้าที่ให้การบำบัดผู้ติดยาเสพติดผิดกฎหมาย มาตรา 27 และผู้ที่ละเมิดกฎหมายมาตรา 161 เสพสารที่ก่อให้เกิดอาการมึนเมา จะถูกส่งตัวมายังศูนย์แห่งนี้ตามคำสั่งของกระทรวง

จุดเน้นของศูนย์พухา อัลลิสลา คือ การอบรม การสอนศาสนา การบำบัดในชุมชน การฝึกอาชีพและการเตรียมความพร้อมก่อนกลับสู่สังคม โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในการสร้างปฏิสัมพันธ์ในหมู่ผู้บำบัดด้วยกัน โดยมีเป้าหมายที่จะให้เกิดพฤติกรรมในเชิงบวก โดยเน้นไปที่สติปัญญาและวิญญาณ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะมีโปรแกรมสำหรับสอนศาสนา 6 - 8 เดือน และสำหรับผู้ที่มีศรัทธาเข้ารับการบำบัดอยู่ที่ 6 - 24 เดือน บุคคลเหล่านี้จะได้รับการบำบัด 4 ขั้นตอน

1. ขั้นที่ 1 กิจกรรมหลักคือ การเรียนรู้และปฏิบัติตามหลักศาสนา โดยที่ผู้เข้ารับการบำบัดร้อยละ 99 นับถือศาสนาอิสลาม มีการเรียนการสอนตามหลักคำสอนในคัมภีร์อัลกุรอานของศาสนาอิสลาม



2. ขั้นที่ 2 จะมีห้องเรียนสำหรับสอนให้ตระหนักถึงโทษของการติดยาเสพติด และสอนให้รู้ว่าทำไมพวกเขาถึงต้องเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด ใช้เวลา 6-8 เดือน เพื่อปรับปรุงพฤติกรรม สอนให้รู้จักรับผิดชอบ มีศีลธรรมและทักษะในการดำรงชีวิตเพื่อให้มีพฤติกรรมในเชิงบวก

3. ขั้นที่ 3 การให้คำปรึกษาด้านอารมณ์และจิตวิทยา โดยการสร้างกลุ่มพูดคุยกันระหว่างผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเอง และครอบครัวของผู้เข้ารับการบำบัด เพื่อให้คำปรึกษาและป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ

4. ขั้นที่ 4 การอบรมวิชาชีพ ฝึกทักษะการประกอบอาชีพ มีโปรแกรมสอนทักษะเบื้องต้นเพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับสู่สังคม ตัวอย่าง การอบรมวิชาชีพที่มีการสอนอยู่ที่ศูนย์ เช่น การอบรมช่างไม้ ช่างตัดเย็บเสื้อผ้า ช่างเสริมสวย การทำการเกษตร เป็นต้น

นอกจากนี้กิจกรรมประจำวันมีการออกกำลังกาย การฝึกซ้อม เพื่อตอกย้ำถึงความมีระเบียบวินัยและการปฏิบัติตัวตามกฎระเบียบและความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังต้องการปลูกฝังให้มีความรักชาติ อีกสิ่งหนึ่งคือกิจกรรมทางสังคมและการพักผ่อน เพื่อให้มีความรับผิดชอบและความสัมพันธ์อันดีกับผู้ที่เข้าบำบัดรักษาและเจ้าหน้าที่ในสถานบำบัด

ในปี 2012 มีกฎระเบียบในการปล่อยตัวผู้ที่เข้ารับการบำบัดออกไปชั่วคราว โดยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการสถานบำบัด ทำให้ผู้ที่เข้ารับการบำบัดสามารถออกไปทำกิจกรรมนอกศูนย์ได้ เช่น การทำงานนอกศูนย์เต็มเวลา การศึกษา และกลับไปอยู่กับครอบครัว และทำงานในชุมชน

ขณะนี้ มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา 45 คน ในจำนวนนี้ทำงานเต็มเวลา 15 คน ทำงานตามหน่วยต่างๆ 4 คน ประกอบธุรกิจ 2 คน ที่เหลืออีก 24 คน ยังครองงานอยู่ที่ศูนย์และมีการศึกษาต่อจำนวน 1 คน ทางศูนย์ให้การช่วยเหลือสนับสนุนในการทำงานให้แก่บุคคลเหล่านี้ เมื่อออกไปทำงานหรือกิจกรรมอยู่นอกศูนย์อัลติสลาแล้ว บุคคลเหล่านี้จะต้องกลับมารายงานตัวที่ศูนย์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อรายงานผลการดำเนินชีวิตว่าเป็นอย่างไรบ้าง

ปัญหาที่พบคือ เมื่อคนเหล่านี้ผ่านการบำบัดรักษาแล้วไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ เนื่องจากคนส่วนใหญ่ยังไม่ให้การยอมรับ นอกจากนี้ยังมีกระบวนการประเมินผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาโดยคณะกรรมการประเมินการรักษา มีหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของการรักษาและรายงานต่อคณะกรรมการให้คำปรึกษาว่าควรปล่อยตัวผู้มาบำบัดรักษาหรือไม่

ศูนย์พญา อลลิสลา มีหน่วยสวัสดิการ คอยให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษา เช่น ความช่วยเหลือทางการเงิน เป็นต้น โดยทำงานร่วมกับกระทรวงวัฒนธรรมและกีฬา ในการจัดหาสวัสดิการให้แก่ผู้เข้ารับการรักษาและครอบครัว และทำงานร่วมกับกรมแรงงานในการจัดหางานให้แก่บุคคลเหล่านี้ หลังจากได้รับการปล่อยตัวออกไป มีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อช่วยเหลือ ผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษา ให้สามารถปรับตัวกลับเข้าสู่สังคมได้ สถิติการเข้ารับการบำบัดรักษาของสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด อลลิสลา มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา 188 คน มาจากคำสั่งศาล 36 คน มาจากคำสั่งของรัฐมนตรี 139 คน อีก 13 คนสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาเอง อายุ 15-19 มี 2 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ทำงาน 97 คน นักเรียน 6 คน เอกชน 39 คน ยาเสพติดที่แพร่หลายอยู่ในประเทศรูโนได้แก่ เฮโรอีน มอร์ฟิน ยาเค กัญชา ผีน โคเคอินและยาบ้า เป็นต้น (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2559)

## 2.7 ประเทศเวียดนาม

### สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศเวียดนาม

ข้อมูลความร่วมมือระหว่างประเทศ สำหรับการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศเวียดนาม ในภาพรวมเกี่ยวกับปัญหายาเสพติดในเวียดนาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ สถานการณ์เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดการบำบัดรักษา ผลการรักษา และภาพรวมในการบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในประเทศเวียดนาม

ข้อมูลพื้นฐาน เวียดนามมีจำนวนประชากร ประมาณ 87,000,000 คน พบผู้ติดยาเสพติดทั้งหมด 180,000 คน กลุ่มอายุที่ติดยาเสพติดสูงที่สุดคือ 16 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 47 ยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด คือ เฮโรอีน คิดเป็นร้อยละ 84 มีผู้ติ

เชื้อ HIV ประมาณ 213,000 คน และมีความชุกของ HIV ในผู้ฉีดยาเสพติดด้วยเข็มฉีดยาประมาณร้อยละ 39.8 วิธีการใช้ยาเสพติด ส่วนใหญ่ใช้โดยวิธีการสูดดมควัน และทางเข็มฉีดยาคิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน ยาบ้า หรือสารกลุ่ม Amphetamine-Type Stimulants (ATS) พบร้อยละ 10 สำหรับ ATS ในเวียดนามมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเมืองดานังใช้ ATS เกือบร้อยละ 30 ระดับการศึกษาของผู้ฉีดยาเสพติดพบในกลุ่มนักเรียน นักศึกษามีแนวโน้มสูงขึ้น พบมากที่สุดในกลุ่มว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 60

หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแล และกำหนดนโยบายในการแก้ปัญหายาเสพติด คือ คณะกรรมการระดับชาติเกี่ยวกับ HIV ยาเสพติดและการควบคุมโสเภณี ซึ่งประกอบไปด้วย 3 กระทรวงหลักคือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และกระทรวงรักษาความปลอดภัยสาธารณะ

#### **การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด**

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีมาตรการในการรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด โดยแบ่งออกเป็น 2 วิธี

1. การรักษาในชุมชนหรือในบ้าน
2. การบำบัดในศูนย์บำบัดรักษา โดยมีทั้งรูปแบบสมัครใจและบังคับรักษา

ตามรายงานของ Ministry of Labor, and Social Affairs (LISA) หรือ กระทรวงแรงงานและกระทรวงสาธารณสุข จำนวนผู้ที่รับการรักษาในช่วง 6 เดือนแรกของปี ค.ศ.2015 มีจำนวน 15,767 คน โดยมีจำนวน 12,639 คน (ร้อยละ 80) รักษาที่ศูนย์บำบัด จำนวน 3,128 คน (ร้อยละ 20) จะใช้การรักษาแบบอยู่ที่ชุมชนหรือบ้าน และอีกประมาณ 6,398 คน หลังจากผ่านการรักษาแล้วมาเข้ารับการฝึกอบรมอาชีพ และในปี ค.ศ. 2013 มีการจัดโครงการนำร่องโดยการใช้เมทาโดนใน 20 จังหวัด 60 เมือง โดยสามารถรับรักษาผู้ป่วยเสพติดจำนวน 13,000 คน

ข้อจำกัดในการบำบัดรักษา

1. การรักษาในบ้านและชุมชนนั้นน้อยมีเพียงแค่ร้อยละ 20

สาเหตุ คุณภาพในการให้บริการนั้นยังไม่ได้มาตรฐาน โครงสร้างในการรักษา นั้นไม่ดี ขาดประสบการณ์และขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ นอกจากนี้บริการในระดับชุมชนก็ไม่ได้เน้นในเรื่อง Detoxification

2. การบำบัดรักษาตามศูนย์ต่างๆ ที่เป็นของรัฐบาล ที่มีระบบบังคับและสมัครใจ คุณภาพในการให้บริการต่ำกว่ามาตรฐาน ส่วนใหญ่จะทำถอนพิษยา (Detoxification) มากกว่า นอกจากนี้ยังมีการให้คำปรึกษา การให้การศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรม กิจกรรมของกลุ่มและการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติด การบำบัดยังขาด คุณภาพ รวมถึงปริมาณของเจ้าหน้าที่ยังไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เมื่อ บำบัดครบตามเกณฑ์ภายใน 1-2 ปี บุคคลกลุ่มนี้ยังกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำอีก (สถาบัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2559)

## 2.8 ประเทศลาว

### สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศลาว

ยาเสพติดที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ ยาบ้า ผิ่น เฮโรอีน และกัญชา มีสิ่งบ่งชี้ว่า องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด รวมถึงสารเคมีที่เป็นสารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติด นั้น มีการลักลอบเข้ามาในประเทศลาวมากขึ้น โดยการลำเลียงผ่านเข้ามาทางบริเวณ ลำน้ำโขงและส่งผ่านไปยังประเทศเพื่อนบ้าน ยาเสพติดที่สำคัญคือ ยาบ้า ผิ่น เฮโรอีน และกัญชา

จะเห็นได้ว่าลาวนั้น ยังขาดแคลนทรัพยากรทางการเงินและตำรวจ มี ตำรวจที่ดูแลบริเวณตามแนวชายแดนที่ติดประเทศเพื่อนบ้านเพียง 4,800 คน ใน บริเวณที่เป็นพื้นที่สำคัญในการซื้อขายยาเสพติดของประเทศลาวคือ บริเวณสามเหลี่ยม ทองคำ รวมถึงการลักลอบผลิตฝิ่นก็เพิ่มขึ้น การผลิตกัญชาจะอยู่ในพื้นที่บริเวณ ตอนกลางของประเทศ คือ ในจังหวัดคำม่วนหรือคำสาย สำหรับปีค.ศ. 2015 นี้ผลิตได้ 2-3 ตัน สำหรับรายงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบันนี้การผลิตมีเพิ่มขึ้น เนื่องจาก ฝิ่นและกัญชามีราคาสูงขึ้น

รายงานจับกุมชาวต่างชาติ ในปี พ.ศ. 2554 สูงขึ้น 1,943 คน แต่ปัจจุบันมี แนวโน้มเริ่มลดจำนวนลง กรณีการผลิตหรือการจับกุมนั้น ในการประชุมรัฐสภาครั้งที่

8 ซึ่งอยู่ในแผนพัฒนาสังคมฉบับที่ 6 ประเทศลาวนั้นมีเป้าหมายคือ จะทำให้ประเทศลาวเป็นประเทศที่ปลอดยาเสพติดภายในปี พ.ศ. 2558 สำหรับยุทธศาสตร์ในการควบคุมยาเสพติดคือ มีการวิเคราะห์แนวโน้มและความเสี่ยงของปัญหาเสพติด ลดความต้องการในการใช้ยาเสพติดและลดปัญหาการติดเชื้อ HIV ควบคู่ไปกับการพัฒนาและลดปัญหาความยากจน สร้างความตื่นตัวในหน้าที่พลเมือง มีการบังคับใช้กฎหมาย มีการสร้างกระบวนการยุติธรรมโดยนำไปสู่การปฏิบัติตามหลักนิติธรรม มีการลดสารเคมีที่เป็นสารตั้งต้นยาเสพติด มีการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการแก้ปัญหาเสพติด

สำหรับกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด สภาแห่งชาติของลาวมีการลงมติรับร่างกฎหมายต่อต้านยาเสพติด เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2550 โดยมาตรา 5 ได้ระบุไว้ว่า ผู้ติดยาเสพติดนั้นถือว่าเป็นเหยื่อที่จะต้องได้รับการบำบัดรักษา

นครหลวงเวียงจันทน์มีศูนย์บำบัดรักษาเสพติด ณ แขวงสมสง่า และมีศูนย์ฟื้นฟูฯ ในเวียงจันทน์นับเป็นศูนย์บำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดแห่งแรก ที่ใช้นโยบายของรัฐบาลที่มุ่งเน้นที่จะช่วยบุคคลที่ติดยาเสพติดให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ในประเทศลาวนั้นมีศูนย์บำบัดและฟื้นฟูฯ ทั้งหมด 6 แห่ง ศูนย์ที่ใหญ่ที่สุดตั้งอยู่ที่เวียงจันทน์คือศูนย์สมสง่า อีก 5 ศูนย์ ได้แก่ ศูนย์สุวรรณเขต ศูนย์จำปาสัก ศูนย์อุดมไชย ศูนย์ไชยบุรี ศูนย์หลวงพระบาง และศูนย์บ่อแก้ว

สถานการณ์ปัญหาเสพติด ส่วนใหญ่อยู่ในภาคใต้ที่จังหวัดคำม่วน รัฐบาลประเทศลาวมีแผนที่จะลดการใช้ยาเสพติด โดยมีการนำเอาผู้ติดยาเสพติดมารักษาที่ศูนย์ต่าง ๆ ได้แก่

1. ศูนย์สมสง่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 – 2558 มีจำนวนทั้งหมด 1,634 คน เป็นหญิง 800 คน
2. ศูนย์แขวงสุวรรณเขต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2558 มีจำนวน 1,349 คน เป็นหญิง 60 คน
3. ศูนย์แขวงจำปาสัก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2558 มีจำนวน 3,674 คน เป็นหญิง 456 คน แต่ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มี 398 คน เป็นหญิง 13 คน

### การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด

โดยรวมของประเทศมีทั้งหมด 26,900 คน เป็นผู้หญิง 1,344 คน และมีการบำบัดผู้ติดยาในระดับหมู่บ้านอยู่ที่อุคมไชย มีผู้บำบัดทั้งหมด 147 เป็นผู้หญิง 30 คน การบำบัดรักษามีดังนี้

- ขั้นตอนแรกคือขั้นถอนพิษยาใช้เวลาประมาณ 21-42 วัน ขึ้นอยู่กับระดับของการเสพติดของตัวผู้ป่วยแต่ละราย คนไข้จะได้รับยาตามที่แพทย์สั่งและให้ยาเพิ่มเติมตามอาการ

- มีการให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยาให้กับคนไข้และมีกิจกรรมเข้าในทุกวัน เช่น ประชุม อ่านหนังสือ ออกกำลังกายและการเล่นกีฬา เพื่อให้คนไข้รู้สึกผ่อนคลายไม่เครียดจนเกินไป

- สำหรับระยะเวลาของการบำบัด 3 - 5 เดือน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดยาเสพติดของคนไข้

- มีการสอนวิชาชีพ ทางด้านการเกษตร กิจกรรมทางด้านกีฬา มีการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับครอบครัวด้วย โดยใช้เวลาประมาณ 9-12 เดือน

- ในขั้นตอนการติดตามผล มีการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครที่จะทำงานให้กับศูนย์บำบัดฯ และหางานให้ทำตามหน่วยงานต่างๆ ของรัฐบาล

- สามารถกลับไปเยี่ยมบ้านได้ 2-3 วัน และนัดให้ครอบครัวมาพบกับคนไข้ที่ศูนย์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการปรับตัวก่อนจะกลับสู่สังคม โดยหลังจากการได้รับการปล่อยตัวไปแล้วนั้น มีการติดตามประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

มีแนวคิดที่จะตั้งโครงการที่เรียกว่าฮาฟ (HAARP Project) เป็นโครงการที่ใช้แก้ปัญหาในจังหวัดบริเวณชายแดนที่มีคนใช้ยาเสพติดโดยทางเข็มฉีดยาเพิ่มขึ้น โดยมีอยู่ทั้งหมด 4 อำเภอ กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่จัดตั้งให้มีคณะกรรมการถาวร คณะกรรมการทางด้านวิชาการ คณะกรรมการสนับสนุนทางการเงินในการจัดกิจกรรมต่างๆ มีเนื้อหาเป็นการฝึกอบรมและการประเมินขีดความสามารถ และวิเคราะห์ข้อบกพร่องในการบริการระดับชาติ ปรับปรุงวิธีการดูแลรักษาคนไข้ติดตามผลและการประสานงานในระดับจังหวัด มีการศึกษาเกี่ยวกับกรณีที่เกี่ยวข้องกับคนที่ติดเชื้อ HIV

ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาที่ใช้ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2559)

## 2.9 ประเทศพม่า

### สถานการณ์ยาเสพติดของประเทศพม่า

พม่าที่ได้ชื่อว่าเป็นประเทศผู้ผลิตฝิ่นรายใหญ่อันดับ 2 ของโลก ยังคงเป็นแหล่งใหญ่ในการผลิตยาบ้าในภูมิภาค สำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมสหประชาชาติระบุในรายงานฉบับหนึ่งกล่าวว่า “ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาการผลิตและใช้ยาบ้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ” ผู้แทน UNODC ประจำภูมิภาคกล่าวว่า มีการจับยึดยาบ้าได้เกือบ 123 ล้านเม็ด ในปี 2554 ลดลงร้อยละ 5 จากปี 2553 แต่ก็เพิ่มขึ้นจากปี 2550 ถึงร้อยละ 50 ทั้งการผลิตและการเพิ่มขึ้นของกลุ่มอาชญากรข้ามชาติที่มีส่วนในการลักลอบค้ายาเป็นภัยคุกคามต่อทั้งความปลอดภัยและสุขภาพของประชาชนในภูมิภาคนี้”

พม่าที่ครั้งหนึ่งเป็นผู้ผลิตฝิ่นรายใหญ่ที่สุดของโลกจนกระทั่งถูกแทนที่ด้วยอัฟกานิสถาน ในปี 2534 พบว่า มีการเพาะปลูกฝิ่นเพิ่มขึ้นตลอดช่วง 6 ปีที่ผ่านมา โดยประเมินว่าที่ดินประมาณร้อยละ 17 ถูกนำมาใช้ผลิตยาเสพติด ในปี 2555 มากกว่าในปี 2554 การค้ายาเสพติดมีความเชื่อมโยงใกล้ชิดกับความไม่สงบในพื้นที่ห่างไกลของพม่าที่อยู่บริเวณพรมแดนไทย และจีน ซึ่งมีกบฏชนกลุ่มน้อยอาศัยอยู่และใช้ประโยชน์จากการผลิตยาเป็นทุนในการปฏิบัติการต่างๆ ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 รัฐบาลชุดใหม่ของพม่าได้ลงนามข้อตกลงที่จะกำจัดฝิ่นและการผลิตยาเสพติดในรัฐฉาน ทางตะวันออกที่กลุ่มกบฏหลายกลุ่มในตอนนี้ได้เข้าร่วมในการเจรจาหยุดยิง

ในปี ค.ศ. 2012 สถิติการใช้ยาเสพติด พบผู้ใช้ยาเสพติด ใช้เฮโรอีนมากถึงร้อยละ 89 ฝิ่นคิดเป็นร้อยละ 7.9 มีการประมาณการว่ามีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 300,000 กว่าคน ประมาณ 7,500 คน ใช้ยาเสพติดด้วยการใช้เข็ม อาชีพของผู้ใช้ยาเสพติด ร้อยละ 26 มีอาชีพปลูกฝิ่น ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 17 เจ้าหน้าที่ของรัฐบาล ร้อยละ 11 ในกลุ่มคนเหล่านี้อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.39 พบผู้ชายเสพติดมากถึงร้อยละ 98.6 ผู้หญิงพบเพียงร้อยละ 1.4 เท่านั้น

### การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด

รัฐบาลได้ตั้งหน่วยงานที่เรียกว่า Central Committee for Drugs Abuse Control (CCDAC) ในปี ค.ศ. 1975 ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และมีบทบาทสำคัญในการบำบัด ในปี ค.ศ. 1975 เป็นต้นมา มีศูนย์รักษาบำบัดทั้งหมด จำนวน 30 แห่ง ขณะนี้ในพม่ามีทั้งหมด 30 ศูนย์ CCDAC เป็นองค์กรสำคัญในการลดยาเสพติด ประธานคือรัฐมนตรีกระทรวงมหาดไทย มีรองประธาน 2 คน มีเลขาจากกรมตำรวจ ส่วนผู้เป็นเลขาช่วย คือหัวหน้ากรมของ CCDAC และรัฐมนตรีช่วยจากกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแผนภูมิองค์กรของ CCDAC ประกอบด้วย คณะกรรมการกลางในการควบคุมการใช้ยาเสพติด หน่วยงานเหล่านี้ทำหน้าที่ในการลดปริมาณยาเสพติด บังคับใช้กฎหมาย หาพืชอินมาปลูกแทน มีการเลี้ยงปศุสัตว์แทน พัฒนาทางเลือกและมีการควบคุมสารตั้งต้น

พม่า มียุทธศาสตร์ 2 ประการในการดูแลเรื่องยาเสพติด

1. การจำกัดยาเสพติดเป็นหน้าที่ของชาติ และต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงมาตรฐานชีวิตของประชาชนที่อยู่ในบริเวณชายแดน
2. พม่าเป็นภาคีในอนุสัญญาสหประชาชาติ คืออนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติด อนุสัญญายาเสพติดผิดกฎหมาย อนุสัญญายาเสพติดต่อจิตประสาท เป็นต้น

พม่ามีศูนย์บำบัดรักษาทั้งหมด 68 แห่ง เป็นศูนย์หลักจำนวน 26 แห่ง อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์รองอีก 40 แห่ง อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเช่นกัน มีศูนย์ฟื้นฟู จำนวน 2 แห่ง ขณะนี้ปิดศูนย์ฟื้นฟูไปแล้ว 1 แห่ง เนื่องจากอยู่ใกล้ชายแดนจีนมาก ดูแลความปลอดภัยค่อนข้างลำบาก

ปัจจุบันพม่า พยายามเปลี่ยนกฎหมายให้ผู้เสพติดคือผู้ป่วย โดยออกกฎหมายฉบับในปี 1913 มาตรา 13 กล่าวว่า “ผู้ใช้ยาเสพติดจะต้องไปจดทะเบียนเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาล ถ้าไม่ไปขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาแล้วจะต้องถูกลงโทษจำคุก 3-5 ปี” การบำบัดฟื้นฟูในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อนำบุคคลที่ติดยาเสพติดกลับเข้าสู่สังคมมีการฝึกอบรมทางวิชาชีพเพื่อให้เขาเลิกเสพติดใน



ขณะเดียวกันก็จะมีภารกิจงานโดยการลงมือทำงานจริง และก็มีภารกิจฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้เขาสามารถพึ่งตนเอง

ศูนย์ฟื้นฟูทางสังคมมีอยู่ใน ย่างกุ้ง มันทาเลย์ จินา ลาลิโอ ท่าชีเหล็ก เมียวดี กอจาง ศูนย์เหล่านี้เป็นศูนย์ฟื้นฟูที่ให้บริการฟื้นฟูทางกายภาค การออกกำลังกาย เล่น เกมส์ เล่นกีฬา และมีการให้คำปรึกษา ฟื้นฟูทางด้านจิตใจ ปรึกษาหารือ สร้างความ ตื่นตัว การนั่งสมาธิเป็นการบำบัดทางด้านศาสนา พักผ่อนหย่อนใจ สำหรับคนที่กำลัง ฟื้นฟูก็จะมีภารกิจอบรมแบบนี้ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี, 2559)

## 2.10 ประเทศกัมพูชา

### สถานการณ์ยาเสพติด

ประเทศกัมพูชาเริ่มมีปัญหายาเสพติดเมื่อปี 1990 โดยก่อนหน้านั้นไม่เคยมี ปัญหายาเสพติดมาก่อนเลย โดยมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 20,000 คน เป็นผู้ใช้เฮโรอีน ประมาณ 1,000 คน เมื่อเทียบกับประเทศอื่น พื้นที่ที่มีผู้ติดยาเสพติดเป็นจำนวนมาก นั้นอยู่บริเวณชายแดนไทยและลาว และพื้นที่ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว บริเวณชายหาด และบริเวณใกล้นครหลวงของประเทศกัมพูชาก็เช่นกัน

นโยบายทางด้านสาธารณสุขนั้นมีหน่วยงานกลางที่ออกนโยบาย ฝึกอบรม ติดตามและประเมินผล จังหวัดต่างๆ จะไม่มีบทบาทมากนักทำหน้าที่เพียงประสานงาน เท่านั้น เพื่อให้แน่ใจว่านโยบายที่ออกมานั้นได้มีการนำไปใช้และปฏิบัติจริง ผู้ติดยาเสพติดจะเข้ารับการรักษาขั้นเบื้องต้นที่โรงพยาบาลของรัฐและศูนย์สาธารณสุข หลังจากนั้นก็จะถูกส่งต่อไปยังหน่วยงานสวัสดิการสังคมหรือองค์กรอิสระที่รับผิดชอบ ด้านการฟื้นฟูเป็นระบบการรักษาที่ครบวงจร แต่ความจริงนั้นไม่สามารถให้บริการที่ สมบูรณ์ครบวงจรได้ เพราะเพิ่งเริ่มต้น จึงต้องทำงานประสานกันทุกภาคส่วน ปัญหาที่ พบคือผู้ที่ติดยาเสพติดส่วนใหญ่ยังคงหลบซ่อนไม่ยอมเปิดเผยตัวเพื่อเข้ารับ การบำบัดรักษา และประเทศกัมพูชาเองมีทรัพยากรค่อนข้างจำกัดทั้งทรัพยากรบุคคล เงิน สนับสนุนและองค์ความรู้ต่างๆเกี่ยวกับการบำบัดรักษาเสพติดยังมีน้อย ยังขาดหลัก ในการบำบัดรักษา จึงจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพิ่มมากขึ้นใน

อนาคต ให้มีการพัฒนารูปแบบการรักษาในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น พัฒนาแนวทางในการป้องกันและสร้างความตื่นตัวแก่ประชาชนชาวกัมพูชาให้มากขึ้น

### หน่วยงานรับผิดชอบ

ในประเทศกัมพูชาหน่วยงานที่มีหน้าที่ต่อต้านยาเสพติด ได้แก่ National Authority for Combating Drugs (NACD) ซึ่งมีบทบาทในการจัดทำนโยบายและวางแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ครอบคลุมถึงทุก ๆ เรื่องที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด โดยร่วมมือกับอีก 22 กระทรวงในการปราบปราม ทำงานประสานร่วมมือกันเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด

### การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติด

การให้บริการการบำบัดรักษามีหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบ อาทิ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย ให้บริการบำบัดรักษาในระยะสั้นไม่ได้เป็นศูนย์บำบัดรักษาที่แท้จริง เป็นศูนย์อบรมมากกว่า นอกจากนี้ก็มีหน่วยงานด้านสวัสดิการสังคมให้บริการด้านการฟื้นฟูบุคคลเหล่านั้นและมีผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติดดูแลอยู่ด้วย กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการบำบัดรักษาผู้ป่วยตามศูนย์บำบัดและโรงพยาบาลต่างๆ โดยใช้การบำบัดแบบชุมชนบำบัด พร้อมกับเอกชนและองค์กรอิสระต่างๆ (NGO) ที่เข้ามาดูแลบำบัดรักษาเบื้องต้นก่อนส่งต่อไปหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูต่อไป

ในประเทศกัมพูชา ใช้การบำบัดรักษาแบบชุมชนบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน หรือเป็นศูนย์ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กัมพูชาได้นำวิธีการนี้มาจาก UNODC แล้วนำมาปรับใช้ในการอบรมหรือบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่สมัครใจที่จะเข้ารับการบำบัดรักษาโดยไม่ได้ถูกบังคับและครอบครัวของผู้บำบัดเองก็เข้ามามีส่วนร่วมกระบวนการบำบัดด้วย โดยมาช่วยดูแลช่วยเหลือผู้บำบัดอย่างใกล้ชิด ทางด้านสาธารณสุขเองก็ให้บริการบำบัดรักษา ยาเสพติดตามโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั่วไป แต่ไม่มีศูนย์ที่ให้บริการบำบัดรักษา ยาเสพติดโดยเฉพาะภายในประเทศ

ด้านนโยบายและกฎหมายในการปราบปรามยาเสพติดนั้น กฎหมายฉบับใหม่ได้กำหนดไว้ว่าผู้ที่ติดยาเสพติดแล้วสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษานั้นไม่ต้องรับโทษไม่ต้องติดคุก โดยรัฐบาลส่งเสริมให้ผู้ที่ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาตามศูนย์ต่างๆ ของรัฐ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2559)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าสถานการณ์ปัญหายาเสพติดในอาเซียนทั้ง 10 ประเทศ มีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไป ส่วนนโยบายการบำบัดรักษามีความแตกต่างกันตามบริบท และสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาเสพติดของแต่ละประเทศ แม้ว่าจะมีความพยายามทำให้ภูมิภาคอาเซียนเป็นเขตปลอดภัยจากยาเสพติดในปี พ.ศ. 2558 ก็ตาม แต่ความพยายามในส่วนนี้ยังคงต้องดำเนินต่อไปในเมื่อสถานการณ์ปัญหาเสพติดของแต่ละประเทศยังไม่นิ่ง สำหรับองค์ความรู้ด้านการบำบัดรักษาเสพติดของบุคลากรแต่ละประเทศยังแตกต่างกัน ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ การสนับสนุนด้านทรัพยากรบุคคล เงิน และอุปกรณ์ยังไม่เอื้อให้ทุกประเทศถึงพร้อมและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาที่บุคลากรที่ทำงานด้านยาเสพติดต้องยอมรับให้ได้ และพยายามผลักดันให้การทำงานบรรลุเป้าหมายเล็กๆ เพื่อส่งผลให้บรรลุเป้าหมายใหญ่ในอนาคต

### 3. การวิจัยอนาคตด้วยเทคนิค Ethnographic Delphi Futures Research: EDFR

เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR เป็นเทคนิคการวิจัยอนาคตที่ตอบสนองจุดมุ่งหมายและความเชื่อพื้นฐานของการวิจัยอนาคตมากที่สุดวิธีหนึ่งในปัจจุบัน (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2548) โดยหลักการแล้วเทคนิค EDFR จะมีความคล้ายคลึงกับวิธีของเดลฟาย (Delphi) เพียงแต่มีการปรับปรุงวิธีให้มีความยืดหยุ่นและมีความเหมาะสมมากขึ้น โดยในรอบแรกของการวิจัยจะใช้การสัมภาษณ์แบบ EFR ที่ปรับปรุงแล้ว หลังจากสัมภาษณ์ในรอบแรก ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และสร้างเป็นเครื่องมือ ซึ่งจะมีลักษณะเป็นแบบสอบถามแล้วส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญตอบตามรูปแบบของเดลฟาย เพื่อเป็นการกรองความคิดของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาฉันทามติ ซึ่งมักจะ

ทำ 2 – 3 รอบ หลังจากนั้นจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวโน้มที่มีความเป็นไปได้มาก และมีความสอดคล้องทางความคิดเห็นระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเขียนสรุปเป็นภาพอนาคต (Scenario)

### ลักษณะของงานวิจัย มีดังนี้

1. เป็นการวิจัยที่เป็นพหุมิติ หลายเรื่องหลายปัญหาเกี่ยวข้องกัน ปัญหาจะกระทบกันหมด มีลักษณะเป็น multi – dimensional ฉะนั้นเมื่อเอ่ยถึงการวัดก็จะเกิดความหนักใจ เพราะหลายตัวแปรหลายปัญหา
2. เป็นการวิจัยที่มุ่งการพิจารณาข้อสรุปที่ใช้หลักเหตุผลที่สอดคล้องกับข้อมูล คือ มีลักษณะเป็น inductive and empirical เพราะการกำหนดนโยบายต้องมีที่มา และมีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุน
3. เน้นความต้องการของผู้บริโภคเป็นสำคัญทำแล้วต้องดูผู้ใช้ที่สำคัญจึงจะไม่มีปัญหาว่าไม่ตอบสนองผู้ใช้
4. เน้นตัวแปรที่เปลี่ยนแปลงได้ เพราะนโยบายทุกอย่างต้องมีการจัดกระทำ (Manipulate) หากจัดกระทำไม่ได้ไม่สามารถทำอย่างอื่นต่อไปได้
5. เป็นการวิจัยที่ต้องยอมรับคุณค่าและอำนาจในการตัดสินใจของผู้วิจัย จะบีบบังคับให้ตัดสินใจไม่ได้ หน้าที่ผู้วิจัยคือ ให้ผู้บริหารได้รับข้อมูล ส่วนการตัดสินใจอย่างไรขึ้นอยู่กับผู้บริหาร คุณค่าของผู้วิจัยอยู่ที่ความชัดเจนของจุดยืนที่ตนเองสนใจ และต้องยอมรับอคติที่ผู้วิจัยมีด้วย

ขั้นตอนของการวิจัยแบบ EDFR ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน (ภาพที่ 2) โดยมีรายละเอียดของขั้นตอน ดังนี้

1. **กำหนดและเตรียมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ** ขั้นนี้ถือว่าสำคัญและจำเป็นมาก เพราะถ้าได้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจริงๆ จะทำให้ผลการวิจัยน่าเชื่อถือมากขึ้น ผู้วิจัยต้องติดต่อกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นการส่วนตัว อธิบายจุดมุ่งหมายและขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย เวลาที่ใช้โดยประมาณ และประโยชน์ของการวิจัยถึงความจำเป็นและความสำคัญของการใช้ผู้เชี่ยวชาญ แล้วจึงขอความร่วมมือ ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือก็จำเป็นต้องไปหาผู้เชี่ยวชาญคนอื่นๆ ต่อไป ถ้าได้รับความร่วมมือก็ขอในวันเวลา

สัมภาษณ์ การเตรียมผู้เชี่ยวชาญดังกล่าว นอกจากทำให้มั่นใจว่าจะได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีแล้ว ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้มีเวลาเตรียมตัว เตรียมข้อมูล จัดระบบข้อมูลและคิดล่วงหน้า ช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

**2. สัมภาษณ์ (EDFR รอบที่ 1)** ลักษณะการสัมภาษณ์และขั้นตอนคล้ายกับ EFR แต่ EDFR มีความยืดหยุ่นมากกว่า ผู้วิจัยสามารถที่จะเลือกรูปแบบการสัมภาษณ์รอบที่ 1 อาจยึดรูปแบบ EFR กล่าวคือ เริ่มสัมภาษณ์จาก ภาพอนาคตทางที่ดี (Optimistic realistic scenario) ภาพอนาคตทางที่ไม่ดี (Pessimistic realistic scenario) ภาพอนาคตที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญคิดในหลายแง่มุม ซึ่งเป็นการมองในแง่บวกก่อน แล้วจึงพิจารณาในแง่ลบ และความเป็นไปได้มากที่สุด นอกจากนั้นการสัมภาษณ์แบบ EDFR มีความยืดหยุ่นมาก หากผู้วิจัยต้องการข้อมูลเพิ่มเติมก็สามารถสัมภาษณ์ในประเด็นต่างๆ ที่ต้องการได้ โดยการผนวกเข้ากับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญลำดับต่อไปหรืออาจแบ่งการสัมภาษณ์เป็นช่วงๆ ก็สามารถทำได้

**3. วิเคราะห์/ สังเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อเขียนแนวโน้มในแบบสอบถาม

**4. สร้างเครื่องมือ** การสร้างเครื่องมือ ถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญและยากที่สุดของการวิจัยด้วยเทคนิคนี้ คือ นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทุกคนมารวมกัน ตัดทอนข้อความที่ซ้ำกันหรือตัดส่วนที่เกินไปจากกรอบของการวิจัยที่กำหนดไว้ออกไป โดยการหาถ้อยคำที่ครอบคลุมข้อความทั้งหมด ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พยายามรักษาถ้อยคำของผู้ให้สัมภาษณ์ไว้ให้มากที่สุด การเขียนควรเป็นภาษาที่สั้น กระชับ โดยพยายามรักษาความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญให้มากที่สุด เขียนแนวโน้มเพียงประเด็นเดียวใน 1 ข้อ ทั้งนี้เพื่อป้องกันมิให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดความสับสนในประเด็นนั้นๆ

**5. ทำ EDFR รอบที่ 2-3** การนำแบบสอบถามไปสอบถามผู้เชี่ยวชาญ และนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน เพื่อทำการจำแนกข้อมูลหาฉันทามติ (Consensus) ในการทำ EDFR รอบที่ 2 และ 3 ในรอบนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนจะได้รับรู้ข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ (Statistical feedbacks) เป็นของกลุ่มโดยรวมโดยหาค่า

ร้อยละ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของกลุ่ม ผนวกด้วยคำตอบเดิมของตนเอง แล้วขอให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนพิจารณาตอบใหม่ จำนวนรอบของการทำวิจัย EDFR ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมาย งบประมาณ เวลา และกำลังคนของการวิจัย ทั้งนี้พิจารณาจากคำตอบที่ได้ว่ามีความเป็นเอกพันธ์แล้วหรือยังมี homogeneity ของคำตอบหรือมีฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ครอบคลุมเรื่องที่ ศึกษามากพอแล้วหรือยัง

**6. เขียนภาพอนาคต** การนำผลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญมา วิเคราะห์ผลตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งโดยทั่วไปถือตามเกณฑ์ที่มีแนวโน้มความเป็นไปได้ ค่อนข้างสูง กล่าวคือ ค่ามัธยฐาน (Median) ที่ 3.5 ขึ้นไป และพิจารณาความสอดคล้อง ของคำตอบ โดยพิจารณาจาก interquartile range (Q3-Q1) ไม่เกิน 1.5 การเขียน ภาพอนาคตไม่เขียนเป็นวิชาการมากเกินไป คือ คนทั่วไปอ่านแล้วเข้าใจได้ง่าย

โดยสรุปงานวิจัยอนาคต EDFR เป็นเทคนิคการวิจัยที่มุ่งตอบสนอง จุดมุ่งหมายและ ความเชื่อพื้นฐานของการวิจัยอนาคตมากที่สุดวิธีหนึ่งในปัจจุบัน เป็น การวิจัยที่รวมเอาเทคนิค EFR และ Delphi เข้าด้วยกัน ขั้นตอนต่างๆ ของ EDFR คล้ายกับ Delphi โดยขั้นตอนแรกเป็นการสัมภาษณ์แบบ EFR และนำข้อมูลที่ได้มา วิเคราะห์ สังเคราะห์ แล้วสร้างเป็นเครื่องมือ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นแบบสอบถามแล้ว ส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาฉันทามติ (Consensus) ซึ่งมักจะทำ 2-3 รอบ หลังจากนั้น นำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อหาแนวโน้มที่มีความเป็นไปได้มากและมีความ สอดคล้องทางความคิดระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสรุปและเขียนเป็นภาพอนาคต



ภาพที่ 2 ขั้นตอนของการวิจัยแบบ EDFR

#### 4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วีรากร อุตร์เลิศ (2555) ศึกษาเรื่อง การเตรียมความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการก้าวสู่ประชาคมอาเซียน กรณีศึกษา: พื้นที่เทศบาลตำบลบ้านแยง อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้และความเข้าใจของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบ้านแยง อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก เพื่อรองรับการก้าวสู่ประชาคมอาเซียน ผลการวิจัยพบว่าระดับ

ความรู้และความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของท้องถิ่นเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประชาคมอาเซียน ส่วนมากข้อมูลข่าวสารมาจากเว็บไซต์ ข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ และได้รับข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานราชการ อยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล แจ้งบุญ (2555) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรสายสนับสนุน และช่วยวิชาการ สังกัดคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน เกี่ยวกับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลทางด้าน อาชีพ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กันต่อการรับรู้เกี่ยวกับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นไปในแนวทางเดียวกับ กนกวรรณ สมรักษ์ (2555) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ทัศนคติและแนวโน้มพฤติกรรมต่อเรื่องประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน AEC พบว่าพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ความรู้ทัศนคติ แนวโน้มพฤติกรรมที่มีต่อเรื่องประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของพนักงาน โดยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ แบบสำรวจ (Survey research method) เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ที่จบการศึกษาดั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ที่มีอายุตั้งแต่ 21 - 60 ปี โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารเรื่องประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเปิดรับชมข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์เป็นหลัก โดยเปิดรับข่าวสาร 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รองลงมาเป็นหนังสือพิมพ์ เปิดรับ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และเปิดรับข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เฉลี่ยการปิดรับ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนระดับความรู้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 73.0 ส่วนใหญ่เห็นด้วยในทัศนคติเชิงบวก ในเรื่องประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจะช่วยขยายการค้าการลงทุน

ภขพน เชื่อมทอง (2556) ที่ศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของนักศึกษามหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมและการรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากการเปิดประชาคม

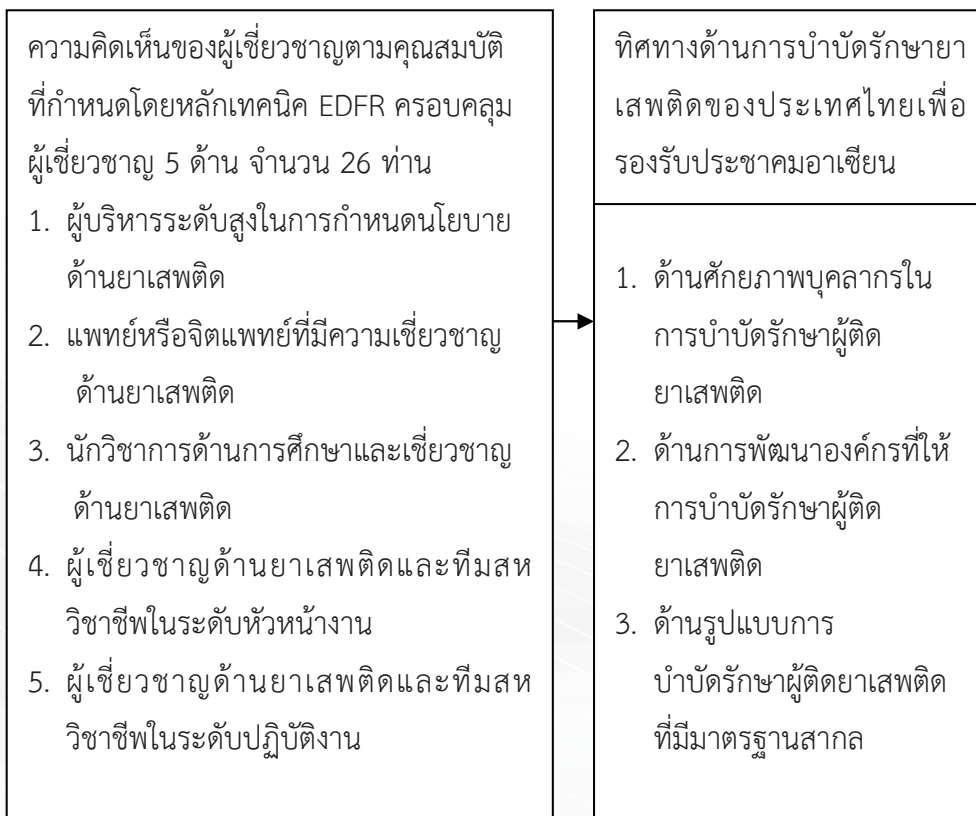


เศรษฐกิจอาเซียน นักศึกษามหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต และเพื่อเปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของนักศึกษามหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษามหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ คณะนิติศาสตร์ และคณะนิเทศศาสตร์ จำนวน 463 คน ผลจากการศึกษาพบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในภาพรวมและในรายด้านทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านนานาชาติ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และด้านการประกอบอาชีพอยู่ในระดับน้อยและรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในภาพรวมและในรายด้านทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการเปิดเสรี การเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือ ด้านการเปิดเสรีบริการ ด้านการเปิดเสรีการลงทุน และด้านการเปิดเสรีการค้าอยู่ในระดับมาก ส่วนนักศึกษาที่ศึกษาในคณะแตกต่างกันมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในภาพรวมที่แตกต่างกัน โดยนักศึกษาที่มีอายุและระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการเตรียมความพร้อมในด้านการเป็นนานาชาติแตกต่างกัน และนักศึกษาคณะแตกต่างกัน มีการเตรียมความพร้อมในด้านการประกอบอาชีพแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย จากการศึกษาของธัญทิพ บุญเยี่ยม และทิวาพร ทาวะรัมย์ (2556) ได้ทำการสำรวจทัศนคติของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษต่อการเรียนภาษาหรือโครงการสนับสนุนการเรียนภาษาต่างประเทศอื่นๆ ในอาเซียน กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาของมหาวิทยาลัย จำนวน 775 คน ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อภาษาที่จำเป็นต้องเรียนรู้ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย พบว่าภาษาอังกฤษเป็นภาษาที่สำคัญและจำเป็นต้องใช้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.5 รองลงมา คือภาษาไทย ร้อยละ 27.2 และภาษาจีนร้อยละ 4.3 ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเตรียมความพร้อมของบุคลากรในทุกสาขาอาชีพไม่ว่าจะเป็นข้าราชการ นักศึกษา หรือประชาชนทั่วไป จากการศึกษาพบว่ามี การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการที่ประเทศจะก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอยู่ในระดับน้อย ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงต้องใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายในการสนับสนุนส่งเสริมให้บุคคลเหล่านี้มีการเตรียมความพร้อม และตื่นตัวในการสร้างสรรค์ความรู้ ความเชี่ยวชาญ และเพิ่มความพร้อมในการเตรียมตัวเข้าสู่การเป็นส่วนหนึ่งของประชาคมอาเซียนต่อไป

### กรอบแนวคิดการวิจัย

#### กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1



## กรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 2

### ตัวแปรต้น

#### ข้อมูลส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- สถานภาพสมรส
- การศึกษา
- ตำแหน่งงาน
- สาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน
- ประสบการณ์การทำงาน  
ยาเสพติด
- สถานบำบัดที่ทำงานอยู่

### ตัวแปรตาม

#### ระดับความพร้อมของบุคลากร ด้าน ยาเสพติดสังกัดกรมการ แพทย์ในการเข้าสู่ประชาคม อาเซียน

1. ด้านศักยภาพบุคลากรใน  
การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด
2. ด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้  
การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด
3. ด้านรูปแบบการบำบัดรักษา  
ผู้ติดยาเสพติดที่มาตรฐานสากล

### บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557-กันยายน 2559 โดย**ระยะที่ 1** เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อศึกษาทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2557-กันยายน 2558 ส่วน**ระยะที่ 2** เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อสอบถามความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และการประชุมระดมสมองของบุคลากรด้านยาเสพติดทั้งจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนโดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2558-กันยายน 2559 ซึ่งวิธีการวิจัยผู้วิจัยนำเสนอรายละเอียดตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

**วัตถุประสงค์ที่ 1: ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน** เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรที่ศึกษา

ประชากร คือ ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูงในการกำหนดนโยบายด้านยาเสพติด แพทย์หรือจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านยาเสพติด นักวิชาการด้านการศึกษาวิจัยที่เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด หัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงานยาเสพติด

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 26 คน ทำการคัดเลือกโดยกำหนดคุณสมบัติ (Purposive sampling) จากผู้บริหารระดับสูงในการกำหนดนโยบายด้านยาเสพติด ซึ่งกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้บริหารระดับสูงในการกำหนดนโยบายด้านยาเสพติด เกณฑ์คุณสมบัติมีดังนี้

- มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป
- มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งผู้บริหารในหน่วยงานด้านการ

บำบัดรักษาเสพติดไม่น้อยกว่า 10 ปี และ

- ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

2. แพทย์หรือจิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

- เป็นแพทย์ที่มีวุฒิการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ในสาขาจิตเวชศาสตร์หรืออายุรศาสตร์

- มีประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่ง หรือ เคยดำรงตำแหน่งระดับผู้บริหารในโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนไม่น้อยกว่า 10 ปี และ

- ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

3. นักวิชาการด้านการศึกษา วิจัยที่เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

- เป็นอาจารย์ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกขึ้นไป

- มีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งอาจารย์สอนด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดไม่น้อยกว่า 10 ปี

- มีประสบการณ์ในการทำวิจัยด้านยาเสพติด

- ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

4. ผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติดในระดับหัวหน้างาน กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

- เป็น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักเทคนิคการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์
- มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป
- มีประสบการณ์การทำงานด้านยาเสพติดไม่น้อยกว่า 10 ปี หรือดำรงตำแหน่งหัวหน้างาน/หัวหน้าตึก และให้การบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วยยาเสพติดมาไม่น้อยกว่า 5 ปี
- ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

5. ผู้เชี่ยวชาญในองค์กรวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

- เป็น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักเทคนิคการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์
- มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป
- มีประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติดไม่น้อยกว่า 10 ปี
- ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ในการวิจัยได้จำนวนผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 จำนวน 26 คน รอบที่ 2 จำนวน 22 คน และรอบที่ 3 จำนวน 20 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในแต่ละรอบของการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	รอบที่ 1 (คน)	รอบที่ 2 (คน)	รอบที่ 3 (คน)
- ผู้บริหารระดับสูงในการกำหนด นโยบายด้านยาเสพติด	2	1	1
- แพทย์หรือจิตแพทย์ที่มีความ เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด	3	2	2
- นักวิชาการด้านการศึกษาและ เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด	1	0	0
- ผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติดและทีมสห วิชาชีพในระดับหัวหน้างาน	10	10	8
- ผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติดและทีมสห วิชาชีพในระดับปฏิบัติงาน	10	9	9
<b>รวม</b>	<b>26</b>	<b>22</b>	<b>20</b>

### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเทคนิค EDFR

**ชุดที่ 1** แบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นคำถามปลายเปิด (Open ended questionnaire) จำนวน 6 ข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระในการให้ข้อมูลตรงกับประเด็นปัญหาที่ศึกษามากที่สุด

**ชุดที่ 2** แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 นำมาจัดทำเป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ถึงระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด และมีข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างอิสระ

**ชุดที่ 3** แบบสอบถาม สร้างขึ้นจากแบบสอบถามชุดที่ 2 ข้อคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ความคิดเห็นระดับมากที่สุด ถึงระดับน้อยที่สุด โดยผู้วิจัยเพิ่มค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้อคำถามที่วิเคราะห์ได้จากคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 รวมทั้งคำตอบเดิมของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนที่ได้ตอบในรอบที่ผ่านมา ซึ่งลักษณะของข้อความในแบบสอบถามรอบที่ 3 คล้ายคลึงกับข้อความในแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยมีการปรับเปลี่ยนสำนวนภาษาเพียงเล็กน้อย

### **ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล**

ขั้นที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 26 คน ด้วยเทคนิค EDFR รอบที่ 1 ซึ่งใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยยึดความสอดคล้องความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน

ขั้นที่ 3 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาแบบสอบถามจากคำตอบในแบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 โดยนำความคิดเห็นทั้งหมดของผู้เชี่ยวชาญมาสร้างข้อคำถามใหม่ในรูปแบบของมาตราประมาณค่า โดยทำการตัดข้อมูลที่ซ้ำหรือเกินความต้องการออกข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้เชี่ยวชาญโดยการสัมภาษณ์ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิค EDFR รอบที่ 1 ผู้วิจัยนำมาถอดเทป วิเคราะห์เนื้อหา ร่วมกับนำข้อความรู้ที่ได้จากทบทวนวรรณกรรมและนำเนื้อหาที่ได้ทั้งหมดมาจัดกลุ่ม จำแนกและจัดหมวดหมู่ในแต่ละด้าน

ขั้นที่ 4 ส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 กลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญจัดอันดับความสำคัญของแต่ละข้ออีกครั้งนำคำตอบของแต่ละข้อที่ได้รับจากแบบสอบถามรอบที่ 2 ทั้งหมดมาหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ขั้นที่ 5 สร้างแบบสอบถามรอบที่ 3 โดยใช้ข้อคำถามเหมือนรอบ 2 เพียงแต่เพิ่มตำแหน่งของค่าเฉลี่ย ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของกลุ่ม และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญ



แต่ละท่านได้ตอบในรอบที่ 2 โดยระบุว่าผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นมีความเห็นตรงจุดในหรือนอกพิสัย

ขั้นที่ 6 ส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 กลับไปยังผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนอีกครั้ง เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาเปรียบเทียบความคิดเห็นของตนกับกลุ่ม และตัดสินใจว่าจะเปลี่ยนคำตอบหรือไม่ หากคำตอบของตนไม่สอดคล้องกับกลุ่ม ถ้ายืนยันความคิดเห็นเดิมก็ให้แสดงเหตุผลประกอบด้วย

ขั้นที่ 7 พิจารณา คัดเลือก และจัดกลุ่มหมวดหมู่ทิศทางด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนเป็นรายด้านและรายย่อย

ขั้นที่ 8 วิเคราะห์สรุปภาพรวมความคิดเห็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง เพื่อสรุปเป็นทิศทางด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน

**เกณฑ์การยุติการวิจัย** พิจารณาจากผลการวิเคราะห์หากปรากฏว่าคำตอบที่ได้สอดคล้องกัน คือ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แคบก็จะยุติกระบวนการวิจัยได้ แต่ถ้าคำตอบทั้งหมดยังมีความเห็นแตกต่างกันมาก ก็ปรับแบบสอบถามอีก แล้วส่งกลับคืนไปให้ผู้เชี่ยวชาญคนเดิมพิจารณาคำตอบอีกครั้งหนึ่ง จนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดมีความสอดคล้องกัน

การวิจัย EDFR กำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญประมาณ 17-21 คน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ (Thomas T. Macmillan, 1971 อ้างถึงในสุวลี ทวีบุตร, 2540) แต่เพื่อเป็นการป้องกันการ drop out ขณะดำเนินการวิจัยและการให้ความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญ การวิจัยในครั้งนี้จึงกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งสิ้น 26 คน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญยินยอมตอบแบบสอบถามกลับในรอบที่ 2 และ รอบที่ 3 จำนวน 22 คน และ 20 คน ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้จำนวนผู้เชี่ยวชาญในรอบสุดท้ายจำนวน 20 คน ระหว่างการดำเนินการวิจัย ซึ่งจากการวิจัย (Thomas T. Macmillan, 1971 อ้างถึงในสุวลี ทวีบุตร, 2540) พบว่า จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่จะคัดเลือกเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลหลักเทคนิค EDFR จำนวน 17 คน ขึ้นไประดับความคลาดเคลื่อนจะลดลงอย่างคงที่ และความคลาดเคลื่อนน้อยมากเท่ากับ 0.02

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการดังนี้

1. ข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้เชี่ยวชาญโดยการสัมภาษณ์ ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิค EDFR รอบที่ 1 ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อจำแนกเป็นทิศทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนแต่ละด้าน พบว่าได้ 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 2) ด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 3) ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีมาตรฐานสากล

2. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิค EDFR รอบที่ 2 รอบที่ 3 ซึ่งผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หามัธยฐาน ค่าฐานนิยม ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และค่าความแตกต่างระหว่างฐานนิยมและค่ามัธยฐาน

### 2.1 คำนวณค่ามัธยฐาน (Median)

$$Md = \frac{Lo + I(N/2 - f1)}{f2}$$

Md = มัธยฐาน

Lo = ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐาน

N = จำนวนความถี่ทั้งหมด

I = อันตรภาคชั้น

f1 = ความถี่สะสมจากคะแนนต่ำสุดถึงคะแนนที่เป็น

ขีดจำกัดบนของคะแนน

ในชั้นก่อนชั้นที่มีมัธยฐาน

f2 = ความถี่ของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐาน

### การแปลความหมายค่ามัธยฐาน

ค่ามัธยฐาน 4.50-5.00 หมายความว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนที่จำเป็นต้องมีในระดับมากที่สุด

ค่ามัธยฐาน 3.50-4.49 หมายความว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนที่จำเป็นต้องมีในระดับมาก

ค่ามัธยฐาน 2.50-3.49 หมายความว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนที่จำเป็นต้องมีในระดับปานกลาง

ค่ามัธยฐาน 1.50-2.49 หมายความว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนที่จำเป็นต้องมีในระดับน้อย

ค่ามัธยฐาน 1.00-1.49 หมายความว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนที่จำเป็นต้องมีในระดับน้อยที่สุด

2.2 คำนวณค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile Range: IP) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงความถี่ (Grouped data)

$$IR \text{ หรือ } Q = Q_3 - Q_1$$

โดยคำนวณหา  $Q_1$  และ  $Q_3$  จากสูตร

$$Q_1 = L_{Q_1} + \left[ \frac{N/4 - CF}{f_{Q_1}} \right] (i)$$

$$Q_1 = \text{ค่าควอไทล์ตำแหน่งที่ 1}$$

$$L_{Q_1} = \text{ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นที่ควอไทล์ที่ 1 อยู่}$$

$$N = \text{จำนวนข้อมูลทั้งหมด}$$

CF	=	ความถี่สะสมของชั้นที่อยู่ก่อนชั้นควอไทล์ที่ 1
$f_{Q_1}$	=	ความถี่ของคะแนนในชั้นควอไทล์ที่ 1
i	=	ความกว้างของอันตรภาคชั้นของที่ควอไทล์ที่ 1

สำหรับ  $Q_3$  หาได้จากสูตร

$$Q_3 = L_{Q_3} + \left[ \frac{3N/4 - CF}{f_{Q_3}} \right] (i)$$

$Q_3$	=	ค่าควอไทล์ตำแหน่งที่ 3
$L_{Q_3}$	=	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นที่ควอไทล์ที่ 3 อยู่
N	=	จำนวนข้อมูลทั้งหมด
CF	=	ความถี่สะสมของชั้นที่อยู่ก่อนชั้นควอไทล์ที่ 3
$f_{Q_3}$	=	ความถี่ของคะแนนในชั้นควอไทล์ที่ 3
i	=	ความกว้างของอันตรภาคชั้นของที่ควอไทล์ที่ 3

การแปลความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range: IR หรือ Q)

Q มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 1.50 หมายถึง ความคิดเห็นไม่มีความสอดคล้อง

Q มีค่าน้อยกว่า 1.50 หมายถึง ความคิดเห็นมีความสอดคล้อง

**วัตถุประสงค์ที่ 2: ศึกษาความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน** เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive study) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนและการประชุมระดมสมองของบุคลากรด้านยาเสพติดทั้งจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ส่วนภูมิภาค เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในส่วนภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง

เก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกรายที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี รวมจำนวนบุคลากรทั้งหมดได้ 530 คน โดยเก็บข้อมูลทุกรายตามเกณฑ์การคัดเลือกนี้ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นบุคลากรทุกระดับด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสหวิชาชีพซึ่งให้การบำบัดฟื้นฟูโดยตรงกับผู้ป่วยยาเสพติด ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักเทคนิคการแพทย์ นักอาชีวบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ทั้งเพศชายและหญิง

### 2. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1. มาช่วยราชการและสังกัดหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่กรมการแพทย์
2. เป็นลูกจ้างรายวัน ลูกจ้างโครงการในลักษณะการจ้างเหมาบริการ หรือ ลูกจ้าง sub contact ที่มาปฏิบัติงานให้โรงพยาบาล

ซึ่งในการเก็บข้อมูลจริงส่งแบบสอบถามไปจำนวนทั้งสิ้น 530 คน มีบุคลากรที่ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการและตอบแบบสอบถามกลับมาทั้งสิ้นจำนวน 471 คน คิดเป็นร้อยละ 88.87 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน

สถานที่ปฏิบัติงาน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เชิงปริมาณ			จำนวน กลุ่ม ตัวอย่างที่ สัมภาษณ์ เชิง คุณภาพ (คน)
	จำนวน กลุ่ม ตัวอย่าง (คน)	จำนวนที่ เก็บได้จริง (คน)	คิดเป็น ร้อยละ	
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราช ชนนี	202	172	85.15	13
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ แม่ฮ่องสอน	46	42	91.30	8
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่	70	70	100	11
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น	67	52	77.61	10
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ อุดรธานี	28	28	100	15
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา	65	64	98.46	13
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปัตตานี	52	43	82.69	9
<b>รวม</b>	<b>530</b>	<b>471</b>	<b>88.87</b>	<b>79</b>

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น  
ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร บทความ วารสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความพร้อมของบุคลากรหน่วยงานต่างๆในประเทศไทยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
2. ประชุมทีมงานคณะผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถามให้ครอบคลุมตามกรอบแนวคิดการวิจัย
3. ร่างแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความชัดเจน ความถูกต้อง ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม จากนั้นนำร่างแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจแก้ของผู้ทรงคุณวุฒิ มาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จากข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 41 ข้อ ใช้ได้จำนวน 41 ข้อ ซึ่งข้อคำถามที่ใช้ได้มีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.66-1.00
4. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในภาษา สำนวน ความชัดเจน ตลอดจนครอบคลุมแนวคำถามแต่ละประเด็น จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง ได้ค่า reliability เท่ากับ 0.772
5. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในส่วนภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง
6. ประสานงานผู้ช่วยนักวิจัยในแต่ละสถานบำบัดในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงรายละเอียดแบบสอบถามเพื่อสร้างความเข้าใจแบบอย่างเดียวกัน รวมทั้งอธิบายโครงการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย และผลของการวิจัยครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ให้สัมภาษณ์ และขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

7. รวบรวมข้อมูลจากแต่ละสถานบำบัด ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม ก่อนนำไปลงข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติและแปลผลการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาความถี่และสัดส่วนร้อยละ (Frequency & percentage) ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของบุคลากรผู้ตอบแบบสอบถาม

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) โดยการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในรายด้านและรายข้อ ทั้งสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบันและสภาพที่คาดหวัง ได้แก่ ด้านศักยภาพของบุคลากรในการบำบัดรักษาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ด้านการพัฒนาองค์กรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนและด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากลเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

### การแปลความหมายค่าเฉลี่ย

ค่าเฉลี่ย 3.26-4.00 หมายความว่า ความพร้อมสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน/สภาพที่คาดหวัง ในการทำงานด้านยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.25 หมายความว่า ความพร้อมสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน/สภาพที่คาดหวัง ในการทำงานด้านยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.76-2.50 หมายความว่า ความพร้อมสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน/สภาพที่คาดหวัง ในการทำงานด้านยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในระดับน้อย



ค่าเฉลี่ย 1.00-1.75 หมายความว่า ความพร้อมสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน/สภาพที่คาดหวัง ในการทำงานด้านยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในระดับน้อยที่สุด

**วัตถุประสงค์ที่ 3: ปัญหาอุปสรรค และเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้**

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในส่วนภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับบุคลากรในวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 79 คน (ตารางที่ 2)

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองโดยการทำ Focus group เพื่อเป็นการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ จำนวน 6 ข้อ ในบุคลากรด้านยาเสพติดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ส่วนภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2559

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

ทำการถอดเทปคำสนทนากลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินการวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557-กันยายน 2559 โดยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 26 คน เพื่อศึกษาทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2557-กันยายน 2558 สำหรับการศึกษา ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และการประชุมระดมสมองของบุคลากรด้านยาเสพติดทั้งจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาล ัญญารักษ์ภูมิภาคจำนวน 471 คน ปัญหาและอุปสรรคและเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2558-กันยายน 2559 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

**วัตถุประสงค์ที่ 1 ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทย เพื่อรองรับประชาคมอาเซียน** เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 รอบ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐาน IR และระดับความสำคัญ ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนภาพรวมรายด้าน

ทิศทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
<b>1. ด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด</b>	<b>4.54</b>	<b>0.75</b>	<b>มากที่สุด</b>
1.1 มีองค์ความรู้ที่ทันสมัยในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด	4.56	0.71	มากที่สุด
1.2 มีทักษะในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด	4.61	0.55	มากที่สุด
1.3 สามารถใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	4.54	0.78	มากที่สุด
1.4 มีความรู้ ความเข้าใจและปฏิบัติตามค่านิยมความเชื่อของผู้ติดยาเสพติดในแต่ละประเทศกลุ่มอาเซียน	4.59	0.66	มากที่สุด
1.5 สามารถคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน	4.40	1.05	มากที่สุด
<b>2. ด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด</b>	<b>4.52</b>	<b>0.89</b>	<b>มากที่สุด</b>
2.1 มีการบริหารจัดการองค์กรที่เอื้อต่อระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด	4.52	0.90	มากที่สุด
2.2 มีระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร (IT)	4.52	0.87	มากที่สุด
<b>3. ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีมาตรฐานสากล</b>	<b>4.56</b>	<b>0.80</b>	<b>มากที่สุด</b>

จากตารางที่ 3 ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนภาพรวมรายด้าน พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีมาตรฐานสากลมีความสำคัญในระดับมาก

ที่สุด (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.56)รองลงมาได้แก่ ด้านศักยภาพบุคลากรในการ  
บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.54) และ ด้านการพัฒนางองค์กรที่ใ้  
การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.52) ตามลำดับ

**ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน IR และระดับความสำคัญ ทิศทางด้านการบำบัดรักษายา  
เสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพบุคลากรในการ  
บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดรายชื่อ**

ทิศทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน	Md	IR	ระดับ ความ สำคัญ
<b>1. มุ่งองค์ความรู้ที่ทันสมัยในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด</b>			
1.1 มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้ยาในทางที่ผิดและ ทำให้เกิดการเสพติด เช่น ยาแก้ไอ ยาแก้ปวด	4.68	0.31	มากที่สุด
1.2 มีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยา เสพติดที่หลากหลายในสถานพยาบาลของประเทศกลุ่ม อาเซียน	4.61	0.64	มากที่สุด
1.3 มีการพัฒนางองค์ความรู้ผ่านการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กับบุคลากรด้านยาเสพติดในประเทศกลุ่ม อาเซียน	4.61	0.64	มากที่สุด
1.4 มีการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาทาง วิชาการด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การบำบัดรักษายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง เช่น Pre-post conference case, Grand round, Knowledge Management (KM) , Community of Practice (COP ) ฯลฯ	4.61	0.70	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน IR และระดับความสำคัญ ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดรายข้อ (ต่อ)

ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติด ของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน	Md	IR	ระดับ ความ สำคัญ
1.5 มีใบรับรองแสดงถึงความรู้ ความชำนาญด้านการ บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจากสถานพยาบาลหรือ สถานศึกษาที่ได้รับการรับรองคุณภาพ	4.54	0.85	มากที่สุด
1.6 มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการป้องกันและ ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)	4.54	0.94	มากที่สุด
1.7 มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มยาเสพติดที่ แพร่ระบาดในประเทศไทยกลุ่มอาเซียน	4.30	0.88	มาก
<b>2. มีทักษะในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด</b>			
2.1 สามารถประเมินคัดกรองผู้ติดยาเสพติดได้อย่าง ถูกต้องตามหลักวิชาการ	4.68	0.31	มากที่สุด
2.2 สามารถเลือกรูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดยาเสพติดแต่ ละราย เช่น CBT, Matrix, TC, MI ฯลฯ	4.64	0.49	มากที่สุด
2.3 สามารถประยุกต์ใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ติดยา เสพติดเกิดขวัญกำลังใจอยู่รับการบำบัดรักษาตาม เกณฑ์กำหนด	4.61	0.59	มากที่สุด
2.4 สามารถวินิจฉัยและตัดสินใจให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้ติดยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การติดต่อ ญาติต่างประเทศ การประสานงานเรื่องหนังสือ เดินทาง	4.50	0.81	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน IR และระดับความสำคัญ ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดรายข้อ (ต่อ)

ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติด ของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน	Md	IR	ระดับ ความ สำคัญ
<b>3. สามารถใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ</b>			
3.1 สามารถสื่อสารเพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น แสดงถึงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และให้โอกาสกับผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา	4.58	0.67	มากที่สุด
3.2 สามารถใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารในชีวิตประจำวันกับผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน	4.50	0.88	มากที่สุด
<b>4. มีความรู้ ความเข้าใจและปฏิบัติตามค่านิยม เชื้อของผู้ติดยาเสพติดในแต่ละประเทศกลุ่มอาเซียน</b>			
4.1 ยึดหลักการดูแลเพื่อนมนุษย์ (Humanize care) ในการให้บริการผู้ติดยาเสพติดทุกคนในประเทศกลุ่มอาเซียนอย่างเท่าเทียมกัน	4.70	0.30	มากที่สุด
4.2 สามารถรับรู้และไวต่อการแสดงออกทางวัฒนธรรมของผู้ติดยาเสพติดและตอบสนองความต้องการได้เหมาะสมกับเหตุการณ์และทันเวลา	4.58	0.67	มากที่สุด
4.3 มีความเข้าใจและเคารพในความแตกต่างและความหลากหลายในการใช้ชีวิตของผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน	4.58	0.79	มากที่สุด
4.4 มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ วัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อของผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน เช่น ข้อควรปฏิบัติ ข้อห้าม	4.50	0.88	มากที่สุด

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน IR และระดับความสำคัญ ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดรายข้อ (ต่อ)

ทิศทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน	Md	IR	ระดับ ความ สำคัญ
<b>5. สามารถคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของ ผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน</b>			
5.1 มีความรู้ ความเข้าใจขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับกฎหมาย ว่าด้วยยาเสพติดของแต่ละประเทศกลุ่มอาเซียน	4.50	0.97	มากที่สุด
5.2 สามารถให้การช่วยเหลือและส่งต่อผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องใน สถานพยาบาลของแต่ละประเทศ	4.37	0.97	มาก
5.3 มีความรู้ เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่พึงมี พึงได้ ของผู้ ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน เช่น การประกัน สุขภาพ อัตราการเบิกค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการ บำบัดรักษา	4.33	1.22	มาก

จากตารางที่ 4 ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพของบุคลากรด้านการรักษาเสพติด พบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และสามารถจำแนกออกได้เป็น 5 ข้อใหญ่ จำนวน 20 ข้อย่อย ดังนี้

1) มุ่งองค์ความรู้ที่ทันสมัยในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จำนวน 7 ข้อย่อย มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 0.31-0.94 โดยมีความสำคัญในระดับมากที่สุด 6 รายการ (ค่ามัธยฐานระหว่าง 4.54-4.68) และมีความสำคัญในระดับมาก 1 รายการ (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.30)

2) มีทักษะในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจำนวน 4 ซ้อย่อยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 0.31-0.81 โดยมีความสำคัญในระดับมากที่สุด 4 รายการ (ค่ามัธยฐานระหว่าง 4.50-4.68)

3) สามารถใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจำนวน 2 ซ้อย่อยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 0.67-0.88 โดยมีความสำคัญในระดับมากที่สุด 2 รายการ (ค่ามัธยฐานระหว่าง 4.50-4.58)

4) มีความรู้ ความเข้าใจและปฏิบัติตามค่านิยม ความเชื่อของผู้ติดยาเสพติดในแต่ละประเทศกลุ่มอาเซียนจำนวน 4 ซ้อย่อยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 0.30-0.88 โดยมีความสำคัญในระดับมากที่สุด 4 รายการ (ค่ามัธยฐานระหว่าง 4.50-4.70)

5) สามารถคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียนจำนวน 3 ซ้อย่อย มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 0.97-1.22 โดยมีความสำคัญในระดับมากที่สุด 1 รายการ (ค่ามัธยฐานระหว่าง 4.50) และมีความสำคัญในระดับมาก 2 รายการ (ค่ามัธยฐานระหว่าง 4.33-4.37)



ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐาน IR และระดับความสำคัญ ทิศทางการกำกับการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ด้านการพัฒนางองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดรายข้อ

ทิศทางการกำกับการบำบัดรักษายาเสพติด ของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน	Md	IR	ระดับ ความ สำคัญ
<b>1. มีการบริหารจัดการองค์กรที่เอื้อต่อระบบการ บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด</b>			
1.1 มีโครงสร้างการบริหารงานเฉพาะและกำหนด ผู้รับผิดชอบงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศ กลุ่มอาเซียน เช่น ผู้บำบัด ผู้ประสานงาน ฯลฯ	4.58	0.72	มากที่สุด
1.2 มีป้ายหรือสัญลักษณ์ในการติดต่อสื่อสารที่ หน่วย บริการเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาที่ใช้ของประเทศกลุ่ม อาเซียน เช่น ป้ายชื่อบอกทาง/หน่วยงาน ห้องยา ห้องน้ำ และจุดบริการต่างๆ ฯลฯ	4.58	0.89	มากที่สุด
1.3 มีนโยบายการจัดหอพ่วยรองรับและสิ่งอำนวยความสะดวก ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ติดยาเสพติดใน ประเทศกลุ่มอาเซียน เช่น ห้องละหมาด ห้องอาบน้ำ ห้องญาติเยี่ยม อาหารฮาลาล ฯลฯ	4.54	0.94	มากที่สุด
1.4 มีบุคลากรในหน่วยงานที่สามารถสื่อสารกับผู้ติดยา เสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียนโดยใช้ภาษาของแต่ละ ประเทศได้	4.54	0.94	มากที่สุด
1.5 มีการจัดเตรียมระบบการตรวจวินิจฉัย/การ บำบัดรักษาที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและพิทักษ์สิทธิ ผู้ป่วย เช่น มีห้องตรวจ/ผู้ตรวจ เฉพาะชายหญิง	4.50	0.88	มากที่สุด
1.6 มีศูนย์ประสานงานเฉพาะในการให้บริการผู้ติดยาเสพติด แบบ one stop service	4.50	0.97	มากที่สุด

ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐาน IR และระดับความสำคัญ ทิศทางการดำเนินการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ด้านการพัฒนางองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดรายข้อ (ต่อ)

ทิศทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน	Md	IR	ระดับ ความ สำคัญ
1.7 มีการจัดเตรียมห้องเฉพาะในการจัดกิจกรรมบำบัด/ นันทนาการสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจและใช้เวลาว่างให้ เกิดประโยชน์ เช่น ห้องอาหาร ห้องออกกำลังกาย ห้อง เกมส์ สนามฟุตบอล ฯลฯ	4.37	0.97	มาก
<b>2. มีระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดผ่านเทคโนโลยี การสื่อสาร (IT)</b>			
2.1 มีการจัดทำข้อมูลข่าวสารการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นสากลเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับผู้ติดยาเสพติด ในประเทศกลุ่มอาเซียน เช่น คู่มือโปรแกรมการบำบัด กิจกรรมการบำบัด ฯลฯ	4.61	0.80	มากที่สุด
2.2 มีการพัฒนาช่องทาง การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระดับนานาชาติ เช่น webpage, website, facebook ฯลฯ	4.58	0.79	มากที่สุด
2.3 มีระบบฐานข้อมูลผู้ติดยาเสพติดร่วมกับหน่วยงานใน ประเทศเพื่อสามารถใช้ร่วมกันได้ เช่น กรมสุขภาพจิต กรมคุมประพฤติ กรมพินิจฯ กรมราชทัณฑ์ ฯลฯ	4.54	0.85	มากที่สุด
2.4 มีช่องทางให้คำปรึกษาการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กับเครือข่ายผู้บำบัด ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social media) โดยมีระบบการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยรองรับ เช่น webpage, website, facebook, skype	4.54	0.85	มากที่สุด

ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐาน IR และระดับความสำคัญ ทิศทางการบำรุงรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ด้านการพัฒนางองค์กรที่ให้การบำรุงรักษาผู้ติดยาเสพติดรายข้อ (ต่อ)

ทิศทางการบำรุงรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน	Md	IR	ระดับความสำคัญ
2.5 มีการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายการบำรุงรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียนเพื่อสร้างฐานข้อมูลผู้ติดยาเสพติดร่วมกัน	4.35	1.08	มาก

จากตารางที่ 5 ทิศทางการบำรุงรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ด้านการพัฒนางองค์กรที่ให้การบำรุงรักษาผู้ติดยาเสพติดพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันซึ่งแยกได้เป็นหัวข้อดังนี้

1) มีการบริหารจัดการองค์กรที่เอื้อต่อระบบการบำรุงรักษาผู้ติดยาเสพติดจำนวน 7 ข้อย่อย มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 0.72-0.97 โดยมีความสำคัญในระดับมากที่สุด 6 รายการ (ค่ามัธยฐานระหว่าง 4.50-4.58) และมีความสำคัญในระดับมากที่สุด 1 รายการ (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.37)

2) มีระบบการบำรุงรักษาผู้ติดยาเสพติดผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร (IT) จำนวน 5 ข้อย่อยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 0.79-1.08 โดยมีความสำคัญในระดับมากที่สุด 4 รายการ (ค่ามัธยฐานระหว่าง 4.54-4.61) และมีความสำคัญในระดับมากที่สุด 1 รายการ (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.35)

ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน IR และระดับความสำคัญ ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีมาตรฐานสากลรายข้อ

ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติด ของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน	Md	IR	ระดับ ความ สำคัญ
<b>1.มีรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มี มาตรฐานสากล</b>			
1.1 มีตัวชี้วัดคุณภาพการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็น มาตรฐานสากล	4.66	0.79	มาก ที่สุด
1.2 มีแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มี หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) สามารถอ้างอิง ได้ เช่น MI , CBT, TC, Matrix ฯลฯ	4.64	0.57	มาก ที่สุด
1.3 มีการนำเสนอผลลัพธ์และความสำเร็จของรูปแบบ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในเวทีระดับชาติ และระดับ อาเซียน เช่น การประชุมวิชาการ การเสวนาทางวิชาการ การเสนอผลงานวิจัย	4.58	0.67	มาก ที่สุด
1.4 มีรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยผ่าน กระบวนการวิจัยที่ถูกต้องและเชื่อถือได้	4.58	0.72	มาก ที่สุด
1.5 การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดได้รับการรับรองจาก สถาบันรับรองคุณภาพที่ได้มาตรฐานสากล	4.58	0.89	มาก ที่สุด
1.6 มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการบำบัดรักษาผู้ติด ยาเสพติดที่ได้จากงานวิจัยสู่เครือข่ายหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง	4.54	0.77	มาก ที่สุด
1.7 มีกระบวนการบำบัดที่สามารถยืดหยุ่นให้เหมาะสม กับผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน เช่น ระยะเวลา บำบัด การส่งต่อ การติดตามต่อเนื่อง	4.54	0.85	มาก ที่สุด

ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน IR และระดับความสำคัญ ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีมาตรฐานสากลรายข้อ (ต่อ)

ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1.8 มีแนวทางการบำบัดทางเลือกที่หลากหลายและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดยาเสพติด เช่น ศาสนบำบัด สมุนไพรบำบัด ฯลฯ	4.54	1.07	มากที่สุด
1.9 มีการติดตามบุคลากรที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน	4.38	0.89	มาก

จากตารางที่ 6 ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีมาตรฐานสากลติด พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่ามีรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีมาตรฐานสากล จำนวน 9 ข้อย่อย มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 0.57-1.07 โดยมีความสำคัญในระดับมากที่สุด 8 รายการ (ค่ามัธยฐานระหว่าง 4.54-4.66) และมีความสำคัญในระดับมาก 1 รายการ (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.38)

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 2** ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนและการประชุมระดมสมองของบุคลากรด้านยาเสพติดทั้งจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ส่วนภูมิภาคจำนวน 471 คน และปัญหาและอุปสรรคและเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ซึ่งสามารถสรุปผลได้ดังนี้

ตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรในการตอบแบบสอบถาม (N=471)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
● เพศ		
- ชาย	76	16.1
- หญิง	395	83.9
● อายุ ( $\bar{X}$ , SD, MAX, MIN)	$\bar{X}$ = 40.07 ปี , SD = 8.84, MIN = 21 ปี , MAX = 60 ปี	
● สถานภาพ		
- โสด	142	30.2
- สมรส	294	62.4
- หม้าย/หย่า/แยก	35	7.4
● การศึกษา		
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	12	2.6
- ปริญญาตรี	336	71.3
- ปริญญาโทและสูงกว่า	123	26.1
● ตำแหน่ง		
- ข้าราชการ	451	95.7
- พนักงานราชการ	14	3.0
- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	6	1.3
● สาขาวิชาชีพ		
- แพทย์	21	4.5
- ทันตแพทย์	2	0.4
- เภสัชกร	16	3.4
- พยาบาล	366	77.7
- นักจิตวิทยา	16	3.4
- นักสังคมสงเคราะห์	19	4.0
- นักเทคนิคการแพทย์	7	1.5
- อื่นๆ (นักวิชาการสาธารณสุข, นักอาชีวบำบัด)	24	5.1

ตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร (N=471) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
• ประสบการณ์การทำงานยาเสพติด ( $\bar{X}$ , SD, MAX, MIN)	$\bar{X}$ = 165.81 เดือน , SD = 115.90 MIN = 1 เดือน , MAX = 456 เดือน	

จากตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร พบว่าบุคลากรที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.9 อายุเฉลี่ย 40.07 ปีอายุน้อยที่สุดคือ 21 ปี อายุสูงสุดคือ 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 62.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 71.3 เป็นข้าราชการเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 95.7 เป็นพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.7 มีประสบการณ์ทำงานยาเสพติดเฉลี่ย 14 ปี ประสบการณ์น้อยสุดคือ 1 เดือน มากที่สุดคือ 38 ปี

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนภาพรวม จำแนกตามรายด้าน

ภาพรวมรายด้าน	สภาพที่เป็นจริง			สภาพที่คาดหวัง		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด	2.40	0.36	น้อย	3.45	0.39	มากที่สุด
ด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด	2.21	0.47	น้อย	3.41	0.48	มากที่สุด
ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากล	2.68	0.45	มาก	3.57	0.43	มากที่สุด
รวม	2.40	0.34	น้อย	3.46	0.40	มากที่สุด

จากตารางที่ 8 พบว่า บุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ภาพรวมจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในสภาพที่เป็นจริงยังมีความพร้อมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X}$  = 2.40 และ  $\bar{X}$  = 2.21 ตามลำดับ) ส่วนด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากลมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 2.68) ส่วนสภาพที่คาดหวังนั้น ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นว่าทั้ง 3 ด้านควรจะพัฒนาความพร้อมในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$  = 3.41-3.57)



ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน จำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน

สถานที่ปฏิบัติงาน	รวม					
	สภาพที่เป็นจริง			สภาพที่คาดหวัง		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี	2.48	0.37	น้อย	3.53	0.36	มากที่สุด
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ แม่ฮ่องสอน	2.48	0.31	น้อย	3.47	0.43	มากที่สุด
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปัตตานี	2.42	0.25	น้อย	3.52	0.36	มากที่สุด
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น	2.40	0.32	น้อย	3.16	0.41	มากที่สุด
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา	2.30	0.34	น้อย	3.52	0.40	มากที่สุด
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ อุตรธานี	2.21	0.30	น้อย	3.53	0.34	มากที่สุด
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เชียงใหม่	2.20	0.23	น้อย	3.35	0.38	มากที่สุด

จากตารางที่ 9 ความพร้อมภาพรวมเมื่อจำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน พบว่าสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง มีความคิดเห็นสอดคล้องไปในทางเดียวกัน คือ ความพร้อมในภาพรวมอยู่ในระดับน้อยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.20-2.48 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่า 0.23-0.37) ทั้งนี้ทั้ง 7 ศูนย์มีสภาพที่คาดหวังว่าบุคลากรมีความพร้อมอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.16-3.53 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่า 0.34-0.43)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติด  
 สังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพของบุคลากรในการ  
 บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

ข้อ	ข้อความ	สภาพที่เป็นจริง ในปัจจุบัน			สภาพที่คาดหวัง		
		$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.	ยึดหลักการดูแลเพื่อนมนุษย์ (humanize care) ในการให้บริการผู้ติดยาเสพติดทุกคนในประเทศกลุ่มอาเซียนอย่างเท่าเทียมกัน	3.04	0.68	มาก	3.59	0.53	มากที่สุด
2.	สามารถสื่อสารเพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น แสดงถึงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และให้โอกาสกับผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา	2.93	0.62	มาก	3.61	0.51	มากที่สุด
3.	สามารถประเมินคัดกรองผู้ติดยาเสพติดได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ	2.86	0.62	มาก	3.59	0.54	มากที่สุด
4.	สามารถประยุกต์ใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดเกิดขวัญกำลังใจอยู่รับการรักษาตามเกณฑ์กำหนด	2.85	0.59	มาก	3.60	0.53	มากที่สุด
5.	มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้ยาในทางที่ผิดและทำให้เกิดการเสพติด เช่น ยาแก้ไอ ยาแก้ปวด	2.79	0.57	มาก	3.53	0.59	มากที่สุด

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพของบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	สภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน			สภาพที่คาดหวัง		
		$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
6.	บุคลากรที่ให้การบำบัดรักษายาเสพติดทุกระดับมีใบรับรองแสดงความรู้ ความชำนาญในการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาลหรือสถานศึกษาที่ได้รับการรับรองคุณภาพ	2.71	0.76	มาก	3.59	0.54	มากที่สุด
7.	มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการป้องกันและลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)	2.69	0.59	มาก	3.52	0.52	มากที่สุด
8.	สามารถเลือกรูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดยาเสพติดแต่ละราย เช่น CBT, Matrix, TC, MI ฯลฯ	2.65	0.66	มาก	3.56	0.57	มากที่สุด

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพของบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	สภาพที่เป็นจริง ในปัจจุบัน			สภาพที่คาดหวัง		
		$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
9.	สามารถรับรู้และไวต่อการแสดงออกทางวัฒนธรรมของผู้ติดยาเสพติดและตอบสนองความต้องการได้เหมาะสมกับเหตุการณ์และทันเวลา	2.54	0.66	มาก	3.43	0.55	มากที่สุด
10.	มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มยาเสพติดที่แพร่ระบาดในประเทศกลุ่มอาเซียน	2.49	0.59	น้อย	3.46	0.53	มากที่สุด
11.	มีความเข้าใจและเคารพในความแตกต่างและความหลากหลายในการใช้ชีวิตของผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน	2.49	0.78	น้อย	3.41	0.61	มากที่สุด

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติด  
 สังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพของบุคลากรในการ  
 บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	สภาพที่เป็นจริง ในปัจจุบัน			สภาพที่คาดหวัง		
		$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
12.	ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดและได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การบำบัดรักษายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง เช่น Pre-post conference case, Grand round , Knowledge Management (KM), Community of Practice (COP ) ฯลฯ	2.39	0.75	น้อย	3.37	0.59	มากที่สุด
13.	มีความรู้ความเข้าใจในรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่หลากหลายในสถานพยาบาลของประเทศกลุ่มอาเซียน	2.14	0.60	น้อย	3.37	0.53	มากที่สุด

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติด  
สังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพของบุคลากรในการ  
บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	สภาพที่เป็นจริง ในปัจจุบัน			สภาพที่คาดหวัง		
		$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
14.	สามารถวินิจฉัยและ ตัดสินใจให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การติดต่อญาติ ต่างประเทศ การประสาน งานเรื่องหนังสือเดินทาง	2.12	0.72	น้อย	3.25	0.65	มาก
15.	มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ วัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อของ ผู้ติดยาเสพติดในประเทศ กลุ่มอาเซียน เช่น ข้อควรปฏิบัติ ข้อห้าม	2.11	0.66	น้อย	3.31	0.62	มากที่สุด
16.	สามารถใช้ภาษาอังกฤษ เพื่อสื่อสารในชีวิตประจำ วันกับผู้ติดยาเสพติดใน ประเทศกลุ่มอาเซียน	2.01	0.67	น้อย	3.40	0.57	มากที่สุด

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติด  
 สังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพของบุคลากรในการ  
 บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	สภาพที่เป็นจริง ในปัจจุบัน			สภาพที่คาดหวัง		
		$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
17.	ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ ผ่านการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กับบุคลากรด้าน ยาเสพติดในประเทศกลุ่ม อาเซียน	1.86	0.68	น้อย	3.27	0.55	มากที่สุด
18.	มีความรู้ เกี่ยวกับสิทธิ ประโยชน์ต่างๆ ของผู้ติดยา เสพติดในประเทศกลุ่ม อาเซียน เช่น การประกัน สุขภาพ อัตราการเบิก ค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด	1.83	0.71	น้อย	3.31	0,62	มากที่สุด
19.	มีความรู้ ความเข้าใจขั้น พื้นฐานเกี่ยวกับกฎหมายว่า ด้วยยาเสพติดของแต่ละ ประเทศกลุ่มอาเซียน	1.82	0.67	น้อย	3.31	0.61	มากที่สุด
20.	สามารถให้การช่วยเหลือและ ส่งต่อผู้ติดยาเสพติดเพื่อให้ ได้รับการบำบัดรักษาอย่าง ต่อเนื่องในสถานพยาบาลของ แต่ละประเทศ	1.73	0.68	น้อย ที่สุด	3.23	0.66	มาก
	รวม	2.40	0.36	น้อย	3.45	0.39	มากที่สุด

ตารางที่ 10 ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านศักยภาพของบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.36) ซึ่งบุคลากรมีความเห็นว่าการความพร้อมของบุคลากรอยู่ในระดับมาก จำนวน 9 หัวข้อ ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.54-3.04 โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ “ยึดหลักการดูแลเพื่อนมนุษย์ (humanize care) ในการให้บริการผู้ติดยาเสพติดทุกคนในประเทศกลุ่มอาเซียนอย่างเท่าเทียมกัน” สำหรับความพร้อมของบุคลากรในระดับน้อยมีจำนวน 10 ข้อ ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.82-2.49 และความพร้อมของบุคลากรในระดับน้อยที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.73 ได้แก่ “สามารถให้การช่วยเหลือและส่งต่อผู้ติดยาเสพติดเพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องในสถานพยาบาลของแต่ละประเทศ” ในด้านสภาพที่คาดหวังนั้นบุคลากรมีความคาดหวังในทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45



ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

ข้อ	ข้อความ	สภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน			สภาพที่คาดหวัง		
		$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.	มีการจัดเตรียมห้องเฉพาะในการจัดกิจกรรมบำบัด/นันทนาการสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจและใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น ห้องอาหาร ห้องคอมพิวเตอร์ ห้องนันทนาการ สถานที่ออกกำลังกาย สถานที่เล่นกีฬา ฯลฯ	2.46	0.74	น้อย	3.50	0.60	มากที่สุด
2.	มีระบบฐานข้อมูลผู้ติดยาเสพติดร่วมกับหน่วยงานอื่นเพื่อสามารถใช้ร่วมกันได้ เช่น กรมสุขภาพจิต กรมคุมประพฤติ กรมพินิจฯ กรมราชทัณฑ์ ฯลฯ	2.44	0.76	น้อย	3.50	0.57	มากที่สุด
3.	มีการจัดเตรียมระบบการตรวจวินิจฉัย/การบำบัดรักษาที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น มีห้องตรวจ/ผู้ตรวจ เฉพาะชายหญิง	2.30	0.80	น้อย	3.42	0.60	มากที่สุด

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	สภาพที่เป็นจริง ในปัจจุบัน			สภาพที่คาดหวัง		
		$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
4.	มีการพัฒนาช่องทาง การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระดับนานาชาติ เช่น webpage, website, facebook ฯลฯ	2.28	0.78	น้อย	3.46	0.59	มากที่สุด
5.	มีช่องทางให้คำปรึกษาการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกับเครือข่ายผู้บำบัด ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ (social media) โดยมีระบบการพิทักษ์สิทธิรองรับ เช่น webpage, website, facebook skype	2.20	0.78	น้อย	3.42	0.62	มากที่สุด
6.	มีศูนย์ประสานงานเฉพาะในการให้บริการผู้ติดยาเสพติดแบบ one stop service	2.20	0.79	น้อย	3.39	0.61	มากที่สุด

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	สภาพที่เป็นจริง ในปัจจุบัน			สภาพที่คาดหวัง		
		$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
7.	มีการเตรียมโครงสร้างการบริหารงานเฉพาะและกำหนดผู้รับผิดชอบงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน เช่น ผู้บำบัด ผู้ประสานงาน ฯลฯ	2.18	0.69	น้อย	3.32	0.61	มากที่สุด
8.	มีนโยบายการจัดทบทวนผู้ป่วยและสิ่งอำนวยความสะดวกในการบำบัดรักษายาเสพติดที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน เช่น ห้องละหมาด ห้องอาบน้ำ ห้องญาติเยี่ยม อาหารฮาลาล ฯลฯ	2.16	0.83	น้อย	3.37	0.63	มากที่สุด
9.	มีการจัดทำข้อมูลข่าวสารการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นสากลเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน เช่น คู่มือโปรแกรมการบำบัด กิจกรรมการบำบัด ฯลฯ	2.14	0.75	น้อย	3.42	0.60	มากที่สุด

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	สภาพที่เป็นจริง ในปัจจุบัน			สภาพที่คาดหวัง		
		$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
10.	มีการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียนเพื่อสร้างฐานข้อมูลผู้ติดยาเสพติดร่วมกัน	2.13	0.73	น้อย	3.37	0.60	มากที่สุด
11.	มีบุคลากรที่สามารถสื่อสารกับผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียนโดยใช้ภาษาของแต่ละประเทศได้	2.05	0.71	น้อย	3.36	0.60	มากที่สุด
12.	มีป้ายหรือสัญลักษณ์ในการติดต่อสื่อสารที่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาที่ใช้ของประเทศกลุ่มอาเซียน หน่วยบริการ เช่น ป้ายชื่อ บอกรทาง/หน่วยงาน ห้องยา ห้องน้ำ และจุดบริการต่างๆ	1.93	0.75	น้อย	3.36	0.63	มากที่สุด
	รวมรายด้าน	2.21	0.47	น้อย	3.41	0.48	มากที่สุด

ตารางที่ 11 ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด บุคลากรมีความเห็นว่าในภาพรวมองค์กรยังมีความพร้อมของหน่วยงานในการที่จะเตรียมเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอยู่ในระดับน้อยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 และเมื่อพิจารณารายละเอียดแต่ละข้อพบว่า การเตรียมความพร้อมของหน่วยงานให้มีป้ายหรือสัญลักษณ์ในการติดต่อสื่อสารที่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาที่ใช้ของประเทศกลุ่มอาเซียน ณ หน่วยบริการ เช่น ป้ายชื่อบอกทาง/หน่วยงาน ห้องยา ห้องน้ำ และจุดบริการต่างๆ ฯลฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.93 ในด้านสภาพที่คาดหวังนั้นบุคลากรมีความคาดหวังในทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.41

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากล

ข้อ	ข้อความ	สภาพที่เป็นจริง ในปัจจุบัน			สภาพที่คาดหวัง		
		$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.	มีแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) สามารถอ้างอิงได้ เช่น MI, CBT, TC, Matrix ฯลฯ	2.94	0.65	มาก	3.68	0.49	มากที่สุด
2.	มีตัวชี้วัดคุณภาพการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้มาตรฐานสากล	2.81	0.62	มาก	3.58	0.54	มากที่สุด
3.	มีรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยผ่านกระบวนการวิจัยที่ถูกต้องและเชื่อถือได้	2.80	0.62	มาก	3.62	0.52	มากที่สุด
4.	มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้จากงานวิจัยสู่เครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	2.80	0.65	มาก	3.62	0.50	มากที่สุด

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากล (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	สภาพที่เป็นจริง ในปัจจุบัน			สภาพที่คาดหวัง		
		$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
5.	สถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดทุกแห่งได้รับการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพที่ได้มาตรฐานสากล	2.73	0.71	มาก	3.65	0.52	มากที่สุด
6.	มีการติดตามบุคลากรที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน	2.70	0.66	มาก	3.59	0.53	มากที่สุด
7.	มีการนำเสนอผลลัพธ์และความสำเร็จของรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในเวทีระดับชาติและระดับอาเซียน เช่น การประชุมวิชาการ การเสวนาทางวิชาการ การเสนอผลงานวิจัย	2.57	0.71	มาก	3.51	0.57	มากที่สุด

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากล (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	สภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน			สภาพที่คาดหวัง		
		$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
8.	มีกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่สามารถยืดหยุ่นให้เหมาะสมกับผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน เช่น ระยะเวลาบำบัด การส่งต่อ การติดตามต่อเนื่อง	2.56	0.69	มาก	3.48	0.58	มากที่สุด
9.	มีแนวทางการบำบัดทางเลือกที่หลากหลายและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดยาเสพติด เช่น ศาสนบำบัด สมุนไพร ฯลฯ	2.22	0.70	น้อย	3.37	0.59	มากที่สุด
	รวมรายด้าน	2.68	0.45	มาก	3.57	0.43	มากที่สุด

สำหรับความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากล (ตารางที่ 12) บุคลากรมีความคิดเห็นว่ามีความพร้อมในรายด้านอยู่ในระดับมาก



ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 แต่เมื่อพิจารณารายชื่อย่อยพบว่า บุคลากรตอบว่าหน่วยงานยังมีแนวทางการบำบัดทางเลือกที่หลากหลายและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดยาเสพติด เช่น ศาสนบำบัด สมุนไพร ฯลฯ ในระดับน้อยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.22 ส่วนข้อที่บุคลากรตอบและให้คะแนนในระดับมาก สูงสุดได้แก่ การที่หน่วยงานมีแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) สามารถอ้างอิงได้ เช่น MI , CBT, TC, Matrix ฯลฯ ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 ในด้านสภาพที่คาดหวังนั้นบุคลากรมีความคาดหวังในทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57

### **วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ปัญหาอุปสรรค และเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำเสนอใน 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ปัญหาอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และตอนที่ 2 ข้อเสนอแนะในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน รายละเอียด ดังนี้

#### **ตอนที่ 1 ปัญหาอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน**

ปัญหาอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน สามารถแบ่งออกได้ 3 ด้าน ดังนี้ ด้านบุคลากร ด้านองค์กร และด้านการบำบัด

##### **1. ด้านบุคลากร**

###### **1.1 บุคลากรที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษได้มีจำนวนน้อย**

จากการสนทนากลุ่มพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดในสังกัดกรมการแพทย์ที่มีความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษได้เป็นอย่างดียังมีน้อยผู้ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษได้นั้นส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารภาษาอังกฤษที่ใช้

ชีวิตประจำวัน แต่การสื่อสารที่ต้องใช้ภาษาในระดับลึกหรือต้องใช้ศัพท์เฉพาะ เช่น การให้คำปรึกษา การนำเสนอผลงานวิชาการ พบว่ายังไม่สามารถสื่อสารได้ ภาษาที่ใช้เป็นภาษากลางในการสื่อสารกับบุคลากรที่เป็นผู้บำบัดในแต่ละสาขาวิชาชีพทั้งในการสื่อสารทั่วไปและการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับยาเสพติด และการสื่อสารกับผู้ป่วย คือ ภาษาอังกฤษ ความสามารถทางภาษาอังกฤษของบุคลากรแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่สามารถสื่อสารได้ดี สามารถให้คำแนะนำกับผู้ป่วยได้ เนื่องจากมีประสบการณ์ในการไปศึกษาดูงานจากต่างประเทศ กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่สามารถสื่อสารได้ระดับปานกลาง และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่สื่อสารได้น้อย เนื่องจากยังไม่มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานต่างประเทศ

“ถ้าภาษาเราดี ทุกวิชาชีพ อย่างน้อยๆ ให้สื่อสารกับคนไข้ได้หรือสื่อสารระหว่างวิชาชีพด้วยกันได้ก็ถือว่าโอเคนะคะ เพราะเป็นสิ่งที่สำคัญภาษาอังกฤษเป็นสิ่งสำคัญมากเลย”

“การสื่อสารเวลามีต่างชาติมาแอดมิทจะลำบาก ทุกคนไม่สามารถที่จะสื่อสารได้เวลาเค้าขอร้องหรือต้องการ ก็เลยกลายเป็นปัญหาคะ เจ้าหน้าที่ครึ่งหนึ่งเลยคะที่จะสื่อสารไม่ได้ คุยได้แบบใช้ชีวิตประจำวัน แต่พอคุยในเรื่องการรักษาโรค การแก้ปัญหา ลงรายละเอียดของการรักษาโดยเฉพาะศัพท์เทคนิค ศัพท์เฉพาะทางต้องลืกลงไปอีก ชับซ้อน ยากลงไปอีก แต่ถ้าภาพรวมทั้งหมดยังบกพร่องอยู่”

“บางที่ภาษาเราก็พูดได้ สื่อสารได้ แต่ถ้าในระดับวิชาการที่จะนำเสนอยังไม่ถึง เราควรจะได้รับการพัฒนาตรงส่วนนี้”

“ในส่วนของภาษาแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่ม 1 มีประสบการณ์ ไปดูงานต่างประเทศ เค้าก็พอที่จะให้คำแนะนำคนไข้ ผู้มารับบริการได้ หรือสร้างองค์ความรู้ได้อีกส่วนหนึ่งก็งูๆ ปลาๆ พอได้ ในหน้าที่ฉันฉันก็พอดูแลได้ ก็ไม่ถึงกับทำให้คนไข้ลำบากมากนัก อีกส่วนก็ยังไม่เฉย เพราะคิดว่าตัวเองยังไม่ถึงเวลา อีกนานที่จะเรียนรู้ มันไม่ใช่หน้าที่ของฉัน ให้พี่ ๆ เค้าทำกัน”

“ปัญหาจริง ๆ เรื่องของการสื่อสาร การอ่านภาษาอังกฤษ เมื่อเทียบกับคนที่มาจากอาเซียน เราก็คุยกันรู้เรื่องไม่ต่างกันมาก ปัญหาคืออธิบายสื่อสารกับเขา

ไม่ได้ หรือในการทำกิจกรรมบำบัด การพูดใช้เยอะเพราะต้องสื่อสารในการบำบัดรักษา คือเราก็สื่อสารได้แต่เราก็ไม่รู้ว่าเขาเข้าใจตรงกับเราหรือเปล่า เพราะบางอย่างเป็นศัพท์ เฉพาะของเราเอง เรื่องของความรู้ของวิชาชีพของกิจกรรมบำบัดยาเสพติดจะมีน้อยมากต้องพยายามหาของต่างประเทศ ปัญหาที่เจอการเข้าถึงวารสารที่นำมาพัฒนา รูปแบบการบำบัดรักษา เรื่องของภาษาเนี่ยสำคัญ การเข้าถึงความรู้ใหม่ ๆ เราไม่สามารถเข้าถึงได้เลย”

กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้จะใช้ภาษาอาเซียนที่ สอดคล้องตามพื้นที่ ขึ้นอยู่กับภูมิภาคที่ตั้งของสถานบำบัดว่าอยู่ใกล้กับประเทศอะไร เช่น สถานบำบัดทางภาคใต้ที่อยู่ใกล้กับประเทศมาเลเซีย หรือมีแรงงานชาวพม่าเป็น จำนวนมาก ภาษาอาเซียนที่ใช้จะเป็นภาษายาวี และภาษาพม่า ภาคเหนือเป็นผู้ป่วย จากประเทศพม่า จึงใช้ภาษาพม่า และมีชนเผ่าที่เข้ามาใช้บริการอยู่เนืองๆ จึงจำเป็นที่ จะต้องมีการสื่อสารด้วยภาษาชนเผ่าที่สำคัญๆ เช่น ภาษากะเหรี่ยง และภาค ตะวันออกเฉียงเหนือตั้งอยู่ใกล้ชิดกับประเทศลาว จะใช้ภาษาลาว เป็นต้น

“พม่าตอนนี้เยอะบริเวณนี้ มีโรงงานอยู่ใกล้พม่าเยอะมากในพื้นที่ โดยเฉพาะผู้ใช้แรงงาน ในโรงงานพื้นที่แถบนี้เยอะ แต่ก็ดูเปอร์เซ็นต์คนที่เข้ามาอย่างน้อย แต่ก็เป็นเรื่องสำคัญเหมือนกันการสื่อสาร ภาษาพม่าไม่มีใครรู้ในที่นี่ เป็นเรื่องใหญ่เลย”

“เราเป็นพื้นที่ทางใต้เนาะ จะมีคนมาเลเซียบางส่วนหรือคนใต้เองที่พูด ภาษายาวี บางครั้งเราก็พูดไม่ได้ บางคนเค้าก็พูดไทยไม่ได้พูดได้แต่ยาวี เป็นปัญหาใน เรื่องการสื่อสารเหมือนกัน”

ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าการมีบุคลากรที่มีความสามารถในการสื่อสาร ได้อย่างมีประสิทธิภาพจำนวนน้อยนั้น ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการบริการ ทั้งใน เรื่องของการดูแลสุขภาพและโภชนาการของผู้ป่วย เพราะบุคลากรในหน่วยงาน บางครั้งจำเป็นต้องปฏิเสธการรับผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือปฏิเสธการ ทำงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับประเทศในกลุ่มอาเซียน นอกจากนั้นแล้วยังไม่สามารถเปิด สอนหลักสูตรการบำบัดยาเสพติดให้กับชาวต่างชาติในประเทศอาเซียนได้ด้วย

“ส่วนในเวิร์คก็จะมีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารภาษาอังกฤษ เค้าไม่เข้าใจภาษาอังกฤษ เค้าพูดภาษาเค้า ตัวพยาบาลเองพยายามที่จะดูแลสื่อสาร คือเค้าก็ยอมรับโอเค แต่ว่าในบริบทของการดูแล เข้ามาเค้าก็เหมือนจะยอมรับการดูแล ไม่ได้ ว่าต้องมานอนเป็นห้องรวม ไม่มีคนที่ดูแลเฉพาะของเค้า ทางโภชนาการเค้าก็พยายามที่จะจัดเป็นอาหารต่างชาติ เป็นฮอตดอกไข่ดาว แต่เค้าก็ไม่ถูกปากในเรื่องของการบริการตรงนี้ จากประสบการณ์ที่รับคนไข้มาในเวิร์ค ความต้องการเค้าจะเยอะกว่าคนไทยมาก ต้องการสูบบุหรี่ แต่เราไม่ให้สูบบุหรี่ ก็หงุดหงิด อึดอัด พยาบาลในเวิร์ค การสื่อสารอาจจะไม่ดีเหมือนกับคนอื่น ๆ แต่ก็สามารถสื่อสารได้ จะเป็นคำๆ หรือประโยคสั้น ๆ แต่เค้าก็เข้าใจ แต่ความอึดอัดในกฎ ระเบียบของเค้า ถึงจะเป็นคนลาว คนอีสาน ก็จะมีปัญหาในการสื่อสาร เพราะว่าฟังแล้วแปลภาษาไม่เข้าใจ แต่ในส่วน of พยาบาลเองเราก็จะช่วยเหลือกัน”

“ผู้ป่วยที่มาพูดภาษาไทยไม่ได้เลย มีปัญหาของการรับไหม มีแน่นนอน เพราะเราก็เอามาฟื้นฟูไม่ได้เลยปฏิเสธไปไม่รับเคลส เคลสที่รับคือพอสื่อสารภาษาอังกฤษ ได้บ้าง ภาษาไทยได้บ้าง มาจากพม่าเลย พูดพม่า แล้วมาใช้ยา จะมีปัญหาเรื่องการฟื้นฟูเวลาจะทำกิจกรรมกลุ่มเป็นภาคภาษาอังกฤษ เราก็ทำไม่ได้ ก็เลยปฏิเสธดีกว่า”

“เรามีคอร์สอบรมเยอะมาก แต่เราไม่สามารถสอนเป็นภาษาอังกฤษได้ เพราะไม่จั้นเราจะได้เม็ดเงินจากต่างประเทศที่เค้าลงทะเบียนมาเรียนกับเรา ประเทศสิงคโปร์เค้าเปิดคอร์ส ทุกคนหลังไหล แต่ในขณะที่เราคอร์สเยอะมาก และเราก็มีองค์ความรู้ แต่เราติดแค่นิดเดียวเลยคะ คือเรื่องของการสื่อสารภาษา ไม่จั้นเราก็จะสามารถขายโปรแกรมได้ทั่วอาเซียนเลย”

“การสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษเราก้ยังไม่ค่อยได้กันเท่าไร คือพอภาษาไม่ได้ เราก้ไม่ยอมรับงานอาเซียนงคะ สมมุติว่ามีคณะดูงานมา มันจะดีกว่าถ้าทุกๆ หน่วยงานของพวกเราช่วยกัน มันจะเป็นภาพลักษณ์ที่สวยงาม ไม่ใช่แบบคุณหมอก้ เป็นฮีโร่พูดอยู่คนเดียวทั่วโรงพยาบาล แล้วพวกเราไม่ทำอะไร แต่ถ้าทุกคน ทุก หน่วยงานได้หมด มันก็จะเป็นภาพที่สวยงาม”

อย่างไรก็ตามจากปัญหาอุปสรรคในความสามารถในการสื่อสารดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้สถานบำบัดแต่ละแห่งได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาลักษณะเบื้องต้นตามบริบทและความเหมาะสมของตนเอง ได้แก่ การเชิญบุคลากรที่มีความสามารถในการสื่อสารภาษาอังกฤษหรือภาษาอาเซียนอื่นๆ ได้เข้ามาช่วยพูดคุยกับผู้ป่วยหรือมาช่วยเป็นล่ามให้ มีการจัดทำคู่มือในการสื่อสารกับผู้ป่วยเป็นภาษาอังกฤษ ได้แก่ การซักประวัติ กฎระเบียบในการบำบัด แต่บางครั้งการสื่อสารด้วยการพูดพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังไม่เข้าใจอยู่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการออกเสียงหรือสำเนียงภาษาการพูดของบุคลากรยังไม่ถูกต้อง จึงใช้วิธีการสื่อสารด้วยการเขียนแทน แต่ทั้งนี้ในการใช้ภาษาอาเซียนนั้นก็ยังพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับตัวบุคลากรเอง เนื่องจากบุคลากรในสถานบำบัดแต่ละแห่งบางคนไม่ได้มีภูมิลำเนาในพื้นที่นั้น จึงทำให้บางครั้งไม่สามารถเข้าใจภาษาของผู้ป่วยได้ ก็มักจะแก้ไขปัญหาโดยให้ผู้ป่วยด้วยกันที่เข้าใจภาษาไทยเป็นคนช่วยอธิบายให้ หรือกรณีที่ต้องทำงานตามที่ได้รับมอบหมายในการเข้ากิจกรรมกลุ่มบำบัด อาทิเช่น การเขียนเจ้าหน้าที่จะปรับเปลี่ยนเป็นการใช้คำถามแทน หรือช่วยเขียนเป็นภาษาไทยหรือให้ผู้ป่วยอื่นช่วยเขียนแทนให้

“จะให้น้องอีกคน ที่เค้าเป็นคนอีสานโดยกำเนิดมาช่วยแปล แต่ในส่วนของภาษาอังกฤษ น่าจะมีส่วนกลางมาช่วยในขณะที่เราสื่อสารไม่ได้ กลายเป็นว่าคนในเวิร์ดคนในเวรนั้นต้องช่วยกันเอง เราไม่มีหน่วยสนับสนุนที่จะเข้ามา แต่ทุกคนมองว่าพยาบาลทำไมไม่พูด ทำไมไม่ฝึก ทำไมไม่ละ แต่เราน่าจะเข้าใจในบริบทว่า เวลาเค้าดูแลคนไข้ 30 คน จะต้องมาคุยสื่อสารกับคนๆ เดียว แล้วอีก 29 คน ใครจะดูแล อันนี้ในจำนวนของอัตรากำลังด้วย เพราะฝรั่งหรือคนต่างชาติ เวลาที่เค้าจะถามก็จะถามอยู่นั่นคือเค้าต้องการรายละเอียด เราก็ต้องเสียคนๆ หนึ่งไป แล้วคนอีก 29 คนอย่างตัวเองอยู่เวิร์ดสุรา มี DT (Delirium Tremens) อยู่ เราจะมาม้วนง้อธิบายคนๆ เดียว จะต้อง bed bath จะต้องฉีดยาอีกแล้ว แต่ฉนั้นจะต้องมาอธิบายอยู่ ชั้นเวร 3 คน หัวหน้าตึกก็มาประชุมอยู่อย่างนี้ เหลือน้อง 2 คน นี่คือน้องที่มันเกิดขึ้นในเวิร์ดของเรา”

“ก็มีคนที่เชี่ยวชาญ ที่เก่ง ที่เราเอามาเป็นทีมในการดูแล รับผิดชอบคนมาศึกษาดูงาน อะไรก็แล้วแต่ มีอยู่ ประมาณเป็นทีมของเค้าอยู่ค่ะ แต่ถ้าในตึกใน

วอร์ดถ้าเผื่อมีเคสมา มันก็จะมีเป็นบางคน มันไม่ได้รันเข้าป้ายตึกแต่ก็มีคนที่อยู่ในเวรที่เค้านั่งๆ นิ่งๆ แก้ปัญหาที่ผ่านมาก็จะเรียกพี่ที่เก่งๆ ถ้าเป็นศัพท์ยากๆ ก็จะมีเรียกให้มาคุย สมมุติว่าฝรั่งมาเราก็แบบขัดข้องใจ อะไรมา ก็จะเรียกพี่...มาคุย ดิงพี่...(ชื่อพยาบาล)...มาอยู่ในทีมของตึกที่ผ่านนะ ที่เค้าง่ายๆ จะมีทีมของเค้าอยู่ แก้ปัญหาแบบนี้”

“พื้นฟูบางครั้งทำกลุ่มเขาสื่อสารภาษาไทยไม่ได้ เขาจะพูดภาษาลาวออกมาเลย บางทีการทำกลุ่มของเรา เราต้องยึดภาษาไทยของเราก่อน บางคนสับสนเห็นบางคนพูดลาวก็เลยพูดตาม การสื่อสารด้านภาษามีผลต่อการทำกลุ่มบ้างเล็กน้อย เราก็ยึดภาษาราชการที่เป็นทางการ”

“เราก็มีการทำคู่มือขึ้นมาการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน การสื่อสารภาษาอังกฤษกับผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่ใช้ภาษาอังกฤษเรื่องของการซักประวัติขณะที่อยู่ในวอร์ด เรื่องของกฎระเบียบต่างๆ ที่กำลังจะเผยแพร่ อยู่ในช่วงทดลองใช้”

“จะเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เหมือนเราพูดกับเขาไม่รู้เรื่อง เราก็จะเปลี่ยนมาเขียนแทน ยื่นกระดาษไป คนไข้ก็จะตอบมา บางครั้งถามตามคู่มือคนไข้ก็ไม่เข้าใจ”

“เราตั้งทีมที่พอจะสื่อสารได้ ไม่ว่าจะเป็นนักสังคม นักจิต พยาบาล นักเทคนิค ซึ่งทีมนั้นจะเป็นทีมสแตนด์บาย ถ้าทางวอร์ดสื่อสารไม่สำเร็จก็จะเรียกทีมนี้เข้าไป”

แต่พบว่า มีสถานบำบัดบางแห่งได้มีการแก้ไขปัญหาและเตรียมการเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนเพื่อให้บุคลากรมีความคุ้นเคยและสามารถใช้ภาษาอังกฤษได้คล่องขึ้น โดยมีการส่งเวรหรือพูดคุยทักทายกันเป็นภาษาอังกฤษ จัดทำสมุดคำศัพท์ที่ใช้บ่อยๆ และจัดเตรียมข้อมูลเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับกระบวนการบำบัด การอบรมหลักสูตรการบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติดเป็นภาษาอังกฤษ มีการศึกษาดูงาน จ้างครูมาสอนภาษา ฝึกทักษะการสนทนา การเขียน การพูด ในการสื่อสารในชีวิตประจำวัน เป็นต้น ซึ่งในการพัฒนาภาษาอังกฤษนั้นจะแบ่งเป็นลำดับขั้นของความสามารถทางภาษาโดยทำการทดสอบก่อนจึงจ้างครูมาสอนเป็นคอร์สทุกสัปดาห์ๆ

ละ 3 วัน นานประมาณ 5-6 เดือน ส่วนการศึกษาดูงานนั้นจะจัดให้บุคลากรในหน่วยงานได้ผลัดเปลี่ยนกันไป และกำหนดให้ผู้ที่ได้ไปอบรมหรือศึกษาดูงานต่างๆสรุปและจัดเวทีให้มาถ่ายทอดกับผู้ที่ไม่ได้ไปรับทราบ เอกสารต่างๆที่ได้มานำมารวบรวมไว้ที่งานวิชาการ ดำเนินการได้ประมาณร้อยละ 60-70 ซึ่งในการจัดอบรมภาษาอังกฤษให้กับบุคลากรในหน่วยงานก็ยังพบปัญหาว่าบุคลากรไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ตลอด เนื่องจากในแผนกที่ปฏิบัติงานอยู่มีจำนวนบุคลากรน้อย ต้องอยู่ปฏิบัติงานประจำก่อน และมีการส่งบุคลากรให้ไปเรียนภาษาอังกฤษภายนอกหน่วยงาน แต่ทั้งนี้จะต้องผ่านการทดสอบก่อน ซึ่งวิธีการนี้จะพัฒนาได้จำนวนน้อย เนื่องจากต้องใช้งบประมาณค่อนข้างมาก และอาจจะไม่ผ่านการทดสอบ

“ในส่วนของผู้ป่วยใน คือในตึกนั้นจะมีในเรื่องของการรับอาเซียน มีสมุดคำศัพท์ซึ่งเริ่มทำ จะเริ่มมีการส่งเวรเป็นภาษาอังกฤษ เริ่มด้วยตอนเช้าให้มีการทักทายกันก่อน ในเรื่องของการส่งเวรจะมีทีมอยู่ ว่าเราจะต้อนรับสู่อาเซียนอย่างไร เช่น การทักทาย พอเขาโทรศัพท์มาสอบถามข้อมูลสามารถให้ข้อมูลได้ ในส่วนของเจ้าหน้าที่บางท่านที่เขาไปเรียนนอกเวลา หัวหน้าเพิ่งไปดูงานต่างประเทศมา เขาก็จะนำความรู้มาถ่ายทอด เช่น ถ้าเขาโทรมาถามเรื่องกระบวนการบำบัดรักษา เราควรพูดอย่างไร ที่ รพ.มีคณะกรรมการของอาเซียนซึ่งเป็นคณะกรรมการที่จัดตั้งมาเพื่อผลักดันให้บุคลากรมีความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน เราจะมีการจัดโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการโคลัมโบแพลน MOU โครงการพัฒนาภาษาของบุคลากร จ้างครูมาสอนภาษา ฝึกทักษะการสนทนา การเขียน การพูด เพื่อให้สื่อสารในชีวิตประจำวันได้”

“จัดอบรมเรื่องภาษาในการสื่อสาร ด้วยภาระงานไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอด จัดจันทร์ พุธ ศุกร์ บางที่ภาระงาน บุคลากรในตึกมีน้อย ก็ไม่สามารถเข้าร่วมได้ อาจจะเข้าๆ ออกๆ มันก็ได้ไม่เต็มที อีกอันคือเชิญอาจารย์ต่างประเทศมาเลย แต่ว่าการเข้าร่วมก็ด้วยภาระงานไม่ครบคอส”

“ในเรื่องการสื่อสารภาษา ฝ่ายฯก็พยายามทำหลายๆ อย่างนะ ให้ทุนไปสอบของสถาบันฯ ไปอบรม แต่มองว่ามันยังไม่มากพอ คนที่จะเข้าถึงตรงนั้นมันมีการแข่งขันกันเยอะ ปกติต้องใช้ความพยายามเยอะ เช่น ต้องไปสอบของกรมฯ ต้องได้

คะแนนเยอะถึงจะได้เรียน งบประมาณนี้สถาบันฯกำหนด ที่คิดว่าผู้รับผิดชอบของสถาบันฯ ควรจะต้อง กลุ่มวิชาการสถาบันฯรวมกับวิชาการพยาบาล ต้องร่วมกันสร้างหลักสูตร ซึ่งมันใช้เฉพาะเรื่องการบำบัด อย่างที่เค้าไปอบรม มันก็จะมีศัพท์พยาบาล แต่มันก็ไม่ใช่พยาบาลยาเสพติด เราอาจจะต้องสร้างหลักสูตรเหล่านี้ เอาคนของเรามาเรียนรู้ เรื่องแต่ละเรื่องก่อน ค่อย ๆ เสริมเรื่องนั้นเรื่องนี้”

## 1.2 บุคลากรที่สามารถทำงานวิจัยในระดับนานาชาติยังมีน้อย

นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลยังมีความเห็นว่าสถาบันบำบัดยังขาดบุคลากรที่มีความสามารถและทักษะในการทำวิจัยเกี่ยวกับยาเสพติดที่เป็นหัวหน้าโครงการวิจัยในระดับนานาชาติ ส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นหัวหน้าโครงการวิจัยด้านยาเสพติดจะเป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัย มีบุคลากรของกรมการแพทย์บางคนที่มีโอกาสได้เข้าร่วมวิจัยในระดับนานาชาติ แต่ส่วนใหญ่เป็นเพียงผู้ร่วมวิจัยเท่านั้น

“คนที่สามารถทำวิจัย สามารถไปฟรีเซ็นในต่างประเทศในระดับประเทศ ไม่ค่อยอยู่ในกรมเราค่ะ อย่างอาจารย์ที่นำเสนอยาเสพติดระดับนานาชาติก็จะเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย คือเค้าเหมือนเป็นคนกำหนดมากกว่าพวกเรา ด้วยซ้ำไป งานวิจัยบ้านเรานะมีน้อย และมีเป็นภาษาไทยซะส่วนใหญ่ ในระดับนานาชาติไม่ค่อยมี”

“ทักษะวิจัยด้านต่างประเทศก็จะมีคนมาขอให้เราเป็นผู้ร่วมวิจัยอยู่นะ ส่วนใหญ่ก็จะเป็นพวกเรียนต่อดอกเตอร์ เค้าก็มาทำวิจัยร่วมกับเรา มีอยู่ 2-3 คนที่เป็นผู้วิจัยร่วมก็จะมีชื่อปรากฏในวิจัยของเค้า ก็จะมีแบบนี้ ถ้าเป็นวิจัยต่างประเทศที่ผ่านมา แต่เราเป็นคนทำโดยตรงเลย เป็นหัวหน้าที่วิจัยเลยยังไม่มี”

## 1.3 อัตรากำลังของบุคลากรไม่เพียงพอในการให้บริการ

พบว่าในสถานบำบัดยาเสพติดส่วนใหญ่มีอัตรากำลังบุคลากรน้อย ส่งผลให้บุคลากรส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้เวลาในการให้บริการกับผู้ป่วยต่างชาติได้



เท่าที่ควร เช่น การให้คำปรึกษา ทั้งนี้เพราะเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการดำเนินการแต่ละครั้งเป็นเวลานาน

“ทำให้ตัวพยาบาลเองที่ปฏิบัติงานถ้าเห็นชาวต่างชาติมาแล้วมีปัญหา ตัวพยาบาลเองเค้าก็ใช้คำว่าเบื่อไปเลย งานก็ต้องดูแลคนไข้เยอะอยู่แล้ว แล้วยังต้องมาคุย สื่อสารตรงนี้อีก คือมันเป็นภาระงานที่หนัก มี DT 5 คน อย่างเมื่อคืนพยาบาล 2 คนคะ เวิร์ค ก็นั่งตาโປไปเลยคะ แล้วต้องมาเคาเซอร์ริง มาอะไรอย่างนี้อีก”

#### 1.4 ขาดข้อมูลความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดของแต่ละประเทศในกลุ่มอาเซียน

สำหรับด้านองค์ความรู้นั้น บุคลากรส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดในระดับมากพอสมควร แต่ยังมีบางสิ่งที่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจได้ดีเท่าที่ควร เช่น สถานการณ์และชนิดของยาเสพติดที่แพร่ระบาดในแต่ละประเทศ สิทธิประโยชน์ในการบำบัดเกี่ยวกับยาเสพติด กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของแต่ละประเทศ เป็นต้น ซึ่งพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่ารระดับความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับยาเสพติดในอาเซียนนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ กลุ่มที่ 1 มีความรู้ดีในระดับนานาชาติ ซึ่งมีน้อย เพียงร้อยละ 10 กลุ่มที่ 2 มีความรู้ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการทำงาน และกลุ่มที่ 3 มีความรู้ในระดับต่ำ มีร้อยละ 30-40 ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรกลุ่มที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบางคนยังไม่มีโอกาสที่จะได้ไปปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับต่างชาติหรือเป็นคนที่ไม่สนใจใฝ่รู้เอง

“เราไม่รู้ว่สถานการณ์ยาเสพติดบ้านเราเป็นอย่างไร ถ้ามีต่างชาติมา เช่น มาเลเซีย ความเข้มข้นของยาที่มารับกับเรานั้นเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร เรื่องชนิดของสารเสพติดที่เค้าใช้กับเราใช้มันเหมือนกันหรือต่างกัน พอมันเข้ามาต้องมีการถ่ายเทของสารเสพติด จากตัวที่พม่าใช้เยอะๆ ก็ไหลเข้ามาที่เรา มันต้องตาม บ้านเราก็ดูตามอยู่แล้วนะ เราไม่เคยนำสมัยด้านยาเสพติด”

“ประเด็นบุคลากรกับความรู้ แบ่งเป็นระดับ เป็นขั้น มองว่าผู้ปฏิบัติงานในเวิร์ค ในตึก บางทีการเข้าถึงความรู้ที่มันเป็นนานาชาติดังไปไม่ถึง ส่วน

หนึ่งไปไม่ถึง บางส่วนก็พอไปถึง ที่นี้ก็ไม่ถึง 10% ที่ไปถึงความรู้ระดับนานาชาติ แต่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางๆ ส่วนใหญ่ประสบการณ์การทำงาน ความรู้ อยู่ในระดับ 80-90% แต่ในระดับนานาชาติต้องรวมในเอเชียระดับของโลกยังขาดช่วงอยู่ ที่เป็นห่วงคือระดับที่ไม่ได้ปรับปรุงเรื่องพวกนี้ งานรูทีน งานในเวิร์คในตึก บางทีความรู้พวกนี้ไปไม่ถึงมืออยู่ 2-3 ระดับ ส่วนหนึ่งคนที่รู้เยอะมีน้อย ส่วนกลางๆ มีเป็นส่วนมาก และอีกระดับล่างก็เป็น 30-40% ได้เหมือนกัน ที่ยังไม่ได้ความรู้พวกนี้ ไม่ว่าจะโอกาสหรือการฝังรู้ของเคื่อก็แล้วแต่ มันก็มีหลายระดับในบุคลากร ถ้าอยากให้ความรู้กับคนระดับล่างระดับกลาง ควรจะให้ต่อเนื่อง เรื่องยาเสพติดคงอีกยาวไกล และคงต้องพัฒนาบุคลากรให้ความรู้ในระดับภาพกว้าง ในระดับที่เคื่การรักษา แบบอินเตอร์ น่าจะได้ทั่วถึงกัน”

“เรื่องสิทธิประโยชน์ยังไม่ค่อยรู้ ไปรู้มาจากที่อื่น ไปเน็ตเอาเอาอื่น ถ้าต่างชาติขึ้นทะเบียนต่างด้าวแล้วสามารถเบิกได้ แต่ถ้าเคื่ยังไม่ขึ้นทะเบียนต่างด้าว นะ เคื่ต้องจ่ายเต็ม มองว่าเรายังไม่ค่อยรู้เรื่องต้องมีคนมาสอน สิทธิของเคื่ เราจะติดต่อตรงไหนได้บ้าง เราจะเรียกเก็บอะไรได้บ้าง เคื่จะสามารถให้อะไรเราได้บ้าง อนุเคราะห์ส่วนไหน มีปัญหาเรื่องเรียนเราจะจัดการอะไรกับเคื่ได้บ้าง ก็เหมือนโรงงาน แถวนี้อีมั้ยพวกพวกตีกัน เกิดมาอยู่รวมกับคนใช้เราแล้วยกพวกตีกัน บาดเจ็บ เราจะทำอย่างไร จะแจ้งความ ของเราไม่สมัครใจรักษาให้ออกได้ แต่ของเคื่คนจะเป็นศูนย์กลางเราจะประสานใคร”

ในส่วนความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพที่ต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการบำบัดผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองยังต้องการเพิ่มพูนความรู้เรื่องต่างๆที่เกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อช่วยให้สามารถให้การบำบัดผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น นักสังคมสงเคราะห์ ต้องการเพิ่มพูนความรู้เรื่องเทคนิคการให้คำปรึกษา นอกจากนี้ยังมีบุคลากรอื่นที่ต้องมีส่วนเกี่ยวข้องในการบำบัดผู้ป่วย เช่น นักอาชีวบำบัด ต้องการความรู้พื้นฐานยาเสพติด พระราชบัญญัติยาเสพติด เพื่อสามารถให้คำปรึกษาแนะนำกับผู้ป่วยได้ และเภสัชกรต้องการความรู้ในเรื่องยาที่ใช้ในการบำบัดรักษาเสพติดและโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด เป็นต้น

“ถ้าเป็นส่วนของนักสังคมฯส่วนใหญ่เป็นในเรื่องเทคนิคของการให้คำปรึกษา เราจะเจอคนไข้ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น น่าจะเป็นในเรื่องของเทคนิคของแต่ละคนในการสื่อสาร เราเคยถามคนไข้ในเรื่องเดียวกันที่เขาสอน เทคนิคการคุย มันทำให้คนไข้เข้าใจได้ช้าหรือเร็ว มีอยู่อย่างหนึ่งที่มาเลเซียเขาทำได้ดีกว่าเราคือการทำกิจกรรม ดูของเราเป็นเด็กอนุบาลไปเลย คือเขาพูดแล้วเข้าถึงได้จริงๆ เราน่าจะพัฒนาได้ยากถ้าจะเจาะได้ถึงใจคนไข้จริงๆ”

“เกล็ดความรู้ที่ต้องการในเรื่องยาที่ใช้ในการบำบัดรักษายาเสพติด ยาที่ใช้ในการรักษา เกี่ยวกับโรคของยาเสพติด HIV”

“ต้องรู้มากในเรื่องของ พรบ. เพราะว่าบางครั้งเนี่ยเราจะอยู่หน้างาน และผู้ป่วยจะซักถามเรา เหมือนเป็นการปรึกษาพูดคุยกัน”

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ปัญหาและอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านบุคลากรนั้น พบว่า ยังมีบุคลากรที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษ และทำงานวิจัยในระดับนานาชาติยังมีน้อย อัตรากำลังของบุคลากรไม่เพียงพอในการให้บริการ และขาดข้อมูลความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดของแต่ละประเทศในกลุ่มอาเซียน

## 2. ด้านองค์กร

### 2.1 โครงสร้างองค์กรในการทำงานเพื่อประชาคมอาเซียนยังขาดความชัดเจน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าสถาบันบำบัดยังมีการจัดเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในระดับหนึ่งแล้ว แต่สำหรับการจัดทำโครงสร้างองค์กรที่มีการดำเนินการเฉพาะนั้นพบว่า สถานบำบัดที่มีขนาดใหญ่เท่านั้นที่มีการดำเนินการจัดบุคลากรที่ปฏิบัติงานนี้โดยเฉพาะ โดยจัดตั้งเป็นงานวิเทศสัมพันธ์ ซึ่งมีการกำหนดนโยบายและดำเนินงานมาประมาณ 3 ปี กิจกรรมที่ดำเนินการไปแล้วบ้าง จะอยู่ในรูปแบบของการจัดประชุมหรือสัมมนาทางด้านวิชาการ มีการศึกษาดูงาน และจัดอบรมหลักสูตรการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด ส่วนสถานบำบัดที่มีขนาดกลางและขนาดเล็กมีการดำเนินการในรูปแบบของการจัดตั้งคณะกรรมการทำงาน

อาเซียน แต่ยังไม่มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน และยังมีปัญหาในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทั้งนี้ก็ได้มีการดำเนินการบางประการที่เป็นรูปธรรมไปแล้วบ้าง เช่น มีการจัดทำป้ายชื่อบอกสถานที่เป็นภาษาต่างๆ ซึ่งบางแห่งจัดทำป้ายถึง 3 ภาษา โดยมีภาษาไทย ภาษาอังกฤษ เป็นพื้นฐาน ส่วนภาษาที่สามจะเป็นภาษาอาเซียนของประเทศที่มีภูมิลำเนาใกล้เคียง เช่น ภาษาลาวหรือภาษายาวี เป็นต้น รวมทั้งมีการจัดทำเว็บไซต์และทำสื่อในการประชาสัมพันธ์หน่วยงานเป็นภาษาไทยและอังกฤษควบคู่กันไป ทั้งนี้ยังมีแผนการที่จะจัดทำเป็นภาษาอาเซียนเพิ่มเติมด้วย

“งานถ่ายทอดและวิเทศสัมพันธ์ก็เกี่ยวกับอาเซียน เกี่ยวกับการถ่ายทอดเทคโนโลยี มีนโยบายเป็นงานที่สำคัญและก็ได้ทำไป 2-3 ปีแล้ว ในเรื่องการจัดประชุม ประชุมวิชาการที่ผ่านมา 2 ครั้ง ก็จะมีกลุ่มอาเซียนเข้ามา”

“มีคณะกรรมการดูแลเรื่องอาเซียน แต่เรื่องการขับเคลื่อนยังไม่ดีเท่าที่ควร”

“นโยบายอาเซียนไม่มีใครมาประกาศว่าทิศทางควรไปทางไหน พวกเราก็ทำงานหน้างานของเราไป”

“การเตรียมองค์กร ลักษณะโครงสร้างขององค์กรที่จะไปตรงนั้น ด้วยเหตุที่ว่าอาจจะยังไม่มีลูกค้า ยังไม่มีงานตรงนี้มากนัก องค์กรก็อาจจะยังไม่ได้ขยับขยายเพื่อรองรับ แต่ว่าถ้ามีงานเข้ามาจริงๆ เรื่องของการทบทวนทำให้เตรียมพร้อมตรงนี้ก็ไม่ได้ยากมากนัก เพราะต้องพิจารณาบุคลากรและวิธีการ ขั้นตอนที่สอดคล้องกับเรื่องนี้ แต่ว่า ณ ตอนนี้อย่างไม่เห็นสายบังคับบัญชาที่โครงสร้างติดต่อกับต่างประเทศ”

“ที่ รพ.มีคณะกรรมการของอาเซียนซึ่งเป็นคณะกรรมการที่จัดตั้งมาเพื่อผลักดันให้บุคลากรมีความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ตอนนี้อย่างมีการทำป้ายประชาสัมพันธ์เป็นภาษาอังกฤษ ทำป้าย 3 ภาษา คือ ภาษามาลายู ภาษาอังกฤษ ภาษาไทย ที่จะทำป้ายหน่วยงานต่าง ๆ ของหน่วยงาน นอกจากทำป้าย 3 ภาษา ตอนนี้อย่างที่เราทำเว็บไซต์เป็นภาษาอังกฤษ และกำลังทำเป็นภาษายาวี”

## 2.2 ระบบการบริหารจัดการภายในไม่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาองค์กร

พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าระบบการบริหารจัดการภายในสถาบันบำบัดบางแห่งยังไม่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนางานในองค์กรเท่าที่ควร เช่น ต้องการให้เป็นกรรมาธิการแต่การจัดสรรงบประมาณกลับพิจารณาให้เป็นรายหัว เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อการสร้างผลงานทางวิชาการเพื่อพัฒนาการบริการผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

*“ในเรื่องรีเซิส เราเป็นกรรมาธิการ แต่การให้งบประมาณเอาจำนวนหัวคนไข้มากคูณกัน ต้องทำงานทุกวันเลย ถึง 1800 ร้อย ตามกันตลอด อย่างนี้มาให้เราทำรีเซิสได้ยังไง แล้วรีเซิสไม่มีการการันตีผลว่าโรงพยาบาลนี้จะต้องทำรีเซิสกี่เรื่อง มีแต่ว่าของ วช.มาแล้วนะ เขียนไปนะ ได้มาเท่าไรก็ไม่รู้ แต่ที่การันตีเป็นเรื่องของจำนวนหัวผู้ป่วยมากกว่า นี่ละคะที่ทำให้รีเซิสเรารุ่น ๆ ตอน ๆ ทำปีเดียวก็เข็ด งานประจำเราก็อะเยอะ เราก็เลยไม่ทำอีก แล้วที่นี่ไม่มีวิจัยโดยเฉพาะคะ ทุกคนมีงานประจำกันหมดเลย ไม่ได้มีรีเซิสเซนเตอร์ของหน่วย”*

สรุปได้ว่า ปัญหาและอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านองค์กรนั้น พบว่า โครงสร้างองค์กรในการทำงานเพื่อประชาคมอาเซียนยังขาดความชัดเจน และระบบการบริหารจัดการภายในไม่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาองค์กร

### 1.3 ด้านการบำบัด

สำหรับด้านการบำบัดนั้นพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกันว่าผู้รับบริการที่เป็นชาวต่างชาติหรือในกลุ่มชาติอาเซียนที่มารับการรักษาในสถานบำบัดยาเสพติดยังมีจำนวนน้อยประมาณร้อยละ 5 และไม่ได้เข้ามาใช้บริการในคราวเดียวกัน จึงเห็นว่าไม่มีความคุ้มค่าในการจัดสถานที่เฉพาะสำหรับให้บริการขึ้นมา และเห็นว่าในการให้บริการยังสามารถจัดให้อยู่รวมในหอผู้ป่วยเดียวกับผู้รับบริการคนไทยได้ ทั้งนี้เพราะจากประสบการณ์ในการบริการชาวต่างชาติที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานต่างชาติ หรือเป็นนักท่องเที่ยวที่มาท่องเที่ยวในประเทศไทยและเกิดอาการขาดยาเท่านั้น ยังไม่พบว่ามีแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัด สำหรับ

ผู้ป่วยชาวต่างชาติที่มีความตั้งใจเข้ามารับการบำบัดโดยตรงยังไม่มี ทั้งนี้เป็นเพราะไม่ต้องการให้คนภายในประเทศของตนรับรู้ว่าคุณเองติดยาเสพติด

“มีมาเรื่อย ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประมาณ5%”

“ที่เข้ามารักษาเพราะภาพลักษณ์ทางสังคม เค้าย่ไม่รักษาที่นั่น มารักษาที่นี่ เค้าย่เปิดเผยตัวตน แต่ประเภทที่สอง ได้ข่าวว่ามาเที่ยวแล้วมาพักนาน ๆ บังเอิญก็ขาดยา แรงแรงงานก็มีมา”

“ห้องก็ค้ยยังใช้รวมกัน อาจจะมีห้องละหมาดให้ อาหาร ใช้มุมๆ หนึ่ง กั้นฉากให้เป็นมุมประจำ”

ถึงแม้ว่าจะไม่มีการแยกหอผู้ป่วยในการให้บริการกับผู้ป่วยต่างชาติ โดยเฉพาะ แต่ในทางปฏิบัติพบว่าในการดูแลให้บริการผู้ป่วย ทั้งเจ้าหน้าที่และทีมสหสาขาวิชาชีพต่างคำนึงถึงการให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและประเพณีของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นสำคัญ โดยเฉพาะสถานบำบัดที่มีผู้รับบริการเป็นชาวมุสลิมจะมีการดำเนินการเตรียมความพร้อมในการให้บริการตามวัฒนธรรมทั้งในเรื่องของการสื่อสาร การดูแลอาหาร การให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณี เช่น ช่วงประเพณี การถือศีลอด เป็นต้น อย่างไรก็ตามพบว่าสถานบำบัดบางแห่งถึงแม้จะมีการให้บริการตามวัฒนธรรมประเพณีของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ก็ยังไม่เต็มรูปแบบทั้งนี้เนื่องจากขาดอัตรากำลังบุคลากร และอุปกรณ์เครื่องมือ เป็นต้น

“มีห้องละหมาดให้ อาหาร ใช้มุมๆ หนึ่ง กั้นฉากให้ เป็นมุมประจำ พื้นฟูจะมีศาลาละหมาดดูจากจำนวนคนใช้นั้นมุสลิมจะเยอะกว่า ชาวพุทธจะมากแค่ 20% แค่นั้นเอง และเราจะจัดให้มีการสวดมนต์ด้วย ถ้าทำกิจกรรมคือต้องทำร่วมกัน เรื่องของครัวตอนนี้เรากำลังทำรับรองมาตรฐาน ครัวฮาลาล ตอนนี้เหลือในขั้นตอนที่จะมาตรวจสอบและปฏิบัติตามกฎระเบียบของครัวฮาลาลโดยตรง เมื่อเดือนที่แล้วมีการขอรับรองมาตรฐานจากครัวฮาลาล ตอนนี้เหลือขั้นตอนที่ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่แล้ว และแนะแนวทาง และต้องปฏิบัติตาม และอีกเดือนกว่า ๆ เขาจะมาตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง เพื่อที่จะรองรับเราว่าเราผ่านครัวฮาลาลไหม ผอก.อยากให้มีครัวแยกด้วย ถ้าเป็นกลุ่มของคนมุสลิมอาจจะมีข้อบังคับบางอย่างที่นี้ก็ตอบสนองได้

ประมาณหนึ่งแล้ว เช่น วันศุกร์ผู้ชายต้องไปละหมาดที่มัสยิด ถ้าไม่ไปละหมาดติดต่อกัน 3 ครั้งถือว่าตกเรื่องศาสนา”

“อย่างที่เราเห็นได้ชัดเจน การถือศีลอด สิ่งที่เราจะต้องทำคือต้องปรับตัวเยอะมาก เรียนรู้หลายอย่าง เช่น ภาษามุสลิม ก็พยายามสื่อสารกับเขาเพราะว่าเขาพูดไทยไม่ได้เลย และมีการประสานงานกันในทีมสหวิชาชีพในการบำบัดรักษาก็ต้องเอาคู่มือมาเพื่อปรับใช้ ยาตัวไหนที่สามารถเลื่อนไปได้เพื่อให้สอดคล้องกับการถือศีลอด สิ่งที่สำคัญเลยคือเรื่องของยา”

“เราน่าจะมีการให้ข้อมูลความรู้เรื่องขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมอะไรของเค้า ตั้งแต่เรื่องการแต่งกายก็ต้องให้เกียรติชาวมุสลิม เค้าต้องการมีห้องละหมาด ถ้าเราได้เข้าใจ ได้จัดอะไรที่เป็นเรื่องแบบนี้ เรื่องอาหาร โภชนาการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง คือช่วงนี้ไม่มีหอรอก แต่ต่อไปเราก็น่าเตรียมความพร้อม ไม่ใช่มาที่เราต้องมารับรองว่าเราจะต้องมาทำอะไร มันเป็นเรื่องละเอียดอ่อน เรื่องการแต่งกาย ก็น่าจะให้ข้อมูลพวกนี้”

“รู้เรื่องของการละหมาด อาหาร จัดห้องละหมาด อาหารไม่พร้อมเพราะเราไม่มีฮาลาล เราไม่มีแม่ครัวฮาลาล แต่จะไม่นำหมูเข้ามาในครัว แต่ก่อนนี้จะแยกครัวสุดท้ายใช้อุปกรณ์ร่วมกัน แยกไม่สำเร็จ เราก็ใช้จานเดิม เพียงแต่ล้างเค้าก็ไม่โอเค อิสลามเราก็เรียนรู้พยายามปฏิบัติ แต่ถ้าเป็นวัฒนธรรมของพม่า ของชาติอื่น เราก็รู้แต่ไม่เยอะ เพื่อนบ้านเราก็ปฏิบัติคล้าย ๆ กัน แต่ไม่รู้ละเอียดและไม่รู้ว่าละเอียดของเค้าเป็นอย่างไร แต่เราก็ปฏิบัติตามวัฒนธรรมของเค้า”

“คนไข้นับถือผี ทางครอบครัวและคนไข้มีความกังวลขณะที่รักษาเขาจะมาหารือ เราก็จัดบริเวณให้ หารือกับ ผอก.กับทีมดูแล ทางจิตวิทยาก็บอกว่าถ้าทำแล้วทำให้เขารู้สึกสบายขึ้น เราก็ควรทำ เขาอยู่บำบัดรักษาได้ต่อไม่ต้องออกจากการรักษา กลางคัน เราก็จัดบริเวณให้ ถ้าเป็นเคสอิสลามที่เคยมีมาเราก็จัดบริเวณให้สำหรับที่เขาจะต้องทำละหมาด แต่ว่าก็ไม่ได้สร้างให้ใหม่ แต่เราจะจัดบริเวณที่เหมาะสมให้เขาเท่าที่ เราจะจัดให้ได้ ส่วนศาสนาคริสต์เราก็จะดูแลที่ความประพฤติกินใช้อีกครั้ง เขาให้ความ

ร่วมมือมากแค่ไหน เคสที่อยู่กับเรานาน ๆ มีความเสี่ยงที่หลบหนีใหม่ ให้ความร่วมมือ ในการทำกิจกรรมตอนที่เขาอยู่กับเราหรือเปล่า ถ้าคนไข้ประพฤติดีเราก็จะพาไปโบสถ์

ส่วนรูปแบบการบำบัดผู้ติดยาเสพติดนั้นบุคลากรส่วนใหญ่มีความคิดเห็น เป็นไปในทิศทางเดียวกันว่ามีความพร้อมมาก ทั้งทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย มี เทคโนโลยีการบำบัดที่ทันสมัย จนสามารถเป็นผู้นำด้านการบำบัดยาเสพติดในอาเซียน ได้ และเป็นที่ศึกษาดูงานแก่ประเทศต่างๆทั้งในและนอกอาเซียน เช่น ลาว กัมพูชา ภูฏาน เป็นต้น แต่ควรมีการเพิ่มแนวทางการบำบัดบางอย่างเพื่อให้มีรูปแบบการบำบัด ที่ครอบคลุมมากขึ้น เช่น การแพทย์ทางเลือก

“รูปแบบการดูแลการรักษาของเรา พี่ก็ว่าพอแล้วนะ มีแต่ส่วนที่จะ เพิ่ม ของที่นี้ที่วางแผนไว้คือ แพทย์ทางเลือก แล้วอีกอย่างที่จะทำฝังเข็ม เพราะคุณ หมอกี้ไปเรียนอบรมมานานแล้วแต่ก็ไม่ได้เริ่ม ตอนนีเหมือนมีแพทย์เพิ่มขึ้นก็อยากจะ เริ่มในเรื่องของฝังเข็ม และอีกอย่างที่ได้ก่อนลองซ้อมดูเป็นในเรื่องของการให้อาหาร อาหารคลีน พวกอาหารที่มีคลอโรฟิล อาหารที่ล้างพิษ เราส่งคนไปอบรมแล้วก็มาทำ เป็นบางช่วง แต่มันก็หายไป เพราะว่าในส่วนหนึ่งก็เรื่องข้อจำกัดของตึก อันนี้ก็วางแผน ไว้ ถ้าตึกเรียบร้อย ก็จะเปิดเป็นตึกทางเลือก มีแอดมิต เป็นเหมือนเทนเนอร์ในฟิสเนส คนไข้พอประเมินแล้วไม่แข็งแรงตรงนั้นตรงนี้ ก็ส่งมา”

“เทคโนโลยีในการบำบัดที่เรามีอยู่ คือตอนนี้ยังไม่มีเทคโนโลยีใหม่ที่ เค้านำไปแล้วเรายังไม่เห็น คุณภาพก็ต้องว่ากันเป็นกลุ่ม ๆ เราตามทันไหม เราตามทัน สามารถนำมาใช้กับพวกนี้ได้ไหม เรารู้ว่าเทคโนโลยีที่เรามีอยู่รองรับได้ถ้าเค้าเข้ามา ไม่มี อะไรวิเศษเท่าที่เราทำอยู่ในแถบเอเชียเค้าให้เราเป็นผู้นำทางด้านบำบัดด้วยซ้ำ แล้วหลายที่เค้ามาดูงานที่เรา ลาว พม่า กัมพูชา ภูฏาน เค้าว่าเราละเอียด เค้ายอมรับ เรา เราก็นำการบำบัดพอสมควร แล้วเราก็พยายามไปสร้างโมเดลให้เค้า ถามว่าเรา รองรับได้ไหมเรารองรับได้เลย แต่เราก็ต้องไปเชื่อมโยงเรื่องของวัฒนธรรม ภาษา สถานที่ การสื่อสาร ถ้าเราไม่พร้อมเราก็บำบัดเค้าไม่ได้ มันติดเรื่องที่กำลังมาข้างต้น เทคโนโลยีที่เรามีอยู่เพียงพอ”



“รูปแบบการบำบัดมั่นคงเดิม ไม่มีอะไรเปลี่ยน แต่เท่าที่ทราบมาจากคนไทยที่ไปต่างประเทศ เคื่อบอกว่าของเราเข้มมากจู้จุกจิกจนเหมือนเคื่อบอกว่าคาถาอิสรระ ซึ่งเคื่อบอกว่าบ้บดที่โน้น แล้วมาบ้บดที่เรานี้เหมือนมันแตกต่างกัน เราจ้กัคดลิตีเคื่อบอกว่าไป เราใช้วัฒนธรรมเมืองไทยในการดูแลเคื่อบอกว่า อย่างเช่น การกิน การอยู่ การนั่ง การแต่งตัว เคื่อบอกว่ารู้สึกด้บวัฒนธรรมว่าเราไปล้ลิตี เราบ้บดทุกวันเราบองเป็นเรื่องปกติ แล้วคนใช้ไทยเองก็รับได้”

“รูปแบบเรารู้สึกว่าเราดีพอ หรือว่ารองรับกลุ่มคนใช้พวกนี้ ที่บ้บอกว่าดีพอ เพราะว่าสทวิขาชีพรเราครบ แพทย์ที่เราสามารถสื่อสารกันได้ง่าย ๆ และสะดวก แพทย์ก็เปิดกว้างในการให้ค้บปรึกษาถ้าเราสงสัยเรื่องอะไร เขาก็สะท้อนข้อมูลได้เลย ก็ม่้นักจิตวิทยาที่เข้ามาดูแลร่วมด้วย ถ้าคนใช้ม่มีปัญหาด้บสังคมเราก้เชิญนักสังคมมาร่วมด้วย ถ้าคนใช้สงสัยเรื่องการแพ้ยาใหม่ หรือว่าต้องการปรึกษาพิเศษด้บด้านยาจ้จะมีเภสัชกรเข้ามาช่วย ที่อยากจะมีเพิ่มเติมก้คือนักกิจกรรมบ้บดจ้ริง ๆ”

“อีกอันที่เราทำทางเลือกก้คือนักสนุนไพร สนุนไพรอบ เราทำอยู่แต่ก้ต้องดูให้ช้คอีกทีว่ามันช่วยได้ไหม มีพ้พยาบาลไปอบรมมาเรื่องการอบสนุนไพร แล้วก้แพทย์ออเคเคอร์ พยาบาลเป็นคนทำ มีผู้ช่วย คนใช้บ้บอกว่าได้ผ่อนคลาย ร่างกายสุขสบาย หายปวดเมื่อย แต่ตามความประสงค์ คนใช้ประสงค์ก้ทำ”

แต่พบว้บในบางหน่วยงานมีความเห็นว้บรูปแบบการบ้บดของสถานบ้บดที่มีอยู่ เช่น FAST Model ไม่สามารถนำมาใช้ในการบ้บดชาวต่างขาติได้ เนื่องจากไม่สามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ ซึ่งรูปแบบการบ้บดชาวต่างขาติเป็นการบ้บดเฉพาะรายตามปัญหาของผู้ป่วย

“คนใช้ที่เป็นชาวต่างขาติมา ไม่ว่าจ้จะเป็นในกลุ่มอาเซียน ก้ไม่สามารถจะใช้ฟาสหรือล้บงเหล่านี้ได้ ค้ือ ทีมเราไม่สามารถที่จะสื่อสารได้ เขาจ้จะไม่เข้าใจ เราจ้เน้นในเรื่องของการปรับพฤติกรรม มีอยู่รายเดียวที่อยู่ 4 เดือน เราจ้คิดโปรแกรมเป็นราย ๆ ไป อย่างเช่นคนนี้มีปัญหาเรื่องครอบครัวมีการดิวกับครอบครัว บางรายที่ติดเมทาโดน ผีน เราจ้จะเข้าสู่กระบวนการดีท็อก การให้ค้บปรึกษา”

สำหรับสถานบำบัดยาเสพติดบางแห่งที่มีขนาดเล็กและเพิ่งเปิดให้บริการได้ไม่นาน บุคลากรยังขาดประสบการณ์ และบางคนโอนย้ายมาจากที่อื่น ซึ่งไม่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านยาเสพติด ประกอบกับอัตรากำลังคนในแต่ละวิชาชีพมีไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถจัดหาคนแทนได้ จึงยังไม่ได้รับการพัฒนา มีความเห็นว่ารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดของสถานบำบัดของตนเองยังขาดความชัดเจน ซึ่งส่งผลให้ขาดความมั่นใจในการให้บริการผู้ป่วย

“เพราะรพ.ของเรา เป็น รพ.เปิดใหม่ รูปแบบการบำบัดรักษายังไม่เข้าที่เข้าทาง พอเราเปิดคนไข้ก็เริ่มหลังไหลเข้ามา การให้บริการคนไทยยังไม่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ซึ่งเราก็กำลังพัฒนา ทีนี้เราจะเข้าสู่อาเซียนเราเริ่มไม่มั่นใจแล้ว ของเราลดความเข้มข้นลงด้วยประสบการณ์ของคนที่มาทำงาน มีประสบการณ์มาจากที่อื่น ซึ่งไม่ได้โดยตรงจาก สบยช. มันก็เลยเพี้ยนไปจากเดิมกิจกรรมบางอย่าง อาจจะไม่ใช่ 100%”

“อย่างเรียน 4 เดือน เราก็อยากไปนะ แต่เขาก็จับบุคลากรมาแทนงานไม่ได้ จะให้คนนี้ไป นานกว่าจะได้ไป คือถ้าไปหน่วยงานจะขาดไม่มีใครอยู่ตรงนั้นแทน”

“ทีมสหวิชาชีพด้วย เพราะที่นี้ทีมสหวิชาชีพมีแค่ 1 ถึง 2 คน ถ้าไปอบรมก็จะไม่มีคนแทน โดยเฉพาะคนที่ Lab ต้องหาคนที่ทำ Lab ได้มาทำแทน”

นอกเหนือจากรูปแบบการบำบัดแล้ว สิ่งสนับสนุนในการบำบัดที่สำคัญ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory) พบว่าผู้ให้ข้อมูลจากสถานบำบัดขนาดใหญ่มีความเห็นที่ตนเองมีความพร้อมในเรื่องการตรวจหาสารเสพติดได้อย่างมีมาตรฐานระดับสากลและยังเป็นสถานที่ศึกษาดูงานของบุคลากรระดับอาเซียนได้

“มีอาจารย์จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เข้ามาดูงานในเรื่องของยาเสพติด ท่านเข้ามาดูในทุกจุดแล้ว บอกว่าความพร้อมของเราโอเคมากเลย เป็นสิ่งที่น่าภาคภูมิใจของสถาบันฯได้ เป็นตัวอย่าง แบบอย่างที่จะให้ผู้อื่นมาเยี่ยมชม อาจารย์

มาเห็นคุณค่าของเรา อาจารย์ก็จะติตรงที่บอกในเรื่องของอุปกรณ์ แต่ส่วนอื่นอาจารย์บอกว่าพร้อมมาก ๆ ที่จะให้ผู้อื่นมาเยี่ยมชมส่วนของเราได้เต็มที่ค่ะ”

สำหรับปัญหาอุปสรรคด้านการบำบัดนั้นพบว่า มีประเด็น ดังนี้

### 1.3.1 ไม่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลเพื่อค้นหาคำความรู้ใหม่ๆ

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า องค์ความรู้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยยังมีน้อย จำเป็นต้องมีการสืบค้นความรู้ใหม่ๆ ที่ทันสมัยและเป็นปัจจุบันเพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา แต่มีปัญหว่าบุคลากรไม่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลนั้นๆ ได้

“ความรู้ของวิชาชีพของกิจกรรมบำบัดยาเสพติดจะมีน้อยมากต้องพยายามหาของต่างประเทศ ปัญหาที่เจอการเข้าถึงวารสารที่นำมาพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา การเข้าถึงความรู้ใหม่ๆ เราไม่สามารถเข้าถึงได้เลย”

“บางทีองค์ความรู้เราก็มีนะ แต่ก็ยังขาดอยู่ เราไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ถ้าถามเรื่องยาเสพติดตัวใหม่ ๆ เราก็ยังไม่รู้เรื่องนี้ เรื่องของวัฒนธรรมเราก็ยังไม่ได้ศึกษา ไม่รู้จักว่าระดับทางกลุ่มประเทศอาเซียนคืออะไร ได้ความรู้จากผู้ใหญ่ไปศึกษาดูงานมาแล้วนำมาถ่ายทอดให้ฟัง ถึงจะทราบ เรื่องภาษาเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ โครงสร้างขององค์กรไม่ชัดเจน”

### 1.3.2 ไม่สามารถติดต่อประสานงานกับญาติผู้ป่วยชาวต่างชาติได้

ในกรณีที่ผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการโดยไม่มีญาติมาด้วย สถานบำบัดรักษา มีการกำหนดให้มีคนไทยเป็นผู้ประสานงานนำตัวเข้ารับการรักษา ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาขณะอยู่ในช่วงการบำบัดก็ไม่สามารถติดต่อญาติได้ ในปัจจุบันนี้ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาลักษณะหน้าโดยการติดต่อประสานกับกงสุลเป็นรายกรณีไป

“ปัญหาที่เจอตลอดก็คือถ้ามาอย่างของเราตอนนี้ที่เป็นลาวก็คือมาแล้วคนที่พามา ก็จะเป็นคนขับรถ คนรับจ้าง แล้วก็กลายเป็นญาติที่ให้ที่อยู่ติดต่อกับเรา พอเรามีปัญหาที่ต้องการจะติดต่อ ติดต่อกันไปเค้าก็จะปฏิเสธว่าเค้าเป็นแค่คนขับรถเค้าให้เบอร์ไว้เฉย ๆ พอเราจะโทรเข้าไปต่างชาติหาญาติเค้า ติดกฎระเบียบอีก

โทรออกต่างประเทศไม่ได้ต้องทำเรื่อง พยาบาลต้องใช้โทรศัพท์เงินของตัวเองติดต่อญาติ”

“เราไม่มีระบบตรวจสอบเบอร์คือตอนนี้ติดต่อทางโทรศัพท์ แต่เราไม่มีระบบติดต่อ ไม่มีระบบคอนเฟิร์มเบอร์ที่ญาติให้ไว้ ตอนนี้จะเป็นของกรุปทั้งไทยทั้งหมดคะ คือจะเป็นเบอร์ที่ไม่สามารถติดต่อได้ที่มีปัญหา ต่อมาก็จะส่งต่อมานักสังคมต่อ”

**1.3.3 ไม่มีระบบรองรับการอนุญาตให้ผู้ป่วยนำยาเมทาโดนผ่านเข้าประเทศได้** พบว่าในบางกรณีผู้ป่วยมารับบริการการบำบัดด้วยยาเมทาโดนทดแทนระยะยาว ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้ยาเมทาโดนรับประทานอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อจะกลับไปยังประเทศของตนเองกลับไม่สามารถนำยาเมทาโดนเข้าประเทศได้ เนื่องจากเมทาโดนเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2

“จะมีเรื่องของการแครี่ยาข้ามประเทศเค้าซีเรียสใหม่ ว่าจะต้องมีจดหมายใหม่ว่าเค้าถือวัตถุยาเสพติดประเภท 2 ข้ามประเทศ เพราะว่าอย่าง อย. จะต้อง คือถ้าเป็นพวกสเปนพวกอะไรอย่างนี้ต่างชาติที่เค้าแครี่กลับบ้านแล้วก็ต้องมีจดหมายจากเราเป็นภาษาอังกฤษให้เค้าไป”

**1.3.4 ขาดระบบการเชื่อมโยงข้อมูลในการติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วย**

ในระบบการบำบัดรักษาเสพติดนั้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยผ่านขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วจะต้องเข้าสู่ขั้นตอนการติดตามการบำบัดรักษา แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยชาวต่างชาติจะพบปัญหาว่าไม่สามารถติดตามผลการบำบัดรักษาได้เลย เนื่องจากผู้ป่วยกลับประเทศแล้วจะไม่สามารถเดินทางมารายงานผลการเปลี่ยนแปลงที่สถานบำบัดได้ รวมทั้งไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อติดตามผู้ป่วยระหว่างประเทศต่างๆในกลุ่มอาเซียน

“ต้องติดตามคนไข้ เค้าเป็นคนต่างชาติเราจะติดตามเค้ายังไง ข้อมูลในการเชื่อมโยง ก็ค่อนข้างจะมีปัญหาอีกเยอะ”

“การรักษาเสร็จก็จะไปทำงานที่มาเล ไปเป็นแรงงานที่โน้น ก็คือที่โน้น ก็ควรจะดูแลให้ได้ เพราะว่าถือว่าคุณก็ดูแลคนใช้คนเดียวกัน เหมือนที่พี่เค้าบอกว่าเราจะไปความหาเค้าได้ยังไง คือเราไปไม่ถึงหรอก คือทางเค้าน่าจะร่วมมือกับเราดูแลคนใช้ร่วมกัน ในตอนนี้ ในติดตามผล”

“ส่วนมากจะจบที่ถอนพืชยาไม่ได้กลับมา ส่งต่อ อันนั้นยังไปไม่ถึง ไม่มี แต่อนาคตออนไลน์มันน่าจะดี”

“ส่วนใหญ่อยู่ในแค่ช่วงถอนพืชยาแค่นั้น ต่างชาติอยู่ไม่ค่อยนาน มีแค่คนเดียวที่เข้าพื้นที่ เป็นชาวมาเลเซียอยู่จนครบและมีการติดตามเพราะภรรยาเขาอยู่ที่นี้”

### 1.3.5 การเรียกเก็บค่าบำบัดรักษาผู้ป่วยยังขาดระบบรองรับที่เอื้อต่อการดำเนินการ

พบว่าค่ารักษาในการบำบัดยาเสพติดในผู้ป่วยชาวต่างชาติจะไม่สามารถใช้ระบบประกันสุขภาพได้ ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเป็นเงินสดเท่านั้น ซึ่งระเบียบการเรียกค่ารักษาในกลุ่มผู้ป่วยต่างชาติได้มีการกำหนดไว้ว่าจะเป็น 2 เท่าของค่ารักษาที่เป็นคนไทย ดังนั้นทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาบางรายรู้สึกไม่พอใจ เพราะมีความเห็นว่าค่ารักษาของผู้ป่วยต่างชาติไม่เป็นธรรม และจ่ายเบี่ยงไม่ยอมจ่ายค่ารักษา นอกจากนั้นในบางกรณีที่ผู้ป่วยยินยอมจ่ายค่ารักษาโดยขอจ่ายผ่านบัตรเครดิตเพราะไม่มีเงินสดหรือมีเงินสดไม่พอ แต่ไม่สามารถจ่ายได้เนื่องจากสถานบำบัดไม่มีนโยบายรับค่ารักษาผ่านบัตรเครดิตได้ สภาพปัญหาเหล่านี้เริ่มพบว่ามีมากขึ้นแต่สถานบำบัดยังไม่มีระบบรองรับการจ่ายค่ารักษา

“เขารู้ว่าเขาต้องจ่ายเป็น 2 เท่า เขาก็จะเล่นแง่กับเรา แต่เราก็ไม่มีระบบอะไรจัดการกับเขา ถ้าผู้ใหญ่บอกว่าต่างชาติเก็บแบบนี้ละ แต่หน่วยงานเก็บก็เดือนครั้งไม่มี ยังไม่มีระบบในเรื่องของตรงนี้เลย ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาเหมือนกับคนไทยทุกอย่างติดตามผลของคนไทยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ต่างชาติเราก็คงได้นะ แต่เราก็ไม่ได้เก็บเราก็คงเหมือนเป็นคนไทยคนหนึ่ง”

“ฝั่งลาวเขาซื้อบัตรสุขภาพได้ที่อุตรธานี แต่ในเคสของยาเสพติดใช้ไม่ได้ ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเอง มันยังไม่ชัดเจน”

“พม่าส่วนมากจะอนุเคราะห์ ส่วนใหญ่เคสที่ผ่านมามีเป็นต่างชาติเขาจะชำระเงินเอง”

“ระบบการเบิกจ่ายการรักษา อันนี้จะเล่าว่าเคยเจอเคสฝรั่งที่เป็นชาวรัสเซีย มีญาติอยู่ต่างประเทศแล้วคือเค้าต้องการจะจ่ายผ่านบัตรเครดิตหนึ่งไม่ได้แล้วสองจะเป็นการโอนเงินทางอิเล็กทรอนิกส์ก็ไม่ได้อีก เพราะว่าไม่อนุญาตให้นำคนไข้ออกไปรับเงินที่นี้ปัญหาคือคนไข้สามารถกดเงินสดจากบัตรเครดิตมาได้แค่วันละ 2,000 เค้าก็ต้องออกมาทุกวัน ปัญหาคือมันไม่ได้ครอบคลุมการรักษาทั้งหมดคะ”

### 1.3.6 ขาดระบบเอื้ออำนวยในการช่วยเหลือต่ออายุพาสปอร์ตให้ผู้ป่วยต่างชาติ

พบว่าชาวต่างชาติบางรายมาอยู่ประเทศไทย และเข้ารับการบำบัดรักษา ในช่วงที่พาสปอร์ตจะหมดอายุ จำเป็นต้องมีการดำเนินการต่ออายุพาสปอร์ต แต่สถานบำบัดไม่มีระบบช่วยเหลือดำเนินการให้กับผู้ป่วย แม้แต่สถานทูตก็ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือเท่าที่ควร

“เรื่องกฎหมายเป็นชาวอาหรับ เป็นปัญหาว่าพาสปอร์ตที่อนุญาตมาอยู่ในเมืองไทยใกล้หมดอายุแล้ว ของเราไม่มีบริการพาไปสแตมพาสปอร์ตคะ ก็คือหมดอายุก็คือหมดไปเลย กลับไปเลย เราจะไม่มีพาไป แล้วกลับมา ไม่มีคะ เคยติดต่อกับสถานทูตถ้าเป็นกลุ่มอาเซียนส่วนมากสถานทูตจะไม่ค่อยช่วยคะ ยกเว้นยุโรปที่มีสวัสดิการที่ดี เราไปขอความช่วยเหลือจากสถานทูตได้”

### 1.3.7 สื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมบำบัดรักษาผู้ป่วยมีไม่เพียงพอ

ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดนั้นนอกจากผู้บำบัดต้องสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการพูดหรือสนทนาด้วยแล้ว การสื่อสารด้วยวิธีอื่น ๆ ก็มีความสำคัญเช่นกัน เพราะจำเป็นต้องสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ความเข้าใจเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นอุปกรณ์ที่เป็นสื่อประกอบการสอนในช่วงของการบำบัดจะ

ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น แต่สภาพปัญหาที่พบคือสื่อวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการสอนผู้ป่วยในการบำบัดนั้นมีการผลิตออกมาน้อยและไม่ต่อเนื่อง และที่มีใช้อยู่ก็มีสภาพเก่า ชำรุด และมีจำนวนไม่พอเพียงกับผู้ป่วย

“สื่อที่เราจะถ่ายทอดให้คนไข้ก็น้อย น้อยมาก เวลาเราไปที่อื่นเค้าจะมีสื่อเยอะ ตัวโรงพยาบาลเองไม่มี ยุคเมททริกซ์ พอจะมีสื่อออกมา โปสเตอร์ แผ่นพับ ซีดี ยาเสพติดแต่ละชนิด ไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนเท่าไร มีให้ใช้อยู่ช่วงหนึ่ง แต่ว่าช่วงหลัง 2-3 ปี หายไป ไม่ว่าจะ ป.ป.ส. สบยช. ผลิตสื่อออกมาน้อยที่จะใช้ งานก็ยังเดินเหมือนเดิม แต่สื่อมันก็จะหายไป ไม่ใช่แค่เฉพาะโรงพยาบาลเรา แต่บางทีเครือข่ายเราเค้าเรียกร้องว่ามีสื่อบ้างไหม ช่วยสนับสนุนเค้าหน่อย ทางเราเองก็ไม่ได้ผลิตได้เยอะ ได้ชนิดน้อย แทบจะไม่มีเลย เวลาเค้ามาขอไม่รู้จะไปเอาจากไหน ต้องไปใช้สื่อของกรมสุขภาพจิต สื่อของที่อื่นชะเยอะ กรมแพทย์ไม่มี อย่างดีก็เราเอาเอกสารของเค้ามาถ่ายเป็นขาวดำ ถ้ามีสื่อมาช่วยก็ทูนบุคลากรไปได้เยอะ บุคลากรก็ได้เรียนรู้จากสื่อด้วย สื่อก็เป็นตัวแทนถ่ายทอดด้วย ฉะนั้นภาษาของสื่อไม่ได้มองว่าต้องเป็นภาษาอังกฤษอย่างเดียว ภาษาไทยอย่างเดียว บางทีหลากหลายที่เหมาะสมกับลูกค้าที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลแต่ละพื้นที่ เป็นตัวช่วยอย่างดี บุคลากรอาจจะยังไม่ชัดเจน แต่ถ้าเค้าดูจากสื่อ เค้าก็ได้ไปเยอะเหมือนกันจากการเรียนรู้ด้วยตัวเองผ่านสื่อ”

“อุปกรณ์บางอย่างของเราไม่พร้อมเลย ที่จะสามารถเอาไปโชว์ให้ทางด้านอาเซียนดูได้ แม้กระทั่งคู่มือเราก็ไม่ได้รับการสนับสนุน ซึ่งตอนนี้เหลือตู้เดียวที่ใช้งานอยู่ หรือว่ามูสคูตสารเคมีก็ยังไม่พอ ถ้าสมมุ่ยอยู่ อย่างโต๊ะวิทยาศาสตร์เวลามาศึกษาดูงาน ก็ยังไม่มี เวลาอาเซียนหรือใคร ๆ ที่จะมาดูงานในเรื่องของยาเสพติด ทางเราพร้อมทุกอย่าง แต่ในเรื่องอุปกรณ์เสริมเราค่อนข้างจะมีปัญหาเกิดขึ้น เราก็จะพาเค้าไปดูตรงนั้นไม่ได้”

สรุปได้ว่า ปัญหาและอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียนด้านการบำบัดนั้น พบว่า ไม่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลเพื่อค้นหาค้นหาองค์ความรู้ใหม่ๆ ไม่สามารถติดต่อประสานงานกับญาติผู้ป่วยชาวต่างชาติ ไม่มีระบบรองรับการอนุญาตให้ผู้ป่วยนำยาเมทาโดนผ่านเข้าประเทศ ขาดระบบการเชื่อมโยงข้อมูลในการ

ติดตามการบำบัดรักษาผู้ป่วย การเรียกเก็บค่าบำบัดรักษาผู้ป่วยยังขาดระบบรองรับที่เอื้อต่อการดำเนินการ ขาดระบบเอื้ออำนวยในการช่วยเหลือต่ออายุพาสปอร์ตให้ผู้ป่วยต่างชาติ และสื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมบำบัดรักษาผู้ป่วยมีไม่เพียงพอ

## ตอนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหา

### 2.1 พัฒนาความสามารถทางภาษาแก่บุคลากร

พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าการพัฒนาความสามารถทางภาษาแก่บุคลากรสามารถดำเนินการได้หลากหลายวิธี ได้แก่ การพัฒนาในกลุ่มเล็กๆ ในแต่ละวิชาชีพ จัดทำสไลด์เป็นภาษาอังกฤษ จัดทีมให้ความช่วยเหลือหรือจัดหาล่ามที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละภาษา จัดทำคู่มือภาษาเพื่อการสื่อสารเบื้องต้น การรับชาวต่างชาติเข้ามาแลกเปลี่ยนหรือไปศึกษาในลักษณะการฝังตัวอยู่ในประเทศต่างๆ และเพิ่มค่าตอบแทนให้บุคลากรที่มีความสามารถภาษาอังกฤษ เพื่อเป็นการจูงใจให้พัฒนาตนเองยิ่งขึ้น ทั้งนี้อาจจะอยู่ในลักษณะการกำหนดกลุ่มบุคคลเฉพาะและทำการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

“เริ่มจากย่อยๆ วิชาชีพก่อน แล้วค่อย ๆ ผลักกันขึ้น ๆ มา แต่ก่อนส่วนใหญ่ก็จะเป็นคุณหมอ เป็น.....(ชื่อ) อย่างนี้คะ ที่เราจะรู้ยู่่าภาษาดี ก็ตั้งนักสังคมเข้ามา ดึงเภสัชเข้ามาช่วยกันแล้วก็พอถึงตอนนั้นแล้วทุกคนก็กล้าที่จะอะไรอย่างนี้คะ แต่ว่าก็ยังไม่ได้ครบทุกคน ทุกวิชาชีพ เราก็เริ่มเตรียมพร้อมการทำสไลด์ฟรีเซ็นต์เป็นภาษาอังกฤษบ้าง แต่ก็เริ่มจากกลุ่มเล็ก ๆ ก่อน”

“กรณีที่ยังไม่สามารถจัดเวิร์คได้ก็ควรจะมีการจัดการปฐมนิเทศที่เป็นภาษาของเค้าให้เข้าใจ กฎ ระเบียบ ข้อมูลต่าง ๆ ก่อนที่จะเข้ามา”

“อาจจะต้องมีภาษาให้เค้าเข้าใจก่อนด้วยเป็นภาษาลาวไหมคะ ภาษาอังกฤษ ทำคู่มือ อย่างน้อยก็กันตัวเรา อันนี้เป็นข้อเสนอเบื้องต้นอาจจะทำได้ในระยะเวลาแรกนะ”

“ถ้าคุณได้ภาษาอังกฤษ ถ้าสอบได้ในระดับที่บริษัทต้องการ ยกตัวอย่าง เช่น เทเรวิส เอไอเอส บอกว่าสอบ พนักงานสอบเค้าอาจมีข้อสอบของเค้า ไม่ได้ใช้มาตรวัดที่ไหนแต่อาจจะประดิษฐ์ขึ้นมาว่าสอบได้เท่านี้เงินเดือนจะเพิ่มขึ้น



2,000 บาท มันก็จะปรับคุณภาพในการบริการของเค้าไปโดยอัตโนมัติ แล้วมันจะทำให้คนของเราได้ทั้งค่าตอบแทนและก็ได้ทักษะไปด้วย”

”ทำอย่างไรให้คนรุ่นใหม่ของเรา ตั้งเป้าว่าจะรองรับประชาคมอาเซียนบังคับเพื่อรองรับคนในอาเซียน คนรุ่นใหม่ notions ที่จบมาไม่เกิน 3 ปี คนรุ่นใหม่พวกนี้อาจจะมีคอร์สบังคับเลยต้องเรียน หรืออาจจะต้องประเมินเลยว่าเรียนแล้วคุณต้องผ่าน บังคับเพื่อให้เรารองรับให้ได้ ไม่ปล่อยว่าใครเต็มใจก็เรียน ไม่เต็มใจก็ไม่ฝึก บังคับเลยว่าคุณต้องเป็นกลุ่มที่ต้องรองรับอาเซียน คุณต้องมีความรู้ตามหัวข้อตรงนี้ ซึ่งเราจะต้องกำหนด”

## 2.2 มีการพัฒนาบุคลากรด้านความรู้ทางวิชาการ

พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าการพัฒนาบุคลากรอาจจะแยกได้เป็น 2 กรณี คือ บุคลากรแต่ละวิชาชีพที่เพิ่งบรรจุหรือย้ายเข้ามาใหม่ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดควรจัดอบรมให้มีความรู้พื้นฐานเรื่องยาเสพติด ส่วนผู้ช่วยเหลือที่ต้องทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยควรพัฒนาในรูปแบบ “การฝังตัว” เพื่อให้สามารถเรียนรู้ได้อย่างเข้าใจลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้วิธีการอบรมแล้วควรมีการพัฒนาความรู้ได้ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ทางออนไลน์ และได้รับใบรับรอง ให้ผู้ที่ได้ผ่านการอบรมหรือศึกษาดูงานมาแล้วถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคลากรในหน่วยงาน การบันทึกเทปและลงอินเทอร์เน็ต โดยใช้ช่องทาง social media ก็ได้

“ถ้าเป็นของพยาบาลน่าจะเป็นเรื่องของเบสิคเรื่องยาเสพติด 4 เดือน น้องพยาบาลที่มาจากที่อื่นมาบรรจุใหม่ เบสิคแรกคือต้องไปเรื่องของยาเสพติดก่อน น้องไม่ได้ไปเลยอาศัยเทรนกันเอง น้องเคยไปเรื่องเมทาโดน และแมทริกโปรแกรม”

“ พี่พูน้องผู้ช่วยอยู่ใกล้ชิดคนไข้ที่สุดหรือพี่เลี้ยงที่ผ่านการบำบัดจาก สบยช. มามีแค่คนเดียว รู้ลึก รู้จริง คนที่เหลือประมาณ 90 เปอร์เซ็นต์ยังไม่ได้ผ่านตรงนั้นมา ความเข้มแข็งเนี่ยมองว่าถ้าน้องได้ไปฝึกประสบการณ์กับ สบยช. โดยตรง อยากจะให้ไปอยู่ในพี่พูนเลย เหมือนสมาชิก 4 เดือนเลย ทำให้เรารู้ว่าเขาทำกันแบบไหน ความแข็งของ TC บำบัดมีมากขึ้น”

“ถ้าเรามีสถานที่สักที่หนึ่งที่สถาบันออกไปรับรองได้ว่าพวกเราสอบผ่าน จะหวังให้เราทุกคนเรียนจบโคลัมโบแพลนคงเป็นไปได้ แต่สถาบันสร้างเกณฑ์อะไรมาสักอย่างว่าถ้าคุณจะเป็นพยาบาลยาเสพติด คุณสอบ 1 2 3 4 คุณได้ระดับปานกลาง ออกไปมา อะไรก็ว่าไป คุณก็ได้เงิน อะไรแบบนี้ก็จะเป็นการพัฒนาพวกเราไปด้วย มันเป็นเรื่องวิเศษลึกลับที่เปรียบกับซัมซุง มีหน้ากากเค้าจะมองเห็นในจอ แต่คนข้างนอกไม่เห็น ไม่รู้ถึงมิติ ที่นี้ก็เลยคิดว่าถ้ามันเป็นเรื่องของยาเสพติด คนใช้สวมเข้าไปแล้วเรียนบทเรียนนี้ผ่านวิเศษวิไล ผ่านของการติด ฉันทป่วยเป็นโรคนี้อะ หรือขั้นที่ 2 ฉันทใช้ยาบ้า ขั้นที่ 2 ถ้าฉันทเลียขวาขั้นติดยาไปเรื่อย ๆ หรือถ้าฉันทเลียซ้ายเข้าโรงพยาบาล มันจะเป็นยังไง ฉันทจะได้รับการรักษาอะไร จำลองแบบนี้ มันน่าจะช่วยให้เราทำงานจากเทคโนโลยี เหมือนดูหนัง 6 มิติ”

“ผู้ช่วยเหลือคนใช้ ไม่ว่าจะรับมาจากข้างนอก ควรจะมีพื้นฐานต้องรู้อยู่แล้ว ถ้าไม่รู้แล้วมาปฏิบัติมันยาก โดยเฉพาะหลักสูตรพื้นฐานเรื่องการสื่อสาร ถ้าจะปฐมนิเทศหรือให้ความรู้พื้นฐานที่จะมาทำงาน ก็ขึ้นอยู่กับพิวล์ ถ้าพิวล์ของพื้นที่ผ่านพื้นที่พุ่มอั้นนั้นไม่ค่อยยุ่งยาก แต่ถ้ามาในพิวล์โอพีดี หรือ พิวล์ผู้ป่วยในมันก็ต้องเทรนในเรื่องความเชี่ยวชาญของตรงนั้น ต้องรู้โดยบริบทส่วนหนึ่ง แต่ที่ผ่านมาเราก็เรียนรู้โดยการกระทำทำไปเทรนกันไป เรียนรู้กันไป แต่ถ้ามองหลักสูตรเบื้องต้นในการปฐมนิเทศ บางทีเราก็พยายามออกแบบ ฝึกที่นี่ให้ความรู้ก่อนไหม ก็พยายามทำอยู่ แต่ส่วนหนึ่งก็ไม่ใช้คนใช้ที่มาจากแอดดิก อันนี้ก็ต้องออกแบบในความรู้ภาพรวม หรือในแต่ละพิวล์ มันเป็นเรื่องมุมมองอย่างนั้น แต่ที่ผ่านมามาตามประสบการณ์ที่เราปฏิบัติส่วนหนึ่งพยายามให้ทางทฤษฎีและในภาพของปฏิบัติ”

“อีกส่วนหนึ่งคนที่มีโอกาสได้ไปอบรมกับชาวต่างชาติ มีองค์ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับอาเซียน ควรมาแชร์ประสบการณ์ให้บุคลากรได้ฟัง คนในองค์กรได้รับรู้เหมือน ๆ กัน จัดเวทีขึ้นให้นำความรู้มาแชร์”

“เสนออีกอย่างหนึ่งเวลาเราเรียนหรืออบรม อาจจะทำคลิปแล้วมาลงในอินเทอร์เน็ต ในสถาบันฯ ทำ ถ้าเราเข้าใจเนื้อหา เราก็พอไปได้ ถ้ารอเวลาพร้อมกันมันยาก”

“ทำเป็นกลุ่มไลน์ภาษาอังกฤษ ได้เรียนรู้องค์ความรู้ใหม่ ๆ เป็นภาษาอังกฤษ”

### 2.3 ให้การบริการผู้ป่วยต่างชาติ โดยใช้ out source

พบว่าผู้ให้ข้อมูลเสนอความเห็นว่าการหากสถาบันบำบัดยังไม่พร้อมหรือขาดบุคลากรที่มีความสามารถด้านการสื่อสารเพื่อให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยต่างชาติจริงๆ ก็อาจใช้แหล่งทรัพยากรภายนอก (Out source) โดยจัดหาผู้ที่มีความสามารถทางภาษามาช่วย

“ส่วนใหญ่ แยกออกมาก็ยาก แล้วถ้ามีปัญหาจริงเราก็ใช้อัชชอท อย่างเช่น โทรไปที่ศูนย์อาเซียนเพื่อขอทุกประเทศ เค้จะมีอยู่ละ เราก็อาจารย์ 1 ชั่วโมงนะ ค่าตอบแทน 600 บาท มาช่วยพูดกับเคสเราหน่อย ไปรับ ในลักษณะแบบนี้ ดีกว่า คือไม่ต้องจ้างคนประจำ เพราะถ้าจ้างประจำจะค่าตัวเท่าไรละ นักภาษาจะอยู่กับเรานานไหม มาแล้วก็ไป หาเอาในพื้นที่น่าจะมีคะ 10 ประเทศ ลาวเราก็ได้อยู่แล้ว เหลือ 9 คะ”

### 2.4 มีหน่วยงานกลางในการจัดทำสื่อ

จัดให้มีหน่วยงานกลางในการจัดทำสื่อวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการสอนเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย และกระจายแจกจ่ายให้กับสถานบำบัดทุกแห่งทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

“สื่อของเราไม่ทันสมัย น่าจะทำร่วมกันไม่ใช่ต่างคนต่างทำ ที่อื่นทำ สบายกว่าเรานะ เค้่าอาจจะเงินเยอะกว่าเรา สสส.ก็ทำดี ของเราน่าจะให้ที่ใดที่หนึ่งทำไปเลยแล้วใช้ร่วมกันเพราะองค์ความรู้ก็เหมือนกัน”

### 2.5 จัดทำคู่มือหรือกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายค่ารักษา

ในแต่ละสถานบำบัดควรมีการดำเนินการจัดทำคู่มือหรือกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่ารักษาในกลุ่มผู้ป่วยต่างชาติ ทั้งนี้เพื่ออำนวยความสะดวก

ให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติการสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้องตามระเบียบของทางราชการ

“อยากให้เป็นโปโตคอลของ รพ.เลย ถ้าเกิดจะทำ AEC จริง ๆ ทำแนวทางเลยว่าจะต้องเก็บทุกเท่าไร ทำทั้งระบบเลย ทั้งการเงินและเรื่องของการบำบัด”

“เป็นไปได้ไหมถ้าต่างชาติหรืออาเซียนเข้ามารักษาเราทำแบบให้เค้าจองมาเลยไหม ทางเว็บไซต์ เป็นเหมาจ่ายเลยไหม เป็นคอร์สก็บาทจ่ายมาจากบ้านเค้าเลย พอมาประเทศไทยยูมาเช็คอินได้เลย เพราะยูจองแล้ว เพราะว่าอันนี้ดูในระบบการรักษา ศูนย์เอกชนถ้าเป็นฝรั่งเค้าสามารถเข้าไปจองมาแต่บ้านเค้าเลย สมมุติว่า 2 เดือน 25,000 ให้เค้าจองและส่งเงินมาเลย แบบนี้”

กล่าวสรุปได้ว่า แนวทางการแก้ไขปัญหาการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนนั้น ได้แก่ มีการพัฒนาความสามารถทางภาษาและด้านความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากร ให้การบริการผู้ป่วยต่างชาติ โดยใช้ out source มีหน่วยงานกลางในการจัดทำสื่อ จัดทำคู่มือหรือกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายค่ารักษา

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ และทิศทางการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ (Ethnographic Delphi Future Research = EDFR) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาทิศทางการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทย และ 2) ศึกษาความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 3) ปัญหาอุปสรรค และเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ

**ระยะที่ 1** ศึกษาทิศทางการบำบัดรักษา ยาเสพติด โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบ EDFR ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อศึกษาทิศทางการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 26 คน ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ผู้บริหารระดับสูง ในการกำหนดนโยบายด้านยาเสพติด 2) แพทย์หรือจิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด 3) นักวิชาการด้านการศึกษาวิจัยที่เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด 4) ผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติดในระดับหัวหน้างาน 5) ผู้เชี่ยวชาญในองค์กรวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และนำมาจัดทำเป็นแบบสอบถามเพื่อส่งกลับให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติอีก 2 รอบ

**ระยะที่ 2** ศึกษาความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้แบบสอบถาม และประชุมระดมสมองของบุคลากรด้านยาเสพติด กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์

ในส่วนภูมิภาคทั้ง 6 แห่งจำนวน 471 คน เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสอบถามความพร้อมของบุคลากร ซึ่งพัฒนาโดยการนำผลการศึกษาทิศทางในระยะที่ 1 มาพัฒนาเป็นแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปผลเป็น 3 ส่วนตามวัตถุประสงค์ดังนี้

**วัตถุประสงค์ที่ 1 ทิศทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทย**  
**เพื่อรองรับประชาคมอาเซียน** พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันประกอบด้วย 3 ด้าน 41 ข้อดังนี้

1. ด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จำนวน 20 ข้อ
  - 1) มุ่งองค์ความรู้ที่ทันสมัยในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 7 ข้อ
  - 2) มีทักษะในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 4 ข้อ
  - 3) สามารถใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 2 ข้อ
  - 4) มีความรู้ ความเข้าใจและปฏิบัติตามค่านิยม ความเชื่อของผู้ติดยาเสพติดในแต่ละประเทศกลุ่มอาเซียน 4 ข้อ
  - 5) สามารถคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน 3 ข้อ
2. ด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จำนวน 12 ข้อ
  - 1) มีการบริหารจัดการองค์กรที่เอื้อต่อระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 7 ข้อ
  - 2) มีระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร (IT) 5 ข้อ
3. ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีมาตรฐานสากลจำนวน 9 ข้อ

## วัตถุประสงค์ที่ 2 ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

1. พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 395 คน (ร้อยละ 83.9) อายุเฉลี่ย 40.07 ปี อายุต่ำสุดที่ตอบแบบสอบถามคือ 21 ปี อายุสูงสุดคือ 60 ปี สถานภาพสมรสจำนวน 294 คน (ร้อยละ 62.4) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีจำนวน 336 คน (ร้อยละ 71.3) เป็นข้าราชการจำนวน 451 คน (ร้อยละ 95.7) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลมากที่สุดจำนวน 366 คน (ร้อยละ 77.7) มีประสบการณ์ทำงานยาเสพติดเฉลี่ยประมาณ 14 ปี ประสบการณ์น้อยสุด 1 เดือน มากที่สุด 38 ปี

2. ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ภาพรวมจำแนกตามรายด้านทั้ง 3 ด้าน กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าในสภาพที่เป็นจริงด้านศักยภาพบุคลากร และด้านการพัฒนาองค์กรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด มีความพร้อมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X}=2.40$ ,  $SD=0.36$  และ  $\bar{X}=2.21$ ,  $SD=0.47$  ตามลำดับ) ส่วนรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากลมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=2.68$ ,  $SD=0.45$ ) สำหรับสภาพที่คาดหวังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าทั้ง 3 ด้านควรจะพัฒนาความพร้อมให้ไปสู่ระดับมากที่สุด ซึ่งรายละเอียดมีดังนี้

2.1 ด้านศักยภาพของบุคลากรในการบำบัดรักษาพยาบาลเพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในสภาพที่เป็นจริงปัจจุบันโดยภาพรวม อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X}=2.40$ ,  $SD=0.36$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าศักยภาพของบุคลากรที่อยู่ในระดับมาก มีจำนวน 9 ข้อ ( $\bar{X}=2.54-3.04$ ) ในระดับน้อยมีจำนวน 10 ข้อ ( $\bar{X}=1.82-2.49$ ) และระดับน้อยที่สุดมี 1 ข้อ ( $\bar{X}=1.73$ ) โดยเมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}=3.04$ ,  $SD=0.68$ ) คือ “ยึดหลักการดูแลเพื่อนมนุษย์ (Humanize care) ในการให้บริการผู้ติดยาเสพติดทุกคนในประเทศกลุ่มอาเซียนอย่างเท่าเทียม” ( $\bar{X}=3.04$ ,  $SD=0.68$ ) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X}=1.73$ ,  $SD=0.68$ ) คือ “สามารถให้การช่วยเหลือและส่งต่อผู้ติดยาเสพติดเพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องในสถานพยาบาลของแต่ละประเทศ” สำหรับสภาพที่คาดหวังนั้นพบว่า ในด้านนี้มีความ

คาดหวังในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการบำบัดรักษายาเสพติดเพื่อเข้าสู่ประชาคมในการบำบัดรักษาเสพติดโดยรวมในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$  = 3.45, SD=0.39)

2.2 ด้านองค์การในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในสภาพความเป็นจริงปัจจุบันในภาพรวม องค์การมีความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X}$  = 2.21, SD=0.47) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าความพร้อมขององค์การอยู่ในระดับน้อยทุกข้อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}$  = 2.46, SD=0.74) คือ “หน่วยงานมีการจัดเตรียมห้องเฉพาะในการจัดกิจกรรมบำบัด/นันทนาการสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจและใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น ห้องอาหาร ห้องคอมพิวเตอร์ ห้องนันทนาการ สถานที่ออกกำลังกาย สถานที่เล่นกีฬา” ( $\bar{X}$  = 2.46, SD=0.74) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X}$  = 1.93, SD=0.75) คือ “หน่วยงานมีป้ายหรือสัญลักษณ์ในการติดต่อสื่อสารที่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาที่ใช้ของประเทศกลุ่มอาเซียน ณ หน่วยบริการ เช่น ป้ายชี้บอกทาง/หน่วยงาน ห้องยา ห้องน้ำ และจุดบริการต่างๆ” ในด้านสภาพที่คาดหวังนั้นบุคลากรมีความคาดหวังในทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$  = 3.41, SD=0.48)

2.3 ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากลเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน พบว่าในสภาพความเป็นจริงมีความพร้อมในรายด้านอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 2.68, SD=0.45) เมื่อพิจารณารายข้อย่อยพบว่าความพร้อมด้านรูปแบบการบำบัดรักษาของบุคลากรในระดับมาก มีจำนวน 8 ข้อ ระดับน้อยมีเพียง 1 ข้อ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}$  = 2.94, SD=0.65) คือ “หน่วยงานมีแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) สามารถอ้างอิงได้ เช่น MI, CBT, TC, Matrix” ( $\bar{X}$  = 2.94, SD=0.65) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X}$  = 2.22, SD=0.70) คือ “หน่วยงานยังมีแนวทางการบำบัดทางเลือกที่หลากหลายและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดยาเสพติด เช่น ศาสนบำบัด สมุนไพร” ส่วนสภาพที่คาดหวังนั้นบุคลากรมีความคาดหวังในทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$  = 3.57, SD=0.43)



**วัตถุประสงค์ที่ 3 ปัญหาอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน** แบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้  
จากการสัมภาษณ์โดยการสนทนากลุ่ม พบปัญหาอุปสรรคดังนี้

**3.1 ด้านศักยภาพของบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน** พบว่ามี 3 ประเด็นคือ 1) บุคลากรที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษได้มีจำนวนน้อย จึงมีผลทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการบริการโดยเฉพาะในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดต่างๆ ที่ต้องใช้ภาษาสื่อสารที่มีความละเอียดลึกซึ้งมากกว่าการสนทนาทั่วไป 2) บุคลากรที่สามารถทำงานวิจัยในระดับนานาชาติยังมีน้อย 3) มีอัตรากำลังน้อย 4) ขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดของแต่ละประเทศ ได้แก่ สถานการณ์และชนิดของยาเสพติดที่แพร่ระบาดในแต่ละประเทศ สิทธิประโยชน์ในการบำบัดเกี่ยวกับยาเสพติด กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดของแต่ละประเทศ

**3.2 ด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน** พบว่า โครงสร้างองค์กรในการทำงานเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียนยังขาดความชัดเจนทำให้มีปัญหาในการขับเคลื่อน และการบริหารจัดการด้านระบบภายในสถานบำบัดไม่เอื้อต่อการพัฒนาองค์กร

**3.3 ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีมาตรฐานสากล** พบว่า ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากลเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน พบว่าผู้รับบริการที่เป็นชาติอาเซียนที่มารับการรักษายังมีจำนวนน้อย ทำให้ไม่ได้จัดบริการที่มีความเฉพาะสำหรับในกลุ่มอาเซียนสำหรับรูปแบบการบำบัดผู้ติดยาเสพติดนั้นบุคลากรส่วนใหญ่คิดว่ามีความพร้อม มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย มีเทคโนโลยีการบำบัดที่ทันสมัย จนสามารถเป็นผู้นำด้านการบำบัดยาเสพติดในอาเซียน เป็นที่ศึกษาดูงานแก่ประเทศต่างๆทั้งในและนอกอาเซียนได้

## อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลในครั้งนี้นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

### วัตถุประสงค์ที่ 1 ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทย เพื่อรองรับประชาคมอาเซียน

ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน 3 ด้านคือ ด้านศักยภาพบุคลากร ด้านการพัฒนางานองค์การในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด และด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาที่เป็นมาตรฐานสากล ซึ่งเสนออภิปรายผลได้ดังนี้

**1.1 ด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด** ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าการเตรียมความพร้อมในการบำบัดผู้ป่วยควรมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยา ทั้งนี้เป็นเพราะบุคลากรเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่า สามารถพัฒนาได้ จึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนางาน และระบบงาน เป็นทั้งผู้กำหนดทิศทาง และขับเคลื่อน หน่วยงานไปสู่ความสำเร็จได้ สมชาติ โตรักษา (2548) กล่าวว่าการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ หรือบุคลากรให้มีศักยภาพ มีความสามารถ จะส่งผลให้งานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับแผนงานการจัดตั้งประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน ที่เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ จึงได้กำหนดไว้ในกรอบความร่วมมือเพื่อการดำเนินการ (สำนักงาน ก.พ., 2555)

ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ประชากรหรือพลเมืองอาเซียนมีมากถึง 600 ล้านคน (สุชาติ ทวีสิทธิ์, มาลี สันภูวรรณ และศุทธิดา ชนวนวัน, 2556) ซึ่งมากกว่าประชากรไทยประมาณ 10 เท่า สามารถเคลื่อนย้ายในกลุ่มประเทศสมาชิกได้อย่างเสรี รวมถึงเคลื่อนย้ายเข้ามาในประเทศไทยด้วย ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นว่าการเตรียมการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรจึงเป็นเรื่องสำคัญที่สุดที่ต้องดำเนินการในลำดับแรกๆ โดยเรื่องที่ควรพัฒนาคือด้านองค์ความรู้ที่ทันสมัยและทักษะการบำบัดผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นภารกิจหลักของผู้บำบัดรักษายาเสพติดในสังกัดกรมการแพทย์ และเนื่องจากประชากรมีมากถึง 10 ประเทศ จึงมีความหลากหลาย และมีความแตกต่างกันในภาษา ศาสนา วัฒนธรรม และปัญหาของยาเสพติด จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรต้องพัฒนา

ภาษาของกลุ่มอาเซียนเพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างกันอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาในแต่ละประเทศ ที่สามารถใช้ในการพูดคุยทำความเข้าใจระหว่างกัน รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตามค่านิยม ความเชื่อของผู้ติดยาเสพติดในแต่ละประเทศ นอกจากนี้เพื่อช่วยให้ผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มอาเซียนเข้าถึงบริการที่ครอบคลุม สามารถตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มผู้ติดยาเสพติด และเกิดประสิทธิผลของการบำบัดรักษาให้ดียิ่งขึ้น บุคลากรที่ให้บริการควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ และความคุ้มครองต่างๆที่ผู้ติดยาเสพติดควรได้รับ ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นว่าการพัฒนาด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดจึงมีความสำคัญมากในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

**1.2 ด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด** เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกด้านหนึ่งที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าควรนำมาเป็นทิศทางบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทยที่จะเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ทั้งนี้เพราะองค์กรเป็นเสมือนหน่วยงานที่เป็นศูนย์รวมของการแสดงออกของจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายร่วมกันของบุคลากร ในการที่จะกำหนดทิศทางของการบำบัดรักษา การวางรูปแบบ ระบบการทำงาน และแนวทางปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายขององค์กร ดังนั้นองค์กรที่มีการบริหารจัดการที่ดี มีนโยบายที่ชัดเจนถึงทิศทาง เป้าหมายขององค์กร มีโครงสร้างการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ มีแผนการดำเนินงาน มีระบบการบริหารจัดการที่เอื้อต่อระบบการบำบัดรักษา และมีการวางระบบที่สอดคล้องกับเป้าหมาย ก็จะเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรบรรลุเป้าหมายได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายที่เสนอเป็นวาระแห่งชาติให้หน่วยราชการต้องเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการจัดตั้งประชาคมอาเซียน โดยกำหนดให้ทุกหน่วยราชการต้องสร้างความตระหนักเรื่องอาเซียนในหน่วยงาน (สำนักงาน ก.พ., 2555) ซึ่งร่างกรอบยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ปี 2558 ในมาตรการที่ 3 มาตรการเตรียมความพร้อมการดำเนินการรองรับเข้าสู่สมาคมอาเซียน ได้มอบหมายให้หน่วยงานสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการเรื่องการบำบัดรักษา พัฒนามาตรฐานการบำบัด การวางระบบข้อมูลการบำบัดในกลุ่มประเทศอาเซียน

(สำนักงาน ป.ป.ส., 2556) ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นว่าด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดจึงมีความสำคัญมากในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียนเช่นกัน

**1.3 ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีมาตรฐานสากล** ในปัจจุบันแต่ละประเทศ ในกลุ่มอาเซียนมีรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดหลากหลายรูปแบบทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ความรู้ทางวิชาการทางการแพทย์ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และบริบทของแต่ละประเทศ ถึงแม้ว่าความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้ความรู้ต่างๆ ทางวิชาการ งานวิจัย ด้านรูปแบบการบำบัดรักษา มีการถ่ายทอดและเผยแพร่กันอย่างรวดเร็ว สามารถเข้าถึงได้ง่าย ศักยภาพขององค์กรและบุคลากร และข้อจำกัดต่างๆของแต่ละประเทศในกลุ่มอาเซียนจะส่งผลให้มีการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา อย่างไรก็ตามรูปแบบการบำบัดรักษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) ว่าเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิผล จึงถือว่าเป็นรูปแบบการบำบัดที่เป็นมาตรฐานสากล ที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ การที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ซึ่งเป็นทั้งพันธมิตรที่ช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกันขณะเดียวกันก็เป็นสนามรบ สนามการค้า ที่ต้องมีสินค้า มีบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐาน ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงเห็นว่าด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้มาตรฐานจึงเป็นปัจจัยสำคัญด้านหนึ่งของทิศทางการบำบัดรักษาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน

## **วัตถุประสงค์ที่ 2 ศึกษาความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน**

ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดในภาพรวม ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 2) ด้านการพัฒนาองค์กรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และ 3) ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากล พบว่าสภาพที่เป็นจริงโดยภาพรวม มีความพร้อมของ

บุคลากรอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X}=2.40$ ,  $SD=0.34$ ) ส่วนสภาพที่คาดหวังโดยภาพรวม มีความพร้อมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=3.46$ ,  $SD=0.40$ ) ซึ่งเมื่อพิจารณาความพร้อมภาพรวมจำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงานพบว่าสภาพความเป็นจริงสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคทั้ง 6 แห่งพบว่ามีคุณสมบัติสอดคล้องกับภาพรวมของกรมการแพทย์

เมื่อพิจารณารายด้านย่อยพบว่าความพร้อมอยู่ในระดับน้อย มี 2 ด้านคือ ด้านการพัฒนาค่าเฉลี่ยต่ำสุด รองลงมาด้านพัฒนาบุคลากร ( $\bar{X}=2.21$ ,  $SD=0.47$  และ  $\bar{X}=2.40$ ,  $SD=0.36$  ตามลำดับ) ส่วนด้านรูปแบบการบำบัดมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=2.68$ ,  $SD=0.45$ ) ส่วนสภาพที่คาดหวังด้านย่อยทั้ง 3 ด้านมีความพร้อมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=3.41-3.57$ ,  $SD=0.41-0.57$ ) แสดงให้เห็นว่ามีช่องว่างระหว่างสภาพความเป็นจริงกับความคาดหวังของบุคลากรที่ทำงานด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติดโดยพบว่า บุคลากรให้ความสำคัญกับการเตรียมพร้อมทั้ง 3 ด้าน กล่าวคือ ด้านศักยภาพบุคลากร ด้านการพัฒนาค่าเฉลี่ยต่ำสุด รองลงมาด้านพัฒนาบุคลากร และด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากล ดังนั้น จึงมีความคาดหวังในระดับมากที่สุดในการพัฒนาทั้ง 3 ด้าน ส่วนในสภาพความเป็นจริงที่เป็นอยู่ บุคลากรมีความคิดเห็นว่าทั้งตัวบุคลากรที่ปฏิบัติงาน และองค์กรยังมีการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนไม่มากนัก ควรได้มีโอกาสในการพัฒนาให้มีความพร้อมในด้านต่างๆ ให้มากขึ้น ยกเว้นด้านรูปแบบการบำบัดรักษาที่บุคลากรมีความคิดเห็นว่า หน่วยงานที่บำบัดรักษา ยาเสพติดของกรมการแพทย์มีรูปแบบการบำบัดเป็นสากล มีมาตรฐาน และเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติได้

## 2.1 ความพร้อมด้านศักยภาพบุคลากรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

จากการพิจารณาข้อย่อยพบว่าในสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}=3.04$ ,  $SD=0.68$ ) คือ “ยึดหลักการดูแลเพื่อนมนุษย์ (humanize care) ในการให้บริการผู้ติดยาเสพติดทุกคนในประเทศกลุ่มอาเซียนอย่างเท่าเทียมกัน” ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามพบว่ามีอายุเฉลี่ย 40 ปี มีประสบการณ์ทำงานยาเสพติดเฉลี่ยประมาณ 14 ปี มีประสบการณ์การทำงานมาก

ที่สุด 38 ปี จึงนับได้ว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อน มีความเข้าใจธรรมชาติของผู้ติดยา มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ติดยาเสพติด มีใจบริการกับผู้ติดยาทุกคน ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่แบ่งแยกว่าเป็นใคร เพศใด วัยใด เชื้อชาติไหน เมื่อต้องการการบำบัดหรือ ต้องการความช่วยเหลือก็จะได้รับการดูแลอย่างเสมอภาค ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานที่ผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดได้จะรับการหล่อหลอม ชัดเกลารุ่นต่อรุ่นสืบเนื่องต่อกันมา ทั้งนี้เพราะบุคลากรที่ทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติดมีความเข้าใจตรงกันว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพเปราะบาง มีปัญหาซับซ้อน จึงทำให้มีความเข้าใจ เห็นใจ เอื้ออาทร และยินดีให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรจึงไม่จำเป็นต้องพัฒนาในประเด็นนี้ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X}$  = 1.73, SD=0.68) ที่ควรต้องมีการพัฒนาบุคลากรให้มากขึ้นคือ “สามารถให้การช่วยเหลือและส่งต่อผู้ติดยาเสพติดเพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องในสถานพยาบาลของแต่ละประเทศ” ทั้งนี้เนื่องจากการบำบัดรักษาในปัจจุบันเมื่อผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มอาเซียนได้รับการรักษาในช่วงของการถอนพิษยาจนอาการทางร่างกายดีขึ้นก็จะจำหน่ายกลับบ้านโดยไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือติดตามผลการรักษา เพราะประเทศในกลุ่มอาเซียนยังไม่มีระบบการบำบัดรักษาและการส่งต่อข้อมูลระหว่างกัน อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการควรมีการดำเนินงานในเชิงนโยบายระหว่างประเทศ หน่วยงานระดับกระทรวง หรือกรมเป็นแกนหลักในการเจรจาหาแนวทางร่วมกันในการสร้างระบบการดูแลรักษา และส่งต่อผู้ติดยาเสพติด ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานทั้งในภาครัฐ และเอกชนในประเทศ และประเทศสมาชิกอาเซียน เมื่อระบบมีความชัดเจนขึ้น บุคลากรก็สามารถจะเรียนรู้ เข้าใจ และช่วยเหลือและส่งต่อผู้ติดยาเพื่อการบำบัดรักษาต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากที่กล่าวมา ยังพบว่าความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรที่อยู่ในระดับน้อย และเป็นประเด็นที่มีปัญหาที่ควรได้รับการพัฒนามีดังนี้

1) การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้เสพยาเสพติดในกลุ่มอาเซียน เช่น หลักประกันสุขภาพ สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษา ข้อกฎหมายของแต่ละ

ประเทศ การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งยังไม่มีระบบการดำเนินการที่ชัดเจน ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร เกิดความยุ่งยากในการบริหารจัดการ ในปัจจุบันผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัดของกรมการแพทย์ยังมีไม่มากนัก บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่จะดำเนินการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นรายกรณี อย่างไรก็ตามสำหรับความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรในเรื่องสิทธิประโยชน์ต่างๆของผู้ป่วยยังเป็นเรื่องจำเป็น เพราะเป็นสิ่งที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาได้รับการคุ้มครองตามสิทธิขั้นพื้นฐานของแต่ละประเทศ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษา และยังสามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ของประเทศไทยในอีกทางหนึ่งด้วย

2) การใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พบว่าเป็นประเด็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่บุคลากรในแต่ละสถานบำบัดได้กล่าวถึง และให้ความสำคัญ โดยมองทั้งในส่วนของ การเพิ่มประสิทธิผลในการบำบัด เพราะในการบำบัดนั้นภาษาไม่ได้ใช้เพื่อการสื่อสารในชีวิตประจำวันเท่านั้น ภาษาที่ใช้จะช่วยในกระบวนการของการบำบัดรักษา เพราะผู้ป่วยยาเสพติดจะมีปัญหาทางด้านจิต-สังคม และพฤติกรรม ดังนั้น นักบำบัดที่สามารถสื่อสารภาษาให้ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าใจได้ดีมากเท่าใด ก็เท่ากับเป็นการช่วยให้การดำเนินการบำบัดในกลุ่มกิจกรรมบำบัดเป็นไปได้ด้วยดีและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด

สำหรับประเด็นเกี่ยวกับความก้าวหน้าในทางวิชาการ และงานวิจัย โดยเฉพาะในเรื่องของภาษาอังกฤษ ซึ่งถึงแม้ว่าสถานบำบัดแต่ละพื้นที่ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาภาษาอังกฤษเพื่อใช้ในการสื่อสาร โดยการจัดฝึกอบรมหลักสูตรภาษาอังกฤษให้กับบุคลากร บางแห่งมีการจัดส่งผู้ปฏิบัติงานไปศึกษาดูงานต่างประเทศ ซึ่งวิธีการดังกล่าวถือว่าสร้างความพึงพอใจได้ในระดับหนึ่ง แต่กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นเพิ่มเติมว่าเป็นการดำเนินการที่อยู่ในลักษณะการฝึกอบรมหลักสูตรสั้นๆ และขาดความต่อเนื่อง จึงทำให้การพัฒนาให้เกิดทักษะที่สามารถนำมาไปใช้ได้จริงยังไม่สัมฤทธิ์ผลในการปฏิบัติ ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากหน่วยงานไม่ได้มีการวางแผนในการพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน ทำให้การ

พัฒนาบุคลากรไม่ทันกับสถานการณ์และความต้องการ อย่างไรก็ตามการดำเนินการของหน่วยงานเพื่อแก้ปัญหาเรื่องของการสื่อสารเมื่อพบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มอาเซียนเข้ามาใช้บริการบำบัดรักษา หรือเป็นผู้มาศึกษาดูงานก็จะเป็นลักษณะของการจัดตั้งทีมเฉพาะกิจที่เป็นสหวิชาชีพให้การดูแลเป็นรายกรณี โดยให้ผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการสื่อสารภาษาอังกฤษมาร่วมในทีม รวมทั้งให้บุคลากรในสถานบำบัดซึ่งเป็นคนในพื้นที่ที่มีความสามารถในการสื่อสารภาษาอาเซียนมาช่วยในการสื่อสาร ได้แก่ ภาษาเวียดนาม ภาษาเขมร ก็สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าไปได้ เพราะผู้ป่วยกลุ่มอาเซียนที่มารับบริการในปัจจุบันยังมีจำนวนไม่มากจึงสามารถให้การดูแล แก้ปัญหาเป็นรายบุคคลได้ ซึ่งถ้ามองในระยะยาว เมื่อมีการคมนาคมสะดวกสบายขึ้น ประชากรในกลุ่มอาเซียนสามารถเคลื่อนย้ายอย่างเสรี จำนวนผู้ป่วยกลุ่มอาเซียนมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น การดำเนินการตามศักยภาพในปัจจุบันอาจไม่เพียงพอ จึงควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้พร้อมกับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนก็จะดีกว่า

## 2.2 ความพร้อมด้านการพัฒนาองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X}=2.46$ ,  $SD=0.74$ ) คือ “หน่วยงานมีการจัดเตรียมห้องเฉพาะในการจัดกิจกรรมบำบัด/นันทนาการสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจและใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น ห้องอาหาร ห้องคอมพิวเตอร์ ห้องนันทนาการ สถานที่ออกกำลังกาย สถานที่เล่นกีฬา” ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X}=1.93$ ,  $SD=0.75$ ) คือ “หน่วยงานมีป้ายหรือสัญลักษณ์ในการติดต่อสื่อสารที่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาที่ใช้ของประเทศกลุ่มอาเซียน ณ หน่วยบริการ เช่น ป้ายชื่อบอกทาง/หน่วยงาน ห้องน้ำและจุดบริการต่างๆ” พบว่าทุกข้อมีคะแนนอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X}=1.93-2.46$   $SD=0.69-0.83$ ) ซึ่งข้อคำถามครอบคลุมเรื่องการบริหารจัดการที่เอื้อต่อระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และการมีระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร

เมื่อพิจารณาความพร้อมในแต่ละข้อคำถามสิ่งที่สังเกตได้พบว่า บุคลากรเห็นว่าหน่วยงานยังไม่มีบริการจัดการที่เอื้อต่อระบบการบำบัดรักษา ได้แก่ โครงสร้างการบริหารงานเฉพาะ การกำหนดผู้รับผิดชอบงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดใน



กลุ่มอาเซียน ป้ายหรือสัญลักษณ์ที่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาในกลุ่มอาเซียนที่บอกทิศทาง และจุดบริการต่างๆ การจัดอาคารสถานที่ที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต ได้แก่ ห้องละหมาด อาหารฮาลาล เป็นต้น รวมทั้งองค์กรยังไม่มีความพร้อมในด้านการจัดระบบการบำบัดรักษาผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร ได้แก่การสร้างฐานข้อมูลยาเสพติดร่วมกันในกลุ่มอาเซียน ขาดการจัดระบบข้อมูลข่าวสารการบำบัดที่เป็นสากลเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มอาเซียน เช่น คู่มือโปรแกรมการบำบัด กิจกรรมการบำบัดต่างๆ ซึ่งในด้านการบริหารจัดการขององค์กรจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและผู้ให้บริการองค์กรเป็นสำคัญ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าในการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์มีนโยบายเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยมีการตั้งคณะกรรมการเพื่อเตรียมการรองรับเข้าสู่ประชาคมอาเซียน แต่เนื่องจากการดำเนินการขาดความต่อเนื่อง จึงไม่เห็นเป็นรูปธรรม และนโยบายจากผู้บริหารสถานบำบัดไม่ลงสู่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการสัมภาษณ์บุคลากรพบว่าผู้ปฏิบัติงานบางส่วนไม่ทราบนโยบายและทิศทางงานดำเนินงานของอาเซียน รวมทั้งในการดำเนินการของแต่ละหน่วยงานไม่ได้รับงบประมาณในการปรับปรุง หรือจัดเตรียมเรื่องของอาคาร สถานที่เพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มอาเซียน ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากจำนวนผู้ป่วยติดสารเสพติดในกลุ่มอาเซียนที่เข้ารับการรักษายังมีจำนวนน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าบำบัดรักษาในแต่ละสถานบำบัดมีไม่ถึง 10 คนต่อปี นอกจากนั้นแล้วในแต่ละสถานบำบัดยังมีข้อจำกัดที่เหมือนกันคือปัจจุบันจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีอยู่ยังไม่เพียงพอ ดังนั้นในการบริหารจัดการองค์กรให้มีโครงสร้าง อำนาจหน้าที่ สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้เป็นสัดส่วนเฉพาะกลุ่มอาเซียน ก็จะต้องจัดเตรียมบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้มีศักยภาพเพียงพอควบคู่ไปด้วย ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การนำนโยบายสู่การปฏิบัติในองค์กรยังไม่มีผลการดำเนินการอย่างจริงจัง เป็นรูปธรรมชัดเจน

**2.3 ความพร้อมด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด** พบว่าบุคลากรในกรมการแพทย์แสดงความคิดเห็นว่ามีความพร้อมโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}$ =

2.68,  $SD=0.45$ ) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับพันธกิจหลักของกรมการแพทย์ที่มุ่งพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์อย่างได้มาตรฐานในระดับสากล (กรมการแพทย์, 2560) ซึ่งเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ทั้ง 6 แห่ง ในการพัฒนาองค์กรเพื่อก้าวเข้าสู่การเป็นกรมวิชาการที่เน้นพัฒนาการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด และมีบทบาท หน้าที่ในการพัฒนาวิชาการและถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านการบำบัดรักษายาเสพติดไปสู่สถานบริการอื่นๆทั่วประเทศ จึงมีการศึกษา ท างานวิจัยเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ และพัฒนารูปแบบการบำบัดให้มีมาตรฐาน และมีประสิทธิผลในการบำบัด สอดคล้องกับข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุดคือ ” หน่วยงานมีแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) สามารถอ้างอิงได้ เช่น MI CBT TC Matrix ( $\bar{x}=2.94$ ,  $SD=0.65$ )” ซึ่งปัจจุบันถือได้ว่าเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาที่ใช้ได้ผลดีกับผู้ติดยาเสพติด และเป็นรูปแบบที่เป็นสากล เป็นที่ยอมรับจากนานาชาติ ดังนั้น การบำบัดรักษาที่ใช้ในปัจจุบันจึงใช้รูปแบบการบำบัดรักษาทางจิต-สังคมที่กล่าวมา ร่วมกับการใช้ยาในการรักษา และเมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีประสบการณ์ทำงานยาเสพติดเฉลี่ย 14 ปี โดยประสบการณ์ทำงานยาเสพติดมากที่สุดถึง 38 ปี ซึ่งการสั่งสมประสบการณ์การดูแลผู้ติดยาเสพติดที่มีระยะเวลายาวนาน ช่วยทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลบำบัดผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้มีความเชี่ยวชาญในการให้การบำบัดและดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ และสภาพปัญหาของผู้ป่วยติดยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ตามพบว่ารูปแบบการบำบัดที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ “หน่วยงานมีแนวทางการบำบัดทางเลือกที่หลากหลายสอดคล้องความต้องการของผู้ติดยาเสพติด เช่น ศาสนบำบัด สมุนไพร ( $\bar{x}=2.22$ ,  $SD=0.70$ )” หรือข้อที่มีคะแนนต่ำรองลงมาคือ “หน่วยงานมีกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่สามารถยืดหยุ่นให้เหมาะสมกับกลุ่มอาเซียน ได้แก่ ระยะเวลาการบำบัด การส่งต่อ การติดตามต่อเนื่อง ( $\bar{x}=2.56$ ,

$SD=0.69$ )” ซึ่งเห็นได้ว่ารูปแบบการบำบัดที่จัดเตรียมไว้เป็นการเฉพาะ เหมาะสมกับสภาพบริบท วัฒนธรรมและศาสนา ของผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มอาเซียน ยังมีคะแนนสูงไม่มากนัก ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรตระหนักดีว่ารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริมให้ผลการบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่าสิ่งที่เป็อุปสรรคที่ทำให้การบำบัดทางเลือกไม่ค่อยมีในสถานบำบัดเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน เนื่องจากอัตรากำลังของในแต่ละวิชาชีพไม่เพียงพอกับการเปิดให้บริการ ถึงแม้มีนโยบายให้มีการรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ก็ไม่ได้มีการจัดสรรบุคลากรเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด ยังคงใช้กรอบอัตรากำลังเดิม ส่วนระบบการบริหารจัดการเรื่องระบบการส่งต่อ การติดตามต่อเนื่อง สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยไม่มีนโยบายการดำเนินการใดๆที่เป็นรูปธรรม ประกอบกับการเชื่อมโยงศักยภาพของบุคลากรที่ไม่สามารถใช้ภาษาอังกฤษและภาษาในกลุ่มอาเซียนสื่อสารได้ดี ทำให้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาลดลง ดังนั้นรูปแบบการบำบัดรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบัน แม้ว่าความพร้อมด้านรูปแบบการบำบัดที่เป็นมาตรฐานสากล ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ จะมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก แต่คะแนนเฉลี่ยก็ไม่สูงมากนัก บุคลากรในหน่วยงานก็ยังคงมีความคาดหวังว่าจะสามารถพัฒนาและเตรียมความพร้อมให้ถึงระดับมากที่สุด ( $\bar{x}=3.57$ ,  $SD=0.43$ )

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มอาเซียน มีขั้นตอนดำเนินการตั้งแต่แรกรับ จนจำหน่ายกลับบ้าน และมีการติดตามดูแลต่อเนื่อง (Continuous care) ดังนั้นในกระบวนการบำบัดรักษาจึงมีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกัน เช่น สิทธิและผลประโยชน์ของผู้ป่วย การประกันสุขภาพ การส่งต่อการบำบัดรักษา ดังนั้น ซึ่งการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบจะช่วยสนับสนุนให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นเพื่อให้แนวทางการบริหารจัดการระบบต่างๆ ให้มีการเชื่อมต่อกัน ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการ ผู้บริหารระดับสูงใน

สถานบำบัดควรมีการกำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของกลุ่มประเทศสมาชิก ให้มีความชัดเจนเพื่อให้แต่ละหน่วยงานสามารถติดต่อประสานงานและดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มอาเซียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการพัฒนาโครงสร้างการบริหารงาน และกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียนให้มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม และมีการควบคุมกำกับให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนการดำเนินการของอาเซียนอย่างจริงจัง

3. เพิ่มกรอบอัตรากำลังของบุคลากรในการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดกลุ่มอาเซียน รวมทั้งงบประมาณที่จะใช้เพื่อการพัฒนาอาคาร สถานที่ ให้เหมาะสมสอดคล้องกับผู้ติดยาเสพติดกลุ่มประเทศอาเซียน

### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. การเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่อยู่ในระดับน้อย และควรดำเนินการก่อนคือ ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องของความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความคุ้มครอง สิทธิประโยชน์ของผู้ติดยาเสพติด และความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษ และด้านการพัฒนาองค์กร ในเรื่องการบริหารจัดการองค์กรที่เอื้อต่อระบบการบำบัดรักษา และระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร

2. ควรมีการวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้งแผนระยะสั้น และระยะยาว ให้สอดคล้องตามเข็มมุ่งของกรมการแพทย์ ในการเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เป็นผู้มีความสามารถในการทำงานวิจัยในระดับนานาชาติ และมีความรู้ ความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษได้เป็นอย่างดีในการสื่อสารและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มอาเซียน

3. ควรมีการพัฒนาความร่วมมือระบบการดูแลผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน เช่น จัดอบรมให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับอาเซียน สิทธิประโยชน์ กฎหมาย แหล่งความช่วยเหลือในการประสานกับประเทศในกลุ่มอาเซียน
4. ควรจัดทำคู่มือหรือกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่ารักษาต่างๆ ของกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนให้เป็นมาตรฐานเดียวกันของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และโรงพยาบาลอัญญารักษ์ทั้ง 6 แห่ง
5. พัฒนาระบบฐานข้อมูลของสถานบำบัดภายในประเทศให้เป็นฐานเดียวกัน และสามารถเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์ และวางแผนการดำเนินงานร่วมกับกลุ่มอาเซียน

#### ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ/งานวิจัย

1. ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practice) กับประเทศในกลุ่มอาเซียน
2. มีการศึกษาวิจัยประเมินรูปแบบการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน
3. พัฒนารูปแบบเครือข่ายการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มอาเซียน
4. ศึกษาข้ามวัฒนธรรมเกี่ยวกับรูปแบบการติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน

## บรรณานุกรม

- กนกวรรณ สมรักษ์. 2555. พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารความรู้ทัศนคติและแนวโน้ม พฤติกรรมต่อเรื่องประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC). วิทยานิพนธ์วารสาร ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะวารสาร ศ า ส ต ร์ แ ล ะ ส ี อ ส า ร ม ว ล ช น มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมการแพทย์. 2560. นโยบายการดำเนินงานกรมการแพทย์ ปี 2560 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://2013.157.39.21/dms2559/duties.phd>. สืบค้น 28 มกราคม 2560.
- กองวิจัยตลาดแรงงาน ฝ่ายวิเคราะห์ตลาดแรงงาน. 2553. เจ็อนไขเกี่ยวกับการ เคลื่อนย้ายแรงงานเสรีใน ประชาคมอาเซียน. กรุงเทพฯ: กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2558. *มาตรฐานการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบชุมชนบำบัด และ FAST Model*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- กิตติ ลี้มชัยกิจ. 2551. หนังสือพิมพ์รายปักษ์ บูมเศรษฐกิจ ปีที่ 4 ฉบับที่ 191: วันที่ 16-30 มิถุนายน 2551.
- คณะรัฐมนตรี. 2554. คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีแถลงต่อรัฐสภา วันอังคารที่ 23 สิงหาคม 2554 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: [http://www.sobkroo.com/img\\_news/file/A48906198.pdf](http://www.sobkroo.com/img_news/file/A48906198.pdf). สืบค้น 7 สิงหาคม 2556.
- คม ชัด ลึก. 2554. วิจัยชี้คนไทยรู้เรื่องอาเซียนต่ำ แนะนำสถาบันการศึกษารับมือ (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.news.rmutt.ac.th/archives/11856>. สืบค้น 6 สิงหาคม 2556.
- ความรู้เรื่องอาเซียน (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.เกร็ดความรู้.net/category/aec-asean/>. สืบค้น 1 ตุลาคม 2559.

- คำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดที่ 8/2558 . *เรื่องแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี พ.ศ. 2559* ลงวันที่ 30 กันยายน 2558 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก:  
[http://www.lampang.go.th/public58/plan\\_S\\_59.pdf](http://www.lampang.go.th/public58/plan_S_59.pdf). สืบค้น 29 กันยายน 2559.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. 2548. เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR. *ข่าวสารวิจัยการศึกษา*. 10 (มิถุนายน-กรกฎาคม): 23-30.
- ธัญทิพ บุญเยี่ยม, ทิวาพร ทาวะรัมย์. 2556. *ทัศนคติความสำคัญของภาษาในอาเซียน*. มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ.
- ภชพน เชื่อมทอง. 2556. *การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของนักศึกษา มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารธุรกิจ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.
- วิไล แจ้งบุญ. 2555. *ความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรสายสนับสนุนและช่วยวิชาการสังกัดคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสนเกี่ยวกับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC)*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน.
- วีรากร อุตร์เลิศ. 2555. *การเตรียมความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการก้าวสู่ประชาคมอาเซียน กรณีศึกษา: พื้นที่เทศบาลตำบลบ้านแยง อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริรณภา จันทร์จิระ. 2555. *ความพร้อมของผู้ประกอบอาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดปทุมธานีเพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงานประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน*. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกธุรกิจระหว่างประเทศ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.

ศูนย์สารสนเทศยุทธศาสตร์ภาครัฐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(ม.ป.ป.). การเตรียมความพร้อมของประเทศไทยสู่ประชาคมอาเซียน (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก:  
<http://www.nic.go.th/gsic/uploadfile/ASEAN-Community.pdf>.

สืบค้น 7 สิงหาคม 2556.

ศูนย์สารสนเทศยุทธศาสตร์ภาครัฐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2556. *ยุทธศาสตร์ภาครัฐ* (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <http://www.nic.go.th/>. สืบค้น 5 ตุลาคม 2559.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. 2556. คู่มือการช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดสำหรับประชาชน. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. 2559. สถิติยาเสพติด. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. 2559. *สรุปการประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติครั้งที่ 17 และการประชุมยาเสพติดอาเซียนระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม - 1 มิถุนายน 2559*. ณ ห้องประชุม อิมแพ็คคอนเวนชั่นเซ็นเตอร์เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี.สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมชาติ โตรักษา. 2548. หลักการบริหารโรงพยาบาลภาคที่ 1 หลักการบริหารองค์กรและหน่วยงาน Vol.1. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์ จำกัด.

สันติพจน์ กลับดี. 2558. *ปัญหายาเสพติดในประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน* (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก

[http://www.asean thai.net/ewt\\_news.php?nid=4203&filename=index](http://www.asean thai.net/ewt_news.php?nid=4203&filename=index). สืบค้น 3 ตุลาคม 2559.

สำนักงาน ก.พ..2555. *ก้าวสู่ประชาคมอาเซียน ASEAN 2015*. งานวิเทศสัมพันธ์ หน่วยงาน ASEAN UNIT.




สำนักงาน ป.ป.ส. 2556. ร่างกรอบยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนในปี 2558 (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: [http://www.nccd.go.th/upload/news/1\(77\).pdf](http://www.nccd.go.th/upload/news/1(77).pdf). สืบค้น 7 สิงหาคม 2556.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. 2549. รายงานการวิจัย เรื่อง การวิจัย เปรียบเทียบการปฏิรูปการศึกษาของประเทศไทยในกลุ่มอาเซียน.

สุชาติ ทวีสิทธิ์, มาลี สันสุวรรณ และศุทธิดา ชนวนวัน. (บรรณาธิการ). 2556. ประชากรและสังคมในอาเซียน: ความท้าทายและโอกาส. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

สุวลี ทวีบุตร.(2540). การเปรียบเทียบผลการสร้างฉันทามติและระดับการให้ความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญระหว่างการใช้เทคนิคเดลฟายแบบเดิมและเทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุงที่ใช้ในการประเมินความต้องการจำเป็น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิจัยการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .



ภาคผนวก  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ**  
**เรื่อง “ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์**  
**และทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทย**  
**เพื่อรองรับประชาคมอาเซียน”**

.....

**วัตถุประสงค์**

เพื่อเป็นการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์และทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนในปี 2558 โดยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระจำนวน 6 ข้อ ดังนี้

1. การที่ประเทศไทยจะเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 ท่านคิดว่าทิศทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดของประเทศไทย ควรเป็นอย่างไร และหากจะพัฒนาให้เป็นที่น่าพอใจควรพัฒนาในเรื่องอะไรบ้าง อย่งไร

2. สำหรับความพร้อมของบุคลากรด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 ควรเป็นอย่างไร ในสภาพปัจจุบันท่านคิดว่าความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดเป็นอย่างไร/อยู่ในระดับใด หากต้องการให้บุคลากรมีความพร้อม/ความสามารถดังกล่าวควรต้องดำเนินการอย่างไร หน่วยงาน/ใครควรเป็นผู้ดำเนินการพัฒนาความพร้อม/ความสามารถดังกล่าว

3. บุคลากรด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดควรได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านอะไรบ้าง มีปัจจัย/สาเหตุสำคัญอะไรที่เกี่ยวข้องกับความพร้อม/ความสามารถของบุคลากรด้านยาเสพติดในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

4. ท่านคิดว่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 มีอะไรบ้าง และแนวทางการดำเนินงานลดปัญหาอุปสรรคดังกล่าวควรทำอย่างไร

5. จุดเด่น/จุดด้อยของบุคลากรด้านบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนมีอะไรบ้าง สำหรับจุดด้อยต้องมีการพัฒนาอย่างไร
6. ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการเตรียมความพร้อมบุคลากรด้านการบำบัดรักษายาเสพติดที่จะเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของบุคลากรด้านยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์

แบบสอบถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิค EDFR รอบที่ 2  
เรื่อง ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับ  
ประชาคมอาเซียน

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2

ด้วยกลุ่มงานวิจัยประเมินเทคโนโลยี และจัดการความรู้ สถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดทิศทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทยในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ซึ่งแบบสอบถามฉบับนี้ สร้างขึ้นจากการวิเคราะห์เนื้อหาในรอบที่ 1 ซึ่งข้อความได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับงานยาเสพติด ผู้บริหารในสังกัดกรมการแพทย์ และการระดมสมองจากบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ทั้งในระดับหัวหน้างานและระดับปฏิบัติงานจำนวน 26 คน ร่วมกับการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ทั้งนี้ได้ดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านในรอบที่ 1 แล้วนั้น ในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยขอให้ท่านพิจารณาข้อความตามแบบสอบถามฉบับนี้และกรุณาส่งแบบสอบถามฉบับนี้คืนที่กลุ่มงานวิจัยฯ ภายในวันที่ 18 มีนาคม 2559

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลต่างๆที่ได้จากแบบสอบถามไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในลักษณะภาพรวมเท่านั้น

คณะผู้วิจัย

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

รหัสผู้เชี่ยวชาญ

--	--

### ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** ให้เติมค่าลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ ..... ปี (เกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
3. การศึกษา
  - ต่ำกว่าปริญญาตรี  ปริญญาตรี  ปริญญาโทและสูงกว่า
4. ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่ที่
  - สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
  - โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
  - โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
  - โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
  - โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
  - โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
  - โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
5. ประสบการณ์การทำงานยาเสพติด..... ปี (เกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)

## ส่วนที่ 2 : ทิศทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน คำชี้แจง

1. โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยแต่ละตัวเลขแทนระดับความคิดเห็นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดเป็นคะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 ซึ่งมีความหมายดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ท่านเห็นว่ารายการข้อนั้นเป็นทิศทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่มีความสำคัญในระดับมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ท่านเห็นว่ารายการข้อนั้นเป็นทิศทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่มีความสำคัญในระดับมาก

คะแนน 3 หมายถึง ท่านเห็นว่ารายการข้อนั้นเป็นทิศทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่มีความสำคัญในระดับปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ท่านเห็นว่ารายการข้อนั้นเป็นทิศทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่มีความสำคัญในระดับน้อย

คะแนน 1 หมายถึง ท่านเห็นว่ารายการข้อนั้นเป็นทิศทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่มีความสำคัญในระดับน้อยที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
1.	ศักยภาพบุคลากรด้านการบำบัดรักษายาเสพติด						
	1.1 มีองค์ความรู้ที่ทันสมัยในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด						
	1.1.1 มีใบรับรองแสดงถึงความรู้ ความชำนาญด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจากสถานพยาบาลหรือสถานศึกษาที่ได้รับการรับรองคุณภาพ						
	1.1.2 มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มยาเสพติดที่แพร่ระบาดในประเทศกลุ่มอาเซียน						
	1.1.3 มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการป้องกันและลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)						
	1.1.4 มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้อาหารที่ผิดและทำให้เกิดการเสพติด เช่น แก้วไอ ยาแก้ปวด						
	1.1.5..... .....						
	1.1.6 ..... .....						



ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

**แบบสอบถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิค EDFR รอบที่ 3**  
**เรื่อง ทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับ**  
**ประชาคมอาเซียน**

**คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3**

แบบสอบถามรอบที่ 3 ฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน ซึ่งสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามรอบที่ 2 สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3 ใคร่ขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญในประเด็น ดังนี้

1. จุดมุ่งหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3 มี 2 ประการ คือ

1.1 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับทิศทางการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน โดยท่านสามารถเพิ่มเติมหรือปรับแก้ไขความคิดเห็นจากแบบสอบถามรอบที่ 2 อีกครั้ง ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่รวบรวมจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

1.2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญนำคำตอบที่ได้ให้ความคิดเห็นไว้ในแบบสอบถามรอบที่ 2 มาพิจารณาอีกครั้งว่า **ท่านยังคงต้องการยืนยันความคิดเห็นเดิมหรือเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นใหม่**

2. เมื่อท่านพิจารณาแต่ละข้อความในแบบสอบถามแล้ว ขอความกรุณาให้ท่านโปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยความหมายของระดับความคิดเห็นในมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดเป็นคะแนน 5,4,3,2, และ 1 ซึ่งมีความหมายดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าทิศทางการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนที่จำเป็นต้องมีในระดับมากที่สุด

- คะแนน 4 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าคุณภาพด้านการบำบัดรักษาพยาบาลของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนที่จำเป็นต้องมีในระดับมาก
- คะแนน 3 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าคุณภาพด้านการบำบัดรักษาพยาบาลของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนที่จำเป็นต้องมีในระดับปานกลาง
- คะแนน 2 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าคุณภาพด้านการบำบัดรักษาพยาบาลของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนที่จำเป็นต้องมีในระดับน้อย
- คะแนน 1 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าคุณภาพด้านการบำบัดรักษาพยาบาลของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนที่จำเป็นต้องมีในระดับน้อยที่สุด

3. เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล ขอความกรุณาให้ท่าน **โปรดตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและหากความคิดเห็นของท่านในรอบที่ 3 นี้ อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ซึ่งหมายความว่าความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยใครขอทราบเหตุผลของท่านด้วย เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในงานวิจัยต่อไป**

### คำชี้แจงประกอบค่าที่นำเสนอในแบบสอบถามรอบที่ 3

ค่าที่นำเสนอในแบบสอบถามฉบับนี้ ได้มาจากการนำข้อมูลจากแบบสอบถามรอบที่ 2 มาวิเคราะห์ซึ่งประกอบด้วย

1. ค่าที่เป็นคำตอบของท่านในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ใช้สัญลักษณ์ ●
2. ค่ามัธยฐาน (Median) ซึ่งเป็นความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดจำนวน 22 คน ใช้สัญลักษณ์ ★

ค่ามัธยฐาน (Median) แต่ละระดับ หมายความว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็น  
ว่า ทิศทางการบำบัดรักษาพยาบาลติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคม  
อาเซียนในด้านหรือรายการนั้นเป็นทิศทางที่มีความจำเป็นต้องมีหรือมีความสำคัญใน  
ระดับอย่างน้อยเพียงใด ดังนี้

ค่ามัธยฐาน 4.50-5.00 หมายถึง	ระดับความสำคัญมากที่สุด
ค่ามัธยฐาน 3.50-4.49 หมายถึง	ระดับความสำคัญมาก
ค่ามัธยฐาน 2.50-3.49 หมายถึง	ระดับความสำคัญปานกลาง
ค่ามัธยฐาน 1.50-2.49 หมายถึง	ระดับความสำคัญน้อย
ค่ามัธยฐาน 1.00-1.49 หมายถึง	ระดับความสำคัญน้อยที่สุด

3. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ( $IR = Q_3 - Q_1$ ) เป็นความคิดเห็นของกลุ่ม  
ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 22 คน ใช้แทนด้วยสัญลักษณ์  $\longleftrightarrow$

#### การแปลค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ( $IR = Q_3 - Q_1$ )

ค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 22 คน มี  
ความคิดเห็นต่อข้อความหรือรายการนั้น ๆ สอดคล้องกัน

ค่ามากกว่า 1.50 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 22 คน มีความคิดเห็นต่อ  
ข้อความหรือรายการนั้น ๆ ไม่สอดคล้องกัน

#### การแปลความหมายของพิสัยควอไทล์ ( $IR = Q_3 - Q_1$ )

ในกรณีที่คำตอบของท่านอยู่ในขอบเขต  $\longleftrightarrow$  หมายความว่า ความคิดเห็น  
ของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 22 คน

ในกรณีที่คำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขต  $\longleftrightarrow$  หมายความว่า ความคิดเห็น  
ของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 22 คน

#### หมายเหตุ

กรณีที่ไม่มีเครื่องหมาย ● ในข้อคำถามในแบบสอบถามของท่านแสดงว่าใน  
รอบที่ผ่านมาท่านไม่ได้ให้คำตอบในข้อคำถามนั้น

กรณีที่ไม่มีเครื่องหมาย★ และ↔ ในข้อคำถามในแบบสอบถามของท่านแสดงว่าเป็นข้อคำถามที่เพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ผ่านมา ให้ท่านกรุณาให้ระดับความคิดเห็น โดยทำเครื่องหมาย  ลงในข้อนั้น ๆ ด้วย

### ตัวอย่าง

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ				เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	Md	Q <sub>3</sub>	Q <sub>1</sub>	IR	
1.	มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มยาเสพติดที่แพร่ระบาดในประเทศไทยกลุ่มอาเซียน	★ ↔		● ✓			4.45	4.98	3.93	1.05	
2.	มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวความคิดการป้องกันและลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)	★ ↔			●		4.10	4.50	2.50	2.00	

### การแปลความหมายข้อ 1

1. ค่ามัธยฐาน ★ = 4.45 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นเป็นทิศทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนที่จำเป็นต้องมีในระดับมาก

2. ค่าพิสัยควอไทล์ ( $IR = Q_3 - Q_1$ ) =  $4.98 - 3.93 = 1.05$  หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความ “มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มยาเสพติดที่แพร่ระบาดในประเทศกลุ่มอาเซียน” นั้นมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน

3. เครื่องหมาย ● หมายถึง ระดับความคิดเห็นเดิมของท่านในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ให้ระดับความคิดเห็นเท่ากับ 3

4. ภายหลังจากที่ท่านได้ทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ท่านไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบ โดยยังคงให้ระดับความคิดเห็นเดิมคือ 3 (ตามเครื่องหมาย ✓) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขตค่า  $IR = Q_3 - Q_1$  ในกรณีนี้ผู้วิจัยขอความกรุณาท่าน โปรดให้เหตุผลหรือข้อเสนอแนะประกอบด้วย

### การแปลความหมายข้อ 2

1. ค่ามัธยฐาน = 4.10 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้นเป็นทิศทางด้านการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนที่จำเป็นต้องมีในระดับมาก

2. ค่าพิสัยควอไทล์ ( $IR = Q_3 - Q_1$ ) =  $4.50 - 2.50 = 2.00$  หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความ “มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการป้องกันและลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)” นั้นมีความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน

3. เครื่องหมาย ● หมายถึง ระดับความคิดเห็นเดิมของท่านในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ให้ระดับความคิดเห็นเท่ากับ 2

4. ภายหลังจากที่ท่านได้ทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ท่านได้เปลี่ยนแปลงคำตอบจากระดับความคิดเห็นเดิมคือ 2 เป็นระดับ 4 (ตามเครื่องหมาย ✓) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่า  $IR = Q_3 - Q_1$  ในกรณีนี้ ท่านไม่

จำเป็นต้องให้เหตุผลประกอบ เนื่องจากผลสรุปคำตอบของท่านในรอบนี้มีความสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 22 คน

ข้อมูลที่ได้เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลต่างๆที่ได้จากแบบสอบถามไว้เป็นความลับ และทำการรายงานผลการวิเคราะห์ในลักษณะภาพรวมเท่านั้น

ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

แห่งชาติบรมราชชนนี

โทรศัพท์ 02-5310080-8 ต่อ 492

E-mail: [researchthanyarak@hotmail.com](mailto:researchthanyarak@hotmail.com)

รหัสผู้เชี่ยวชาญ

--	--

**ส่วนที่ 1 : ทิศทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน  
คำชี้แจง**

1. โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยแต่ละตัวเลขแทนระดับความคิดเห็นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดเป็นคะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 ซึ่งมีความหมายดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง ท่านเห็นว่ารายการข้อนั้นเป็นทิศทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่มีความสำคัญในระดับมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ท่านเห็นว่ารายการข้อนั้นเป็นทิศทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่มีความสำคัญในระดับมาก

คะแนน 3 หมายถึง ท่านเห็นว่ารายการข้อนั้นเป็นทิศทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่มีความสำคัญในระดับปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ท่านเห็นว่ารายการข้อนั้นเป็นทิศทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่มีความสำคัญในระดับน้อย

คะแนน 1 หมายถึง ท่านเห็นว่ารายการข้อนั้นเป็นทิศทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่มีความสำคัญในระดับน้อยที่สุด



ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ				ข้อ เสนอ แนะ
		5	4	3	2	1	Md	Q <sub>1</sub>	Q <sub>3</sub>	IR	
1.	ศักยภาพบุคลากรด้านการบำบัดรักษายาเสพติด										
	1.1 มุ่งองค์ความรู้ที่ทันสมัยในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด										
	1.1.1 มีใบรับรอง แสดงถึงความรู้ ความ ชำนาญด้านการ บำบัดรักษาผู้ติดยา เส พ ตี ต จ า ก สถานพยาบาลหรือ สถานศึกษาที่ได้รับ การรับรองคุณภาพ	★ ↔					4.38	3.77	4.72	0.95	
	1.1.2 มีความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้ม ยาเสพติดที่แพร่ระบาด ในประเทศกลุ่ม อาเซียน	★ ↔					4.00	3.41	4.54	1.13	
	1.1.3 มีความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด การป้องกันและ ลดอันตรายจากการใช้ ยาเสพติด (Harm reduction)	★ ↔					4.12	3.40	4.65	1.25	

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ				ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	Md	Q <sub>1</sub>	Q <sub>3</sub>	IR	
	1.1.4 มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้ยาในทางที่ผิดและทำให้เกิดการเสพติด เช่น ยาแก้ไอ ยาแก้ปวด	★ ↔					4.50	4.00	4.75	0.75	
	1.1.5..... ..... ..... .....	★ ↔					4.57	3.80	4.78	0.98	
	1.1.6..... ..... ..... ..... .....	★ ↔					4.54	3.75	4.77	1.02	

**แบบสอบถามการวิจัย**  
**เรื่อง “ความพร้อมของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์**  
**เพื่อรองรับประชาคมอาเซียน”**

**คำชี้แจง**

ด้วยกลุ่มงานวิจัยประเมินเทคโนโลยี และจัดการความรู้ สถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความพร้อมของ บุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์เพื่อรองรับประชาคมอาเซียน” โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อม ปัญหาและอุปสรรคและเสนอแนะแนวทางการ ปฏิบัติของบุคลากรด้านยาเสพติดสังกัดกรมการแพทย์ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ซึ่งผลการวิจัยนี้จะได้นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพ ทักษะความสามารถและ ความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านยาเสพติด สังกัดกรมการแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อม รองรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจากการเปิดประชาคมอาเซียน รวมทั้งเป็นแนวทาง ในการเพิ่มศักยภาพของบุคลากร และองค์กรที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดใน ระดับประเทศให้เป็นมาตรฐานสากล

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการ วิเคราะห์และผลที่ได้จากการศึกษาจะไม่กระทบต่อชื่อเสียงของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ อย่างไม่ใด ดังนั้นกรุณาตอบข้อมูลตามความเป็นจริง ซึ่งแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 : ความพร้อมในการทำงานด้านยาเสพติด จำนวน 41 ข้อ ได้แก่

- ด้านศักยภาพของบุคลากรในการบำบัดรักษายาเสพติดเพื่อการ เข้าสู่ประชาคมอาเซียน จำนวน 20 ข้อ
- ด้านการพัฒนาองค์กรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อการ เข้าสู่ประชาคมอาเซียน จำนวน 12 ข้อ
- ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากล เพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน จำนวน 9 ข้อ

## ส่วนที่ 3 : ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

กลุ่มงานวิจัยประเมินเทคโนโลยีและการจัดการความรู้  
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
โทรศัพท์ 02-5310080-8 ต่อ 492,499

\*\*\*\*\*

สำหรับเจ้าหน้าที่

รหัส ...../.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

ผู้เก็บข้อมูล.....

### ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร

**คำชี้แจง** ให้เติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ  ชาย  หญิง

2. อายุ ..... ปี (เกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)

3. สถานภาพสมรส

โสด  คู่  หม้าย / หย่า / แยก

4. การศึกษา

ต่ำกว่าปริญญาตรี  ปริญญาตรี  ปริญญาโทและสูงกว่า

5. ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่ที่

- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

6. ตำแหน่งงาน  ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำ

พนักงานราชการ  พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

อื่นๆ .....



2.	ท่านมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มยาเสพติดที่แพร่ระบาดในประเทศกลุ่มอาเซียน								
3.	ท่านมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)								
4.	..... ..... .....								
<b>ด้านการพัฒนาองค์กรในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน</b>									
1.	หน่วยงานของท่านมีการเตรียมโครงสร้างการบริหารงานเฉพาะและกำหนดผู้รับผิดชอบงานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียน เช่น ผู้บำบัด ผู้ประสานงาน ฯลฯ								
2.	หน่วยงานของท่านมีบุคลากรที่สามารถสื่อสารกับผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่มอาเซียนโดยใช้ภาษาของแต่ละประเทศได้								

3.	<p>หน่วยงานของท่านมีป้ายหรือสัญลักษณ์ในการติดต่อสื่อสารที่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาที่ใช้ของประเทศกลุ่มอาเซียน          หน่วยงานบริการ เช่น ป้ายชื่อบอกทาง/หน่วยงาน ห้องยา ห้องน้ำ และจุดบริการต่างๆ ฯลฯ</p>								
4.	<p>.....          .....          .....          .....</p>								
	<p><b>ด้านรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่เป็นมาตรฐานสากลเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน</b></p>								
1.	<p>สถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดทุกแห่งได้รับการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพที่ได้มาตรฐานสากล</p>								
2.	<p>หน่วยงานของท่านมีแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) สามารถอ้างอิงได้ เช่น MI , CBT, TC, Matrix ฯลฯ</p>								



3.	<p>หน่วยงานของท่านมีกระบวนการ          บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่          สามารถยืดหยุ่นให้เหมาะสมกับ          ผู้ติดยาเสพติดในประเทศกลุ่ม          อาเซียน เช่น ระยะเวลาบำบัด          การติดตามต่อเนื่อง</p>								
4.	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>								

### ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....