การบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์ที่มีอยู่ในการดูแลผู้ต้องขังคดียาเสพติด

Integrating existing medical rehabilitation measures into the care of drug offenders

ณัฐพงษ์ ปานบุตร
คณะอาชญาวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม มหาวิทยาลัยรังสิต
52/347 เมืองเอก ถนนพหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จังหวัดปทุมธานี 12000

Nuttapong Panboot
Faculty of Criminology and Justice Administration, Rangsit University
52/347 Muang-Ake, Phahonyothin Road, Lak Hok Subdistrict,
Mueang Pathum Thani District, Pathum Thani 12000, Thailand
E-mail: panboot@hotmail.com

ธรรมวิทย์ เทอดอุดมธรรม
คณะอาชญาวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม มหาวิทยาลัยรังสิต
52/347 เมืองเอก ถนนพหลโยธิน
ต.หลักหก อ.เมือง จังหวัดปทุมธานี 12000

Thamavit Terdudomtham
Faculty of Criminology and Justice Administration, Rangsit University,
52/347 Muang-Ake, Phahonyothin Road, Lak Hok Subdistrict,
Mueang Pathum Thani District, Pathum Thani 12000, Thailand
E-mail: thamavit.t@rsu.ac.th

พรรษพร สุวรรณากาศ
คณะอาชญาวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม มหาวิทยาลัยรังสิต
52/347 เมืองเอก ถนนพหลโยธิน
ต.หลักหก อ.เมือง จังหวัดปทุมธานี 12000

Phatsaporn Suwannakart
Faculty of Criminology and Justice Administration, Rangsit University,
52/347 Muang-Ake, Phahonyothin Road, Lak Hok Subdistrict,
Mueang Pathum Thani District, Pathum Thani 12000, Thailand

(Received: 22 October 2025; Revised: 24 December 2025; Accepted: 20 January 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบของการบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์ที่มีอยู่ในการดูแลผู้ต้องขังคดียาเสพติด ศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวกับการบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์ และเสนอแนะแนวทางโดยการบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์เพื่อลดการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องหาคดียาเสพติด จากการศึกษาพบว่า 1) การวางรากฐานการบำบัดเฉพาะราย มุ่งแก้ไขปัญหาผู้ต้องขังคดียาเสพติดในมิติทางชีวภาพและจิตใจ โดยใช้แนวคิด Bio-Psycho-Social Model เป็นหลัก 2) ปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ จำนวนผู้ต้องขังมาก บุคลากรแพทย์และจิตวิทยาไม่เพียงพอ ขาดเครื่องมือประเมินความเสียหายทางสมองที่ทันสมัย การดูแลต่อเนื่องหลังพ้นโทษไม่ชัดเจน ผู้พ้นโทษขาดการติดตามรักษา และการตีตราทางสังคมและการถูกปฏิเสธจากตลาดแรงงาน 3) ความรับผิดชอบและระบบสนับสนุนทางสังคม เน้นการสร้างความยั่งยืนในการลดการกระทำผิดซ้ำผ่าน 3 มิติหลักคือ การมีเจ้าภาพหลักระดับชาติ ร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐและชุมชนดูแลผู้พ้นโทษอย่างน้อย 1 ปี และการลดการตีตราและคุ้มครองการจ้างงาน

คำสำคัญ : การบูรณาการ การฟื้นฟูทางการแพทย์ ยาเสพติด การกระทำผิดซ้ำ/

Abstract

This research aims to study the model of integrating existing medical rehabilitation measures in the care of drug-related offenders, to examine the problems and obstacles related to such integration, and to propose guidelines for integrating medical rehabilitation measures to reduce recidivism among drug offenders. The findings revealed that 1) Foundation of individualized treatment focuses on addressing biological and psychological dimensions of drug offenders by applying the Bio-Psycho-Social Model as the main framework. 2) The problems and obstacles include prison overcrowding, insufficient medical and psychological personnel, a lack of modern tools for assessing drug-related brain damage, unclear continuity of care after release, inadequate post-release treatment follow-up, as well as social stigma and exclusion from the labor market. 3) Social responsibility and support systems emphasize sustainable reduction of recidivism through three main dimensions: establishing a national lead agency, fostering collaboration between government and community to support ex-offenders for at least one year after release, and reducing stigma while protecting employment opportunities.

Keywords : Integration, Medical Rehabilitation, Drug Abuse, Recidivism

บทนำ

ปัญหาด้านอาชญากรรมทั่วโลกกำลังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลทำให้เกิดประชากรผู้ต้องขังโลกจำนวน 11.5 ล้านคนทั่วโลก สูงเป็นประวัติการณ์[1] สำหรับในประเทศไทย สถิติของกรมราชทัณฑ์ ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 รายงานข้อมูลผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม มีจำนวนผู้ต้องราชทัณฑ์ทั้งสิ้น 274,773 ราย แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ 1) ผู้ต้องขัง ได้แก่ นักโทษเด็ดขาด จำนวน 202,556 ราย ผู้ต้องขังระหว่าง จำนวน 69,162 ราย เยาวชนที่ฝากขัง จำนวน 18 ราย 2) ผู้ต้องกักขัง จำนวน 2,952 ราย และ 3) ผู้ต้องกักกัน จำนวน 85 ราย[2] และผู้กระทำผิดซ้ำในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้กระทำผิดในคดียาเสพติด[3] โดยสถิติการกระทำผิดซ้ำย้อนหลัง 5 ปี ผู้ต้องขังที่ได้รับการปล่อยตัว ในปี พ.ศ. 2562 - 2566 และมีการกลับมากระทำความผิดซ้ำภายในระยะเวลา 1 - 3 ปี[4]

ปัญหาการติดยาเสพติด เป็นปัญหาที่สำคัญเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาชญากรรมหลากหลายรูปแบบเพิ่มมากขึ้นส่งผลกระทบต่อครอบครัวสังคมและประเทศไทยมายาวนานและเพิ่มทวีคูณในปัจจุบัน แม้ว่าภาครัฐจะได้ดำเนินมาตรการต่าง ๆ แก้ไขฟื้นฟูซ้ำยังเพิ่มการป้องกันและปราบปราม แต่ยังพบว่า มีการเพิ่มจำนวนผู้ติดยาเสพติดขึ้นทุกปี และมีผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ในห้วงระยะ 9 เดือน (กรกฎาคม 2562 – มีนาคม 2563) โดยนำผู้เสพบำบัด 147,377 คน กลับไปบำบัดซ้ำ 9,142 คน คิดเป็นร้อยละ 6.20 ซึ่งเป็นอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นจนทำให้ผู้คนในสังคมเกิดความกังวลและหวาดกลัวต่อภัยอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากน้ำมือผู้ติดยาเสพติด[5] พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 นับเป็นประมวลกฎหมายลำดับที่ 8 ของประเทศไทยที่ได้รวบรวมเอากฎหมายยาเสพติด ที่เดิมกระจายอยู่ในหลายฉบับ ให้มาอยู่รวมกันเป็นกฎหมายฉบับเดียว ประกอบด้วย 186 มาตรา แบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ภาค ได้แก่ ภาค 1: การป้องกัน ปราบปรามและควบคุมยาเสพติด ภาค 2: การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด และภาค 3: บทกำหนดโทษ ซึ่งบทลงโทษผู้เสพยาเสพติดที่ปรากฏในกฎหมายฉบับนี้ จากที่แต่เดิมกำหนดโทษ

---

[1] Thailand Institute of Justice, *เป้าหมายใช้มาตรการลงโทษแทนการคุมขังไม่คืบ ทั่วโลกเร่งสร้างคุกเพิ่ม รับมือนักโทษล้น (5 สิงหาคม 2568)* Thailand Institute of Justice <https://www.tijthailand.org/th/highlight/detail/detail/summary-gpt-2022>.

[2] กรมราชทัณฑ์, *รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ (ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2567) รายงานสถิติ (รท.102) (5 สิงหาคม 2568)* กรมราชทัณฑ์ <http://www.correct.go.th/rt103pdf/report_result.php?date=2024-08-01&report=>.

[3] สำนักงานกิจการยุติธรรม, *การวิจัยเพื่อแก้ปัญหาการกระทำผิดซ้ำ (5 สิงหาคม 2568)* สำนักงานกิจการยุติธรรม <https://justicechannel.org/watch/research>.

[4] กรมราชทัณฑ์, *สถิติการกระทำความผิดซ้ำของผู้ต้องขัง (ข้อมูล ณ วันที่ 18 พฤศจิกายน 2567) ฐานข้อมูลผู้ต้องขังกระทำผิดซ้ำ (5 สิงหาคม 2568)* กรมราชทัณฑ์ <http://www.correct.go.th/recstats/index.php>.

[5] มติชนออนไลน์, *ป.ป.ส. เผยสถิติ ห้วง 9 เดือน นำผู้เสพบำบัด 147,377 คน (5 สิงหาคม 2568)* มติชนออนไลน์ <https://www.matichon.co.th/local/crime/news_2150234>.

ที่รุนแรงก็มีการปรับใหม่ให้โทษมีความสมเหตุสมผลมากขึ้น โดยเน้นปราบปรามผู้ค้าและขบวนการค้ายาเสพติด อีกทั้งมีการรวบรวมกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้เป็นระบบ อยู่ภายใต้กฎหมายเพียง 2 ฉบับ พร้อมกับประกาศยกเลิกกฎหมายยาเสพติดเดิมทั้งหมด 24 ฉบับ ซึ่งทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและการนำไปปฏิบัติจริง หรือเรียกได้ว่า กฎหมายใหม่นี้จะลดความเป็นอาชญากรรมลงและกำหนดโทษให้ได้สัดส่วนกับความผิดมากกว่าเดิม ซึ่งจะทำให้จำเลยได้รับความเป็นธรรมมากขึ้น ขณะที่ส่วนของการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเข้ามารับผิดชอบแทน[6]

ในปัจจุบัน การฟื้นฟูผู้กระทำความผิดกลายเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของระบบยุติธรรมในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้กระทำความผิดที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือปัญหาการติดยาเสพติด การบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์ในกระบวนการยุติธรรมได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการกระทำผิดซ้ำ การบำบัดรักษาทางการแพทย์ช่วยให้ผู้กระทำความผิดสามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจและร่างกายได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตในสังคม การกระทำความผิดเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกและก่อให้เกิดผลกระทบต่อความสงบเรียบร้อยและความมั่นคงของสังคม รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในหลายประเทศจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนามาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันและลดอัตราการกระทำผิดซ้ำ ซึ่งหนึ่งในมาตรการที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา คือ มาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation Measures)[7]

จากข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 - วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2568 สามารถนำผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู จำนวน 265,377 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 63.37 จากเป้าหมายทั้งปีงบประมาณ 2568 จำนวน 168,178 ราย และนำผู้เสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู จำนวน 37,962 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 42.10 จากเป้าหมายทั้งปีงบประมาณ 2568 จำนวน 15,981 ราย (สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, 2569)[8]

---

[6] สำนักงานอัยการสูงสุด, *พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดียาเสพติด (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564 (5 สิงหาคม 2568)* สำนักงานอัยการสูงสุด <https://www3.ago.go.th/legald/wp-content/uploads/2022/02/v435-_22_11_-2564.pdf>.

[7] Zgoba, K.M., Reeves, R., Tamburello, A., & Debilio, L, Criminal Recidivism in Inmates with Mental Illness and Substance Use Disorders (2024) 48:2 *J Am Acad Psychiatry Law*, 209, 209–221.

[8] สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, *รายงานปีงบประมาณ 2568 (27 ธันวาคม 2568)* สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด <https://antidrug.moph.go.th/report/normal>.

ทั้งนี้ การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดมีพัฒนาการเริ่มต้นจากการฟื้นฟูสภาพการเสพติดในศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติด (Residential treatment centers) ต่อมามีการบูรณาการการบำบัดรักษากับโรงพยาบาล จนเกิดเป็นกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นเตรียมการ 2) ถอนพิษยาหรือบำบัดรักษาด้วยยา 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 4) การติดตามหลังการบำบัดรักษา อย่างไรก็ดีกระบวนการดังกล่าวไม่ถึงกับการเป็นสูตรสำเร็จที่จำเป็นต้องใช้กับผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดทุกราย อีกทั้งผลแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำตามกันมาตามข้อกำหนดของกฎหมาย ทำให้คนเหล่านี้ไม่สามารถกลับคืนสู่สังคมได้เป็นปกติตามที่คาดหวังซ้ำร้ายไปกว่านั้น โอกาสที่คนเหล่านี้จะมีคุณภาพชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไปกลับลดลง เนื่องจากการถูกตีตราและถูกพราก ปัจจัยทางสังคม ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของคนเหล่านี้ที่มีน้อยอยู่แล้วให้น้อยลงไปกว่าเดิม รวมถึง อาจเกิดโรคร่วมทางจิตเวช (Co-Occurring Disorders) ซึ่งในผู้ป่วยสารเสพติดนั้นมีได้มากกว่า 1 โรค โดยหากยิ่งมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชมากจะส่งผลให้การบำบัดสารเสพติดล่าช้า นับว่าเป็นปัญหายุ่งยากซับซ้อนที่สำคัญ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น “Co-Occurring Disorders” มีอาการบางอย่างร่วมกันจนบางครั้งทำให้เกิดความสับสนในการแยกแยะว่าอาการดังกล่าวเกิดจากความผิดปกติทางจิตหรือเป็นอาการที่เกิดจากสารเสพติด ดังนั้น การประเมินผู้เสพสารเสพติดจะต้องค้นหาโรคทางจิตเวชในผู้เสพด้วยเสมอ[9]

สำหรับการฟื้นฟูทางการแพทย์ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในหลายๆ ประเทศได้พัฒนาศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อรองรับความต้องการบริการของผู้ป่วย ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการเจ็บป่วยในแต่ละประเทศ ยกตัวอย่างเช่น The Ottawa Hospital Rehabilitation Centre (TOHRC) เป็นศูนย์เฉพาะทางฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย (Physical Rehabilitation) อยู่ภายใต้การดำเนินงานของ The Ottawa Hospital ประเทศแคนาดา ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถฟื้นหายและกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ โดยให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เน้นการประเมินและการรักษาผู้ที่มีความบกพร่อง อาทิเช่น การรักษาที่ต้องตัดแขนขา อาการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง การบาดเจ็บที่สมองและโรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคปอด อาการปวดเรื้อรัง และความผิดปกติในการสื่อสาร เป็นต้น[10] จากข้อมูลการรายงาน พบว่ามีประชากร 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกได้รับประโยชน์ทางสุขภาพจากการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มมากขึ้น โดยความต้องการในการฟื้นฟูสมรรถภาพแบ่งเป็น 3 ประเภทได้แก่ Occupational therapy (กิจกรรมบำบัด), Physical therapy (กายภาพบำบัด) และ Speech therapy (การบำบัดด้านการพูด) ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ละรูปแบบมีกระบวนการฟื้นฟูที่แตกต่างกัน เพื่อมุ่งหวังผลเดียวกันคือการ

---

[9] กรมสุขภาพจิต, *คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช* (นนทบุรี: กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2564) 12.

[10] รุ่งรัตน์ พละไกร, *การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เส้นทางกลับคืนสู่วิถีชีวิตที่ปกติอย่างมีสุขภาพ (5 สิงหาคม 2568)* ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย <https://tpak.or.th/th/article_print/231>.

ทำให้สุขภาวะของประชากรโลกดีขึ้น ซึ่งในแต่ละแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพมีรายละเอียดการช่วยเหลือที่อยู่ภายใต้ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่ให้บริการทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยมีความแตกต่างกันที่ระยะของการฟื้นฟู ในกรณีที่ฟื้นฟูสมรรถภาพในขณะที่ยังเป็นผู้ป่วย และต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ลักษณะการให้บริการจะเป็นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ และพร้อมที่จะกลับไปรักษาต่อที่บ้านได้ ส่วนในการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก เป็นระยะที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปรักษาต่อที่บ้าน แต่ยังมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพบางส่วนให้สามารถกลับมาใช้งานได้เหมือนปกติ จำเป็นต้องมารับการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นรายครั้ง การบริการลักษณะนี้จะเป็นการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก เน้นการกระตุ้นฟื้นฟูสมรรถภาพครั้งละ 1-2 ชั่วโมง และผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้[11]

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า มาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์ โดยการบำบัดรักษาทางการแพทย์ เช่น การรักษาภาวะการติดยาเสพติด การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการบำบัดสุขภาพจิต มีบทบาทสำคัญในการช่วยผู้กระทำความผิดให้กลับมาเป็นสมาชิกที่มีคุณค่าในสังคมและช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้กระทำความผิด เป็นการลดแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลหันไปกระทำความผิดซ้ำ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่ามาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์สามารถลดอัตราการกระทำผิดซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังคงมีความท้าทายในการนำมาตรการดังกล่าวไปใช้ในเชิงปฏิบัติ ทั้งในด้านทรัพยากรที่จำกัด การขาดความเข้าใจในความซับซ้อนของปัญหา และความแตกต่างในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการฟื้นฟู ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การศึกษามุมมองของผู้เชี่ยวชาญและผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับการบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์เพื่อลดการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องขังคดียาเสพติด โดยศึกษาจากสถานบำบัดฟื้นฟูฯ ที่เป็นสถานที่มีผู้กระทำความผิดด้านยาเสพติดมากที่สุดในประเทศไทย ของระบบต้องโทษ คือ ทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง

วัตถุประสงค์

1. ศึกษารูปแบบของการบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์ที่มีอยู่ในการดูแลผู้ต้องขังคดียาเสพติด ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดการกระทำผิดซ้ำ

2. ศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวกับการบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์เพื่อลดการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องหาคดียาเสพติด

3. เสนอแนะแนวทางโดยการบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์เพื่อลดการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องหาคดียาเสพติด

---

[11] Integris health, *A Guide to Different Types of Rehabilitation Therapy (5 สิงหาคม 2568)* Integris health <https://integrishealth.org/resources/on-your-health/2018/may/a-guide-to-different-types-of-rehabilitation-therapy>.

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

1. วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง ทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง จำนวน 17 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้บริหาร 6 คน ได้แก่ รองอธิบดีกรมราชทัณฑ์ ผู้อำนวยการกองบริการทางการแพทย์ ผู้อำนวยการกองพัฒนาพฤตินิสัย ผู้อำนวยการกลุ่มงานพัฒนาระบบการพัฒนาพฤตินิสัย ผู้อำนวยการทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง และผู้อำนวยการสถานพยาบาลทัณฑสถานบำบัดกลาง 2) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และนักจิตวิทยาคลินิก 3) กลุ่มผู้กระทำความผิดคดียาเสพติด 5 คน

2. วิธีการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเฉพาะกลุ่มเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพที่ต้องการได้ข้อมูลเชิงลึกจากกลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์เฉพาะ จำนวน 6 คน

เกณฑ์การเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจะถูกคัดเลือกให้มีความหลากหลายในแง่ของประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนถึงมุมมองที่หลากหลาย และเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร เพื่อให้สามารถสรุปผลและนำไปใช้พัฒนานโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์ได้

ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิการรักษา หรือสถานะในกระบวนการยุติธรรม หากพบสัญญาณความเสี่ยงทางจิตใจหรืออารมณ์ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลทันที รวมถึงหยุดการให้ข้อมูลเมื่อมีปัจจัยภายนอกที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง ทั้งนี้ ข้อมูลของผู้ที่ถอนตัวจะไม่ถูกนำไปใช้ในการวิจัย และจะถูกลบหรือทำลายทั้งหมดเพื่อคุ้มครองความเป็นส่วนตัวตามหลักการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบ่งออกเป็น 2 ชุดดังต่อไปนี้ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้เชี่ยวชาญในด้านการแพทย์และกระบวนการยุติธรรม และ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้กระทำความผิดคดียาเสพติด

2. การสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาผู้ให้ข้อมูลหลักโดยได้สัมภาษณ์ในประเด็นเรื่องการบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์เพื่อลดการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องขังคดียาเสพติดเพื่อเก็บข้อมูล

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก มีรายละเอียดดังนี้ 1) สร้างคำถามแบบสัมภาษณ์จากการทบทวนวรรณกรรม วัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดของการวิจัย เพื่อทราบข้อมูลมุมมองของผู้เชี่ยวชาญในด้านการแพทย์และกระบวนการยุติธรรม และมุมมองของผู้กระทำความผิดคดียาเสพติดเกี่ยวกับการบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์เพื่อลดการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องขังคดียาเสพติด โดยกำหนดประเด็นคำถาม 4 ประเด็น ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับมุมมอง คำถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค คำถามเกี่ยวกับแนวทางการลดการกระทำผิดซ้ำ และคำถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาการกระทำผิดซ้ำในมิติของการฟื้นฟูทางการแพทย์ 2) นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ 3) นำแนวคำถามแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ จากนั้นนำมาปรับปรุงให้สมบูรณ์ และ4) จัดทำแบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์เพื่อใช้ในการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญต่อไป

2. การสนทนากลุ่ม ได้แก่ 1) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยท่านอื่นๆ และศึกษาจากผลคำตอบของแบบสัมภาษณ์เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสนทนากลุ่ม 2) จัดทำแบบสนทนากลุ่ม โดยกำหนดขอบเขตคำถามให้ครอบคลุมเกี่ยวกับการบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์เพื่อลดการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องขังคดียาเสพติด 3) นำแบบสนทนากลุ่มที่เสร็จแล้วนำมาเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น 4) นำแบบสนทนากลุ่มที่ปรับปรุงแล้ว มานำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และ 5) จัดทำแบบสนทนากลุ่มฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลการวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยใช้ 3 วิธีหลัก ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 45–60 นาทีต่อราย มีการอธิบายวัตถุประสงค์ ขอความยินยอม และบันทึกเสียงก่อนถอดความอย่างละเอียด 2) การสนทนากลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 1–2 ชั่วโมง มีผู้ดำเนินการสนทนาคอยกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างทั่วถึง ข้อมูลจากการสนทนาถูกบันทึก ถอดความ และจัดหมวดหมู่ประเด็นสำคัญ และ 3) การวิเคราะห์เอกสาร วิเคราะห์เอกสาร นโยบาย ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยเปรียบเทียบและเชื่อมโยงกับข้อมูลภาคสนามเพื่อเพิ่มความครบถ้วนของผลการศึกษา

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Data Validation)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เช่น การตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล การใช้แหล่งข้อมูลหลายแหล่ง และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การถอดเสียงและการเตรียมข้อมูล หลังจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ข้อมูลที่ได้รับจะถูกถอดเสียง เพื่อให้เป็นข้อความที่สามารถวิเคราะห์ได้ และตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีข้อผิดพลาด ถูกต้องและครบถ้วน หากพบข้อผิดพลาด ผู้วิจัยจะต้องแก้ไขให้ถูกต้องก่อนเริ่มกระบวนการวิเคราะห์

2. การจัดหมวดหมู่และการเข้ารหัสข้อมูล ข้อมูลที่ถอดเสียงจะถูกอ่านและทำการเข้ารหัสโดยการระบุหัวข้อหรือประเด็นหลัก ๆ ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในข้อมูล ผู้วิจัยจะสร้างชุดคำหรือรหัสที่ใช้แทนหัวข้อเหล่านี้ หลังจากการเข้ารหัส ข้อมูลที่เข้ารหัสแล้วจะถูกจัดหมวดหมู่ตามหัวข้อหรือประเด็นที่คล้ายกัน หมวดหมู่เหล่านี้จะช่วยในการสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงลึก

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก ทำการวิเคราะห์หัวข้อหลัก ๆ ที่เกิดขึ้นในข้อมูล ซึ่งจะถูกสรุปออกมาเป็นหัวข้อหรือประเด็นหลักๆ ที่สะท้อนถึงมุมมองและประสบการณ์ของผู้เข้าร่วม และตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างหัวข้อหรือประเด็นต่าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อการบูรณาการมาตรการฟื้นฟู

4. การวิเคราะห์แบบสามเหลี่ยมข้อมูล เพื่อเพิ่มความเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งและหลายวิธีการในการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และเอกสาร วิธีการนี้จะช่วยลดความเป็นอัตนัยและเพิ่มความถูกต้องของผลการวิเคราะห์

5. การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ ผลการวิเคราะห์จะถูกนำเสนอให้กับผู้ให้ข้อมูลบางส่วนเพื่อยืนยันความถูกต้องของการตีความข้อมูล วิธีนี้จะช่วยให้มั่นใจว่าการวิเคราะห์ของผู้วิจัยสอดคล้องกับประสบการณ์และมุมมองของผู้ให้ข้อมูล และให้ผู้เชี่ยวชาญภายนอกช่วยตรวจสอบและวิจารณ์ผลการวิเคราะห์เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลและผลการวิจัย

การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ซึ่งมีการตรวจสอบข้อมูล ดังนี้ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล โดยตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่ได้มาประกอบด้วย แหล่งเวลา สถานที่ บุคคล ถ้าข้อมูลที่ได้มามีความหมายเหมือนกันจากหลายที่ ถือว่าข้อมูลนั้นเชื่อถือได้ แล้วจึงบันทึกข้อมูลไว้ และ

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการตรวจสอบความถูกต้องด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสังเกต แบบไม่มีส่วนร่วม ร่วมกับการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การจัดการข้อมูลและจริยธรรมการวิจัย

ข้อมูลทั้งหมดถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบและปลอดภัย ข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายหลังสิ้นสุดการวิจัย การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต เลขที่ RSU-ERB2025/136.2705 ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

1. รูปแบบของการบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์ที่มีอยู่ในการดูแลผู้ต้องขังคดียาเสพติด

รูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสูงสุด จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม คือการใช้รูปแบบองค์รวมทางชีว-จิต-สังคม (Bio-Psycho-Social Model) เป็นแกนหลัก ซึ่งมีรากฐานจากการรักษาทางการแพทย์เพื่อปรับสภาพผู้ต้องขังให้คงที่ การดำเนินการดังกล่าวเน้นย้ำถึงความสำคัญของการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะราย (Treatment Differentiation) ตามระดับความเสียหายของสมอง การที่ผลการวิจัยออกมาเช่นนี้มีสาเหตุมาจากการที่การติดยาเสพติดมิใช่ปัญหาเชิงพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว แต่มีรากฐานจากความผิดปกติทางประสาทชีวภาพ เนื่องจากสารเสพติดได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของสมองอย่างถาวร (Neurobiological Change)

ดังนั้น การแก้ไขปัญหาที่ต้นตอจึงจำเป็นต้องเริ่มจากการรักษาทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ต้องขังมีสภาวะทางกายและจิตใจที่พร้อมสำหรับการพัฒนาพฤตินิสัยและการบำบัดทางจิตสังคม (CBT) การแพทย์จึงถือเป็นมาตรการพื้นฐานที่ช่วยแก้ไขความผิดปกติทางสมองและระบบประสาท ทำให้ผู้ต้องขังอยู่ในสภาวะที่พร้อมสำหรับการพัฒนาพฤตินิสัยและการเรียนรู้ทักษะอื่น ๆ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องอย่างยิ่งกับแนวคิดสากลหลายประการ ซึ่งรวมถึงแบบจำลองโรคเรื้อรังทางสมอง (Chronic Brain Disease Model) ซึ่งมองว่าการติดยาเสพติดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง มิใช่ความล้มเหลวทางศีลธรรมหรืออาชญากรรมเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ การเน้นการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยยังสอดคล้องกับหลักการ การวางแผนการรักษา (Treatment Planning) ที่มีประสิทธิภาพ

ความสำเร็จของการบำบัดขึ้นอยู่กับการเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับความต้องการและความรุนแรงของแต่ละบุคคล การที่ผู้ให้บริการมีการใช้แผนการรักษาที่ระบุเป้าหมายและวิธีปฏิบัติอย่าง

ชัดเจน ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดความเสี่ยงในการกลับไปเสพซ้ำได้ ยิ่งไปกว่านั้น แนวคิดนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ (Biomedical model) และทฤษฎี Medical model ซึ่งเชื่อว่าปัญหาทางสุขภาพจิตเกิดจากความผิดปกติทางชีวภาพที่สามารถรักษาได้ผ่านการแพทย์และยา การบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์จึงเป็นการตอบสนองต่อรากเหง้าที่แท้จริงของปัญหาการเสพติด ซึ่งเป็นโรคที่ส่งผลต่อสมองและระบบประสาท การที่ผู้ต้องขังมีร่างกายและจิตใจที่พร้อมจะช่วยให้เขาสามารถเข้าสู่กระบวนการพัฒนาพฤตินิสัยอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการแพทย์จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการปรับสภาพร่างกายและจิตใจเบื้องต้น เพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจสำหรับการเปลี่ยนแปลง

ความแตกต่างของผู้ต้องขังคดียาเสพติดและความเหมาะสมของการฟื้นฟู พบว่า ผู้ต้องขังคดียาเสพติดไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวกัน แต่ประกอบด้วยผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด ผู้ค้ารายย่อย ผู้ค้ารายใหญ่ และผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตหรือสมองจากการใช้ยาเสพติดเป็นเวลานาน ความแตกต่างดังกล่าวส่งผลให้ความต้องการในการฟื้นฟูมีความหลากหลาย การใช้รูปแบบการฟื้นฟูเดียวกันกับผู้ต้องขังทุกกลุ่มจึงไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับแนวคิด Risk–Need–Responsivity (RNR Model) ที่เสนอว่าการแก้ไขฟื้นฟูจะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อสอดคล้องกับระดับความเสี่ยง ความต้องการจำเป็น และความสามารถในการตอบสนองของผู้กระทำผิดแต่ละราย นอกจากนี้ กรณีผู้ต้องขังที่มีความเสียหายทางสมองหรือความบกพร่องด้านการรู้คิด ยังสะท้อนความจำเป็นในการนำองค์ความรู้ด้านประสาทจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์มาประยุกต์ใช้ ซึ่งเกินขอบเขตของ Medical Model แบบดั้งเดิม และต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. สภาพปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวกับการบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์เพื่อลดการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องหาคดียาเสพติด

อุปสรรคที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญระบุถึง โดยเฉพาะความไม่ต่อเนื่องของการดูแลหลังพ้นโทษ และปัญหาการตีตราทางสังคม ถือเป็นปัจจัยลบล้างความสำเร็จของการบำบัดในเรือนจำอย่างชัดเจน การอภิปรายผลพบว่า

1) ความล้มเหลวของความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of Care) ความล้มเหลวของความต่อเนื่องของการดูแลถือเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด แม้ว่าการบำบัดในเรือนจำจะช่วยให้ผู้ต้องขังมีอาการคงที่และร่างกายปลอดจากยาเสพติด แต่เมื่อพ้นโทษ ระบบการส่งต่อการดูแลสุขภาพจิตและสังคมกลับขาดความชัดเจน ทำให้เกิดภาวะการปล่อยปละละเลย (Neglect) ซึ่งเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่ต้องใช้ยาประคับประคองไปทั้งชีวิต ภาวะนี้เกิดขึ้นเนื่องจากขาดการเชื่อมโยงอย่างชัดเจนระหว่างหน่วยงานยุติธรรมและหน่วยงานสาธารณสุข

หลังพ้นโทษ ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความล้มเหลวในการบรรลุตามหลักการการป้องกันปฐมภูมิของความผิดปกติทางจิตเวช (Primary Prevention of Psychiatric Disorders)

2) อิทธิพลของทฤษฎีการตีตรา (Labeling Theory) ปัญหาการตีตราทางสังคมถูกระบุจากทุกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยเฉพาะผู้ต้องขังและนักสังคมสงเคราะห์ ว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุด การที่ผู้พ้นโทษถูกสังคมปฏิเสธโอกาสทางเศรษฐกิจและการจ้างงาน ทำให้เกิดความรู้สึกไร้ค่าและสิ้นหวัง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การกลับไปใช้ยาเสพติดเพื่อหลีกหนีความจริง และกระทำผิดซ้ำในที่สุด อุปสรรคนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการตีตรา (Labeling Theory) ซึ่งอธิบายว่า การประทับตราว่าผู้ต้องขังเป็นอาชญากร อาจผลักดันให้พวกเขากระทำผิดซ้ำ ผลการอภิปรายชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยป้องกันการกระทำผิดซ้ำที่ทรงพลังกว่าการลงโทษหรือการบำบัดทางกายภาพเพียงอย่างเดียว

3) อุปสรรคด้านการประเมินและการขาดความสอดคล้องกับหลักการสากล นอกจากปัญหาเชิงระบบภายนอกแล้ว การขาดเครื่องมือประเมินที่แม่นยำภายในระบบราชทัณฑ์ยังเป็นอุปสรรคสำคัญ การขาดเครื่องมือประเมินนี้ขัดแย้งกับหลักการสากลของระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ ที่เน้นการให้การรักษาตามความจำเป็นของสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การขาดแคลนทรัพยากรและเครื่องมือประเมินความเสียหายของสมองอย่างแม่นยำ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจำแนกกลุ่มและการรักษาเฉพาะราย ซึ่งเป็นความล้มเหลวที่เกิดจากการไม่สามารถปฏิบัติตามหลักการสากลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความล้มเหลวในการบรรลุตามหลักการ การป้องกันปฐมภูมิของความผิดปกติทางจิตเวช (Primary Prevention of Psychiatric Disorders) ซึ่งเน้นว่าการจัดการปัญหาสุขภาพจิตต้องเริ่มจากหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง ยิ่งไปกว่านั้น การขาดเครื่องมือประเมินที่แม่นยำยังขัดแย้งกับหลักการสากลของ ระบบสุขภาพที่มีคุณภาพที่เน้นการให้การรักษาตามความจำเป็นของสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

3. แนวทางโดยการบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์เพื่อลดการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องหาคดียาเสพติด

แนวทางการแก้ไขปัญหาที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเสนอ เน้นการยกวาระนี้ให้เป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลในระดับชาติ ซึ่งเป็นการเรียกร้องให้เกิดการปฏิรูปเชิงระบบ (Systemic Reform) ที่ไม่จำกัดอยู่แค่ในกระทรวงยุติธรรมอีกต่อไป การอภิปรายสนับสนุนแนวคิดเรื่องการมีเจ้าภาพหลัก (Accountability) ที่ชัดเจน โดยเฉพาะการให้กระทรวงสาธารณสุข เข้ามามีบทบาทนำในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ การจัดทำโปรแกรมการทดลองใช้ชีวิตภายนอก (Pre-release Program) และการผลักดันกฎหมายคุ้มครองการจ้างงานถือเป็นข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับหลักอาชญาวิทยาเชิงป้องกัน (Preventive Criminology) ซึ่งเน้นการปรับสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เป็นปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จในการกลับคืนสู่สังคม (Social Reintegration) มากกว่าการเน้นการควบคุมแต่เพียงอย่างเดียว ข้อเสนอแนะเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาต้องอาศัยการปฏิรูปเชิงโครงสร้าง (Structural Reform) ที่ต้องอาศัยอำนาจของรัฐบาลกลางในการจัดสรรงบประมาณและกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของหน่วยงานที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการบูรณาการความรับผิดชอบ (Integrated Accountability) ที่ครอบคลุมทุกมิติทางชีว-จิต-สังคมของผู้พ้นโทษ แนวทางนี้สอดคล้องกับหลักการการคืนสู่สังคม (Social Reintegration) และการป้องกันอาชญากรรม ซึ่งไม่สามารถเกิดขึ้นได้ด้วยการแก้ไขรายบุคคล แต่ต้องอาศัยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ การเรียกร้องให้รัฐบาลกำหนดนโยบายเฉพาะจึงเป็นไปตามหลักการจัดการอาชญากรรมไร้เหยื่อ ที่รัฐต้องเข้ามากำกับดูแลและจัดระบบการดูแลผู้ที่ถูกทำลายโดยยาเสพติดอย่างเป็นรูปธรรม

บทสรุป

แนวทางโดยการบูรณาการมาตรการฟื้นฟูทางการแพทย์เพื่อลดการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องหาคดียาเสพติด

1. การวางรากฐานการบำบัดเฉพาะราย มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาทางประสาทชีวภาพและจิตใจของผู้ต้องขังตั้งแต่ในระบบควบคุม โดยใช้รูปแบบการบำบัดแบบองค์รวมทางชีว-จิต-สังคมเป็นแกนหลัก ดังนี้

1) การคัดกรองทางวิทยาศาสตร์และการจำแนกกลุ่มที่แม่นยำ ดำเนินการจำแนกกลุ่มผู้ต้องขังตามประเภทความเสี่ยง (ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด ผู้ค้า) และระดับความรุนแรงของปัญหาอย่างชัดเจน พร้อมทั้งต้องมีการจัดหาเครื่องมือสกรีนที่ชัดเจนและบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินความเสียหายของสมองจากยาเสพติดอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสพติดเรื้อรัง

2) โปรแกรมการรักษาที่แตกต่างกัน (Treatment Differentiation) ใช้รูปแบบการบำบัดแบบองค์รวม (Bio-Psycho-Social Model) ที่ผสานการรักษาทางการแพทย์ (เช่น การให้ยาประคับประคองและการล้างพิษ) เข้ากับการบำบัดทางจิตสังคม (Cognitive Behavioral Therapy) อย่างเป็นระบบ การบำบัดนี้มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเอง (Self-Control) ควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์

2. กลไกการเชื่อมต่อและการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีเป้าหมายเพื่อเตรียมผู้ต้องขังให้พร้อมสำหรับการกลับสู่สังคมภายนอกและต่อต้านปัจจัยกระตุ้นการเสพซ้ำที่มาจากปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

1) การฝึกทักษะและอาชีพที่สอดคล้องกับตลาดแรงงาน จัดให้มีการฝึกวิชาชีพที่ตลาดแรงงานต้องการอย่างแท้จริง ควบคู่กับการให้ความรู้ด้านการประกอบอาชีพอิสระ เพื่อให้ผู้พ้นโทษมีรายได้ที่สามารถเลี้ยงตนเองได้อย่างเพียงพอ

2) การทดลองใช้ชีวิตจริง ควรจัดตั้งโปรแกรมการทดลองออกไปฝึกงานภายนอกในลักษณะกึ่งเรือนจำกึ่งสังคม (กึ่งควบคุม) เพื่อให้ผู้ต้องขังได้เรียนรู้การปรับตัวเข้าสู่สังคมจริงภายใต้การกำกับดูแลอย่างต่อเนื่องก่อนพ้นโทษ

3) การสนับสนุนทางเศรษฐกิจและเงินทุนตั้งตัว จัดให้มีเงินทุนประกอบอาชีพ และการจัดหางานรองรับทันทีเมื่อพ้นโทษ เพื่อแก้ปัญหาความว่างงานและความรู้สึกไร้คุณค่า ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลับไปใช้ยา

3. ความรับผิดชอบและระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยชี้ขาดความยั่งยืนในการลดการกระทำผิดซ้ำ โดยเรียกร้องให้เกิดการปฏิรูปเชิงโครงสร้างและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภายนอกอย่างชัดเจน ดังนี้

1) การโอนความรับผิดชอบระดับชาติและการมีเจ้าภาพหลัก รัฐบาลควรยกระดับปัญหานี้เป็นวาระแห่งชาติ และกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลักในการรับช่วงต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความรุนแรงสูงอย่างต่อเนื่องหลังพ้นโทษโดยเฉพาะ เพื่อมิให้เกิดการละเลยในชุมชน

2) ระบบติดตามดูแลต่อเนื่องหลังพ้นโทษ กำหนดให้มีกระบวนการติดตามดูแลและคุมประพฤติอย่างต่อเนื่อง โดยมอบหมายให้หน่วยงานภายนอก (เช่น กรมคุมประพฤติ กระทรวงสาธารณสุข พม. อาสาสมัครในชุมชน) เข้ามารับผิดชอบหลักในการตรวจสอบและให้ความช่วยเหลือหลังปล่อยตัวเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี

3) การลดการตีตราทางสังคมและการคุ้มครองการจ้างงาน จัดกิจกรรมรณรงค์ให้สังคมมองผู้เสพเป็นผู้ป่วยที่ต้องการโอกาส พร้อมทั้งพิจารณามาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิในการจ้างงาน และให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมรับผิดชอบอย่างจริงจัง นอกจากนี้ ควรมีการจัดตั้งศูนย์พักพิงหรือเครือข่ายช่วยเหลือสำหรับผู้ที่ไม่มีครอบครัวให้การสนับสนุน เพื่อให้ผู้พ้นโทษมีที่ยืนในสังคมและไม่หวนกลับไปสู่สิ่งแวดล้อมเดิมที่เสี่ยง

บรรณานุกรม

กรมราชทัณฑ์, *รายงานสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศ (ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2567) รายงานสถิติ (รท.102)/* (5 สิงหาคม 2568) กรมราชทัณฑ์ <http://www.correct.go.th/rt103pdf/report_result.php?date=2024-08-01&report=>.

กรมราชทัณฑ์, *สถิติการกระทำความผิดซ้ำของผู้ต้องขัง (ข้อมูล ณ วันที่ 18 พฤศจิกายน 2567) ฐานข้อมูลผู้ต้องขังกระทำผิดซ้ำ* (5 สิงหาคม 2568) กรมราชทัณฑ์ <http://www.correct.go.th/recstats/index.php>.

กรมสุขภาพจิต, *คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช* (นนทบุรี: กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2564).

มติชนออนไลน์, *ป.ป.ส. เผยสถิติ ห้วง 9 เดือน นำผู้เสพบำบัด 147,377 คน* (5 สิงหาคม 2568) มติชนออนไลน์ <https://www.matichon.co.th/local/crime/news_2150234>.

รุ่งรัตน์ พละไกร, *การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เส้นทางกลับคืนสู่วิถีชีวิตที่ปกติอย่างมีสุขภาพ* (5 สิงหาคม 2568) ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย <https://tpak.or.th/th/article_print/231>.

สำนักงานกิจการยุติธรรม, *การวิจัยเพื่อแก้ปัญหาการกระทำผิดซ้ำ* (5 สิงหาคม 2568) สำนักงานกิจการยุติธรรม <https://justicechannel.org/watch/research>.

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, *รายงานปีงบประมาณ 2568* (27 ธันวาคม 2568) สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด <https://antidrug.moph.go.th/report/normal>.

สำนักงานอัยการสูงสุด, *พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดียาเสพติด (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564* (5 สิงหาคม 2568) สำนักงานอัยการสูงสุด <https://www3.ago.go.th/legald/wp-content/uploads/2022/02/v435-_22_11_-2564.pdf>.

Integris health, *A Guide to Different Types of Rehabilitation Therapy* (5 สิงหาคม 2568) Integris health <https://integrishealth.org/resources/on-your-health/2018/may/a-guide-to-different-types-of-rehabilitation-therapy>.

Thailand Institute of Justice, *เป้าหมายใช้มาตรการลงโทษแทนการคุมขังไม่คืบ ทั่วโลกเร่งสร้างคุกเพิ่มรับมือนักโทษล้น* (5 สิงหาคม 2568) Thailand Institute of Justice <https://www.tijthailand.org/ th/highlight/detail/detail/summary-gpt-2022>.

Zgoba, K.M., Reeves, R., Tamburello, A., & Debilio, L, "Criminal Recidivism in Inmates with Mental Illness and Substance Use Disorders" (2024) 48:2 *J Am Acad Psychiatry Law*.

