

แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย : กรณีศึกษา
แนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธร ภาค ๔ และ
ภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหายาผู้ป่วยจิตเวชอัน
เนื่องมาจาก การใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

โดย

พลตำรวจตรี ณัฐนนท์ ประชุม
ผู้บังคับการสืบสวนสอบสวน
ตำรวจภูธรภาค ๔
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ ๖๕
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

หนังสือรับรอง

วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ ได้อนุมัติให้เอกสารวิจัยส่วนบุคคล เรื่อง “แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย : กรณีศึกษา แนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธร ภาค ๔ และภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจาก การใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน” ลักษณะวิชา การทหาร ของ พลตำรวจตรี ธีรนนท์ ประชุม เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ ๖๕ ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

พลโท

(ชาติชาย ชัยเกษม)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ

บทคัดย่อ

เรื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย : กรณีศึกษาแนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหายาเสพติดผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจาก การใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

ลักษณะวิชา การทหาร

ผู้วิจัย พลตำรวจตรี ญัฐนนท์ ประชุม

นักศึกษา วปอ. รุ่นที่ ๖๕

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) ศึกษาการดำเนินการของตำรวจภูธรภาค ๔ ในความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ๒) ศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหายาเสพติดผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน และ ๓) เสนอแนะแนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการ วิจัย คือ เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานของรัฐ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและผู้ปกครองหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช จำนวน ๒๐ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการจัดสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การดำเนินงานของตำรวจภูธรภาค ๔ ในความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย มีความร่วมมือแบบเป็นทางการ (Formal Type) ตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือ (MOU) ซึ่งมีรูปแบบการบริหารจัดการบนแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองโดยเครือข่าย (Network Governance) และแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน (Collaborative Governance) ซึ่งสภาพปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหายา ได้แก่ ๑) ความเข้าใจนิยามผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะอันตรายคลาดเคลื่อนกัน ๒) ตัวผู้ป่วยครอบครัวและชุมชน ๓) รอยต่อระหว่างขั้นตอนการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย รอยต่อขั้นการนำส่งและขั้นการบำบัดรักษา ได้แก่ ปัญหาการหาสถานที่นำส่งผู้ป่วยเข้าควบคุม และบำบัดรักษาผู้ป่วย ความไม่พร้อมของสถานที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ รอยต่อขั้นการบำบัดรักษาและขั้นการจำหน่าย ได้แก่ ปัญหาการขาดสถานที่ เตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลอภัยภูธร ที่ขาดงบประมาณและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ และ ปัญหาการไม่มีสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพรองรับผู้ป่วยภายหลังจากการได้รับการบำบัดรักษาแล้ว

แนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเสนอ ๑) แนวคิดการจัดตั้งจุดพักคอยหรือศูนย์ CI (Community Isolation) เพื่อเป็นสถานที่รองรับผู้ป่วยหลังจากการจับกุมหรือควบคุมและรอให้แพทย์วินิจฉัยให้การรักษาหรือรอรับยาและเป็นที่พักคอยระหว่างรอเตียงว่างหรือรอทางโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลอภัยภูธรเตรียมความพร้อมการรักษา ๒) แนวคิดการดำเนินศูนย์ “มินิอภัยภูธร” ซึ่งมีลักษณะเป็นการเพิ่มและกระจายการบริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชไปยังโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นการยกระดับการบริการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้ง่ายขึ้น และเป็นการสร้างความร่วมมือให้คนในชุมชนดูแลตนเองซึ่งสามารถใช้ทดแทนศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชของกระทรวงมหาดไทย

Abstract

Title Principle for Solving Drug Problems in Thailand: A Case Study of Development Guidelines for Cooperation between Provincial Police Region 4 and Network Partners in Observing and Solving Problems of Psychiatric Patients Caused by the Use of Violent Drugs in the Community

Field Military

Name Pol. Maj. Gen. Natthanon Prachum **Course** NDC **Class** 65

The objectives of this research are 1) to study the operation of the Provincial Police Region 4 in cooperation with network partners in the surveillance and problem solving of caused by the use of violent drugs in the community, 2) to study the problems and obstacles in monitoring and solving the problems of psychiatric patients caused by the use of violent drugs in the community, 3) to provide guidances of the coordinates in the actions of relevant agencies in surveillance and correction of the psychiatric patients due to the use of drugs causing violence in the community. The sample group used in this research were officials from government agencies, relevant network partners, parents or family members of psychiatric patients, totaling 20 people. The research tools were in-depth interviews and group discussions to analyzed qualidative data using content analysis techniques.

The results of the research revealed that the operation of the Provincial Police Region 4 in cooperation with network partners is a formal type of cooperation, according to the Memorandum of Understanding on Cooperation (MOU), which has a management model based on the concept of The Network Governance and The Collaborative Governance. It can be clearly seen that problems and obstacles in monitoring and solving are: 1) misunderstanding in definitions of psychiatric patients with dangerous conditions 2) patients, families and communities 3) boundaries between operational procedures, consisting of traces to the delivery and treatment stages, i.e. the problem of finding a place to bring patients for controlling and treating patients, unavailability of public health officer and the connection between the treatment stage and the distribution stage including the problem of lacking a place, beds for patients in psychiatric hospitals or Thanyarak

hospital, lacking of budget and insufficient operational staff, and the problem of not having a rehabilitation facility to accommodate patients after receiving treatment.

Guidelines for Coordinating Practices of Related Agencies, researcher proposes 1) The concept of establishing a waiting point or Community Isolation Center (CI) to receive patients after arrest or restraint and wait for the doctor to diagnose, treat, receive medication and waiting for an empty bed, or the psychiatric hospital either of Thanyarak Hospital to prepare for treatment. 2) "Mini Thanyarak" project, which is characterized by increasing and distributing psychiatric treatment services to community hospitals, in according to raise the level of service for patients to access services more effortlessly, create cooperation for people in the community to take care of themselves, which can replace the Ministry of Interior's psychiatric rehabilitation center.

คำนำ

เอกสารวิจัยส่วนบุคคลเรื่อง “แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย : กรณีศึกษาแนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน” เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ ๖๕ ผู้วิจัยต้องการทราบถึงสภาพปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการของตำรวจภูธรภาค ๔ ในความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย และเสนอแนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ในมิติของการบริหารจัดการและดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งผลงานวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของการปฏิบัติงานร่วมกันของหน่วยงานภายใต้บันทึกข้อตกลง และผู้วิจัยได้เสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาดังกล่าวเพื่อเป็นการพัฒนาความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแสดงข้อเสนอแนะการพัฒนาความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทั้งเชิงนโยบายและเชิงการปฏิบัติงาน งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ซึ่งเป็นเขตพื้นที่รับผิดชอบของตำรวจภูธรภาค ๔ ผู้วิจัยหวังว่าผลการวิจัยที่ได้ศึกษาจะเป็นประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน และเป็นอีกหนึ่งการแนวทางในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย

พลตำรวจตรี

(ณัฐนนท์ ประชุม)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ ๖๕

ผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารวิจัยส่วนบุคคลเรื่อง “แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย : กรณีศึกษาแนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหายาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน” เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ ๖๕ ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักรที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณาจารย์ และบุคลากรต่าง ๆ ในวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักรที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการจัดทำเอกสารวิจัยส่วนบุคคลให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณเจ้าของเอกสารและงานวิจัยทุกท่านที่ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าและได้นำมาอ้างอิงใน การทำวิจัย ตลอดจนผู้ที่ให้ข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน จนกระทั่งงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงครบถ้วนสมบูรณ์

พลตำรวจตรี

(ณัฐนนท์ ประชุม)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ ๖๕

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
คำนำ	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญแผนภาพ	ช
บทที่ ๑ บทนำ	๑
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๔
ขอบเขตของการวิจัย	๔
วิธีดำเนินการวิจัย	๕
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	๗
คำจำกัดความ	๗
บทที่ ๒ การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๙
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด	๙
แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	๑๕
แนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ด้านความมั่นคง	๑๘
แนวคิดเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านการป้องกัน	
และปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕	๒๐
แนวคิดนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปราม	
และแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)	๒๒
แนวคิดเกี่ยวกับบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกันเฝ้าระวัง	
และแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีอาชญากรรมทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด	
ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕	๒๖
แนวคิดเกี่ยวกับภารกิจของตำรวจภูธรภาค ๔ ในการป้องกัน	
และแก้ไขปัญหายาเสพติด	๒๙
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาความร่วมมือ	๓๕
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๕๔
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๖๓
กรอบแนวคิดของการวิจัย	๗๑

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย	๗๒
การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย	๗๒
ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	๗๓
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	๗๔
การวิเคราะห์ข้อมูล	๗๕
บทที่ ๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	๗๖
การดำเนินการของตำราจรรยาบรรณ ๔ ในความร่วมมือกับ กองทัพอากาศที่ ๒	
และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวช	
อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน	๗๖
สภาพปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวช	
อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน	๘๖
แนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและ	
แก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน	๙๑
บทที่ ๕ สรุปและข้อเสนอแนะ	๑๐๓
สรุป	๑๐๓
ข้อเสนอแนะ	๑๐๗
บรรณานุกรม	๑๑๐
ภาคผนวก	๑๑๕
ผนวก ก แบบสัมภาษณ์	๑๑๖
ผนวก ข รายนามผู้ให้สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interviews)	๑๑๙
ผนวก ค รายนามผู้ร่วมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)	๑๒๑
ผนวก ง ภาพการจัดกระบวนการสนทนากลุ่ม	๑๒๓
ประวัติย่อผู้วิจัย	๑๒๘

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
๑ - ๑ แสดงข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีอาการทางจิตประสาทจากยาเสพติดในระบบ CRIMES ของตำรวจภูธรภาค ๔	๒
๒ - ๑ แสดงกระบวนการของโครงการ “นาคาพิทักษ์ รักษาประชา” (๑ ทีมผู้พิทักษ์ ๑ ผู้ป่วยจิตเวช) ตำรวจภูธรภาค ๔	๓๕
๒ - ๒ แสดงตัวแบบกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน	๕๑
๒ - ๓ แสดงแนวทางการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตาม	๕๗
๒ - ๔ แสดงแผนภูมิการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดตาม “ประมวลกฎหมายยาเสพติด”	๕๙
๔ - ๑ ลักษณะการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุ รุนแรงในชุมชนในปัจจุบัน	๑๐๐
๕ - ๑ ลักษณะการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุ รุนแรงในชุมชนในปัจจุบัน	๑๐๖

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่ประเทศไทยและทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบันก่อความเสียหายทั้งแก่ตัวผู้เสพ ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ รัฐบาลได้ตระหนักถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและได้กำหนดนโยบายเร่งด่วนเพื่อจะลดการระบาดและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการร่วมกันแก้ไขปัญหารวมทั้งการใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเฉียบขาดกับผู้กระทำความผิด แต่สถานการณ์ปัญหายาเสพติดยังคงมีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางและทวีความรุนแรงมากขึ้น อีกทั้งมีการลักลอบนำยาเสพติดเข้าประเทศเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ยาเสพติดกระจายไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศ และด้วยราคายาเสพติดที่มีราคาถูกลง ส่งผลให้มีการแพร่ระบาดขยายฐานจากกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ผู้ชักรถยนต์ และเกษตรกร ไปสู่กลุ่มผู้ว่างงานและกลุ่มนักเรียน นักศึกษา ทำให้มีผู้เสพยาใหม่เข้าสู่วงจรยาเสพติด และเมื่อมีการใช้ยาเสพติดมาเป็นเวลานาน หรือจำนวนที่มาก จะมีการป่วยทำให้เกิดประสาทหลอนถึงขั้นกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวช เช่น เป็นโรคจิต หวาดระแวง อารมณ์หงุดหงิด ภาวะสมองเสื่อม ประสาทหลอนเรื้อรัง ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น (เจษฎา โชคดำรงสุข, ๒๕๕๙ อ้างถึงใน อนุศักดิ์ ศักดาวัชรานนท์, ๒๕๖๕ : ๓๖) ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิต ร่างกาย และทรัพย์สินของคนใกล้ชิดและคนทั่วไป ดังที่ปรากฏตามข่าวสารทางสื่อแขนงต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัญหาที่บั่นทอนเสถียรภาพของประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

ตำรวจภูธรภาค ๔ เป็นหน่วยงานระดับกองบัญชาการในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ ๑๒ จังหวัด ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น นครพนม บึงกาฬ มหาสารคาม มุกดาหาร ร้อยเอ็ด เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี ส่วนกองทัพนครที่ ๒ เป็นหน่วยงานในสังกัดของกองทัพบก มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด ซึ่งตำรวจภูธรภาค ๔ และกองทัพนครที่ ๒ เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ และภารกิจโดยตรงในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของยาเสพติด ซึ่งตำรวจภูธรภาค ๔ และกองทัพนครที่ ๒ ได้ดำเนินการตามมาตรการต่าง ๆ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของยาเสพติดทั้งมาตรการป้องกันปราบปราม ตลอดจนการบำบัดฟื้นฟูผู้กระทำผิด แต่ปัจจุบันพบว่า ในพื้นที่รับผิดชอบของตำรวจภูธรภาค ๔ มีจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทจากยาเสพติด ปรากฏตามข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีอาการทางจิตประสาทจากยาเสพติดในระบบ CRIMES ของตำรวจภูธรภาค ๔ ดังแผนภาพที่ ๑ - ๑

แผนภาพที่ ๑ - ๑ แสดงข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีอาการทางจิตประสาทจากยาเสพติดในระบบ CRIMES ของตำรวจภูธรภาค ๔

ภ.จว.	ผู้ป่วยจิตเวช				ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทจากยาเสพติด				รวม
	เฝ้าระวังสูงสุด	เฝ้าระวังสูง	เฝ้าระวัง	รวม	เฝ้าระวังสูงสุด	เฝ้าระวังสูง	เฝ้าระวัง	รวม	
ภ.จว.กาฬสินธุ์	14	30	126	170	368	905	1,070	2,343	2,513
ภ.จว.ขอนแก่น	92	237	858	1,187	296	720	850	1,866	3,053
ภ.จว.นครพนม	268	548	1,603	2,419	310	284	837	1,431	3,850
ภ.จว.บึงกาฬ	76	327	519	922	58	160	247	465	1,387
ภ.จว.มหาสารคาม	179	213	494	886	121	187	217	525	1,411
ภ.จว.มุกดาหาร	55	50	333	438	95	132	313	540	978
ภ.จว.ร้อยเอ็ด	86	426	523	1,035	109	311	379	799	1,834
ภ.จว.เลย	17	142	251	410	230	686	445	1,361	1,771
ภ.จว.สกลนคร	145	395	1,054	1,594	57	154	423	634	2,228
ภ.จว.หนองคาย	72	376	1,087	1,535	96	235	447	778	2,313
ภ.จว.หนองบัวลำภู	48	32	313	393	25	82	117	224	617
ภ.จว.อุดรธานี	127	427	732	1,286	84	269	993	1,346	2,632
รวม	1,179	3,203	7,893	12,275	1,849	4,125	6,338	12,312	24,587

ที่มา : ตำรวจภูธรภาค ๔, ๒๕๖๕ : ๔

จากแผนภาพที่ ๑ - ๑ ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีอาการทางจิตประสาทจากยาเสพติดในระบบ CRIMES ของตำรวจภูธรภาค ๔ ห้วงตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งสิ้น ๑๒,๒๗๕ คน ซึ่งแยกเป็นเป็นผู้ป่วย กลุ่มเฝ้าระวัง (สีเขียว) จำนวน ๗,๘๙๓ คน กลุ่มเฝ้าระวังสูง (สีเหลือง) จำนวน ๓,๒๐๓ คน กลุ่มเฝ้าระวังสูงสุด (สีแดง) จำนวน ๑,๑๗๙ คน และมีจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทจากยาเสพติด รวมทั้งสิ้น ๒๔,๕๘๗ คน ซึ่งแยกเป็นผู้ป่วย กลุ่มเฝ้าระวัง (สีเขียว) จำนวน ๖,๓๓๘ คน กลุ่มเฝ้าระวังสูง (สีเหลือง) จำนวน ๔,๑๒๕ คน กลุ่มเฝ้าระวังสูงสุด (สีแดง) จำนวน ๑,๘๔๙ คน ซึ่งจะเห็นได้ว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจจะก่อเหตุรุนแรงในชุมชนอยู่เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ ยังพบว่า มีสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้สารเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน โดยมีลักษณะของการก่อเหตุที่เพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้นจากการใช้อาวุธร้ายแรง ดังที่ปรากฏตามข่าวสารทางสื่อแขนงต่าง ๆ เช่น กรณีคนร้ายเมายาบ้า ใช้ปืนกราดยิงชาวบ้านที่ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย เสียชีวิต ๓ ราย บาดเจ็บ ๙ ราย ซึ่งมีเด็กอายุ ๔ ขวบ ถูกยิงเสียชีวิตด้วย (ไทยรัฐ ออนไลน์, ๒๕๖๕ : ออนไลน์) ตลอดจนเมื่อวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๕ กรณีคนร้ายก่อเหตุกราดยิงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลอุทัยสวรรค์ อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งมีประวัติเกี่ยวกับยาเสพติดและมีอาการคลุ้มคลั่ง (เดอะสแตนด์การ์ด, ออนไลน์, ๒๕๖๕) ซึ่งเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องรีบดำเนินการป้องกันและแก้ไขอย่างจริงจัง

จากปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากยาเสพติดและก่อให้เกิดความรุนแรงในชุมชนจึงได้มีการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ในการป้องกันและแก้ไขปัญหา จึงได้มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่

มีอากรทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ ซึ่งมีผลบังคับใช้จนถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๗๐ ภายใต้ความร่วมมือจาก ๑๕ หน่วยงาน แต่ไม่มีกระทรวงกลาโหมเข้าร่วมด้วย ซึ่งปัญหาเสพติดเป็นปัญหาความมั่นคงเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการแก้ไข ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ซึ่งการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง และกลไกในการป้องกันและแก้ไขปัญหา จะต้องอาศัยการผนึกกำลังคนและทรัพยากรให้มีส่วนร่วมแบบบูรณาการซึ่งจะต้องเสริมสร้างพลังของประชาชนและชุมชนให้ร่วมกับกำลังตำรวจ ทหาร และหน่วยงานด้านความมั่นคงอื่น ๆ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหา ซึ่งกระทรวงกลาโหม (สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม กองบัญชาการกองทัพไทย กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ) เป็นหน่วยงานภาคีเครือข่ายร่วม เมื่อวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๖๕ : ๔๓) โดยมีภารกิจในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด ทั้งด้านการป้องกันยาเสพติด การปราบปรามยาเสพติด และการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด และการฟื้นฟูสภาพทางสังคม เพื่อลดผลกระทบจากยาเสพติด ดังนั้น ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด กองทัพบก จึงเป็นอีกหนึ่งหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญ เช่น การมีส่วนร่วมสนับสนุนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และการขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาเสพติดผ่านกลไกในด้านต่าง ๆ

จากการดำเนินโครงการความร่วมมือของภาครัฐและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีปัญหาในการดำเนินประสานความร่วมมือในหลายประการ อาทิเช่น การนิยามภาวะอันตรายของผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการในบางประการที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อบำบัดรักษา (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, ออนไลน์, ๒๕๖๕) ซึ่งการวินิจฉัยภาวะอันตรายของผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อบำบัดรักษา เช่น ตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ (และที่แก้ไขเพิ่มเติม) กำหนดให้ สถานบำบัดรักษาแต่ละแห่งให้มีคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา ประกอบด้วย จิตแพทย์ประจำสถานบำบัดรักษาหนึ่งคน เป็นประธานกรรมการ แพทย์หนึ่งคน พยาบาลจิตเวชหนึ่งคน นักกฎหมายหนึ่งคน และนักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์หนึ่งคน เป็นกรรมการซึ่งคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา มีอำนาจหน้าที่ ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการ และให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา หรือให้การบำบัดรักษา ณ สถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัดรักษา เมื่อบุคคลนั้นไม่มีภาวะอันตราย (พระราชบัญญัติสุขภาพจิต, ๒๕๕๑) และเมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจ ได้นำส่งผู้ป่วยแล้ว แต่โรงพยาบาลขาดแคลนหรือผู้ป่วยใน เพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วย ขาดแคลนแพทย์จิตเวช หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องตลอดจนปัญหาด้านอื่น ๆ นอกจากนี้ สถานที่ในการฟื้นฟูหรือบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด จัดตั้งขึ้นโดยกฎหมายคนละฉบับ โดย “สถานบำบัดรักษา” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา ๓ หมายความว่า สถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ส่วน “ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม” ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๐๘ หมายความว่า สถานที่ทำการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด หรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา ซึ่งประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๑๘ กำหนดให้กระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานคร จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข

ที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา (ประมวลกฎหมายยาเสพติด, ๒๕๖๔) ส่งผลให้เกิดปัญหาการประสานความร่วมมือในการปฏิบัติ

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาถึงการดำเนินการของ ตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการ ใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน โดยศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรค และแนวทางการประสาน การปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหา เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ในการบูรณาการการทำงานและการประสานความร่วมมือในป้องกันการ แพร่ระบาดของยาเสพติดและการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรง ในชุมชนให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นการลดความเดือดร้อนของประชาชนจากเหตุความ รุนแรง และเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดสามารถกลับเข้าไปอยู่ร่วมในชุมชนได้ อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาการดำเนินการของตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน
๒. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอัน เนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน
๓. เพื่อเสนอแนะแนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้า ระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย

๑. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษามุ่งเน้นศึกษาเฉพาะปัญหาและการดำเนินงานความ ร่วมมือกันของ ตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นการแสดงบทบาทของตัวแสดง จากหลายภาคส่วนในการป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติดและการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชอัน เนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนเท่านั้น มิได้ศึกษาในมิติของการป้องกันและ ปราบปรามการกระทำความผิดอันเนื่องมาจากยาเสพติด

๒. ขอบเขตด้านประชากร

กลุ่มตัวอย่างประชากรและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ดังนี้

๒.๑ ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจจากตำรวจภูธรภาค ๔ เจ้าหน้าที่ทหารจาก กองทัพภาคที่ ๒ และเจ้าหน้าที่จากภาคีเครือข่าย ๑๕ หน่วยงาน ตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วย ความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ ยาเสพติด ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการ ใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

๒.๒ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจจากตำรวจภูธรภาค ๔ เจ้าหน้าที่ทหารจากกองทัพอากาศที่ ๒ เจ้าหน้าที่จากภาคีเครือข่าย ๑๕ หน่วยงาน ตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ ผู้ปกครองหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ประกอบด้วย

๒.๑.๑ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) รวมจำนวน ๒๐ ราย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ทหาร เจ้าพนักงานฝ่ายปกครอง บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ปกครองหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน คัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

๒.๑.๒ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) จากการจัดประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็น (Focus Group Discussion) รวมจำนวน ๒๐ ราย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ทหาร เจ้าพนักงานฝ่ายปกครอง บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ปกครองหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน คัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

๓. ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ซึ่งเป็นเขตพื้นที่รับผิดชอบของตำรวจภูธรภาค ๔

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวิธีการศึกษาจากการศึกษาเอกสาร (Documentary study) ด้วยการศึกษารวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ แนวคิด ทฤษฎีงานวิจัย จากเอกสาร ตำรา บทความ ตลอดจนการสืบค้นทางอินเทอร์เน็ต และวิธีการศึกษาจากภาคสนาม (Field Work) โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth Interview) เป็นรายบุคคลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) และจัดประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็น (Focus Group Discussion) เพื่อหาแนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

๑. วิธีและขั้นตอนการเก็บข้อมูล

๑.๑ ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เอกสาร หนังสือ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ กฎหมาย ระเบียบต่างๆ และข้อมูลจากเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความร่วมมือระหว่าง

ตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

๑.๒ วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In - depth interview) โดยมีแนวคำถามใช้เป็นแนวทางในการพูดคุย โดยแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

๑.๒.๑ เจ้าหน้าที่ตำรวจ ของตำรวจภูธรภาค ๔

๑.๒.๒ เจ้าหน้าที่ทหาร ของกองทัพบกที่ ๒

๑.๒.๓ ผู้บริหารของสถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตหรือจิตแพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

๑.๒.๔ ผู้บริหารของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

๑.๒.๕ ผู้ปกครองหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

๑.๒.๖ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด เช่น พนักงานฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย ผู้นำชุมชน เป็นต้น

๑.๓ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยทำการเชิญตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนข้างต้น จำนวน ๒๐ คน จัดสนทนากลุ่มระดมความคิดเห็นในประเด็นปัญหาหรืออุปสรรครวมถึงข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะแนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

๒. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย : กรณีศึกษาแนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับกระบวนการการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือไปพร้อมกัน โดยมีกรอบแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบในการกระบวนการศึกษา จากนั้น ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาจัดระบบการวิเคราะห์เป็นประเด็นตามกรอบแนวคิด และหาข้อสรุปเพื่อตอบโจทย์ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

๑. ได้ทราบถึงการดำเนินการของตำรวจภูธรภาค ๔ ในความร่วมมือกับกองทัพบกภาคที่ ๒ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

๒. ได้ทราบถึงสภาพปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

๓. ได้ทราบถึงแนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการบนฐานความร่วมมือทุกภาคส่วน

คำจำกัดความ

ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด แล้วมีอาการผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมตามมา หรือผู้ป่วยมีภาวะความผิดปกติทางจิตใจร่วมกับการเป็นผู้เสพ/ผู้ติดสารเสพติด ทั้งนี้สมควรได้รับการดูแลร่วมกัน ทั้งปัญหาการใช้สารเสพติดที่ผิดปกติและภาวะความผิดปกติทางจิตใจ

ก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

หมายถึง การกระทำซึ่งมีภาวะอันตรายจากผู้ป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ซึ่งมีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด ควบคุมตนเองไม่ได้และมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อความรุนแรงต่อชีวิตทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น เกินความสามารถของญาติ ครอบครัว และชุมชนในการดูแลช่วยเหลือได้

ภาวะอันตราย หมายถึง การกระทำซึ่งมีภาวะอันตรายจากผู้ป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ซึ่งมีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด ควบคุมตนเองไม่ได้และมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อความรุนแรงต่อชีวิตทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น เกินความสามารถของญาติ ครอบครัวและชุมชนในการดูแลช่วยเหลือได้

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งของกรมสุขภาพจิต (กลุ่มสีแดง) ตามเกณฑ์ดังนี้ ๑) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต ๒) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิตในชุมชน ๓) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย หรือ ๔) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง เช่น ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง

ภาคีเครือข่าย หมายถึง หน่วยงาน องค์กร ตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน ฝึกระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ ซึ่งมีผลบังคับใช้จนถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๗๐ ภายใต้ความร่วมมือจาก ๑๕ หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กรมประชาสัมพันธ์ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกองทัพอากาศที่ ๒ ตลอดจนอาสาสมัครภาคประชาชนที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาความร่วมมือ

หมายถึง การพัฒนากระบวนการที่ตำรวจภูธร ภาค ๔ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีมุมมองต่อปัญหาที่ต่างกัน สามารถแสวงหาทางออกร่วมกัน และการรวมกันเป็นพันธมิตรมากกว่าการแลกเปลี่ยนทรัพยากรกัน

บทที่ ๒

การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหาเสพติดในประเทศไทย : กรณีศึกษาแนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๑. ประเภทของโรคจิตเวช

อาการโรคจิตเป็นความเจ็บป่วยทางสมองชนิดหนึ่ง มีผลต่อการรับรู้และความคิดที่ผิดไปจากความเป็นจริง เช่น อาการประสาทหลอนที่มีการได้ยินเสียงคนรอบข้างพูดนินทา หรือสั่งให้ทำสิ่งต่าง ๆ โดยที่ไม่มีเสียงนั้นอยู่จริง อาการเห็นภาพหลอนต่าง ๆ ที่ผิดไปจากความเป็นจริง อาการคิดไปเอง ที่มักคิดว่าคนอื่นจะมาคิดร้าย ทั้งที่ไม่เคยมีปัญหากับบุคคลนั้น ๆ หรืออาการคิดว่าตนเองมีพลังพิเศษ เป็นต้น ทั้งหมดนี้ถือเป็นความไม่สบายทางสมองแบบหนึ่งที่ทำให้ความคิดและการรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง เรียกว่า “โรคจิต” ซึ่งโรคจิตนั้นแบ่งออกเป็นหลายชนิด แต่ละชนิดยังอาจแบ่งออกเป็นกลุ่มอาการย่อยลงไปอีก ซึ่ง กัตตุรี หิมมะหิมัต (๒๕๖๓ : ๗-๘) ได้จัดกลุ่มชนิดโรคจิตออกเป็น ๖ กลุ่มใหญ่ ดังนี้ ๑) โรคจิตเภท (Schizophrenia) ๒) โรคจิตหลงผิด (Delusional disorder) ๓) โรคจิตที่เกิดจากโรคอารมณ์แปรปรวน (Mood disorder induced psychosis) ๔) โรคจิตชนิดเฉียบพลัน (Acute psychosis) ๕) โรคจิตที่เกิดจากโรคทางร่างกาย ๖) โรคจิตที่เกิดจากสารต่าง ๆ หรือยา

โรคจิตเวช คือกลุ่มอาการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในกิจวัตร ต่าง ๆ หรือเกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งหลายคนไม่รู้ตัวตัวเองป่วย หรือบางคนรู้แต่ไม่มาพบแพทย์ ทำให้อาการหนักขึ้นเรื่อย ๆ จนนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิต การสังเกตอาการคนรอบข้างรวมถึงตัวเองเกี่ยวกับโรคจิตเวชเป็นเรื่องสำคัญ หากพบความผิดปกติหรือส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ควรรีบปรึกษาจิตแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและวางแผนรักษาก่อนอาการรุนแรง โรคจิตเวชที่พบบ่อยในประเทศไทย (อภิชาติ จริยาวิลาศ, ๒๕๖๔ อ้างถึงใน อนุศักดิ์ ศักดาวัชรานนท์, ๒๕๖๕ : ๓๗) ดังนี้

๑. โรคซึมเศร้า (Depression) ผู้ป่วยจะมีอาการหดหู่ ท้อแท้ เบื่อหน่าย สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่าหรือเป็นภาระของผู้อื่น สมาธิแย่งลง หลงลืมง่าย เหม่อลอย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ปวดหัว บางรายอาจไม่รู้สึกรำไรแต่จะเบื่อหน่ายทุกอย่างรอบตัวและไม่รู้จะอยู่ต่อไปเพื่ออะไร หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ทั้งนี้หากมีอาการดังกล่าวมากกว่า ๒ สัปดาห์ ควรพบจิตแพทย์เพื่อประเมินอาการ

๒. โรคแพนิค (Panic Disorder) เป็นโรคต้นตระกูลที่เกิดขึ้นจากระบบประสาทอัตโนมัติไวต่อสิ่งกระตุ้น จนเกิดอาการหายใจติดขัด หัวใจเต้นเร็ว เวียนศีรษะ จุกแน่นคล้ายจะเป็นลม

หรือเหมือนกับจะถึงชีวิต ซึ่งการเกิด รังแรกมักจะอยู่ในสถานการณ์ที่มีเรื่องกดดันหรือถูกกระตุ้นให้ตื่นตัว และจะมีอาการอีกเรื่อย ๆ เมื่อเจอกับสถานการณ์เดิม ๆ โดยแต่ละครั้งจะมีอาการประมาณ ๑๐-๒๐ นาที และหายเป็นปกติ แต่หากมีอาการแพนิกเกิดขึ้น แล้วมีอาการอื่นตามมา เช่น กังวลอยู่ตลอดเวลาว่าจะมีอาการแพนิกเกิดขึ้นอีก คุณตัวเองไม่ได้ หมกมุ่น พฤติกรรมเปลี่ยนอย่างชัดเจน ไม่กล้าไปไหนคนเดียว แนะนำควรรีบพบจิตแพทย์

๓. โรคจิตเภท (Schizophrenia) ผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน โดยจะแสดงออกด้วยการพูดคนเดียว หัวเราะคนเดียว หลงผิดหรือหวาดระแวง หากมีอาการนานเกิน ๖ เดือนแล้วไม่ได้รับการรักษาจะทำให้การรักษายากขึ้นและผลการรักษาไม่ดี เนื่องจากจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ยิ่งมารักษาช้าอาการจะยิ่งมากและรักษายากขึ้น

๔. โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (Post-Traumatic Stress Disorder) ซึ่งเป็นผลมาจากที่ผู้ป่วยผ่านเหตุการณ์เลวร้ายหรือรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึก ทำให้เกิดความกลัวและกลัวว่าจะเกิดขึ้นซ้ำ จนมีอาการระแวง หวาดกลัวหรือตกใจง่าย ดังนั้นควรรีบพบจิตแพทย์เพื่อรักษา เพราะหากปล่อยไว้อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันได้

๕. โรคไบโพลาร์หรือโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมา ระหว่างซึมเศร้าและอารมณ์ดีเกินปกติหรือแมเนีย โดยในช่วงซึมเศร้าจะมีอาการหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังเหมือนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นแทบทุกวันและเป็นส่วนใหญ่ของวัน รวมถึงอาการจะคงอยู่นานหลายเดือนแล้วหายไปเหมือนคนปกติ ก่อนจะเข้าสู่ช่วงอารมณ์ดีเกินปกติ เช่น อารมณ์ดีคึกคัก กระฉับกระเฉง อยากทำหลายอย่าง พลังงานเยอะ นอนน้อย ใจดี มนุษย์สัมพันธ์ดี อารมณ์ดี แต่มีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ เช่น อยากทำอะไรแล้วต้องได้ทำทันที หากมีคนขัดใจจะฉุนเฉียวมาก หงุดหงิดง่าย เป็นต้น

๖. โรคสมองเสื่อม (Dementia) คือภาวะการทำงานของสมองแย่ลงจนส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน โดยจะไม่สามารถจดจำสิ่งที่เรียนรู้ใหม่ได้ หลงลืมง่าย หรือเล่าเรื่องในอดีตได้แต่ไม่สามารถจำกิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละวันได้ พบมากในผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มีทั้งแบบรักษาหายและไม่หายขาด โดยกลุ่มที่รักษาหายขาดได้ เช่น น้ำคั่งในโพรงสมอง เนื้องอก เลือดออกในสมอง โรคของต่อมไทรอยด์ ขาดวิตามินบี ๑๒ ติดเชื้อซิฟิลิสในสมอง การเกิดภูมิคุ้มกันต่อตัวเอง หรือการใช้ยาบางชนิด นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจมีอาการหลงลืมง่าย (Pseudodementia) ซึ่งสามารถหายได้เมื่อรักษาโรคซึมเศร้าหาย ส่วนในกลุ่มที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โรคที่พบบ่อยคืออัลไซเมอร์ หลอดเลือดสมองตีบ เป็นต้น

๗. โรคกลัวแบบเฉพาะเจาะจง (Phobias) คืออาการหวาดกลัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างรุนแรงหรือสถานการณ์บางอย่าง เช่น กลัวความสูง กลัวความมืด กลัวสัตว์บางชนิด กลัวเลือด ซึ่งอาการที่แสดงออกมาจะเป็นไปในทางหลีกเลี่ยงและหนีการพบเจอสิ่งนั้น ๆ อย่างทันทีทันใด ในรายที่รุนแรงอาจหวาดกลัวแม้เป็นเพียงการเอ่ยถึงหรือพบเจอสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกัน

๒. ผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๓ : ๖-๗) ได้นิยามผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ว่า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคต่าง ๆ ดังนี้

๑. โรคแทรกทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด (Substance/Alcohol induced psychosis (Flx.5))

๒. โรคร่วมทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตเภทร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด (F20.XX+F 10.xx-F 19.xx), กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Moods Disorder) (F3x.xx), กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) เป็นผู้ติด (Dependence) แล้วมีอาการผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมตามมา หรือผู้ป่วยมีภาวะความผิดปกติทางจิตใจร่วมกับการเป็นผู้เสพ/ผู้ติดสารเสพติด ทั้งนี้สมควรได้รับการดูแลร่วมกันทั้งปัญหาการใช้สารเสพติด ที่ผิดปกติและภาวะความผิดปกติทางจิตใจ

ส่วน ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ตามเกณฑ์การคัดกรอง ดังนี้

๑. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

๒. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรง ทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญ ในชุมชน

๓. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่น แบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

๔. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้นิยามผู้ป่วยจิตเวช ตามคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓ : ๒) ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวสดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง หรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแล เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือ พฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวสดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์ดังนี้

๑. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

๒. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญ ในชุมชน

๓. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบ เฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

๔. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

ส่วนหลักเกณฑ์คัดแยกกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ตาม Criteria Based Dispatch (CBD) ของกรมสุขภาพจิต จำแนกผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด ออกเป็น ๓ กลุ่ม (ตำราเวชปฏิบัติ ๔, ๒๕๖๔ อ้างถึงใน อนุศักดิ์ ศักดาวิชานนท์, ๒๕๖๕ : ๔๐-๔๑) ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยสีแดง : เฝาระวังสูงสุด เป็นประเภทที่มีการใช้ยาเสพติด หรือดื่มสุรา ปฏิเสธการรักษา ไม่รับประทานยา และไม่มาพบแพทย์ตามกำหนดนัด ไม่มีญาติหรือผู้ดูแล มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อเหตุรุนแรง หรือเคยมีประวัติการก่อเหตุรุนแรง

กลุ่มผู้ป่วยสีเหลือง : เฝาระวังสูง เป็นประเภทที่มีการใช้ยาเสพติด หรือดื่มสุรบบ้าง มีญาติหรือผู้ดูแล รับประทานยาแบบไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ปฏิบัติตามที่แพทย์สั่ง และมีพฤติกรรมที่ อาจก่อความรุนแรง แต่ไม่บ่อยครั้ง

กลุ่มผู้ป่วยสีเขียว : เฝาระวัง เป็นประเภทที่มีญาติหรือผู้ดูแล มีการรับประทานยา ตามที่แพทย์สั่งตามเวลา ไม่ใช้ยาเสพติดอีก ไม่ดื่มสุรา และยังไม่มียุติกรรมในการก่อเหตุ

นอกจากนี้ แนวทางการเฝาระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและกรมสุขภาพจิต ได้จำแนกผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ออกเป็น ๓ กลุ่ม (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๖๒ : ๖-๘) ดังนี้

รุนแรงน้อย : ยังไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ ๑) มีพฤติกรรม เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เงียง ไป ซึม เก็บตัว หูแว่ว หรือเริ่มแสดงอาการ หวาดระแวง ตื่นตระหนก วิดกกังวลอย่างมาก ๒) เริ่มหงุดหงิด กระสับกระส่าย ฉุนเฉียว โมโหง่าย ๓) เริ่มพูดซ้ำไปซ้ำมา พูดจาหยาบคาย (บางรายอาจไม่เคยพูดจาหยาบคายมาก่อน) และ ๔) ปฏิเสธ การกินยา

รุนแรงปานกลาง : เสี่ยงเป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง มีลักษณะอย่างใด อย่างหนึ่ง ดังนี้ ๑) ญาติหรือคนใกล้ชิด ไม่สามารถกลี้ยกล่อมหรือเจรจาได้ (พูดไม่ฟัง มีท่าทาง นั่งเกร็ง ตัวเกร็ง กำมือแน่น) ๒) อยู่ไม่นิ่ง เดินรุ่มร่ามไปมา กระสับกระส่ายมากขึ้น ๓) มีพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงไปทั้งอารมณ์ ท่าทาง และการพูดจาอย่างเห็นได้ชัด เริ่มควบคุมตัวเองไม่ได้ ๔) พยายาม ทำร้ายตนเองโดยไม่ใช้อุปกรณ์หรืออาวุธ เช่น ทบ หยิก ข่วนตัวเอง และ ๕) พยายามทำร้ายผู้อื่น

รุนแรงมาก : เป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป จากเดิมอย่างชัดเจน โดยมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ ๑) พกหรือถืออาวุธ ๒) ส่งเสียงดัง หรือ ตะโกนด่าผู้อื่นด้วยคำหยาบคาย ๓) รื้อและขว้างปาข้าวของ ๔) พยายามหรือทำร้ายตนเองด้วย วิธีการรุนแรง ๕) ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น ๖) ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ และ ๗) ทำลายสิ่งของจน แตกหัก

ส่วนพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้นิยาม “ความผิดปกติทางจิต” ตามมาตรา ๓ หมายความว่า อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด

ความจำ สติปัญญา ประสาท การรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ซึ่ง “ผู้ป่วย” หมายความว่า บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษา โดย “ภาวะอันตราย” หมายความว่า พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงออกโดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น และ “ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” หมายความว่า สภาวะของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา และต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้มีความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรง หรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น (พระราชบัญญัติสุขภาพจิต, ๒๕๕๑) ซึ่งตามมาตรา ๒๒ บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา ได้แก่ (๑) มีภาวะอันตราย หรือ (๒) มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา และตามมาตรา ๒๓ ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา ๒๒ ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจโดยไม่ชักช้า และตามมาตรา ๒๖ ในกรณีฉุกเฉิน เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจได้รับแจ้งตามมาตรา ๒๓ หรือพบบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งมีภาวะอันตราย และเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง ให้มีอำนาจนำตัวบุคคลนั้น หรือเข้าไปในสถานที่ใด ๆ เพื่อนำตัวบุคคลนั้นส่งสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

ส่วนประมวลกฎหมายยาเสพติด ภาค ๒ ว่าด้วยการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด ได้นิยาม “การบำบัดรักษา” ตามมาตรา ๑๐๘ หมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งรวมถึงตลอดถึงการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามหลังการบำบัดรักษา และ “การฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า การกระทำใด ๆ อันเป็นการบำบัดพฤติกรรมการเสพติดและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ และ “การฟื้นฟูสภาพทางสังคม” หมายความว่า การกระทำใด ๆ อันเป็นการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านที่อยู่อาศัย การศึกษา อาชีพ ตลอดจนการติดตามดูแลช่วยเหลือจนสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข (ประมวลกฎหมายยาเสพติด, ๒๕๖๔)

นอกจากนี้ รายละเอียดของเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓ : ๑๐-๑๑) ดังนี้

๑. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยเคยทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรง มุ่งหวังตั้งใจจะตายจริง ๆ หรือไม่?” ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า “กระทำด้วยวิธีอะไร?” ได้แก่ ๑) ยิงตัวเองด้วยปืน ๒) แขว่นคอ ๓) ตั้งใจกระโดดจากที่สูงเพื่อให้เสียชีวิต เช่น กระโดดตึก/กระโดดสะพาน/กระโดดน้ำตาย ๔) กินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี/น้ำยาล้างห้องน้ำ/ยาเบื่อหนู ๕) กินยาเกินขนาดเพื่อฆ่าตัวตาย ๖) ใช้มีดหรือของมีคมฟัน แหว

เดือน ปาดตัวเอง ๗) ทำให้ตัวเองจมน้ำเพื่อให้หายใจไม่ได้ ๘) ทำให้อยานยนต์ชน หรือทับตาย เช่น รถไฟ รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ หรือยานยนต์อื่น ๆ ที่ถูกกระแทกแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น ๙) ใช้วัตถุระเบิดใส่ตัวเอง ๑๐) ใช้ควีนไฟ เปลวไฟรมตัวเอง ให้หายใจไม่ออก ๑๑) ใช้ของแข็ง โลหะ ไม้ ทำร้ายตัวเองเพื่อให้เสียชีวิต ๑๒) มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิต เช่น ทำให้ไฟฟ้าดูด เอาศีรษะโขก หรือกระแทกพื้น ผนัง หรือของแข็ง เป็นต้น และ ๑๓) อื่น ๆ

๒. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญ ในชุมชน

พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วย เคยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชนอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่?” ได้แก่ ๑) ใช้อาวุธ มีด หรือของมีคม หรือส่วนของร่างกายทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ รุนแรง หรือเลือดออกภายใน หรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย ๒) รัดคอผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่น จมน้ำ ๓) เจตนาชน หรือทับผู้อื่นด้วยยานยนต์ ๔) จี้ตัวประกัน ๕) พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคม พร้อมก่อเหตุรุนแรง ๖) ขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น มีด ขวาน ระเบิด หิน ๗) อาละวาดทำลาย สิ่งของ หรือเผาสิ่งของ หรือทรัพย์สินเสียหาย ๘) ปล้น ปล้นทรัพย์ ชิงทรัพย์ ๙) ทำอนาจาร เปลื้อง ภายหรือเปิดเผยอวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ ๑๐) ข่มขืน ล่วงละเมิดทางเพศ กระทำชำเรา ผู้อื่น ๑๑) บุกรุกบ้านเพื่อทำอันตรายผู้อื่น และ ๑๒) อื่น ๆ

๓. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบ เฉพาะเจาะจง

พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “คุณเคยคิดว่า มีใครบางคนมุ่งร้ายกับคุณ หรือพยายามทำร้ายคุณหรือไม่?” ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า “แล้วคุณทำอะไร?” “บุคคล นั้นเป็นใคร?” (ควรตรวจสอบข้อมูลกับญาติหรือผู้ดูแลว่ามีบุคคลตามที่ผู้ป่วยบอกจริงหรือไม่ และจะ มุ่งร้ายจริงหรือเป็นความคิดหลงผิดของผู้ป่วย) “คุณเคยคิดว่า...คุณต้องกำจัดเขาให้ตายไปก่อนที่จะเขา จะมาทำร้ายคุณหรือไม่?” หรือ “เพราะเหตุใด คุณถึงพกอาวุธไว้กับตัว?” ได้แก่ ๑) ชำคนอื่นให้ถึงแก่ชีวิต ๒) พยายามฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต ๓) ข่มขืนกระทำชำเราบุคคลอื่น ๔) วางเพลิงจนทรัพย์สินเสียหาย และ ๕) อื่น ๆ

๔. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันผู้ป่วย มีประวัติ ก่อคดีอาญารุนแรงเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือไม่?”

จะเห็นได้ว่า นิยามคำว่า ภาวะอันตรายของผู้ป่วย กล่าวคือ ภาวะอันตรายของ ผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นระดับพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเพียง ในระดับโดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือ ผู้อื่น ซึ่งเป็นการนิยามภาวะอันตรายในลักษณะกว้าง ส่วนเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มี ความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง คือ ๑) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต ๒) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน ๓) มีอาการหลงผิด

มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย หรือ ๔) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) ซึ่งเป็นการนิยามภาวะอันตรายที่มีรายละเอียดของพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะต่าง ๆ นอกจากนี้ นิยามภาวะอันตรายตามแนวทางการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและกรมสุขภาพจิต จำแนกผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตระดับรุนแรงมาก ซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างชัดเจน โดยมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ พกหรือถืออาวุธ ส่งเสียงดังหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยคำหยาบคาย รื้อและขว้างปาข้าวของ พยายามหรือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ และทำลายสิ่งของจนแตกหัก ซึ่งการนิยามภาวะอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชมีรายละเอียดบางประการที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเกิดจากการนิยามภาวะอันตรายในการประชุมแต่ละระดับของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีการนิยามภาวะอันตรายของผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการในบางประการที่แตกต่างกันซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อบำบัดรักษา ซึ่งการวินิจฉัยภาวะอันตรายของผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการบริการที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อบำบัดรักษา

แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

การป้องกันปัญหายาเสพติดตามแนวคิดของ Nowlis (n.d. อ้างถึงใน มนัส ธีราพันธ์, ๒๕๕๗ : ๒๓-๒๕) หมายถึง กระบวนการที่ดำเนินการล่วงหน้าโดยการอบรมเลี้ยงดู ให้การศึกษา ข้อมูลข่าวสารและความรู้ ทั้งในระบบโรงเรียน นอกโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย แก่กลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่องและสัมพันธ์กันในเรื่องคุณภาพชีวิตและยาเสพติด การป้องกันตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้รอดพ้นจากยาเสพติดด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันแก่บุคคลให้มีความสามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาอุปสรรคและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต เพื่อส่งเสริมให้บุคคลใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข รวมทั้งการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่มีส่วนผลักดันให้กลุ่มเป้าหมายไปใช้ยาเสพติด

การแก้ไขปัญหายาเสพติด หมายถึง การดำเนินการภายหลังจากเกิดปัญหายาเสพติดแล้วเพื่อให้ปัญหาถูกขจัดออกไปจากตนเอง ครอบครัว ชุมชน โดยการบำบัดรักษา ตลอดจนใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อคืนคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชน โดยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภายใต้องค์ประกอบของยาเสพติด อันได้แก่ คน ยา และสิ่งแวดล้อม

Nowlis (n.d. อ้างถึงใน มนัส ธีราพันธ์, ๒๕๕๗ : ๒๓-๒๕) เป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้เสนอรูปแบบของการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดไว้ ๔ รูปแบบ ดังนี้

๑. รูปแบบทางศีลธรรมและกฎหมาย การดำเนินงานในรูปแบบนี้จึงให้ออกกฎหมายลงโทษ ผู้กระทำความผิดอย่างเด็ดขาด

๒. รูปแบบทางสุขภาพอนามัย รูปแบบนี้เน้นการควบคุมปริมาณยาเสพติดในท้องตลาดให้ลดน้อยลง รมรงศ์ให้การศึกษาและข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการใช้ยา เพื่อให้คนในสังคมรับรู้ ส่วนผู้ที่ติดยาเสพติดก็ให้บำบัดรักษา

๓. รูปแบบทางจิตวิทยาสังคม รูปแบบนี้เน้นการศึกษาพฤติกรรมมนุษย์และเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการป้องกันลักษณะนี้จะเน้นปลูกฝังค่านิยม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนไม่ให้เข้าไปใช้ยาเสพติด ตลอดจนปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลผลักดันให้คนหันไปใช้ยาให้ดีขึ้น

๔. รูปแบบทางสังคมและวัฒนธรรม เน้นการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางสังคม เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ลดความกดดันส่งผลการใช้ยาเสพติดน้อยลง เช่น การปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางการศึกษา และองค์กรทางสังคมควรตอบสนองพื้นฐานความจำเป็นของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในสังคม

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (จุลศักดิ์ บุญแดง, ๒๕๕๘ : ๑๙-๒๔) ควรดำเนินการ ดังนี้

๑. กำหนดพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน ในการดำเนินงานควรมีการกำหนดพื้นที่เป้าหมายให้ชัดเจน โดยการศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ว่ามีปัญหายาเสพติดด้านใดบ้าง เช่น ในพื้นที่อาจมีปัญหาทั้งการผลิต การค้า และการแพร่ระบาดของยาเสพติด บางพื้นที่อาจมีปัญหาเฉพาะการแพร่ระบาดเท่านั้น โดยไม่มีปัญหาด้านการผลิตและการค้า และบางพื้นที่อาจไม่มีปัญหาด้านใดเลย การวิเคราะห์และจำแนกลักษณะของพื้นที่และปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ จะทำให้สามารถกำหนดมาตรการที่เหมาะสมในการดำเนินการต่อไป

๒. กำหนดมาตรการในการดำเนินงานในลักษณะผสมผสาน ผลจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่เป้าหมายจะทำให้สามารถกำหนดมาตรการที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาได้ ในอดีตการใช้มาตรการใด ๆ เพียงมาตรการเดียว ไม่สามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดได้ จึงควรผสมผสานมาตรการให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา มาตรการที่ควรนำมาใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ มาตรการป้องกันยาเสพติด มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถนะผู้ติดยาเสพติด และมาตรการปราบปรามยาเสพติด

๓. ดำเนินงานในลักษณะองค์รวมแบบบูรณาการ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจะมีประสิทธิภาพต่อเนื่องและยั่งยืนได้ก็ต่อเมื่อมีการดำเนินงานในลักษณะบูรณาการเข้าไปในการกิจปกติที่หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการกันอยู่ มิใช่งานพิเศษหรืองานฝากที่แยกส่วนออกมาดำเนินการเป็นการเฉพาะตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร หากแต่ควรเป็นงานเดียวกับการปฏิบัติการกิจปกติของแต่ละหน่วยงานที่ดำเนินการกันอยู่ เช่น ในกระบวนการให้สุขศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินงานแก่เยาวชนและประชาชนทั่วไป ก็สามารถบูรณาการเนื้อหาป้องกันยาเสพติดเข้าไปในการให้สุขศึกษาแต่ละครั้ง หรือในกระบวนการพัฒนาเยาวชน ผู้นำสตรีของกรมการพัฒนาชุมชนก็เช่นเดียวกัน สามารถบูรณาการเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันยาเสพติดเข้าไปในเนื้อหาพัฒนาผู้นำโดยไม่จำเป็นต้องใช้จ่ายงบประมาณเพิ่มเติมแต่อย่างใด

๔. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ที่ผ่านมารัฐเป็นผู้มีบทบาทในการเข้าไปดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยประชาชนในพื้นที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการนั้น ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร แนวคิดของการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการในการจัดตั้งและพัฒนาองค์กรของประชาชนให้มีศักยภาพที่เข้มแข็ง เป็นผู้ที่มีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยลด

บทบาทของรัฐลง รัฐจะเป็นผู้มีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่นั้นคิดเอง ทำเอง และแก้ไขปัญหาของตนเองเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับ ตามวิถีทางแห่งประชาธิปไตยที่ใช้แก้ไข ปัญหาในชุมชนได้ทุกเรื่อง

๕. ระดมทรัพยากรของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม ต้องอาศัย การประสานงานและส่งเสริมให้หน่วยงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการ พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด การประสานความร่วมมือดังกล่าวจะต้องดำเนินการอย่างใกล้ชิดและกำหนดบทบาทในการดำเนินงาน อย่างเหมาะสมให้กับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในลักษณะที่ให้องค์กรประชาชนได้มีส่วนร่วมในการผสมผสานมาตรการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา ของพื้นที่และประชากรเป้าหมาย โดยระดมหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ให้เข้ามามีส่วนร่วม ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนดำเนินการยอมทำให้การดำเนินการขยายตัวกว้างขวางและ ครอบคลุมชุมชนที่มีปัญหายาเสพติด สามารถพัฒนาเป็นเครือข่ายครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศได้อย่าง มีประสิทธิภาพ

๖. การจัดกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน การดำเนินกิจกรรมเพื่อ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน สามารถจัดทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

๖.๑ กิจกรรมด้านการป้องกันยาเสพติด กิจกรรมด้านการป้องกันยาเสพติดเป็น กิจกรรมที่จัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การศึกษา ให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างความตระหนักต่อ ปัญหายาเสพติดในชุมชนและเพื่อเป็นการส่งเสริมเยาวชนได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและ สังคม

๖.๒ กิจกรรมแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหา พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด โดยมีเป้าหมายเพื่อหยุดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดและ ให้การบำบัดรักษา ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดยาเสพติด กิจกรรมแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

๖.๓ การป้องปรามยาเสพติด มีวัตถุประสงค์เพื่อลดโอกาสการกระทำความผิด เกี่ยวกับการซื้อขาย การเสพยาเสพติดในชุมชน ได้แก่ การสร้างเขตปลอดยาเสพติดในชุมชน โดยมี กิจกรรมตรวจสุขภาพและสารเสพติดในร่างกาย การใช้มาตรการการลงโทษทางสังคมแก่ผู้มีส่วนใน การค้า การเสพในชุมชน การเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด โดยสมาชิกร่วมมือกันในการสอดส่องดูแล ความเรียบร้อย และการกระทำผิดด้านยาเสพติดในชุมชน โดยมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับ หน่วยงาน/เจ้าหน้าที่ตำรวจในท้องถิ่น ๆ เพื่อร่วมมือในการรักษาความเรียบร้อยดังกล่าว แนวคิดใน การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในลักษณะผสมผสานมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยใช้มาตรการการ ป้องกันยาเสพติด มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มาตรการปราบปราม ยาเสพติด โดยระดมหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดำเนิน กิจกรรมเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ได้แก่ กิจกรรมการป้องกันยาเสพติด กิจกรรมแก้ไขปัญหายาเสพติด และกิจกรรมการป้องปรามยาเสพติด

จะเห็นได้ว่า การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้มีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องและยั่งยืนนั้น จะต้องมีการดำเนินงานในลักษณะบูรณาการหน่วยงานต่าง ๆ และให้ประชาชน เป็นผู้มีบทบาทในการดำเนินงาน โดยรัฐจะเป็นผู้มีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุน และต้องระดม ทรัพยากรของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งการประสานงาน และส่งเสริมให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดนั้นจะต้องอาศัยการประสานความร่วมมือ

แนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ด้านความมั่นคง

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) เป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทย ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของ เศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่ง ความมั่นคง ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) หมายถึง การ มีความมั่นคงปลอดภัยจากภัยและการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศในทุก ระดับ ทั้งระดับประเทศ สังคม ชุมชน ครอบครัว และปัจเจกบุคคล และมีความมั่นคงในทุกมิติ ทั้งมิติ ทางทหาร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการเมือง เป็นต้น โดย ยุทธศาสตร์ชาติด้านความ มั่นคงมีเป้าหมายสำคัญในภาพรวมระยะ ๒๐ ปีที่เป็นรูปธรรมชัดเจน คือ “ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข” โดยเร่งเสริมสร้างความเข้มแข็งและความรักความสามัคคีปรองดองของคนในชาติ ตลอดถึงการปลูกจิตสำนึกด้านความมั่นคงให้เกิดขึ้นในประชาชนทุกระดับ การพัฒนาระบบงาน ด้านการข่าวให้มุ่งเน้นการบูรณาการข้อมูลข่าวสารด้านความมั่นคงอย่างเป็นระบบ การพัฒนา ปรับปรุงกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง และกลไกในการป้องกันและแก้ไขปัญห ความมั่นคงให้มีเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และมีการบูรณาการการดำเนินงานอย่างแท้จริง โดยปัญหา ความมั่นคงเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการแก้ไข ประกอบด้วย ปัญหาความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและ ทรัพย์สิน ปัญหายาเสพติด ปัญหาความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปัญหาอาชญากรรม ทางไซเบอร์ และปัญหาการทุจริตในระบบราชการ ซึ่งประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง ในการ รักษาความสงบภายในประเทศ สรุปลงสาระสำคัญได้ดังนี้

๑. การพัฒนาและเสริมสร้างคนในทุกภาคส่วนให้มีความเข้มแข็ง มีความพร้อม ตระหนักในเรื่องความมั่นคง และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้คนไทยทุกคนในทุกภาคส่วน มีความมั่นคง ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีอาชีพการงานและรายได้ที่เพียงพอ ได้รับโอกาสและ ความเสมอภาคอย่างเท่าเทียม มีความพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติ มีจิตสาธารณะ เห็นแก่ ประโยชน์ส่วนรวม เข้าใจปัญหาสำคัญของสังคม มีความรักความสามัคคี ตระหนักและให้ความสำคัญ กับความมั่นคงของชาติ และพร้อมเข้ามีส่วนร่วมแก้ไขและพัฒนาประเทศ ตลอดจนช่วยเหลือ ประชาชน โดยการอำนวยความสะดวกอย่างกว้างขวางและครอบคลุม ปลูกฝังจิตสำนึกและ คุณสมบัติพื้นฐานคนไทยที่ดีให้บังเกิดผลเป็นรูปธรรม สร้างเสริมความรักความสามัคคี ความตระหนัก ถึงหน้าที่รับผิดชอบต่อสังคมและประเทศชาติ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาความมั่นคงและ พัฒนาประเทศ ให้กับทุกภาคส่วนทั้งประชาชน ตำรวจ ทหาร และหน่วยงานด้านความมั่นคงอื่น ๆ

ผ่านทางโครงการ กิจกรรม และการรณรงค์ต่าง ๆ ตลอดไปจนถึงการดำเนินการอื่นทุกวิถีทางที่เหมาะสม อย่างต่อเนื่องและจริงจังจนประสบผลสำเร็จเป็นที่ยอมรับอย่างชัดเจน

๒. การป้องกันและแก้ไขปัญหามีผลกระทบต่อความมั่นคง เพื่อแก้ไขปัญหาค้นหาเดิมที่มีอยู่อย่างตรงประเด็นจนหมดไปอย่างรวดเร็ว และป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีกจะส่งผลให้การบริหารจัดการและการพัฒนาประเทศในทุก ๆ ด้าน ดำเนินการไปได้อย่างต่อเนื่องและราบรื่นตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

๒.๑ การแก้ไขปัญหาค้นหาความมั่นคงในปัจจุบัน เพื่อให้ปัญหาค้นหาเดิมที่มีอยู่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังจนยุติลง หรือไม่ส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ รวมทั้งให้การบริหารและการพัฒนาบ้านเมืองเดินไปได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยผลักดันการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาของทุกภาคส่วนในทุกประเด็นอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมการหารือ วางแผน และยกระดับวิธีการแก้ไขปัญหาค้นหาที่อาศัยการฉันทกกำลังคนและทรัพยากรให้มีส่วนร่วมแบบบูรณาการอย่างแท้จริง เสริมสร้างความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานหลักและรองในการป้องกัน แก้ไขปัญหา และช่วยเหลือประชาชน ทั้งจากภัยคุกคามและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงต่าง ๆ เช่น การก่อการร้าย อาชญากรรมทางไซเบอร์ การฟอกเงิน การค้ามนุษย์ การหลบหนีเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย การลักลอบค้าสินค้าเถื่อน การค้าและการแพร่ระบาดของยาเสพติด การขยายอำนาจ หรือแข่งขันกันทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง รวมไปถึงปัญหาการรุกเข้ามามีอย่างรวดเร็วของทุนขนาดใหญ่ เทคโนโลยียุคใหม่ การย้ายถิ่นของทุนและแรงงานข้ามชาติ ที่จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติและความมั่นคงของมนุษย์ ปัญหายุทธศาสตร์สำคัญ ที่ทำให้จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการความมั่นคง รวมไปถึงการส่งเสริมผลักดันหลักการ นโยบาย ยุทธศาสตร์ ตลอดถึงโครงการสำคัญของประเทศให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด

๒.๒ การติดตาม เฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาค้นหาที่อาจอุบัติขึ้นใหม่ เพื่อให้ทราบสถานการณ์ล่วงหน้า และสามารถแก้ไขปัญหาค้นหาและภัยคุกคามในอนาคตได้ทันทั่วทั้งที่ก่อนที่จะลุกลามต่อไป รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการบริหารและพัฒนาประเทศ โดยเสริมสร้างศักยภาพและความพร้อม ในทุกด้าน ทั้งคน เครื่องมือ ยุทธโศปกรณ์ แผน งบประมาณ ระบบควบคุมบังคับบัญชา ระบบงานด้านการข่าวกรอง เทคโนโลยี ข้อมูลขนาดใหญ่ ระบบเฝ้าตรวจและแจ้งเตือนต่าง ๆ ของหน่วยงานหลักและหน่วยงานรอง ตั้งแต่ชั้น การติดตาม เฝ้าระวัง แจ้งเตือน วิเคราะห์ กำหนดแนวทางป้องกัน ไปจนถึงขั้นการลงมือแก้ไขปัญหาค้นหาความมั่นคง ที่สำคัญต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามและประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพในทุกขั้นตอน เสริมสร้างพลังของประชาชนและชุมชนให้ร่วมกับกำลังตำรวจ ทหาร และหน่วยงานด้านความมั่นคงอื่น ๆ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาค้นหาสำคัญต่าง ๆ อาทิ ภัยคุกคามทางไซเบอร์ การก่อการร้ายและอาชญากรรมข้ามชาติ การแผ่อิทธิพลทางเศรษฐกิจของมหาอำนาจ และการย้ายถิ่นของทุนข้ามชาติที่อาจกระทบต่อความมั่นคง ไปจนถึงติดตามตรวจสอบการปฏิบัติงานของส่วนราชการต่าง ๆ ให้ดำเนินการไปตามเป้าหมายการบริหารจัดการและพัฒนาประเทศที่กำหนดอย่างราบรื่น

จะเห็นได้ว่า ปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาความมั่นคงเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการแก้ไข ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ซึ่งการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง และกลไกในการป้องกันและแก้ไขปัญหในปัจจุบัน จะต้องอาศัยการผนึกกำลังคนและทรัพยากรให้มีส่วนร่วมแบบบูรณาการอย่างแท้จริง ซึ่งจะต้องเสริมสร้างพลังของประชาชนและชุมชนให้ร่วมกับกำลังตำรวจ ทหาร และหน่วยงานด้านความมั่นคงอื่น ๆ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไข ปัญหาสำคัญต่าง ๆ

แนวคิดเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม ได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนการแก้ไข ปัญหายาเสพติด เพื่อลดระดับของปัญหาไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการบริหารประเทศภายในปี พ.ศ. ๒๕๘๐ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ด้านความมั่นคง แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นความมั่นคง และแผนระดับต่าง ๆ ซึ่งมีกลไกอำนวยการและขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๖๕ : ๔๙)

๑. กลไกระดับนโยบาย (Agenda) มีคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด เป็นกลไกในระดับนโยบาย ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย และแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ รวมถึงกำกับ ดูแล ให้ข้อเสนอแนะ แก่หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับยาเสพติด

๒. กลไกระดับชาติ มีศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ศอ.ปส.) และอนุกรรมการ ตามคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ เป็นกลไกอำนวยการขับเคลื่อนการดำเนินงาน กำกับ ติดตามแผนในแต่ละระดับ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ แก้ไขปัญหา อุปสรรค ข้อขัดข้อง ให้สามารถขับเคลื่อนแผนได้อย่างประสานสอดคล้อง รวมทั้งประเมินผลการดำเนินการเพื่อเป็นข้อเสนอในการพัฒนานโยบายและมาตรการในการแก้ไขปัญหาคต่อไป

๓. กลไกระดับภารกิจ (Function) มีศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ระดับกระทรวง กรม และหน่วยงาน รับผิดชอบการดำเนินงานตามภารกิจ โดยมุ่งเน้นการบูรณาการ แผนงานและงบประมาณ ภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานให้เกิดเอกภาพ และสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ รวมทั้งกำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัด

๔. กลไกระดับพื้นที่ (Area) มีกลไกหลักรับผิดชอบดำเนินงานในพื้นที่ ดังนี้

๔.๑ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด (ศอ.ปส.จ.) คณะกรรมการบริหารการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกรุงเทพมหานคร และศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกรุงเทพมหานคร (ศอ.ปส.กทม.) โดยผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับผิดชอบ ทำหน้าที่ในการบูรณาการแผนงาน งบประมาณ และ

อำนวยการกำกับการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่รับผิดชอบร่วมกับส่วนราชการ องค์กรภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และศูนย์ประสานงานชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน

๔.๒ ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ/เขต (ศป.ปส.อ./ข.) โดยนายอำเภอ และผู้อำนวยการเขตเป็นผู้อำนวยการ ทำหน้าที่รับนโยบาย แนวทาง และแผนงาน โครงการที่จังหวัด และกรุงเทพมหานครกำหนด นำไปประสานงานการปฏิบัติการร่วมกับส่วนราชการ องค์กรภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

๔.๓ ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศป.ปส.อปท.) โดยนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (นายกเทศมนตรีเมือง/นคร/ตำบล/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล) เป็นผู้อำนวยการ ทำหน้าที่ประสานการปฏิบัติร่วมกับส่วนราชการ องค์กรภาคประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบ

๔.๔ ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในพื้นที่เฉพาะ เพื่อเป็นกลไกการแก้ไขปัญหายาเสพติด ในระดับพื้นที่ที่มีบริบทและสถานการณ์ปัญหาที่หลากหลายและแตกต่างกัน ไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยกลไกปกติและต้องมีการบูรณาการความร่วมมือจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๔.๕ กลไกเฉพาะกิจ โดยศูนย์อำนาจการหรือศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด และสนับสนุนการดำเนินงานของ ศอ.ปส. เช่น ศูนย์ปฏิบัติการยึดทรัพย์สินทรัพย์ยาเสพติด ทำหน้าที่ในการบูรณาการทุกหน่วยงานในการยึดทรัพย์ของผู้กระทำความผิดและผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เป็นต้น

ซึ่งมาตรการการบำบัดรักษายาเสพติด ตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕ ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม ตามแนวทางที่ ๔.๑ การดูแลผู้ติดยาเสพติดให้เข้าถึงการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคม เพื่อลดผลกระทบ จากยาเสพติด ซึ่งวัตถุประสงค์ เพื่อมีกระบวนการคัดกรองที่เหมาะสมกับระดับการเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแต่ละราย และบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขและกรอบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพทางสังคม โดยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการสงเคราะห์ สนับสนุน ให้ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านที่อยู่อาศัย การศึกษา อาชีพ ตลอดจนการติดตามดูแลช่วยเหลือจนสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งประกอบด้วย ๓ แผนงาน ได้แก่ แผนงานที่ ๔.๑.๑ การพัฒนาระบบการบำบัดรักษา แผนงานที่ ๔.๑.๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด และแผนงานที่ ๔.๑.๓ การอำนวยการขับเคลื่อนผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคม ซึ่งหน่วยงานรับผิดชอบ หน่วยงานหลัก ได้แก่ ๑) กระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) ๒) กระทรวงยุติธรรม (สำนักงาน ป.ป.ส. กรมคุมประพฤติ กรมราชทัณฑ์ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน) กระทรวงมหาดไทย (สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง กรมการพัฒนาชุมชน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น) และ ๓) กระทรวงการพัฒนาสังคม

และความมั่นคงของมนุษย์ กรุงเทพมหานคร ส่วน หน่วยงานร่วม ได้แก่ ๑) กระทรวงกลาโหม (สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม กองบัญชาการกองทัพไทย กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ) ๒) กระทรวงศึกษาธิการ (สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา) และ ๓) กระทรวงแรงงาน (กรมการจัดหางาน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน) (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๖๕ : ๔๑-๔๓)

จะเห็นได้ว่า หน่วยงานรับผิดชอบในมาตรการการบำบัดรักษายาเสพติด ตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕ ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในการดูแลผู้ติดยาเสพติดให้เข้ารับการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพทางสังคม เพื่อลดผลกระทบจากยาเสพติด มีกระทรวงกลาโหม (สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม กองบัญชาการกองทัพไทย กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ) เป็นหน่วยงานร่วม

แนวคิดนโยบายและแผนระดับชาติ ว่าด้วยการป้องกัน ปราบปรามและแก้ไข ปัญหายาเสพติด (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)

ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ.๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) จัดทำขึ้นตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๓ เพื่อให้การป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องกระบวนการในการดำเนินการอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ แก่เศรษฐกิจสังคมความสงบเรียบร้อยและความมั่นคงของรัฐ ให้คณะรัฐมนตรีจัดทำมีนโยบายและ แผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติดตามข้อเสนอแนะของ คณะกรรมการป.ป.ส.และให้คณะกรรมการ ป.ป.ส. ดำเนินการทบทวนนโยบายและแผนระดับชาติ ทุก ๕ ปี นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติดฉบับนี้ เป็นการกำหนดทิศทาง การขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้งระบบและมุ่งเน้นการลดระดับความ รุนแรง ของปัญหายาเสพติดจนไม่ส่งผลกระทบต่อการบริหารและพัฒนาประเทศ เสริมสร้างให้มี การบูรณาการนโยบายและแผนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้มุ่งไปสู่การแก้ไขปัญหายาเสพติด อย่างเป็น รูปธรรมและยั่งยืนเป็นกรอบทิศทางการบริหารจัดการ ประสานการปฏิบัติจัดสรรทรัพยากร งบประมาณในการแก้ไขปัญหายาเสพติดรวมทั้งการกำกับติดตามและประเมินผลทุกหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องในการนำนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด ไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

สถานการณ์ปัญหายาเสพติดและความท้าทายในศตวรรษที่ ๒๑

การขับเคลื่อนนโยบายยาเสพติดท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลกในยุค ศตวรรษที่ ๒๑ และวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) เป็นปัจจัย เร่งการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติ ในมิติของการแพร่ระบาด ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์

(Amphetamine-Type Stimulants : ATS) มีแนวโน้มแพร่ระบาดสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ทั้งในระดับโลก ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และ ในประเทศไทย โดยภาพรวมของสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดภายในประเทศ พบว่ายังคงไม่ลดระดับ ความรุนแรงและมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อเนื่อง ความต้องการยาเสพติดในประเทศยังคงอยู่ใน ระดับสูง จากการขับเคลื่อนของอุปทานการผลิตนอกประเทศ และกลยุทธ์ทางการค้าของกลุ่มนักค้าที่ทำให้ยาเสพติด มีราคาถูกลงตลอดจนปัจจัยความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน กระตุ้นให้เกิดการใช้ยาเสพติด ในประเทศเพิ่มขึ้น ผู้ที่เข้าสู่วงจรยาเสพติดทั้งรายเก่าและรายใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในมิติผู้เสพและผู้ค้า เนื่องจาก ราคาเสพติดที่ถูกลงทำให้ผู้เสพยาเสพติดยังสามารถหาหาเสพติดมาเสพได้อย่างต่อเนื่องจนเกิดภาวะเสพติดเรื้อรัง นำไปสู่การเกิดอาการทางจิตเวชจากยาเสพติด ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด สุ่มเสี่ยงต่อการก่ออาชญากรรมรูปแบบต่าง ๆ และสร้างผลกระทบเป็นวงกว้างต่อสังคมในอนาคต หากยังไม่สามารถลดระดับ ความรุนแรงของปัญหาลงได้

ในแง่ของการบริหารจัดการภาครัฐ **ปัญหานักโทษล้นคุก**เป็นประเด็นท้าทายที่ต้องเร่งหาทางรับมือ ประเทศไทยเป็นประเทศที่ติดอันดับนักโทษล้นคุกเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก จากสถิติผู้ต้องขังในเรือนจำในปัจจุบัน พบว่ากว่าร้อยละ ๘๑.๕ เป็นนักโทษคดียาเสพติด และมีแนวโน้มที่จะกระทำผิดซ้ำหลังจากพ้นโทษไปแล้ว ส่วนหนึ่ง เป็นผลจากการแก้ไขปัญหายาเสพติดไม่ครบวงจร ทำให้เกิดพฤติกรรมการเสพติดซ้ำ รวมทั้งมุมมองของสังคมในปัจจุบัน ต่อผู้กระทำผิด ที่ไม่เอื้อให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ วังวนยาเสพติดจึงเข้ามามีบทบาทไม่สิ้นสุด หากไม่สามารถจัดการปัญหานักโทษล้นคุกได้ ไม่เพียงแต่วังวนอาชญากรรมที่สร้างผลกระทบต่อสังคมเท่านั้น ยังเป็นการสูญเสียงบประมาณแผ่นดินในการบริหารจัดการเรือนจำเกินจำเป็น รวมถึงสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ ในระยะยาว โดยเฉพาะวัยแรงงานที่เป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ

ความท้าทายจึงไม่ใช่แค่การปราบปราม แต่เป็นการป้องกันจากต้นเหตุ โดยการ **“ฟื้นฟูและพัฒนา ทูมมนุษย์”** พัฒนานโยบายทางเลือกเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในสังคม ยุติแนวคิดว่ายาเสพติด เป็นอาชญากรรม ให้มีความสำคัญกับการลดผลกระทบ ทั้งต่อสุขภาพและสังคม มองผู้เสพเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหา ทางสุขภาพ สาธารณสุข และเกี่ยวพันกับปัญหาเชิงเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนแสวงหาแนวทางการใช้ พืชเสพติดและพืชในการกำกับควบคุมของรัฐเพื่อประโยชน์ในทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์ และการสร้างมูลค่า ทางเศรษฐกิจ เป็นการปรับสมดุลของมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้ครบวงจร เพื่อให้สามารถหลุดพ้น จากวังวนการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เป็นกับดักแห่งความล้มเหลวในทศวรรษที่ผ่านมา เป็นจุดเริ่มต้น ของการแก้ปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดและทิศทางการดำเนินงานด้านการจัดการปัญหายาเสพติด

กรอบแนวคิดและทิศทางของนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปราม และแก้ไข ปัญหายาเสพติด (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ได้นำหลักการและแนวคิดจาก ทิศทางและนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติด ในระดับสากล ได้แก่ ทิศทางการแก้ไขปัญหายาเสพติด จากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษ (UNGASS 2016) ดัชนียาเสพติดโลก (The Global Drug Policy Index) วาระการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (SDGs) ตลอดจนประมวลกฎหมายยาเสพติดของประเทศไทย เป็นกรอบแนวคิดหลักในการจัดการปัญหา ยาเสพติดอย่างยั่งยืน

โดยปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยกรอบแนวคิดที่สำคัญที่นำมาปรับใช้กับนโยบายและแผนระดับชาติฯ ได้แก่

๑. **ใช้สาธารณสุขนำทาง ในการแก้ปัญหา** ลดอุปสงค์โดยการให้ความสำคัญกับสุขภาพ สิทธิมนุษยชน และความปลอดภัย บริหารจัดการ “ผู้เสพ” ตามกรอบแนวคิดใหม่ เสริมสร้างประสิทธิภาพการป้องกันและการบำบัดรักษาที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุม และเพียงพอ รวมถึงการกำหนดนโยบาย/ปรับปรุงกฎหมายให้สามารถเข้าถึงสารเสพติดเพื่อใช้ประโยชน์ ในทางวิทยาศาสตร์ และการแพทย์

๒. **ดำเนินกระบวนการยุติธรรมบนฐานแนวคิดสิทธิมนุษยชน** ปรับนโยบายทางอาญาแบบอ่อนตัว กำหนดบทลงโทษที่เหมาะสมตามสัดส่วนความผิด พัฒนามาตรการทางเลือก แทนการลงโทษทางอาญา และไม่มีการตอบสนองที่รุนแรงเกินจำเป็น

๓. **ยุติแนวคิด “ยาเสพติด เป็นอาชญากรรม”** ส่งเสริมการพัฒนาทางเลือกในการจัดการปัญหาเสพติดรูปแบบใหม่ที่คำนึงถึงสิทธิมนุษยชน มากขึ้น ลดการตีตราทางสังคม มุ่งเน้นการฟื้นฟูทรัพยากรมนุษย์ ให้โอกาสผู้กระทำผิดกลับคืนสู่สังคม ควบคู่ไปกับ การพัฒนาคุณภาพชีวิต

๔. **มุ่งปราบปรามทำลายเครือข่ายรายสำคัญ** ลดอุปทานโดยเน้นการปราบปรามทำลาย โครงสร้างการค้ายาเสพติดรายใหญ่และองค์กรอาชญากรรมรายใหญ่ที่เป็นแกนหลักสำคัญ รวมทั้งเฝ้าระวังการค้า และการเสพยาเสพติดในรูปแบบใหม่ที่กำลังแพร่ระบาดและมีการปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว และยกระดับ **ความร่วมมือระหว่างประเทศในทุกมิติ ยึดหลักความรับผิดชอบร่วมกัน** คำนึงถึงการบูรณาการ และการใช้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการจัดการปัญหาเสพติด

จากกรอบแนวคิดดังกล่าว นำไปสู่การกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย ที่มุ่งเน้นการ **ลดระดับความรุนแรง ของปัญหาเสพติดจนไม่ส่งผลกระทบต่อสังคม** เป็นจุดเริ่มต้นสู่การแก้ไข ปัญหาเสพติดทั้งระบบอย่างเป็น รูปธรรมและยั่งยืน โดยมีกรอบทิศทางในการกำหนดนโยบายและแผนระดับชาติฯ ดังนี้

๑. **บริหารจัดการแก้ไขปัญหาผู้เสพอย่างบูรณาการ** โดยยึดหลักปัจเจกบุคคล บนพื้นฐานของหลักการ ทางสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน เพื่อลดผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม

๒. **มุ่งปราบปราม ทำลายเครือข่ายการค้ายาเสพติดในระดับต่าง ๆ** ด้วยมาตรการทางทรัพย์สิน และ บูรณาการอำนาจทางกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมทั้งระบบ บนพื้นฐานของการ ใช้กฎหมายที่เป็นธรรม ยึดหลักนิติธรรม และสิทธิมนุษยชน

๓. **ป้องกันผู้ที่มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ลดผลกระทบต่อสังคม** สร้างพื้นที่ปลอดภัยและ ภูมิคุ้มกันให้ประชากรทุกช่วงวัยปลอดภัยจากยาเสพติด

๔. **ขยายนโยบายทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเสพติดให้มีความเหมาะสม เพื่อเพิ่มมิติของการแก้ไข** ปัญหาเสพติดให้กว้างมากขึ้นตามที่ประมวลกฎหมายยาเสพติดได้กำหนดไว้ สร้างมูลค่าให้กับการพัฒนาพืชเสพติด ในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ การศึกษาวิจัย และการพัฒนาเศรษฐกิจที่เหมาะสม

๕. ขยายการแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับพื้นที่แบบบูรณาการ ให้ครอบคลุมบริบทของปัญหายาเสพติด ในทุกมิติ เน้นการส่งเสริมและขยายบทบาทของกลไกในระดับพื้นที่ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และ องค์กรต่าง ๆ บนพื้นฐานของกระจายบทบาทและทรัพยากรอย่างเหมาะสม

๖. ประเทศไทยเป็นแกนกลางในหุ้นส่วนความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ การส่งเสริม การประสานงาน และการติดตามการดำเนินการความร่วมมือระหว่างประเทศ ในภูมิภาคอาเซียน นอกภูมิภาค และองค์การระหว่างประเทศ ตลอดจนพัฒนาสู่การเป็นศูนย์การเรียนรู้และ การพัฒนาศักยภาพให้กับบุคลากรด้านยาเสพติดระหว่างประเทศ

นโยบายและแผนการแก้ไขปัญหายาเสพติด

นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ได้กำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้งระบบ มุ่งเน้น การลดระดับความรุนแรงของปัญหายาเสพติด จนไม่ส่งผลกระทบต่อสังคม ตลอดจนการบริหารและพัฒนา ประเทศ ประกอบด้วย ๑) นโยบายและแผนด้านการป้องกันยาเสพติด ๒) นโยบายและแผนด้านการปราบปรามยาเสพติด ๓) นโยบายและแผนด้านการยึดทรัพย์สินคดียาเสพติด ๔) นโยบายและแผนด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ๕) นโยบายและแผนด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ ๖) นโยบายและแผนด้านการบริหารจัดการ

นโยบายและแผนด้านการบำบัดรักษายาเสพติด

บริหารจัดการผู้เสพตามกรอบแนวคิดของประมวลกฎหมายยาเสพติด มองผู้เสพเป็นปัญหาในมิติ ด้านสุขภาพ สาธารณสุข เกี่ยวพันกับเศรษฐกิจและสังคม มากกว่าเพียงปัญหาในเชิงอาชญากรรม พัฒนา แพลตฟอร์มสำหรับบริหารจัดการผู้เสพ ให้มีความเชื่อมโยงตลอดกระบวนการอย่างครบวงจร ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพทางสังคม ตลอดจนการติดตามประเมินผล ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้เสพ ในรูปแบบที่เหมาะสมกับปัจเจกบุคคล พัฒนาสถานบำบัดรักษาหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมให้มีคุณภาพตามมาตรฐานทางสาธารณสุข ขยายการรองรับอย่างครอบคลุม เพียงพอ และเหมาะสมกับระดับการแพร่ระบาดในแต่ละพื้นที่ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวทาง Community Based Treatment and Rehabilitation (CBTx) โดยการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลช่วยเหลือ ผู้เสพยาเสพติดให้ได้รับการดูแลอย่างไม่เลือกปฏิบัติ มุ่งเน้นการฟื้นฟูทุนมนุษย์ มุ่งลดผลกระทบต่อสุขภาพ ชุมชน และสังคม รวมทั้งการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้โอกาสผู้เสพยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตในสังคม ได้อย่างสงบสุข (ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๔๐ ตอนพิเศษ ๖๘ ง)

แนวคิดเกี่ยวกับบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕

ปัญหาผลกระทบของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและก่อเหตุความรุนแรงกับบุคคล ใกล้ชิด ครอบครัว หรือคนในชุมชน จนส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของประชาชน ซึ่งรัฐบาลได้ ตระหนักในความสำคัญของการป้องกันปัญหาผลกระทบดังกล่าว เพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับ ประชาชน และเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับการดูแลรักษาในเชิงสาธารณสุขโดยเร็ว ก่อนที่จะเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวจำเป็นที่จะต้องอาศัยความร่วมมือ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบูรณาการการดำเนินงาน จึงได้มีการออกแนวทางและจัดทำบันทึก ข้อตกลงในการดำเนินงานตามคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ที่ ๖/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๑ กำหนดแนวทางการปฏิบัติให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ในการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ คุ้มครองสังคม จากอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับ การรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ ซึ่งบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และ แก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ ซึ่งมีผล บังคับใช้นับตั้งแต่วันที่ลงนาม จนถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๗๐ ภายใต้ความร่วมมือจาก ๑๕ หน่วยงาน ประกอบด้วย ๑) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒) กรมสุขภาพจิต ๓) กรมการแพทย์ ๔) สถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ๕) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ๖) กรมควบคุมโรค ๗) สำนักงานปลัดกระทรวง มหาดไทย ๘) กรมการปกครอง ๙) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ๑๐) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ๑๑) สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ๑๒) กรมพัฒนาสังคมและ สวัสดิการ ๑๓) กรมประชาสัมพันธ์ ๑๔) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ ๑๕) สำนักงาน คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ซึ่งการจัดทำข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการ ป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดมีแนว ทางการดำเนินงาน ดังนี้

๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดย สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

๑.๑ รับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดเข้ารับ การบำบัดรักษา และประสานส่งต่อผู้ป่วยให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑.๒ พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางจิตอัน เนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดตามศักยภาพได้ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๒. กรมสุขภาพจิต

๒.๑ ร่วมสนับสนุนกลไกเพื่อการอำนวยการและติดตามเครือข่ายการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๒.๒ กำหนดแนวทางสื่อสารเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๒.๓ สนับสนุนองค์ความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถดำเนินการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๒.๔ ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๒.๕ สนับสนุน ประสาน กำกับ ติดตาม และให้การดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน โดยการบำบัดฟื้นฟูและรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด เพื่อลดการก่อเหตุรุนแรงในสังคม ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๖๒

๓. กรมการแพทย์

๓.๑ สนับสนุนองค์ความรู้ด้านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใช้ยาเสพติดที่มีภาวะรุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน และรุนแรงทางด้านร่างกาย และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๓.๒ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อสนับสนุนการบำบัดผู้ป่วยใช้ยาเสพติด ที่มีภาวะรุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน และรุนแรงทางด้านร่างกาย และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๓.๓ สนับสนุนและให้การดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ตามศักยภาพ

๔. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

๔.๑ ร่วมพัฒนาระบบการรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน และแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดให้กับหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน

๔.๒ ร่วมพัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๕. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สนับสนุนภาคประชาชนได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีการเฝ้าระวังและแจ้งเหตุผู้มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดแก่เจ้าหน้าที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดโดยเร่งด่วนก่อนก่อเหตุรุนแรงในชุมชนและสังคม ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

๖. กรมควบคุมโรค

๖.๑ พัฒนาศักยภาพทีมบุคลากรเพื่อป้องกันผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้ยาเสพติดร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ และป้องกันผู้เสพยาเสพติดไม่ให้ดื่มแอลกอฮอล์

๖.๒ มีมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระดับอำเภอและระดับตำบล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๗. สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย

๗.๑ กำกับและติดตามการดำเนินงานภาพรวมภายในจังหวัดให้เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๗.๒ สนับสนุน กำกับ ดูแล ติดตาม และการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๘. กรมการปกครอง

๘.๑ ให้พนักงานฝ่ายปกครอง ได้แก่ นายอำเภอ ปลัดอำเภอ เจ้าหน้าที่ปกครอง สมาชิกกองอาสารักษาดินแดน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และคณะกรรมการหมู่บ้าน ทำหน้าที่ในการสังเกต และเฝ้าระวังอาการความผิดปกติทางจิตของประชาชนในหมู่บ้าน และนำผู้ที่มีอาการรุนแรงและมีภาวะอันตราย หรือมีความจำเป็นส่งต่อเข้ารับการรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์

๘.๒ มอบหมายให้พนักงานฝ่ายปกครอง ตามข้อ (๑) หรือบุคคลอื่นตามความเหมาะสม ทำหน้าที่ดูแล ติดตาม และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ตามที่ได้รับการประสานงาน

๙. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

๙.๑ ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้ความช่วยเหลือแก่ชุมชน ในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และเมืองพัทยา ร่วมกันทำภารกิจดังกล่าวให้บรรลุผล

๙.๒ ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความร่วมมือในการนำส่งผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดให้ได้รับการบำบัดในสถานพยาบาล

๑๐. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

๑๐.๑ ให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเข้าระงับเหตุ หรือการกระทำ ซึ่งมีภาวะอันตรายจากผู้ป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต

๑๐.๒ ให้การสนับสนุน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และสถานพยาบาล เพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการนำส่งผู้ป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ไปยังสถานพยาบาล หรือสถานบำบัดรักษา

๑๑. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๑๑.๑ มอบหมายให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ประสานให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดหลังจากผู้ป่วยกลับสู่สังคมซึ่งเป็นผู้ประสบปัญหาทางสังคม ตามกรอบภารกิจและแนวทางที่กำหนดอย่างเหมาะสม

๑๑.๒ ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานกับองค์กรเครือข่ายภาครัฐและภาคเอกชน ในการให้ความช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้ป่วย ตามข้อ ๑๑.๑) ในการกลับมาใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข

๑๒. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

จัดสวัสดิการสังคม การสังคมสงเคราะห์ แก่ผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดที่ไร้ที่พึ่ง ที่สิ้นสุดการรักษาแต่ไร้ญาติ พิสูจน์แล้วไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ไม่สามารถกลับสู่ครอบครัวหรือชุมชน หรือไม่มีที่อยู่อาศัย ให้ได้รับการสงเคราะห์ด้านที่อยู่อาศัย และการดำเนินชีวิตตามความเหมาะสม

๑๓. กรมประชาสัมพันธ์

๑๓.๑. ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องในการสร้างการรับรู้และความเข้าใจ ต่อประชาชนในการป้องกัน ฝักระวัง และเผชิญเหตุ

๑๓.๒. สนับสนุนการเผยแพร่สื่อต่าง ๆ เพื่อเป็นการสร้างการรับรู้ และความเข้าใจ ต่อสาธารณชนและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด

๑๔. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และวิชาการในด้านการป้องกัน ฝักระวัง และแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาเสพติด

๑๕. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

๑๕.๑ สนับสนุนภาพรวมการเชื่อมต่อข้อมูลการดำเนินการป้องกัน ฝักระวัง และแก้ไขปัญหามารวมกันที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๑๕.๒ ประสานกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงยุติธรรมในการติดตามดูแลผู้พ้นโทษ/ผู้ถูกคุมความประพฤติที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด รวมถึงทบทวนสถานการณ์เป็นระยะ

๑๕.๓ ส่งเสริมสนับสนุนปัจจัยภาพรวมในการขับเคลื่อนการดำเนินการป้องกัน ฝักระวัง และแก้ไขปัญหามารวมกันที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

จะเห็นได้ว่า บันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน ฝักระวัง และแก้ไขปัญหามารวมกันที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ มีวัตถุประสงค์ร่วมกันที่จะลดผลกระทบของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ซึ่งจะประกอบไปด้วยการฝักระวัง การเผชิญเหตุเมื่อเกิดกรณีภาวะอันตรายเร่งด่วน การส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา ตลอดจนการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง ตามแนวทางการดำเนินงาน

แนวคิดเกี่ยวกับการภารกิจของตำรวจภูธรภาค ๔ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้ลงนามตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน ฝักระวัง และแก้ไขปัญหามารวมกันที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่

๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ เพื่อบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกัน ฝ้าระวัง และแก้ไข ปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด โดยให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเข้าระงับเหตุ หรือการกระทำ ซึ่งมีภาวะอันตรายจากผู้ป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ตามกฎหมายว่า ด้วยสุขภาพจิต และให้การสนับสนุน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และสถานพยาบาล เพื่อ ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการนำส่งผู้ป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ไปยังสถานพยาบาลหรือ สถานบำบัดรักษา ซึ่งตำรวจภูธรภาค ๔ เป็นหน่วยงานระดับกองบัญชาการในสังกัดสำนักงานตำรวจ แห่งชาติ มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น นครพนม บึงกาฬ มหาสารคาม มุกดาหาร ร้อยเอ็ด เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และ อุดรธานี ซึ่งตำรวจภูธรภาค ๔ เป็นหน่วยงานที่มีบทบาท หน้าที่ และภารกิจโดยตรงในการป้องกัน และแก้ไขปัญหามารยาทของยาเสพติด ทั้งด้านการป้องกันปราบปราม ตลอดจนการบำบัด พ้นผู้กระทำผิด ซึ่งมาตรการในการค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษา ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ นั้น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้มีหนังสือ ตร. ที่ ๐๐๕๙/๘๑๖ ลงวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ เรื่อง แนวทาง ดำเนินการตามโครงการค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษา ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ สั่งการให้ทุกหน่วยดำเนินการ “โครงการค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วย จิตเวช เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษา ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ของ บช.น. และ ภ. ๑ - ๙ นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ ตามความเหมาะสม ตามนโยบายของรัฐบาล และนโยบายเร่งด่วนด้านยาเสพติดของผู้บัญชาการ ตำรวจแห่งชาติ ซึ่งมีเป้าหมายและวิธีการดำเนินการ สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

๑. เป้าหมายตามโครงการฯ คือ การเข้าสู่ชุมชนเพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจว่า ผู้เสพคือผู้ป่วย ดำเนินการค้นหาและแจ้งผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดให้สมัครใจรับการบำบัด นำเข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๑๓ และ ๑๑๔ โดยมีภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น ฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ฝ่ายท้องถิ่น เข้าร่วมปฏิบัติการค้นหา หากตรวจพบผู้มีพฤติการณ์เสพยาเสพติด แต่ไม่สมัครใจเข้ารับการรักษา หรือไม่เข้าหลักเกณฑ์ เงื่อนไขในการส่งตัวผู้นั้นไปยังสถานพยาบาลยาเสพติด หรือศูนย์คัดกรอง ให้ดำเนินคดีตามประมวล กฎหมายยาเสพติด

๒. ในการสำรวจและค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษา ให้ดำเนินการตามโครงการฯ โดยประสานหาแหล่งข้อมูลจากภาคี เครือข่าย และใช้แนวทางการค้นหาเบื้องต้น ให้จัดชุดปฏิบัติการค้นหา ชุดละ ๕- ๑๕ คน โดยให้จัด จากชุดปฏิบัติการชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ ประจำปี ๒๕๖๖ จากผู้ผ่านการอบรม “โครงการฝึกอบรมพัฒนาประสิทธิภาพเจ้าหน้าที่ตำรวจในการค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ครูตำรวจแดร์ ชุดตำรวจชุมชนสัมพันธ์ ผู้ผ่านการอบรมบันทึกข้อมูลซักถามด้านข่าวสารยาเสพติด สายตรวจชุมชน

สายตรวจตำบล และ/หรือ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสืบสวน โดยให้ผู้บังคับบัญชาหัวหน้าหน่วยงาน แต่งตั้งให้มีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๑๕ ประกอบกฎกระทรวงการดำเนินการเพื่อบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.๒๕๖๕ หมวด ๑ ข้อ ๓(๓)

๓. ให้ “ชุดปฏิบัติการค้นหา” ลงพื้นที่ร่วมกับ ฝ่ายปกครอง สาธารณสุข ท้องถิ่น ค้นหา ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วยจิตเวช โดยให้ชุดปฏิบัติการค้นหา ดำเนินการตามแนวทาง ดังนี้

๓.๑ เมื่อตรวจพบผู้มีพฤติการณ์อันควรสงสัยว่าเสพหรือครอบครองเพื่อเสพ ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๑๔ ให้ทำการซักถามประวัติส่วนตัว และบุคคลที่เกี่ยวข้องในการได้มา หรือให้ไปซึ่งยาเสพติด กลุ่มร่วมเสพ โดยละเอียด เช่น ชื่อ สกุล ชื่อเล่น รูปถ่าย ยานพาหนะ หมายเลขโทรศัพท์ ช่องทางรับจ่ายเงิน หมายเลขบัญชีโอนเงิน การติดต่อสื่อสาร ข้อมูลในโทรศัพท์ โลกออนไลน์ เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม ทวิตเตอร์ สถานที่พบปะ มั่วสุม การเดินทาง เป็นต้น เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายของผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด และติดตามจับกุมหรือออกหมายจับผู้ค้ารายย่อย

๓.๒ เมื่อผู้ถูกตรวจพบเป็นผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดและสมัครใจบำบัดรักษา ให้ซักถามและบันทึกในแบบฟอร์มซักถาม ก่อนส่งตัวไปสถานพยาบาลยาเสพติดหรือศูนย์คัดกรองเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาต่อไป

๓.๓ เมื่อผู้ถูกตรวจพบไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาหรือไม่เข้าหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่สามารถส่งตัวไปสถานพยาบาลยาเสพติดหรือศูนย์คัดกรองได้ ให้ซักถามตาม ๓.๑ และบันทึกในแบบฟอร์มซักถาม และให้ดำเนินคดีตามกฎหมาย

๓.๔ กรณีตาม ๓.๓ หากผู้ถูกตรวจพบมีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม ที่มีอาการทางจิต และ/หรือเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดและสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ให้ซักถามตามข้อ ๓.๑ เพื่อบันทึกในแบบฟอร์มซักถาม หากไม่สามารถซักถามบุคคลดังกล่าวได้ให้ซักถามข้อมูลของบุคคลดังกล่าวจากญาติ/เพื่อนบ้าน หรือผู้นำชุมชน และขอคำวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาศูนย์นั้น แล้วจึงบันทึกในตารางคัดแยกผู้มีอาการทางจิตตามกลุ่มสีตามแบบรายงานผู้ป่วยทางจิตตามกลุ่มสี และดำเนินการตาม พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ตามอาการ ต่อไป

นอกจากนี้ ตำรวจภูธรภาค ๔ ได้จัดทำโครงการนาคาพิทักษ์ รัชชประชา (๑ ทีมผู้พิทักษ์ ๑ ผู้ป่วยจิตเวช) ตำรวจภูธรภาค ๔ ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดเก็บข้อมูลสถานภาพจำนวนผู้ป่วยจิตเวชสำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการก่อเหตุที่อาจกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และเพื่อนำข้อมูลสถานภาพจำนวนผู้ป่วยจิตเวชไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาผู้มีอาการทางจิตก่อเหตุในพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีเป้าหมายพื้นที่รับผิดชอบทั้ง ๑๒ จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น นครพนม บึงกาฬ มหาสารคาม มุกดาหาร ร้อยเอ็ด เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี ซึ่งมีวิธีดำเนินการในแต่ละระดับของหน่วยปฏิบัติของตำรวจภูธรภาค ๔ ดังนี้

ตำราวจุทธภาค ๔

๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนโครงการ ให้ตำราวจุทธจังหวัด และสถานี ตำราวจุทธ ในสังกัดตำราวจุทธภาค ๔ เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติ

๒. ติดตามประเมินผลการดำเนินการตามโครงการของตำราวจุทธจังหวัดและสถานี ตำราวจุทธ

ตำราวจุทธจังหวัด

๑. จัดทำโครงการบริหารจัดการแบบบูรณาการ กรณีผู้มีอาการทางจิตก่อเหตุ

๒. ผู้บังคับการตำราวจุทธจังหวัด ร่วมหารือกับผู้ว่าราชการจังหวัด ในการดำเนินโครงการ

๓. ผู้บังคับการตำราวจุทธจังหวัด เรียนเชิญผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการและขอความร่วมมือในการพิจารณาความเหมาะสมของการบรรจุโครงการไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น โดยผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนราชการ หัวหน้าสถานีตำรวจ ภาศึเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดเข้าร่วมประชุม ได้แก่ ผู้บังคับการตำราวจุทธจังหวัด อัยการจังหวัด อัยการคดีเยาวชนและครอบครัวจังหวัด อัยการสำนักคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชนจังหวัด (สคช.) ศาลจังหวัด ศาลเยาวชนและครอบครัวจังหวัด ผู้บัญชาการเรือนจำจังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ติดยาเสพติดจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด นายอำเภอทุกแห่ง ผู้กำกับและหัวหน้าสถานีตำรวจทุกแห่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัด นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด และท้องถิ่นอำเภอทุกแห่ง

๔. ติดตามประเมินผลการดำเนินการตามโครงการของสถานีตำรวจในสังกัด และรายงานไปยังตำราวจุทธภาค ๔

สถานีตำรวจ

๑. หัวหน้าสถานีตำรวจจัดทำโครงการบริหารจัดการแบบบูรณาการ กรณีผู้มีอาการทางจิตก่อเหตุของสถานีตำรวจเสนอนายอำเภอเพื่อพิจารณา

๒. นายอำเภอเชิญหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ พร้อมคณะที่ปรึกษา มาประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และรูปแบบจัดทำโครงการ รวมทั้งรับฟังปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติตามโครงการจากส่วนราชการอื่น และรับฟังข้อคิดเห็นหรือคำแนะนำจากคณะที่ปรึกษา เพื่อให้การดำเนินการตามโครงการสามารถปฏิบัติได้จริง เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการเนื่องจากแต่ละพื้นที่จะมีปัญหา อุปสรรค ข้อขัดข้องแตกต่างกัน

๓. นายอำเภอออกคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน โดยมอบหน้าที่ให้แต่ละส่วนราชการและเจ้าหน้าที่รัฐตามโครงสร้างของโครงการ เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนการปฏิบัติของโครงการ ดังนี้

๓.๑ คณะกรรมการขับเคลื่อนระดับอำเภอ (ศูนย์คุ้มครองช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชประจำ อำเภอ) ประกอบด้วย นายอำเภอเป็นประธาน (หน.ศูนย์ฯ/ผู้กำกับการสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นรองประธาน (รอง หน.ศูนย์ฯ)/ผู้บริหารท้องถิ่นทุกแห่ง, ประธาน

กต.ตร.สภ., ผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมทุกแห่ง, ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอ, ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอ เป็นคณะกรรมการ/รองผู้กำกับการป้องกันปราบปราม หรือ สวป. ประจำสถานี (กรณีหัวหน้า สภ. เป็นระดับรอง ผกก.) หรือ รองสารวัตรป้องกันปราบปราม (กรณี หน.สภ. เป็นระดับสารวัตร) เป็นคณะกรรมการและเลขานุการ/ รองผู้กำกับการ(สอบสวน) ผู้ทำหน้าที่หัวหน้างานสอบสวน เป็นคณะกรรมการ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาด้านกฎหมาย และการบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงเป็นคณะกรรมการคัดแยกและจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ประกอบด้วย - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล - สาธารณสุขอำเภอ - ผู้กำกับการหัวหน้าสถานี หรือ รองผู้กำกับการป้องกันปราบปราม

๓.๒ คณะทำงานในระดับพื้นที่ (ศูนย์คุ้มครองช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชประจำตำบล) ประกอบด้วย ผอ.รพ.สต./ ผอ.กองสาธารณสุข ผอ.กองป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของแต่ละเทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล (หรือ หน.สำนักปลัดหรือหัวหน้าฝ่ายสาธารณสุขหรือป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย) กำนันประจำตำบลประธานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประจำตำบล สำนักงานตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) และคณะทำงานในระดับพื้นที่ แบ่งย่อยคณะทำงานออกเป็น ๒ ทีม และ ๑ ศูนย์ ดังนี้

๓.๒.๑ ทีมผู้พิทักษ์ผู้ป่วยจิตเวช (Psycho Protector Team : PPT) ประกอบด้วย กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล สายตรวจตำบลหรือตำรวจ ประจำหมู่บ้าน อาสาสมัคร หรือจิตอาสา

๓.๒.๒ ทีมระงับเหตุ ประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน หรือ อปพร. ประจำหมู่บ้าน ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน หรือ ชรบ.ประจำหมู่บ้าน ตำรวจอาสาประจำหมู่บ้าน สายตรวจตำบล ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล (พร้อมรถพยาบาลฉุกเฉิน : EMS) เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือ รพ.สต.

๓.๒.๓ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำตำบล มีสายตรวจตำบลแต่ละตำบล เป็นหัวหน้าศูนย์ ทำหน้าที่รับแจ้งเหตุจากศูนย์รับแจ้งเหตุ ๑๙๑ ของสถานีตำรวจ และสั่งการไปยังทีมระงับเหตุประจำตำบล/หมู่บ้าน

๔. หัวหน้าสถานีตำรวจจัดทำคำสั่งมอบหมายพื้นที่รับผิดชอบให้เจ้าหน้าที่ตำรวจประจำหมู่บ้าน สายตรวจตำบล และชุดชุมชนสัมพันธ์ ชี้แจงแนวทางการสำรวจข้อมูลมีอาการทางจิต และผู้ป่วยจิตเวชให้ข้าราชการตำรวจผู้ได้รับมอบหมายในพื้นที่รับผิดชอบทราบ ซึ่งแหล่งข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

๕. เมื่อได้ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในแต่ละหมู่บ้านแล้ว หัวหน้าสถานีตำรวจเชิญ คณะกรรมการคัดแยก จำแนกและจัดลำดับความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องทำการบำบัดรักษาและควบคุมดูแล

๖. นายอำเภอ ออกคำสั่งมอบหมายหน้าที่ให้ศูนย์คุ้มครองช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชประจำตำบล ดำเนินการตามกรอบและหน้าที่

๗. ศูนย์คุ้มครองช่วยเหลือผู้ป่วยประจำตำบล ประชุมแต่งตั้งและมอบหมายหน้าที่ให้ทีมผู้พิทักษ์ ผู้ป่วยจิตเวช รับผิดชอบควบคุม ดูแล เฝ้าระวัง ผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วย โดยทีมผู้พิทักษ์ ๑ ทีม ต่อ ผู้ป่วยจิตเวช ๑ ราย (กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่จำเป็นเร่งด่วนจะต้องรับดำเนินการ คือ กลุ่มสีแดง)

๘. ทีมผู้พิทักษ์ผู้ป่วยจิตเวชดำเนินการตามหน้าที่ และรายงานผลการปฏิบัติ พร้อมปัญหาอุปสรรค ให้ศูนย์คุ้มครองช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชประจำตำบลและประจำอำเภอทราบตามลำดับ

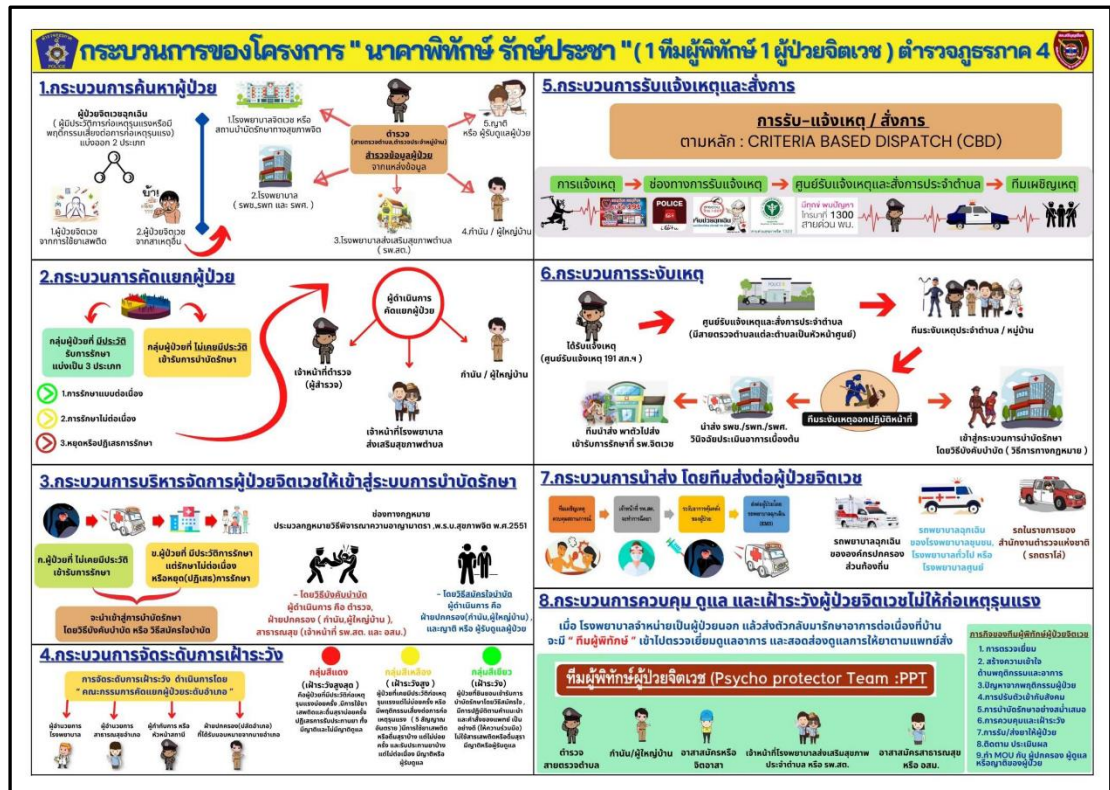
๙. ศูนย์คุ้มครองช่วยเหลือประจำอำเภอ คณะกรรมการคัดแยกและจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ประเมินผลการปฏิบัติ รวมทั้งประชุมพิจารณาปรับลดระดับประเภทของผู้ป่วย

การรับแจ้งเหตุ การระงับเหตุ และการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด

แนวทางและขั้นตอนการรับแจ้งเหตุ การระงับเหตุ และการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อเหตุรุนแรงเข้าสู่การบำบัดรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดอาการทางจิต กรณีเกิดสถานการณ์วิกฤติ ผู้ป่วยจิตเวช จากยาเสพติด ก่อเหตุรุนแรง หรือ มีพฤติการณ์น่าเชื่อว่าจะก่อเหตุรุนแรง เมื่อญาติ ผู้ปกครอง ผู้ดูแล หรือผู้พบ เห็น แจ้งเหตุมายังช่องทางการรับแจ้งเหตุ (สายด่วน ๑๙๑/ สายด่วน ๑๖๖๙ / แอปพลิเคชัน Police I LERT U / สายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ / ศูนย์ช่วยเหลือสังคม หมายเลข ๑๓๐๐)

เมื่อศูนย์รับแจ้งเหตุดังกล่าวได้รับแจ้งแล้วจะแจ้งเหตุไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุประจำตำบล เพื่อแจ้งต่อไปยังทีมระงับเหตุประจำตำบล/หมู่บ้าน ออกระงับเหตุฉุกเฉิน ทีมระงับเหตุนำตัวผู้ป่วยจิตเวชส่งต่อไปยังหน่วยบริการสาธารณสุข (โรงพยาบาลประจำอำเภอ) เพื่อสังเกตอาการ/ประเมินระดับความรุนแรงของอาการ โดยมีรพ.บาลฉุกเฉิน (รถกู้ชีพ) ของท้องถิ่น (เทศบาลตำบล หรือ อบต.) เป็นผู้นำส่ง เมื่อโรงพยาบาลได้วินิจฉัยประเมินอาการและทำการรักษาแล้ว ส่งให้ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน (ผู้ป่วยนอก) โรงพยาบาลจะแจ้งให้ รพ.สต. ที่ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ทราบ จากนั้น รพ.สต. แจ้งให้คณะทำงานในระดับตำบลทราบ (ศูนย์พิทักษ์ผู้ป่วยจิตเวชประจำตำบล) เพื่อแต่งตั้งมอบหมายหน้าที่ให้ทีมผู้พิทักษ์ผู้ป่วยจิตเวชประจำตัวผู้ป่วย ดำเนินการตามแผนการของโครงการ ซึ่งกระบวนการของโครงการ “นาคาพิทักษ์ รักษาประชา” (๑ ทีมผู้พิทักษ์ ๑ ผู้ป่วยจิตเวช) ดำรงจรรยาบรรณ ๔ ประการตามแผนภาพที่ ๒ - ๑

แผนภาพที่ ๒ - ๑ แสดงกระบวนการของโครงการ “นาคาพิทักษ์ รักษาประชา” (๑ ทีมผู้พิทักษ์ ๑ ผู้ป่วยจิตเวช) ดำรงฤทธภาค ๔



ที่มา : ตำรวจภูธรภาค ๔, ๒๕๖๕ : ๑๒

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาความร่วมมือ

๑. ความหมายของความร่วมมือ

ความร่วมมือ (Collaboration) นั้น ความหมายจากพจนานุกรมฉบับภาษาอังกฤษให้ความหมายว่า “การที่บุคคลทำงานร่วมกับบุคคลอื่น ๆ เพื่อจุดมุ่งหมายร่วมกัน (Collin Plain English Dictionary, 1996 อ้างถึงใน วรรณดี นาคสุขปาน, ๒๕๕๗ : ๓๘) และจาก International Encyclopedia of the Social Sciences (1972 อ้างถึงใน วรรณดี นาคสุขปาน, ๒๕๕๗ : ๓๘) พบว่ายังไม่มีนิยามความหมายของ ความร่วมมือ หรือ Collaboration มีเพียงนิยามความหมายของ Cooperation ซึ่งให้ความหมายว่า เป็นความร่วมมือแบบทางพฤติกรรมศาสตร์ที่เน้นการเชื่อมโยงกัน โดยมีเป้าหมายและกำหนดผลประโยชน์ร่วมกัน เน้นการแลกเปลี่ยนหรือการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อวัตถุประสงค์หนึ่ง ๆ ซึ่งมีหลากหลายประเภท เช่น ความร่วมมือแบบสมัครใจ (Voluntary) ความร่วมมือแบบไม่สมัครใจ (Involuntary) ความร่วมมือแบบทางตรง (Direct) ความร่วมมือแบบทางอ้อม (Indirect) ความร่วมมือแบบเป็นทางการ (Formal) ความร่วมมือแบบไม่เป็น

ทางการ (Informal) เป็นต้น ซึ่งความร่วมมือเหล่านี้เกิดขึ้นตั้งแต่ในระดับเล็ก ๆ ตั้งแต่ ๒ องค์การขึ้นไป จนถึงในระดับชาติและระดับนานาชาติ

นอกจากนี้ มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของความร่วมมือ ดังนี้

Barbara Gray (1989 : 185) ได้นิยามความร่วมมือว่า หมายถึง กระบวนการที่ภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งมีมุมมองต่อปัญหาที่ต่างกัน สามารถแสวงหาทางออกร่วมกัน การรวมกันเป็นพันธมิตร โดยการร่วมมือกันเป็นมากกว่าการแลกเปลี่ยนทรัพยากร เนื่องจากเป็นการรวมมุมมอง ทรัพยากร ทักษะ ความร่วมมือก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ การคิดร่วมกันเพื่อวิเคราะห์และเพิ่มโอกาสในการแก้ปัญหา ความคิดจะกลายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้โดยผ่านความร่วมมือ นอกจากนี้ความร่วมมือยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีการทำงาน ความร่วมมือกันจะแข็งแกร่งขึ้นหากหุ้นส่วนมีความคล้ายคลึงกันโดยเฉพาะความคล้ายคลึงกันในการคิดและประเภทของบริการ

John-Steiner และคณะ (๑๙๙๘ : ๗๗๖) ได้กล่าวว่า ความร่วมมือมิใช่เพียงการวางแผนหรือการตัดสินใจร่วมกันเท่านั้น แต่ความร่วมมือยังหมายถึงการคิดร่วมกันขององค์การที่มากกว่าหนึ่งองค์การ เป็นการตกลงใช้ทรัพยากรอำนาจและศักยภาพร่วมกัน

David Straus (2002 : 18) ได้นิยามคำว่า ความร่วมมือ หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม องค์การ ชุมชน เพื่อวางแผน สร้างสรรค์ แก้ปัญหา และตัดสินใจร่วมกัน

Russ Linden (2002 : 9) ได้กำหนดความหมายคำว่าความร่วมมือ ว่า ตามรากศัพท์ หมายถึง การร่วมแรง (Co-labor) ร่วมพยายามและร่วมเป็นเจ้าของผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นโดยความร่วมมือนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลจากต่างองค์การ (หรือต่างหน่วยภายในองค์การเดียวกัน) ได้ร่วมกันดำเนินการบางสิ่งซึ่งต้องใช้ความพยายาม ทรัพยากรและการตัดสินใจร่วมกันรวมถึงร่วมเป็นเจ้าของผลผลิตหรือบริการสุดท้ายที่เกิดขึ้น

Robert Agranoff และ Michael McGuire (2003 : 4) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือไว้ว่า เป็นกระบวนการที่กระตุ้นให้องค์การต่าง ๆ เข้ามาปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาที่ศักยภาพขององค์การหนึ่งองค์การใดเพียงองค์การเดียวจะสามารถทำให้สำเร็จลุล่วงไปได้ หรือถ้าสมารถที่จะทำได้ก็อาจจะประสบความสำเร็จได้ยาก นอกจากนี้การสร้างความร่วมมือยังหมายรวมถึงการค้นหาหรือคิดค้นทางเลือกสำหรับการแก้ไขปัญหาภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ ที่มีอยู่ เช่น องค์ความรู้ เวลา งบประมาณและการแข่งขัน เป็นต้น

Lank E. (2006 : 7-9) ได้ให้ความหมายความร่วมมือ ว่าหมายถึง การที่องค์การมากกว่าหนึ่งองค์การดำเนินงานร่วมกันอย่างแท้จริง เพื่อบรรลุผลลัพธ์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง โดยต้องเป็นผู้นำร่วมกันและเสริมสร้างฉันทามติให้เกิดขึ้น

Ann Marie Thomson และคณะ (๒๐๐๖, ๒๑-๒๒) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือว่า ความร่วมมือเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์การทั้งความสัมพันธ์ที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการโดยการเจรจา การทำความตกลง การบริหารข้อตกลงร่วมกัน

Peter Smith Ring and Andrew H. Van de Ven (cited in Ann Marie Thomson, 2006 : 23) ได้นิยามคำว่าความร่วมมือโดยทั้งสองกล่าวว่า ความร่วมมือ หมายถึง

กระบวนการที่ตัวแสดงที่มีอิสระมีปฏิสัมพันธ์ผ่านการเจรจาอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ สร้างกฎเกณฑ์ โครงสร้างร่วมกัน รับผิดชอบในความสัมพันธ์และการปฏิบัติต่อกัน หรือตัดสินใจ ต่อประเด็นปัญหาร่วมกัน กระบวนการดังกล่าวเป็นการแบ่งปันแนวปฏิบัติและผลประโยชน์ร่วมกัน

สรุปได้ว่า ความร่วมมือ คือ แนวทางที่องค์การมากกว่าหนึ่งองค์การเต็มใจร่วมกัน ทำงาน มีปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีการจัดทำข้อตกลงร่วมกัน กำหนด โครงสร้าง กฎเกณฑ์ การคิด การวางแผน การตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมาย การเป็นผู้นำ การบริหารข้อตกลง การแก้ปัญหา การใช้ทรัพยากร การใช้อำนาจ และการใช้ศักยภาพร่วมกัน รวมทั้งร่วมเป็นเจ้าของผลลัพธ์ร่วมกัน

๒. ประเภทของความร่วมมือ

Hodge and Anthony (1991 : 29 อ้างถึงใน วรรณดี นาคสุขปาน, ๒๕๕๗ : ๓๙) ได้แบ่งประเภทของความร่วมมือได้เป็น ๖ ประเภท ดังนี้

๒.๑ ความร่วมมือในแนวตั้ง (Vertical Integration) เป็นความร่วมมือที่เกิดจากการควบรวมกิจการของบริษัท องค์กรแล้วค่อย ๆ ซึมซับระบบทีละน้อย ซึ่งรวมในทุกขั้นตอนของ กระบวนการผลิต เพื่อเป้าหมายคือ ต้องการควบคุมปัจจัยการผลิต โดยอาจใช้วิธีการควบรวมบริษัท ๒ บริษัทขึ้นไปเข้าเป็นองค์กรเดียวกัน เพื่อต้องการควบคุมการทำงานเองทั้งหมด

๒.๒ การร่วมมือในแนวนอน (Horizontal Integration) ได้แก่ การรวมบริษัท องค์กรกับบริษัทหรือองค์กรอื่นที่มีธุรกิจประเภทเดียวกัน เพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน

๒.๓ การร่วมมือแบบผนึกกำลัง (Coalitions) ได้แก่ การร่วมมือจัดตั้งโครงการหรือ บริษัท องค์กรร่วมกัน โดยมีการร่วมลงทุนทรัพยากรร่วมกัน (Joint Venture)

๒.๔ การร่วมมือแบบรวมอำนาจบริหารจัดการ (Interlocking Directorates) เป็นการร่วมมือกับบริษัท องค์กรที่เป็นคู่แข่งกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กร โดยมีคณะกรรมการ ทั้งทางตรงและทางอ้อม หรืออาจจะมีผู้บริหารที่มาจากองค์กรอื่นเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

๒.๕ การร่วมมือเพื่อการแลกเปลี่ยน (Reciprocity) ได้แก่ การร่วมมือเพื่อการ แลกเปลี่ยนทรัพยากร โดยการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ตอบแทนระหว่างหน่วยงานหรือองค์กร ที่ร่วมมือกัน

๒.๖ การร่วมมือกันแบบสังคมประสาน (Social Interlocking) ได้แก่ การร่วมมือกัน ในบริษัท องค์กรที่มีลักษณะของประเภทธุรกิจที่แตกต่างกันโดยมีการทำสัญญาร่วมกัน

ซึ่ง Sounder (1993 : 19 อ้างถึงใน วรรณดี นาคสุขปาน, ๒๕๕๗ : ๔๐) ได้ศึกษา ประเภทของความร่วมมือ (Types of Collaborations) โดยได้จำแนกเป็น ๓ ประเภท คือ ๑) ประเภทความร่วมมือแบบไม่เป็นทางการ (Informal Type) เป็นความร่วมมือที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม เล็กไม่ต้องมีพันธะสัญญา เป็นการรวมตัวกันเพื่อประชุมสัมมนา เพื่อให้ความร่วมมือในการให้ คำปรึกษาหารือระหว่างกลุ่มหรือการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารในเครือข่ายที่มีความสนใจร่วมกัน ๒) ประเภท ความร่วมมือแบบกึ่งทางการ (Semi Formal Type) เป็นความร่วมมือที่มีการแบ่งปันทรัพยากรต่าง ๆ ระหว่างกลุ่ม ค่อนข้างมีแบบแผน เช่น การขอความร่วมมือหรือขอข้อมูลในบางเรื่อง และ ๓) ประเภท ความร่วมมือแบบเป็นทางการ (Formal Type) เป็นความร่วมมือที่เกิดขึ้นเฉพาะกลุ่มบุคคล องค์กร

หนึ่ง ๆ ที่มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานอย่างมีแบบแผน โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีการดำเนินกิจกรรมความร่วมมือทางการศึกษา มีการจัดตั้งองค์กร หน่วยงานเพื่อดูแลด้านการดำเนินงาน เช่น การทำสัญญาข้อตกลงเพื่อความเข้าใจอันดีระหว่างองค์กร (MOU)

นอกจากนี้ National Network for Collaboration : NNCO (2005 : 21 อ้างถึงในวรรณดี นาคสุขปาน, ๒๕๕๗ : ๔๐) ได้กำหนดขอบเขตของรูปแบบความร่วมมือระดับองค์กร จำแนกตามโครงสร้างพื้นฐานได้ ๕ ประเภท ดังนี้

๑. เครือข่าย (Networking) เป็นการเปิดโอกาสในการพบปะสนทนาระหว่างองค์กร การสร้างความเข้าใจร่วมกันและให้การสนับสนุนขั้นพื้นฐานระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม โดยไม่มีระดับชั้นในการบริหาร ลักษณะการเชื่อมโยงองค์กรเป็นแบบยืดหยุ่น กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบแบบหลวม ๆ การเชื่อมโยงกันในกลุ่มสมาชิกเป็นแบบขั้นต้น ระดับการตัดสินใจเกิดขึ้นน้อย มีลักษณะการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ

๒. พันธมิตร (Cooperation or Alliance) มีวัตถุประสงค์ในการรวมกลุ่มเพื่อสร้างความร่วมมือที่เหมาะสมตามความจำเป็น มุ่งเน้นความสำเร็จของงาน ลดความซ้ำซ้อนในงานหรือการบริการของสมาชิกกลุ่ม เน้นการเป็นศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสาร ลักษณะการเชื่อมโยงองค์กรเป็นแบบกึ่งทางการ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน ภาวะผู้นำของความสัมพันธ์แบบนี้มีสูง มีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ลักษณะการสื่อสารแบบทางการทำให้การตัดสินใจค่อนข้างซับซ้อน

๓. หุ่นส่วน (Coordination or Partnership) มีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันทรัพยากรในกลุ่มสมาชิกที่มีเป้าหมายเดียวกัน เน้นการรวมทรัพยากรเพื่อสร้างผลผลิตใหม่ (Productivity) เป็นศูนย์กลางการติดต่อสื่อสารของกลุ่มผู้บริหาร ลักษณะการเชื่อมโยงองค์กรเป็นแบบทางการ มีการกำหนดบทบาทชัดเจน และมีการร่วมพัฒนาทรัพยากรและร่วมลงทุนด้านการเงิน ภาวะผู้นำถูกจำกัดตามขอบเขตความร่วมมือที่กำหนดไว้

๔. กลุ่มผนึกกำลัง (Coalition) มีเป้าหมายเพื่อแบ่งปันความคิดและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อสร้างพันธสัญญาในการพัฒนาร่วมกัน โดยกำหนดระยะเวลาอย่างชัดเจน มีระยะเวลาอย่างน้อย ๓ ปี สมาชิกทั้งร่วมกันตัดสินใจ กำหนดบทบาทที่ชัดเจน ลักษณะการเชื่อมโยงแบบเป็นทางการภายใต้ข้อตกลงร่วมกันและการสื่อสารเป็นไปตามลำดับขั้น

๕. การรวมพลัง (Collaboration) มีเป้าหมายเพื่อมุ่งเน้นความสำเร็จจากการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วม มีการเทียบเคียงผลกระทบที่เกิดขึ้น มีการสร้างระบบที่ต้องพึ่งพากันระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อกำหนดประเด็นและโอกาสร่วมกัน สมาชิกมีการตัดสินใจร่วมกันอย่างเป็นเอกฉันท์ (Consensus) มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในกลุ่ม ลักษณะการเชื่อมโยงองค์กรแบบทางการ ใช้ภาวะผู้นำสูง แต่มีการแบ่งปันความคิดและการตัดสินใจเพื่อกำหนดการสร้างผลผลิตภาพ (Productivity)

๓. การบริหารกิจการบ้านเมืองในรูปแบบเครือข่าย (Network Governance)

Stephen Goldsmith and William D. Eggers ให้ความหมายของเครือข่ายว่า โครงการริเริ่มต่าง ๆ ที่หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้ดำริให้มีขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการสาธารณะ โดยสามารถวัดเป้าหมายของผลงานได้ มีการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้แก่ละหุ่่นส่วนการงาน และ

ได้กำหนดโครงสร้างการหมุนเวียนของข้อมูลไว้ เป้าหมายสุดท้ายของการทุ่มเทดำเนินงานคือการสร้างคุณค่าสาธารณะให้เกิดขึ้นเป็นคุณค่าที่ยิ่งใหญ่กว่าผลรวมจากคุณค่าของงานที่แต่ละหุ้นส่วนการทำงานสามารถทำได้ตามลำพังโดยปราศจากการประสานความร่วมมือ (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิ๊งศรีทัย และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๙-๓๐) นอกจากนี้ จีระประภา อัครบวร และประยูร อัครบวร (๒๕๕๒ : ๒๓) ได้กล่าวว่า การบริหารงานภาครัฐในรูปแบบ เครือข่ายภาครัฐ เป็นการดำเนินงานของภาครัฐที่สร้างคุณค่าทางสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการ ของประชาชน โดยคุณค่าทางสังคมของประชาชนประกอบด้วย การให้บริการ (Service) คุณภาพของ การบริการ และความน่าเชื่อถือของกระบวนการและผลการบริการ ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

๓.๑ มูลเหตุเจื่อนไขสำคัญอันนำไปสู่การก่อตัวขึ้นของการบริหารงานภาครัฐรูปแบบเครือข่าย

การเกิดขึ้นของเครือข่ายบริหารงานภาครัฐหนึ่ง ๆ อาจเกิดจากปัจจัยภายในของระบบราชการหรือหน่วยงานผู้รับผิดชอบบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับภารกิจนั้น ๆ โดยอาจมีหลาย หน่วยงานทำงานซ้ำซ้อนกัน นโยบายหรือคำสั่งจากส่วนกลางอาจไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องปรับแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น มูลเหตุที่นำไปสู่การบริหารจัดการรูปแบบเครือข่ายแสดงได้ (จีระประภา อัครบวร และ ประยูร อัครบวร, ๒๕๕๒ : ๓๓-๓๗) ดังนี้

ประการแรก การมุ่งเน้นประสิทธิภาพเชิงการบริหารงาน และมักเกี่ยวเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ กำลังคน และการกระจายของอำนาจหน้าที่ในแต่ละหน่วยงานภายใต้บริบทที่สังคมที่มีความสลับซับซ้อน และมีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ประการที่สอง ความคาดหวังของประชาชนที่สูงขึ้น โดยประชาชนต้องการเห็นการตอบสนองต่อปัญหาต่าง ๆ ของภาครัฐที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านผลลัพธ์และการใช้งบประมาณ

ประการที่สาม ความคล่องตัวในการแก้ไขปัญหา ซึ่งโครงสร้างการบริหารจัดการภาครัฐทั้งด้านงบประมาณและกำลังคนไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและทันเหตุการณ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาต่าง ๆ

ประการที่สี่ ความต้องการทักษะ และความรู้ในการแก้ไขปัญหา โดยภาครัฐไม่สามารถพัฒนาทักษะของข้าราชการและพนักงานราชการได้ทันต่อความต้องการ โดยมีข้อจำกัดด้านความรู้เฉพาะทางและทักษะเชิงเทคนิค (technical skills) ทำให้การแก้ไขปัญหาขาดประสิทธิภาพ

๓.๒ ปัจจัยความสำเร็จของเครือข่ายการบริหารกิจการบ้านเมือง

การออกแบบเครือข่ายให้ประสบความสำเร็จได้นั้น มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

ประการแรก การกำหนดพันธกิจชัดเจน และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่เริ่มต้น โดยความสำเร็จของการบริหารงานแบบเครือข่าย เริ่มตั้งแต่การออกแบบเครือข่ายที่ดี ประกอบด้วย การเลือกหุ้นส่วนมาเป็นสมาชิกส่วนหนึ่งภายในเครือข่ายทั้งหมด (components) และการประสานความร่วมมือของเครือข่าย (interaction) ไม่ควรใช้วิธีการหรือกระบวนการทำงานภายใต้ระบบราชการแบบเดิมเข้ามาเป็นตัวกำหนดกระบวนการทำงานร่วมกัน

และการประสานงานนั้น ต้องสามารถตอบสนองพันธกิจที่ตั้งไว้ขององค์กรกำกับดูแลและเครือข่ายโดยรวมได้ (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิ๊งค์พิทย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๑๒๑-๑๒๓)

ประการที่สอง มีกลยุทธ์ในการบูรณาการเครือข่ายเป็นสถาบัน กลยุทธ์และองค์ประกอบสำคัญที่สามารถนำมาใช้ในการประกอบสร้างเครือข่ายเป็นกลไกเชิงสถาบัน (Institutionalization) ให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ ๑) แรงจูงใจทางการเงินหรืองบประมาณ (Budget) เพื่อดึงดูดภาคส่วนต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วม เช่น ภาครัฐผ่านการประกวดราคาหรืองบประมาณอุดหนุนจากภาครัฐ ๒) การโน้มน้าวและจูงใจ (Persuade) สมาชิกที่เข้ามามีส่วนร่วมกันนั้น บางส่วนอาจมีความเคลือบแคลงสงสัยหรือไม่แน่ใจในประโยชน์ที่จะได้รับ ดังนั้น การโน้มน้าวและจูงใจสามารถนำมาใช้ในการชักนำหุ้นส่วนให้เข้ามามีส่วนร่วมกันทำงานได้ภายใต้พันธกิจการทำงานหรือเป้าหมายร่วมกัน ๓) การระดมสรรพกำลังจากภาคส่วนต่าง ๆ (Mobilize) โดยปกติการทำงานของภาครัฐเพียงหน่วยงานเดียวอาจมีข้อจำกัดที่ทำให้การบริการสาธารณะไม่อาจเกิดขึ้นได้เป็นผลสำเร็จ เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร ความรู้ทักษะเชิงเทคนิค ข้อมูล เทคโนโลยี ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจกระจุกกระจายอยู่ในแต่ละภาคส่วนต่าง ๆ ดังนั้น การสนธิพลังทรัพยากร ผ่านการทำงานในรูปแบบเครือข่าย สามารถนำไปสู่ประสิทธิผลและประสิทธิภาพโดยรวมของบริการสาธารณะ ๔) การใช้ทรัพยากรบุคคลและเทคโนโลยี สามารถนำมาใช้กระตุ้นการทำงานของเครือข่ายและสร้างปฏิสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นระหว่างกัน และ ๕) อำนาจ หน้าที่ของหุ้นส่วน (authorities) เนื่องจากการทำงานในรูปแบบเครือข่ายเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จประการหนึ่ง ๆ นั้น จำเป็นต้องพิจารณาถึงอำนาจหน้าที่ที่อาจจะกระจายออกไปในแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกฎหมายที่กำหนดอำนาจเฉพาะกิจให้กับหน่วยงานภาครัฐหนึ่ง ๆ หรือหุ้นส่วนนอกภาครัฐ (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิ๊งค์พิทย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๑๒๘-๑๓๕)

ประการที่สาม การเลือกหุ้นส่วนที่เหมาะสมต่อการทำงานเครือข่าย การพิจารณาเลือกหุ้นส่วนสมาชิกเครือข่ายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการบริการสาธารณะที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะ และต้องคำนึงถึงความสามารถของหุ้นส่วนนั้นในการจัดหาทรัพยากรหรือทรัพยากรที่ช่วยการทำงานของภาครัฐให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ข้อพิจารณาสำคัญในการเลือกหุ้นส่วน มีดังนี้ ๑) ความสามารถเข้ากันได้ของวัฒนธรรมองค์กร เพราะการหลอมรวมเครือข่ายให้เกิดขึ้นแก่สมาชิกเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเครือข่ายเป้าหมายหรือนโยบายร่วมกันใหม่เกิดขึ้นมา มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องสร้างค่านิยมร่วมกัน (common value) เพื่อให้เกิดความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกันต่อระดับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องภายในหุ้นส่วนเครือข่าย ๒) การประเมินขีดความสามารถหุ้นส่วน หุ้นส่วนควรมีทักษะและประสบการณ์เพียงพอที่จะบูรณาการเครือข่ายได้ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่นำมาใช้ในการประเมินขีดความสามารถของหุ้นส่วนว่ามีศักยภาพหรือไม่นั้น ประกอบด้วย ความคุ้มค่าเชิงต้นทุน ความเชี่ยวชาญเฉพาะที่มากกว่าหน่วยงานภาครัฐ เสถียรภาพทางการเงินของหุ้นส่วนผู้รับสัญญาหลัก และความสามารถในการรับความเสี่ยง ๓) ความใกล้ชิดของผู้ให้บริการ ซึ่งความใกล้ชิดของหุ้นส่วนกับผู้รับบริการนั้น มีข้อพิจารณาและการดำเนินยุทธวิธี คือ ความใกล้ชิดผูกพันกับชุมชน ควรเลือกใช้หุ้นส่วนที่ใกล้ชิดผู้รับบริการในพื้นที่ โดยไม่จำเป็นต้องเข้าไป

สร้างสำนักงานประจำในแต่ละพื้นที่ทุกแห่ง หากแต่ใช้กลยุทธ์การอาศัยหน่วยงานของหุ้นส่วนในพื้นที่นั้น ๆ รับผิดชอบภารกิจของเครือข่ายทั้งหมดแทน และการใช้บทบาททางกฎหมายของหุ้นส่วนเพื่อสร้างการยอมรับโดยทั่วไป แนวทางการบริหารงานแบบเครือข่ายจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ แต่โดยมากภาครัฐมักดึงเอาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโครงสร้างและสถาบันต่าง ๆ ที่มีอยู่มาสร้างเป็นเครือข่ายเชิงสถาบัน (โกลด์สมิท, สตีเฟ่น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิงศภัทัย และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๑๓๖-๑๔๔)

ประการที่สี่ การจัดประเภทและการใช้งานเครือข่ายอย่างเหมาะสม การเลือกประเภทเครือข่ายเพื่อทำงานร่วมกัน ต้องคำนึงถึงเป้าหมายของเครือข่ายเป็นสำคัญ สามารถแบ่งรูปแบบโครงสร้างเครือข่ายได้เป็น ๖ ประเภท ดังนี้ ๑) การจ้างเหมาบริการ (service contract) ภาครัฐจะใช้ระเบียบข้อบังคับตามสัญญาจ้างเป็นเครื่องมือเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรหรือเครือข่าย เช่น การบริการสาธารณสุข สุขภาพจิต สวัสดิการ ประกันสังคม สวัสดิการเด็ก การขนส่ง การป้องกันประเทศ เป็นต้น ๒) ห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ถูกส่งมอบเพื่อจัดบริการสาธารณะที่มีความสลับซับซ้อนค่อนข้างสูง เช่น การสร้างเครื่องบินรบ ระบบการขนส่งที่มีความต่อเนื่องและหลากหลายระหว่างทาง แต่โดยส่วนใหญ่รูปแบบนี้มักพบในการทำงานของภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ ๓) งานเฉพาะกิจ (ad hoc) มักเกิดขึ้นเพื่อรับมือกับสถานการณ์ใด ๆ ที่เป็นเหตุฉุกเฉิน เช่น การควบคุมโรคระบาด ภัยพิบัติทางธรรมชาติ การคุกคามทางไซเบอร์ เป็นต้น ๔) หุ้นส่วนผู้ให้บริการแทนรัฐ อาจเป็นบริษัทหรือหน่วยงานที่ไม่แสวงกำไร ได้รับมอบหมายจากรัฐให้บริการแก่ประชาชน เช่น การออกใบอนุญาตตกปลา การยื่นรายการภาษีผ่านระบบออนไลน์ของภาคเอกชนที่ทำหน้าที่แทนรัฐ ๕) ศูนย์ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เพื่อทำหน้าที่ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไปสู่ประชาชน โดยภาครัฐร่วมมือกับภาคเอกชน เพื่อช่วยในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร โดยเชื่อมต่อกับสารสนเทศของหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่น และ ๖) ศูนย์ประสานงานประชาชน โดยภาครัฐใช้งานเครือข่ายที่ครอบคลุมอย่างกว้างขวางในการเชื่อมต่อหน่วยงานต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการ เพราะบางกรณีหน่วยงานภาครัฐเพียงลำพังอาจขาดแคลนทรัพยากรบางอย่างที่ภาคส่วนอื่น ๆ มี (โกลด์สมิท, สตีเฟ่น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิงศภัทัย และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๑๔๔-๑๔๘) นอกจากนี้ การออกแบบเครือข่ายที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องสร้างเครือข่ายให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหรือมีความยืดหยุ่น (flexibility) เพราะเครือข่ายเกิดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาโครงสร้างระบบราชการแบบเดิมที่การบริหารงานอยู่ภายใต้กฎระเบียบที่เข้มงวด มีข้อจำกัดในการทำงานที่ไม่คล่องตัวและมีประสิทธิภาพในการบริหารเท่าที่ควร ดังนั้น เครือข่ายจะต้องมี ๑) เพิ่มหรือลดจำนวนหุ้นส่วนการทำงานได้อย่างเหมาะสม ๒) ขยายหรือลดขอบเขตการทำงานได้ ๓) สามารถเพิ่มเติมประเด็นที่อาจตกหล่นหรือคาดไม่ถึงในช่วงการออกแบบเครือข่าย แต่จำเป็นต้องเพิ่มเติมในขั้นการปฏิบัติ ๔) แต่ละฝ่ายมีส่วนรับผิดชอบในความสำเร็จที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ ๕) ร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาหรือข้อบกพร่องที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า และ ๖) ทบทวนเป้าหมายของผลการดำเนินงานร่วมกัน สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้เครือข่ายตอบโต้หรือมีปฏิริยาเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง องค์กรประกอบ บทบาท

หน้าที่ การเพิ่มหรือลดจำนวนหุ้นส่วน ฯลฯ (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพล โดย จักร ดิงศักดิ์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๑๕๓-๑๕๔)

ประการที่ห้า ความสามารถของหน่วยงานที่ทำหน้าที่บูรณาการเครือข่ายเข้าด้วยกัน ผู้ประสานงานเครือข่าย (coordinator) เปรียบเสมือนศูนย์กลางของเครือข่าย และมักเป็นหน่วยงานเดียวที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานกับสมาชิกทุกตัวภายในเครือข่าย จากการที่หน่วยงานภาครัฐต้องพึ่งพาเครือข่ายเพื่อส่งมอบบริการให้แก่ประชาชนมากขึ้นทุกครั้ง จึงจำเป็นต้องค้นหาว่าใครควรทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเครือข่ายและบูรณาการเครือข่ายให้สร้างความร่วมมือระหว่างกันอย่างไร ซึ่งหน่วยงานภาครัฐมี ๓ ทางเลือก คือ ๑) หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้บูรณาการเองโดยตรง ๒) มอบให้คู่สัญญาบูรณาการ หรือ ๓) ภาครัฐว่าจ้างเอกชนเข้ามาบูรณาการเป็นบุคคลที่สามเพื่อประสานงานเครือข่าย (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพล โดย จักร ดิงศักดิ์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๑๕๕-๑๕๗)

ประการที่หก การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพเพื่อบูรณาการเครือข่ายเข้าด้วยกัน การสื่อสารระหว่างกันอาจไม่สามารถทำให้การบูรณาการเครือข่ายเข้าด้วยกันนั้นบรรลุผลได้ หากขาดสิ่งสำคัญ คือ การมีแนวทางจัดการบุคลากร การตรวจสอบกระบวนการทำงาน การประสานค่านิยมอย่างต่อเนื่อง และการสร้างความไว้วางใจร่วมกันเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่แนบแน่นและสร้างแข็งแกร่งมากขึ้นแก่เครือข่าย ซึ่งต้องอาศัยทักษะ ความอดทนอดกลั้น และเวลาในการหลอมรวมเข้าด้วยกัน การบูรณาการเครือข่ายหัวใจสำคัญอยู่ที่การสื่อสารระหว่างกัน (communication) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้น มีประเด็นที่เครือข่ายจะต้องให้ความสำคัญ ดังนี้ ๑) วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการสื่อสารที่ดีของเครือข่ายมีคุณลักษณะที่สำคัญ คือ ช่วยให้การดำเนินงานที่มีความซับซ้อนภายในเครือข่ายมีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน และสามารถทราบข้อมูลความเคลื่อนไหวของเครือข่ายได้แบบ real-time สอดคล้องกับข้อเท็จจริงในแต่ละสถานการณ์ เพื่อให้เครือข่ายได้ร่วมกันแก้ไขต่อไปได้พร้อมกัน ๒) การประสานกิจกรรมระหว่างผู้มีส่วนร่วมของเครือข่าย ปัจจัยในการบูรณาการหุ้นส่วนหรือสมาชิกของเครือข่ายเข้าด้วยกันนั้นจะต้องมีการประสานความร่วมมือในระดับที่สูงมาก ซึ่งหน่วยงานภาครัฐยังคงอาศัยรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างกันผ่านหนังสือราชการส่งผลให้ขาดความน่าเชื่อถือ ลำช้า ไร้ประสิทธิภาพในการโต้ตอบ ขณะที่เครือข่ายภาคเอกชนเชื่อมต่อถึงกันด้วยระบบอินเทอร์เน็ตเพียงเว็บเพจเดียวกัน แต่สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้อยู่คนประเทศ ตลอดจนสามารถลดต้นทุนด้านธุรกรรมการสื่อสารได้อีกด้วย (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพล โดย จักร ดิงศักดิ์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๑๘๕-๑๘๕) และ ๓) ข้อมูลผู้รับบริการฐานเดียวกัน (one data base) การสร้างระบบฐานข้อมูลเดียวกันอาจมีปัญหายุบสรรคสำคัญอันเกิดจากต้นทุนด้านขีดความสามารถในการรองรับระบบเชื่อมต่อของเครือข่ายไม่เท่าเทียมกัน มักปรากฏในหน่วยงานที่มีงบประมาณและเทคโนโลยีที่จำกัด ขณะเดียวกันจะต้องรักษาความสมดุลระหว่างข้อมูลที่เครือข่ายจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน กับข้อมูลส่วนบุคคลหรือไม่ควรเปิดเผยหรืออาจมีความอ่อนไหวต่อความความเคลือบแคลงสงสัยและไม่เชื่อมั่นต่อกัน อันอาจส่งผลให้เครือข่ายล้มเหลวทั้งหมดได้ ดังนั้น สมาชิกควรตกลงเกี่ยวกับข้อมูลที่จะเปิดเผยให้เครือข่ายรับรู้ และจะมีขอบเขตอำนาจในการบริหารจัดการข้อมูลดังกล่าวนี้ได้อย่างไร ฯลฯ (โกลด์สมิท, สตี

เฟ้น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพลโดย จักร ดิงส์ทีย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๐๐-๒๐๙)

ประการที่เจ็ด การสร้างความสัมพันธ์ภายในเครือข่าย นักบูรณาการจะต้องวางกลยุทธ์เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ขึ้นในระยะยาว ค้นหาวิธีการบริหารงานเครือข่าย เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ประสานคุณค่าและประโยชน์ตอบแทนที่มุ่งใจไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนสร้างความไว้วางใจและชนะอุปสรรคและพรมแดนทางวัฒนธรรมให้จงได้ สิ่งที่น่าไปสู่ผลลัพธ์ในการทำงานเครือข่ายให้เกิดความไว้วางใจ (trust) ขึ้นภายในเครือข่าย สามารถสร้างได้จากกลยุทธ์สำคัญ ดังนี้ ๑) การจัดโครงสร้างการบริหารงานที่ดี ต้องสร้างความเข้าใจให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องภายในหุ้นส่วนแต่ละหน่วยสมาชิกให้รับรู้ถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นของเครือข่ายให้ได้ การออกแบบโครงสร้างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ต้องสร้างจุดปฏิสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ มีการปรึกษาหารือถึงข้อขัดแย้งระหว่างสมาชิก การคาดเดาปัญหาล่วงหน้าและเตรียมพร้อมหาหนทางแก้ไขให้ลุล่วงร่วมกัน ๒) เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ถือเป็นหัวใจสำคัญประการหนึ่งในการบูรณาการเครือข่าย ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ข้อผิดพลาดซึ่งกันและกัน สามารถนำไปปรับใช้สู่การเสริมสร้างขีดความสามารถของภาครัฐและหุ้นส่วนอื่น ๆ ต่อไปได้อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญในการแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกันภายในเครือข่ายมีหลายประการ ได้แก่ ไม่ทราบแหล่งความรู้ที่ควรจะต้องประสานความร่วมมือ ไม่เต็มใจหรือไว้วางใจต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ขาดความพร้อมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยเหตุผลความไม่เท่าเทียมกันของสารสนเทศระหว่างหุ้นส่วน ขาดแรงจูงใจหรือกลัวการสูญเสียอำนาจ หรือมองว่าไม่ใช่หน้าที่รับผิดชอบ ตลอดจนไม่ให้ความสำคัญต่อความต้องการองค์ความรู้ของผู้อื่น หรือมุ่งเน้นผลงานของตนเองเป็นหลัก (โกลด์สมิท, สตีเฟ่น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพลโดย จักร ดิงส์ทีย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๑๒-๒๑๘) และ ๓) ความสามารถในการจัดการความแตกต่างทางวัฒนธรรมได้ เพื่อลดความไม่ไว้วางใจระหว่างกันอันเกิดจากภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องเป็นเครือข่าย หรือความแตกต่างจากปรัชญาการทำงานของแต่ละภาคส่วน ซึ่งจะต้องจัดให้มีกลไกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปรึกษาหารือร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ มีการอภิปรายด้วยเหตุและผล ภายใต้การคำนึงถึงการรักษาความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน เคารพความคิดเห็นและวิถีปฏิบัติต่อกัน และร่วมกันตัดสินใจเลือกแนวทางหรือนโยบายที่ดีที่สุดและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย ทำให้แต่ละฝ่ายมองเห็นความคาดหวังกันและกัน และกำหนดวิธีการตัดสินใจร่วมกันต่อไป (โกลด์สมิท, สตีเฟ่น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพลโดย จักร ดิงส์ทีย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๒๔-๒๓๒)

ประการที่แปด ความสมดุลในการกำกับดูแล การสร้างผลสัมฤทธิ์ของเครือข่ายต้องอาศัยกรอบความคิดรวบยอด (comprehensive framework) ประกอบด้วยกลยุทธ์ ๗ ประการ ได้แก่ ๑) การกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ต้องมีความชัดเจนในเชิงเป้าหมาย สามารถวางกลไกทดแทนประเด็นขัดแย้งระหว่างสมาชิกได้ และลำดับความสำคัญของหุ้นส่วนที่มีความต้องการภูมิหลังแตกต่างกันออกไป เป้าหมายต้องมีความยืดหยุ่นพอที่จะไม่สร้างภาระหรือความยุ่งยากซับซ้อนมากเกินไปแก่หุ้นส่วน (โกลด์สมิท, สตีเฟ่น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพลโดย จักร ดิงส์ทีย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๔๑-๒๔๓) ๒) การประสานคุณค่าให้

สอดคล้องกันและการสร้างความไว้วางใจ ความสำเร็จของเครือข่ายที่แท้จริงอาศัยความไว้วางใจที่หุ้นส่วนมีให้แก่กัน ซึ่งช่วยลดต้นทุนทางธุรกรรมระหว่างกันทั้งในการติดตามตรวจสอบ การเจรจาต่อรอง ตลอดจนการพยายามบังคับหุ้นส่วนให้ปฏิบัติตามสัญญาที่ให้ไว้ และยังมีส่วนเสริมสร้างการแลกเปลี่ยนสารสนเทศอย่างเปิดเผย ลดการพึ่งพิงกลไกทางกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิสงส์ทิพย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๔๗-๒๕๒) ๓) ผลตอบแทนหรือประโยชน์ที่ได้รับจึงใจแก่สมาชิก การบริหารโดยยึดผลประโยชน์ตอบแทนจึงใจจะต้องประกอบทั้งคุณภาพที่ดีขึ้นพร้อมกับความประหยัด ขณะเดียวกัน ความเหมาะสมของค่าตอบแทนแก่หุ้นส่วนจะต้องธรรมตามผลสัมฤทธิ์มิใช่ต้นทุนธุรกรรมที่ทำ ไม่เอาไรต์เอาเปรียบหุ้นส่วนมากจนเกินไป มีการแบ่งรายได้ที่เกิดจากการประหยัดมอบให้แก่หุ้นส่วนโดยมีมาตรวัดที่โปร่งใสและเป็นที่ยอมรับ (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิสงส์ทิพย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๕๒-๒๖๕) ๔) การวัดและประเมินผลการดำเนินงาน ควรใช้กฎระเบียบให้เป็นไปอย่างเสมอภาค โดยเฉพาะต้นทุนการบริการของหน่วยงานภาครัฐจะต้องมีความโปร่งใส มีเกณฑ์เชิงคุณภาพและมาตรฐานการดำเนินงาน และต้องสร้างการมีส่วนร่วมภายในเครือข่าย เพื่อลดความสับสนไม่ชัดเจนอันเป็นอุปสรรคการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันภายในเครือข่ายได้ (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิสงส์ทิพย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๘๐-๒๘๕) ๕) การกระจายความเสี่ยง ภาครัฐต้องมีการประเมินขีดความสามารถของคู่สัญญาและประสานความเข้าใจระหว่างกัน เมื่อคู่สัญญาทำงานได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตกลงกันไว้ บางครั้ง อาจต้องตัดออกไปจากเครือข่ายอย่างสิ้นเชิง เพื่อปกป้องชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือของหน่วยงานต้นเรื่อง แต่บางกรณีพบว่า เมื่อหุ้นส่วนทำงานได้ตามเกณฑ์ที่คาดหวัง หน่วยงานที่กำกับกลับปรับเกณฑ์ในระดับที่สูงขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินงานทำให้เกิดปัญหาขึ้นตามมาภายหลังเช่นกัน ดังนั้น ภาครัฐต้องสงวนสิทธิในการกำกับดูแลการทำงานของเครือข่ายไว้อย่างเข้มข้น (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิสงส์ทิพย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๖๕-๒๗๐) ๖) การบริหารการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพและทันท่วงทีเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤต มักเกิดข้อโต้แย้งระหว่างความเสียหายจากเงื่อนไขของสัญญาและประโยชน์ต่อสาธารณะ เพื่อรักษาโครงสร้างการบริหารงานเครือข่ายโดยรวมเอาไว้ ผู้บริหารเครือข่ายจะต้องรักษาความยืดหยุ่นคล่องตัวให้เท่าที่จะทำได้ โดยไม่ยินยอมให้มีการเรียกร้องอย่างไม่มีเหตุผลเกิดขึ้น และอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเป้าหมายและผลการดำเนิน (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิสงส์ทิพย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๘๕-๒๙๒) และ ๗) การมีแผนการลงทุนหรืองบประมาณที่ชัดเจน เพื่อให้ได้ผลตอบแทนโดยรวมสูงสุดและลดความเสี่ยง หน่วยงานภาครัฐต้องพิจารณาความเสี่ยงที่เกิดจากการพึ่งพาภายนอก อาทิ ความเสี่ยงทางการเงิน การปฏิบัติงาน การป้องกันหรือกำจัดความเสี่ยง คือ การกระจายความสัมพันธ์ไปกับหลากหลายผู้ส่งมอบหรือผู้รับการจ้างเหมาเพื่อที่ว่าหน่วยงานไม่ต้องพึ่งพาความสัมพันธ์ใดความสัมพันธ์หนึ่งมากเกินไป (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิสงส์ทิพย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๙๒-๒๙๙)

ประการที่เก้า การพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถเครือข่าย การบริหารงานภาครัฐแบบเดิมถูกจำกัดเชิงโครงสร้าง ทั้งทรัพยากรบุคคล งบประมาณ เทคโนโลยี และองค์ความรู้

ขณะเดียวกันภาครัฐต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมกดดันอื่น ๆ อาทิ ระเบียบราชการที่เคร่งครัด การเจรจาต่อรองต่าง ๆ ดังนั้น การบริหารจัดการภาครัฐแบบเครือข่ายเกิดขึ้นเพื่อลดช่องว่างที่บันทึกขีดความสามารถเหล่านี้ของภาครัฐ โดยอาศัยกลยุทธ์การบริหารเครือข่าย มีการใช้ทักษะ ความชำนาญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ มีการบูรณาการสิ่งต่าง ๆ เข้าด้วยกัน โดยทักษะที่ผู้บริหารเครือข่ายจำเป็นต้องมี ได้แก่ การประสานความร่วมมือ เครือข่ายเพื่อร่วมทำกิจกรรมกันได้ การเจรจาต่อรอง การสร้างความปรองดอง สมานฉันท์ การวิเคราะห์ความเสี่ยง การสร้างความไว้วางใจ และสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันแก่เครือข่ายทุกภาคส่วนได้ (โกลด์สมิท, สตีเฟ่น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิงศภัทัย และ กฤษฏา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๓๐๕-๓๐๗)

ประการสุดท้าย การมีแผนงานในอนาคต หลักการสำคัญในการบริหารเครือข่ายภาครัฐเพื่อเพิ่มสมรรถนะและความยั่งยืนของเครือข่าย คือ ๑) เน้นโครงสร้างการทำงานให้น้อยลงแต่ให้ความสำคัญกับคุณค่าสาธารณะมากขึ้น โดยเฉพาะการมุ่งไปให้หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งรับผิดชอบการแก้ไขปัญหาหรือการบริการงานภาครัฐที่มีประสิทธิภาพเพียงลำพัง ไม่สามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลโดยแท้จริงได้อีกต่อไป ภาครัฐจึงจำเป็นต้องแสวงหาวิธีการตั้งทรัพยากร งบประมาณจากภาคเอกชน หรือ ภาคส่วนอื่น ๆ มีการพัฒนาวิธีการประสานงานเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน การอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะ เทคโนโลยีที่ทันสมัย และบุคลากรด้านการจัดการ ๒) ภาครัฐสามารถสร้างเครือข่ายโดยระดมทรัพยากรจากหุ้นส่วน ทั้งงบประมาณ อำนาจหน้าที่ที่กระจายกระจายในหลายหน่วยงาน ความเหนียวแน่นของเครือข่ายมักเกิดจากความคิดสร้างสรรค์ในการประสานงานของผู้บริหารภาครัฐ ๓) ความยืดหยุ่นในการปรับตัวได้ตามสถานการณ์เป็นสิ่งสำคัญของการทำงานในรูปแบบเครือข่ายที่มักมีความสลับซับซ้อนของปัจจัยแวดล้อมและตัวบริการสาธารณะเอง จึงต้องแสวงหากระบวนการในการบรรลุเป้าหมายอันมีคุณค่าสาธารณะเป็นสำคัญ ๔) การพัฒนาชุดสมรรถนะหลัก โดยสมรรถนะสำคัญของการทางานเครือข่าย ๓ ประการ ได้แก่ การพัฒนาแนวคิดแบบเครือข่าย การบูรณาการเครือข่าย และการพัฒนาแนวทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และ ๕) การลดและขยายขนาดไปพร้อม ๆ กัน การปรับโครงสร้างการบริหารงานภาครัฐ เน้นการแสวงหาบุคลากรที่มีความสามารถในการบริหารงานเครือข่าย เพื่อสร้างทีมงาน บริหารโครงการ วิเคราะห์ความเสี่ยง การเจรจาต่อรอง และทักษะอื่น ๆ ตลอดจนค้นหาเจ้าหน้าที่ที่มีสายสัมพันธ์อันดีกับเครือข่ายหุ้นส่วนอื่น ๆ ในอนาคต และลดทอนเจ้าหน้าที่บางส่วนที่ทำงานแคบ ๆ ซ้ำ ๆ เพื่อดึงดูดบุคลากรที่มีความสามารถสูงร่วมทำหน้าที่กำกับดูแลหน่วยงาน (โกลด์สมิท, สตีเฟ่น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิงศภัทัย และ กฤษฏา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๓๔๗-๓๖๓)

๔. การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน (collaborative governance)

การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน เป็นแนวคิดบนพื้นฐานการบริหารกิจการบ้านเมืองแนวใหม่ (New Public Governance: NPG) ที่บทบาทของภาครัฐแตกต่างไปจากการบริหารงานแบบดั้งเดิม การกำหนดนโยบายจะไม่ได้มาจากภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว แต่ภาครัฐจะส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ภาคส่วนอื่น เช่น ภาคประชาชน NGOs ภาคธุรกิจ นักวิชาการ สื่อ

มาร่วมกำหนดนโยบาย แก้ปัญหาเชิงนโยบาย และร่วมดำเนินนโยบาย ซึ่งเป็นทิศทางการดำเนินนโยบายของรัฐที่เป็นกระแสที่เกิดขึ้นทั่วโลก และต่างไปจากการปกครองแบบเดิม (Government) ที่ภาครัฐมีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายอย่างชัดเจน โดยภาคประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์ ผู้รับบริการ หรือเป็นลูกค้า (Customers) การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน จึงเป็นหนึ่งในรูปแบบการบริหารกิจการบ้านเมืองแนวใหม่ ที่มุ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือกันขับเคลื่อนภารกิจของภาครัฐหรือกิจการสาธารณะให้บรรลุเป้าหมายในการตอบสนองต่อปัญหาและอำนวยความสะดวกสูงสุดแก่สาธารณะ โดยอาศัยกลไกความสัมพันธ์ในแนวราบ และมีรูปแบบปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในลักษณะภาคีหุ้นส่วน (Partnership) หรือเครือข่าย (Network) ครอบคลุมตั้งแต่การร่วมมือกันทำงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐด้วยกันเอง เช่น ความร่วมมือระหว่างหน่วยราชการส่วนกลางต่างสังกัด กระทรวง/กรม หรือระหว่างราชการส่วนกลาง/ส่วนภูมิภาคกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมไปถึงความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง ซึ่งเป็นการบริหารงานในลักษณะตัดข้ามอาณาเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับตัวแสดงในภาคส่วนอื่น ๆ เช่น องค์กรภาคธุรกิจ และองค์กรภาคประชาชน เป็นต้น ซึ่งการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน (collaborative governance) มีสาระสำคัญ ดังนี้

๔.๑ ลักษณะสำคัญของการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน

การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน เป็นหนึ่งในลักษณะของการบริหารราชการที่พัฒนามาจากฐานแนวคิดการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Governance) ที่เปิดให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีการประยุกต์ใช้กับระบบราชการไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นต้นมา ดังนั้น การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันจึงมีลักษณะบางประการร่วมกับรูปแบบการบริหารจัดการภาครัฐในลักษณะอื่น ๆ ที่มีเป้าหมายเพื่อดึงตัวแสดงภาคส่วนอื่น ๆ ให้เข้ามาร่วมในกระบวนการบริหารงานของภาครัฐมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันก็มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากรูปแบบการบริหารงานภาครัฐในลักษณะอื่นในประการต่าง ๆ ดังนี้ (Chris Ansell and Alison Gash, 2007 : 543-571)

ประการแรก การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันเป็นการเปิดพื้นที่ให้มีการเจรจาต่อรองเพื่อให้เกิดผลประโยชน์ร่วมกันทุกฝ่ายมากกว่าการแข่งขันกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะเข้ามาแสดงบทบาทตัดสินใจร่วมกันอย่างเสมอภาค ทั้งฝ่ายที่มีผลประโยชน์ร่วมกันและฝ่ายที่มีผลประโยชน์ขัดแย้งกัน ให้สามารถเจรจาตกลงและมีความสัมพันธ์ในเชิงความร่วมมือได้ ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบการบริหารกิจการสาธารณะที่ภาครัฐโดยทั่วไปที่เน้นการจัดการให้ตัวแสดงที่มีผลประโยชน์ขัดแย้งแข่งขันและเผชิญหน้ากันเข้ามาสู่กระบวนการต่อรองเพื่อหาข้อยุติ (Adversarialism)

ประการที่สอง การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันเปิดให้ตัวแสดงภาคส่วนอื่น ๆ เข้ามาร่วมแสดงบทบาทกับภาครัฐมากขึ้น โดยเฉพาะการเปิดให้ผู้บริหารมืออาชีพหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเข้ามามีบทบาทในการจัดการกิจการสาธารณะ หรือการเปิดให้ผู้จัดบริการ

สาธารณะภาคเอกชนเข้ามารับว่าจ้างจัดทำบริการสาธารณะแก่ประชาชนแทนหน่วยงานภาครัฐ (Managerialism)

ประการที่สาม การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน มีลักษณะเปิดกว้างและยืดหยุ่น เป็นรูปแบบการบริหารงานที่มุ่งดึงทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคมในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินภารกิจหรือนโยบายสาธารณะของรัฐเข้ามาร่วมแสดงบทบาทอย่างเสมอภาคกันในการตัดสินใจของภาครัฐได้โดยตรง และเปิดกว้างถึงระดับปัจเจกบุคคล การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน จึงไม่ใช่ความร่วมมือในลักษณะของการส่งตัวแทนเพื่อเจรจาในลักษณะทวิภาคีหรือไตรภาคี และไม่ได้มีลักษณะเป็นสมาคมที่เป็นทางการ (Associational governance) อย่างเช่นความร่วมมือของรัฐโดยทั่วไป

ประการที่สี่ การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน เป็นการบริหารนโยบายสาธารณะที่มีระดับการมีส่วนร่วมสูงกว่าการบริหารภายใต้รูปแบบเครือข่ายนโยบาย (Policy network) เนื่องจากรูปแบบเครือข่ายนโยบายนั้น แม้จะเป็นความสัมพันธ์ในเชิงประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ในสังคม แต่ก็เป็นการตัดสินใจร่วมกันแบบปิดระหว่างตัวแสดงที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งการตัดสินใจมักไม่มีแบบแผนการประสานความร่วมมืออย่างเป็นทางการ และการเจรจาต่อรองก็มักอาศัยการขึ้นำโน้มน้าวฝ่ายอื่น ในขณะที่การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน เป็นการบริหารนโยบายสาธารณะในลักษณะความร่วมมือภายใต้การจัดการโครงสร้างความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และการตัดสินใจร่วมกันบนฐานฉันทามติ

ประการสุดท้าย การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันที่เกิดจากการประสานบทบาทในการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน อาจมีกระบวนการทำงานคล้ายกับรูปแบบภาคีหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชน (Public-Private Partnership : PPPs) แต่มีความแตกต่างกันในประการสำคัญคือเป้าหมายของความร่วมมือ โดยความร่วมมือแบบ PPPs มีเป้าหมายเพื่อประสานการทำงานระหว่างภาครัฐและเอกชน ผ่านการร่วมกันดำเนินกิจการสาธารณะตามข้อตกลงภายใต้ระบบสัญญาซึ่งมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนระหว่างกันอย่างชัดเจน โดยการสร้างข้อตกลงระหว่างภาคีแต่ละฝ่ายบนฐานของการคิดคำนวณผลประโยชน์และเป้าหมายที่ตนเองต้องการบรรลุถึงเป็นสำคัญ แต่การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันเป็นรูปแบบความร่วมมือที่ภาคีทุกฝ่ายร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และตัดสินใจร่วมกันในทุกขั้นตอนของการทำงาน และเป็นการร่วมกันตัดสินใจบนฐานการคำนึงถึงเป้าหมายร่วมของสังคม

๔.๒ องค์ประกอบของกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน

ตัวแบบการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน มีองค์ประกอบสำคัญ อย่างน้อย ๖ ประการ (Chris Ansell and Alison Gash, 2007 : 543-571) คือ

๑. การริเริ่มความร่วมมือ การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ต้องมีความริเริ่มร่วมมือโดยหน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐ โดยมีวัตถุประสงค์ที่อาจเป็นไปได้เพื่อขับเคลื่อนภารกิจให้บรรลุเป้าหมาย หรือเป็นการแสดงบทบาทร่วมกับตัวแสดงจากภาคส่วนอื่น ๆ ตามที่กฎหมายที่ได้กำหนดบทบาทและอำนาจหน้าที่ไว้

๒. ตัวแสดงที่เกี่ยวข้อง การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ต้องมีการเปิดพื้นที่ให้ตัวแสดงภาครัฐ และตัวแสดงที่มีใช่ภาครัฐ ทั้งภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคส่วนอื่น ในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบริหารภารกิจหรือนโยบายสาธารณะ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารงานของภาครัฐ

๓. การแสดงบทบาท ภาคส่วนต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ต้องมีส่วนในการตัดสินใจในกิจการของภาครัฐหรือนโยบายสาธารณะของรัฐได้ในทุกขั้นตอน ถึงแม้ว่าอำนาจการตัดสินใจสุดท้ายจะขึ้นอยู่กับหน่วยงานภาครัฐก็ตาม

๔. การจัดโครงสร้างการทำงาน การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ต้องมีการจัดโครงสร้างความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการที่ทำให้ทุกฝ่ายเข้ามาแสดงบทบาทร่วมกันผ่านการกำหนดกระบวนการบริหารจัดการรูปแบบเฉพาะขึ้น อาทิ การวางกฎเกณฑ์และระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ที่เป็นทางการเพื่อรองรับการขับเคลื่อนการจัดบริการสาธารณะของภาครัฐ

๕. การตัดสินใจ การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันต้องมีจุดมุ่งหมายเพื่อเปิดให้ทุกฝ่ายเข้ามาตัดสินใจร่วมกันบนฐานของการแสวงหาทางออกที่สะท้อนฉันทามติของทุกฝ่ายเพื่อให้ได้รับ ประโยชน์ร่วมกันผ่านการเจรจา ประนีประนอม หรือแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ แม้จะไม่สามารถสร้างความเห็นพ้องตรงกันได้ทั้งหมดแต่ต้องเป็นการตัดสินใจที่ทุกฝ่ายยอมรับร่วมกันได้

๖. เป้าหมายของการทำงานร่วมกัน การบริหารกิจการบ้านเมืองร่วมมือกันต้องมีเป้าหมายในเชิงนโยบายสาธารณะเท่านั้น มิใช่การอาศัยกลไกการบริหารงานของภาครัฐเพื่อการเจรจาต่อรองผลประโยชน์ของกลุ่มผลประโยชน์เฉพาะกลุ่ม

๔.๓ ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน

การสร้างความร่วมมือกันทำงานระหว่างตัวแสดงภาครัฐกับภาคส่วนอื่น ๆ ในสังคม ภายใต้กรอบแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ซึ่งมีสำคัญต่อการกำหนดรูปแบบกระบวนการทำงานร่วมกัน (Collaborative process) ซึ่งอธิบายได้จากปัจจัยที่สำคัญ ๓ ประการ (Chris Ansell and Alison Gash, 2007 : 543-571) ได้แก่

๑. เงื่อนไขก่อเกิดความร่วมมือ (Starting conditions) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความยอมรับเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ปัจจัยนี้เกี่ยวกับเงื่อนไขก่อเกิดความร่วมมือซึ่งมีสำคัญกับระดับของความสำเร็จในการทำงานร่วมกัน อาจจะเป็นไปในแง่การส่งเสริมการสร้างความร่วมมือ และการบั่นทอนการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ซึ่งสามารถสรุปเงื่อนไขก่อเกิดความร่วมมือได้ ๓ ประการ ประกอบด้วย ๑) ศักยภาพ อำนาจหน้าที่ และทรัพยากรของภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ๒) แรงจูงใจและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ ๓) ภูมิหลังความสัมพันธ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

๒. การจัดโครงสร้างความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ (Institutional design) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดกรอบกฎเกณฑ์การร่วมมือกันทำงาน กระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองต้องมีโครงสร้างแบบเปิดกว้างให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถเข้ามามีบทบาทร่วมกันได้เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดความตระหนักถึงความชอบธรรมที่จะเข้าไปร่วมในกระบวนการตัดสินใจบริหารกิจการสาธารณะ โดยเงื่อนไขสำคัญของการสร้างกระบวนการบริหารกิจการสาธารณะที่มีประสิทธิผล

คือ ๑) การเปิดกว้างในเชิงโครงสร้าง ๒) การสร้างความโปร่งใสในกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมือง และ ๓) การกำหนดกรอบระยะเวลาในการทำงาน

๓. บทบาทผู้นำการสร้างความร่วมมือ (Facilitative leadership) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดกรอบกฎเกณฑ์การร่วมมือกันทำงาน กระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองต้องมีโครงสร้างแบบเปิดกว้างให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถเข้ามามีบทบาทร่วมกันได้ เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดความตระหนักถึงความชอบธรรมที่จะเข้าไปร่วมในกระบวนการตัดสินใจบริหารกิจการสาธารณะ โดยเงื่อนไขสำคัญของการสร้างกระบวนการบริหารกิจการสาธารณะที่มีประสิทธิผล คือ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดตัวกลางในการเชื่อมประสานความร่วมมือและเอื้ออำนวยให้กระบวนการทำงานร่วมกันขับเคลื่อนไปได้ เนื่องจากผู้นำที่มีลักษณะดังกล่าวจะดึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาทำงานร่วมกันในการผลักดันเป้าหมายภายใต้กระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน โดยผู้นำมีบทบาทในการชี้แนะให้ทุกฝ่ายตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของกระบวนการร่วมกันสร้างฉันทามติในการทำงาน อีกทั้งยังทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการเจรจาข้อตกลงของการทำงานร่วมกัน ทำหน้าที่เป็นฝ่ายที่สาม (Third party) โดยเข้าไปมีบทบาทแทรกกลางระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฝ่ายต่าง ๆ ผู้นำในกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ต้องมีทักษะด้านต่าง ๆ ได้แก่ การส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมทำงานอย่างแข็งขัน การแสดงอิทธิพลเหนือตัวแสดงทุกฝ่ายและควบคุมทิศทางกระบวนการทำงานร่วมกัน การเอื้ออำนวยให้การทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มเกิดพลวัตนำไปสู่การสร้างสรรค์-ผู้นำกลุ่ม การขยายขอบเขตของกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ทั้งนี้ การร่วมมือกันทำงานให้ประสบความสำเร็จอาจมีผู้นำมากกว่าหนึ่งคน (Multiple leaders) ทั้งผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ แสดงบทบาทร่วมกัน ผู้นำที่สามารถแสดงบทบาทได้มีประสิทธิภาพต้องเป็นผู้ที่มีเวลาทุ่มเท มีทรัพยากรในการบริหารงานของตนเองเพียงพอ และมีทักษะการบริหารจัดการอย่างรอบด้าน

๔.๔ กระบวนการสร้างความเป็นภาคีหุ้นส่วนเพื่อบริหารกิจการบ้านเมืองร่วมกัน

ตัวแบบกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน ตั้งอยู่บนฐานการให้ความสำคัญกับมิติการตัดสินใจร่วมกัน โดยกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ประกอบด้วยขั้นตอน ๕ ขั้นตอน (Chris Ansell and Alison Gash, 2007 : 543-571) ดังนี้

๑. ขั้นตอนการเจรจาหรือพร้อมหน้ากันทุกฝ่าย (Face-to-Face Dialogue)

กระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันมักเริ่มต้นจากการสนทนาระหว่างกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ อย่างพร้อมหน้าระหว่างภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องแบบพร้อมหน้ากันทุกฝ่าย ถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการทลายข้อจำกัดด้านความไว้วางใจในเจตนาของแต่ละฝ่ายที่นำไปสู่การเข้ามามีส่วนร่วมทำงานกัน และนำไปสู่การสร้างฉันทามติระหว่างทุกฝ่ายในการทำงาน

๒. การสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Trust Building)

กระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน มักมีจุดเริ่มต้นจากสภาพที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ในการสร้างความร่วมมือกันจึงไม่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการเจรจาต่อรองเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการสร้าง ความไว้วางใจกันซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะกรณีที่มีภูมิหลังเป็นคู่ขัดแย้งหรือมีจุดยืน ความต้องการและผลประโยชน์ตรงข้ามกัน

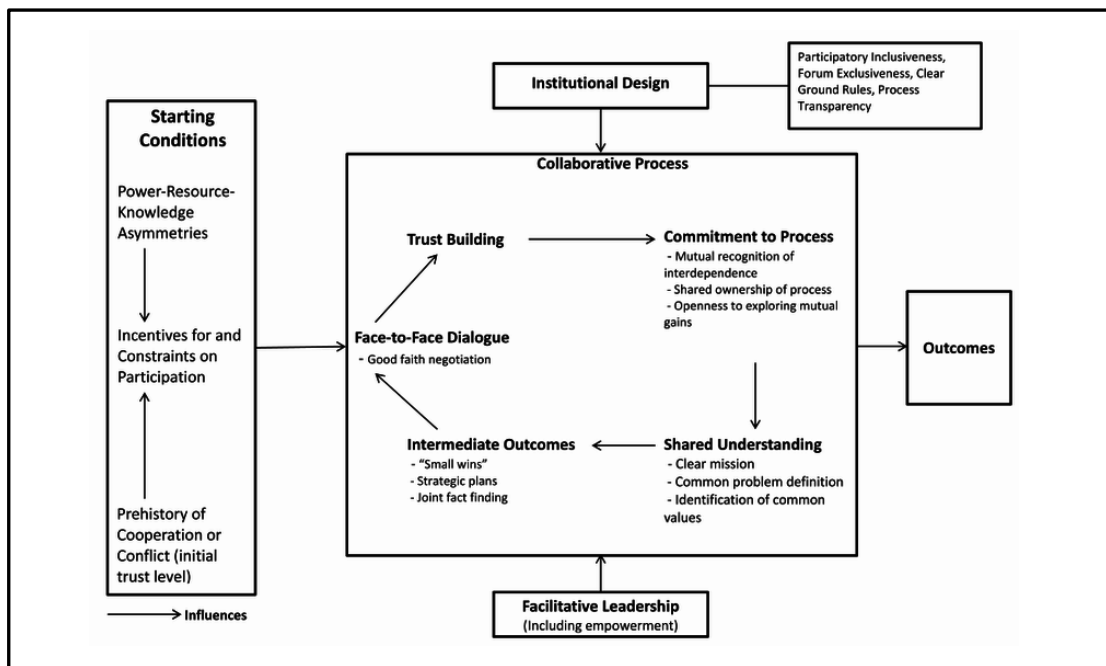
การสร้างควมไว้วางใจกันจึงต้องควบคู่ไปกับการหารือและเจรจาต่อรองระหว่างทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยบทบาทของผู้นำในการทำหน้าที่เป็นคนกลางเปิดพื้นที่การเจรจาแลกเปลี่ยน ระดมความคิดเห็นร่วมกัน และการสร้างความเชื่อถือและไว้วางใจให้เกิดขึ้น โดยเฉพาะการทำให้ภาคี ฝ่ายที่มีจุดยืนตรงข้ามกันเกิดความไว้วางใจกัน ทำให้ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยระยะเวลา ค่อนข้างมาก

๓. การสร้างความยินยอมพร้อมใจในการทำงานร่วมกัน (Commitment to the Process) ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จของกระบวนการบริหารกิจการ บ้านเมืองแบบร่วมมือกัน คือ ระดับความยินยอมพร้อมใจในการสร้างกระบวนการทำงานร่วมกัน ระหว่างภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผ่านการหามติข้อตกลงระหว่างกันก่อนจะลงมือ ทำงานร่วมกัน โดยหน่วยงานภาครัฐจำเป็นต้องมีความยินยอมในการทำงานร่วมกับภาค ส่วนอื่น ๆ และมีบทบาทการกระตุ้นให้ทุกฝ่ายเกิดความพร้อมใจในการทำงานร่วมกัน ด้วยการสร้าง แรงจูงใจในการเข้าร่วมทำงานกันจากการเล็งเห็นถึงประโยชน์ของสาธารณะ นำไปสู่กระบวนการ สร้างความเชื่อมั่นร่วมกันว่าการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันเป็นหนทางที่จะทำให้ทุกฝ่าย สามารถขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ เมื่อทุกฝ่ายมีความตระหนักถึง ความสำคัญในบทบาทของกันและกัน ยอมรับในศักยภาพ ความสามารถ เคารพเกียรติและศักดิ์ศรี และเชื่อมั่นในพลังของในการทำงานร่วมกัน ทั้งนี้ ระดับความยินยอมพร้อมใจในการทำงานร่วมกันนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นไว้วางใจว่าทุกฝ่ายจะให้ความเคารพและยอมรับความคิดเห็น มีจุดยืนทาง ผลประโยชน์และความต้องการของตนเอง รวมไปถึงการมีหลักเกณฑ์และระเบียบวิธีการทำงานที่ชัดเจน เป็นธรรม และโปร่งใส เนื่องจากภายใต้กระบวนการทำงานร่วมกันนี้อาจนำไปสู่ทิศทางที่ไม่คาดหวังได้นั้น ทุกฝ่ายจะมีความมั่นใจได้ว่ากระบวนการดำเนินงานร่วมกันนั้นเป็นไปอย่างถูกต้องตรงไปตรงมา การตัดสินใจที่ทุกฝ่ายเข้ามามีบทบาทร่วมกันจะนำไปสู่การเกิดความรู้สึกยอมรับและรับผิดชอบร่วมกัน

๔. การสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน (Shared Understanding) การสร้าง ความเข้าใจที่ตรงกันก่อนที่ทุกฝ่ายจะลงมือปฏิบัติงานร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ของตนเองโดยที่ภาคี ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายจำเป็นต้องมีการสร้างความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับภารกิจของแต่ละฝ่าย สามารถร่วมกันดำเนินการให้บรรลุผลสำเร็จได้ ทั้งนี้ การมีความเข้าใจที่ตรงกันนั้นจะครอบคลุมการ สร้างความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ร่วมกัน ได้แก่ พันธกิจร่วมกัน (Common Mission) วิสัยทัศน์ร่วมกัน (Shared Vision) ยึดถืออุดมการณ์ร่วมกัน (Shared Ideology) เล็งเห็นเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกัน (Clear Goals) มีทิศทางการดำเนินยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนร่วมกัน (Clear and Strategic Direction) ยึดถือค่านิยมหลักร่วมกัน (Alignment of Core Values) มีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจร่วมกัน (Common Ground) วางเป้าประสงค์ของภารกิจร่วมกัน (Common Purpose) มีจุดมุ่งหมาย ร่วมกัน (Common Aims) และกำหนดวัตถุประสงค์ของงานร่วมกัน (Common Objectives) นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องมีการสร้างความเห็นพ้องต้องกันเกี่ยวกับการนิยามสภาพปัญหาที่ต้องอาศัย การมีฐานความรู้ความเข้าใจในประเด็นปัญหานั้น ๆ การพัฒนาความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับภารกิจ จึงเป็นขั้นตอนหนึ่งในการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีทุกภาคส่วนกับการดำเนินการกิจหรือนโยบาย สาธารณะ ในการขับเคลื่อนกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันให้ประสบผลสำเร็จ

๕. การสร้างผลลัพธ์ของความร่วมมือให้เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน (Intermediate Outcomes) ภาครัฐมีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายมีความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับการขับเคลื่อนภารกิจให้บรรลุผลตามเป้าหมายร่วมที่วางไว้ ขั้นตอนต่อมาคือ การลงมือปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม โดยทุกฝ่ายต้องร่วมกันสร้างผลลัพธ์ของความร่วมมือให้ปรากฏในแต่ละกิจกรรม ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อการผลักดันกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันให้ลุล่วงโดยผลลัพธ์ของการทำงานที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองเป็นสิ่งที่ทำให้ทุกฝ่ายเกิดความเชื่อมั่นในกระบวนการทำงานร่วมกัน และเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่แต่ละฝ่ายจะได้รับร่วมกันในท้ายที่สุด ซึ่งตัวแบบกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน (collaborative governance) ปรากฏตามแผนภาพที่ ๒ – ๒

แผนภาพที่ ๒ – ๒ แสดงตัวแบบกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน



ที่มา : Chris Ansell and Alison Gash, 2007 p. 557.

๔.๕ รูปแบบการจัดโครงสร้างภาคีหุ้นส่วนในการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน

การสร้างความร่วมมือระหว่างหลายองค์กรเพื่อมาร่วมกันบริหารกิจการสาธารณะภายใต้ความสัมพันธ์ในเชิงภาคีหุ้นส่วน (Multi-organizational partnership) สามารถจัดโครงสร้างความสัมพันธ์แบบภาคีหุ้นส่วน ได้เป็น ๗ รูปแบบ (Helen Sullivan and Chris Skelcher, 2002 : 35-55, อ้างถึงใน วสันต์ เหลืองประภัสร์ และคณะ, ๒๕๕๗ : ๗๕-๗๘) ได้แก่

๑. องค์กรความร่วมมือที่มีบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย (Statutory Body) การจัดตั้งองค์กรความร่วมมือในลักษณะนี้จัดตั้งขึ้นตามบทบัญญัติของกฎหมาย

เฉพาะที่ระบุไว้ โดยที่องค์กรมีสถานะเป็นนิติบุคคล มีการบริหารงาน อย่างเป็นเอกเทศทั้งการบริหารงานบุคคลและงบประมาณ รวมถึงการมีอำนาจหน้าที่เฉพาะของตนเองตามขอบเขตที่กฎหมายระบุไว้ (Statutory corporate body) การดำเนินการกิจจึงไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการบริหารงานภายในขององค์กรภาคีสมาชิก

๒. องค์กรความร่วมมือที่มีสถานะนิติบุคคล (Joint authority / Joint board) องค์กรความร่วมมือในลักษณะนี้เกิดจากความสมัครใจและความเห็นพ้องต้องกันขององค์กรภาคี โดยมีเป้าหมายเพื่อร่วมกันบริหารกิจการสาธารณะในขอบเขตอำนาจหน้าที่ ภายใต้วัตถุประสงค์ทางการบริหาร เช่น ด้านประสิทธิภาพ ด้านความคุ้มค่า อีกทั้งองค์กรความร่วมมือยังมีสถานะนิติบุคคล (Statutory partnership body) มีกลไกการบริหารองค์กรโดยคณะกรรมการ ประกอบด้วยตัวแทนจากองค์กรภาคีสมาชิกทุกแห่ง นอกจากนี้มีบทบาทหน้าที่ และเป้าหมายในการดำเนินงานภายใต้ขอบเขตที่ร่วมกันกำหนดในข้อตกลงเชิงพันธสัญญา

๓. องค์กรความร่วมมือที่ไม่มีสถานะนิติบุคคล (Joint committee) องค์กรความร่วมมือในลักษณะนี้เป็นองค์กรในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการเกิดขึ้นจากข้อตกลงเป็นภาคีหุ้นส่วนระหว่างองค์กรภาคีสมาชิก เช่น การทำบันทึกความเข้าใจร่วมกัน (Memorandum of understanding) องค์กรความร่วมมือในลักษณะนี้จึงไม่มีอำนาจหน้าที่ของตนเอง (Not corporate body)

๔. องค์กรความร่วมมือในลักษณะภาคีเครือข่าย (Unincorporated association) องค์กรความร่วมมือในลักษณะนี้เกิดขึ้นจากการสร้างความสัมพันธ์ในเชิงภาคีหุ้นส่วนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะให้บรรลุเป้าหมาย (Public policy partnership) มีลักษณะรูปแบบความสัมพันธ์เป็นเครือข่ายมีการประสานความร่วมมือบนฐานของการทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน (Memorandum of agreement) ระหว่างตัวแทนองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง มีการจัดโครงสร้างรูปแบบของการประสานความร่วมมือระหว่างภาคีสมาชิก และเป้าหมายในการดำเนินงานร่วมกันจะถูกกำหนดไว้ในบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ ซึ่งไม่มีผลผูกพันทางกฎหมาย ดังนั้น องค์กรความร่วมมือในลักษณะภาคีเครือข่าย จึงไม่มีสถานะทางกฎหมาย นั่นคือ มีชื่อองค์กรนิติบุคคล ไม่มีอำนาจหน้าที่เฉพาะของตนเอง ไม่สามารถทานิติกรรมสัญญา ไม่สามารถจ้างบุคลากร หรือถือครองทรัพย์สินของตนเองได้

๕. ภาคีหุ้นส่วนในรูปสหกรณ์และธุรกิจเพื่อสังคม (Mutual and Public interest Company) เป็นความร่วมมือซึ่งเกิดจากการสร้างภาคีหุ้นส่วนระหว่างหน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับองค์กรภาคธุรกิจ เอกชน หรือองค์กรชุมชน หรือองค์กรภาคประชาสังคม เพื่อระดมเงินทุน ทรัพยากร บุคลากร ทักษะและองค์ความรู้ต่าง ๆ เพื่อดำเนินกิจการวิสาหกิจชุมชน เช่น สหกรณ์ ธนาคารชุมชน กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มอาชีพ เป็นต้น มีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาหรืออำนวยความสะดวกแก่ผู้ที่เดือดร้อนในชุมชน เช่น ผู้ว่างงาน ผู้มีรายได้น้อย หรือผู้ประกอบการที่ประสบปัญหาด้านการผลิตหรือ เงินทุน ทั้งนี้ การร่วมมือกันจัดตั้งวิสาหกิจชุมชนมีความแตกต่างจากองค์กรเชิงธุรกิจ ตรงที่ไม่ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อจัดสรรหรือแบ่งปันผลประโยชน์จากการดำเนินงานให้แก่สมาชิกองค์กร แต่มุ่งนำผลกำไรมาเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ชุมชนเป็นสำคัญ (Benefit for the community)

๖. กองทุนสาธารณประโยชน์ และองค์กรการกุศล (Trust and Charity)

องค์กรความร่วมมือในลักษณะนี้เกิดจากการสร้างภาคีหุ้นส่วนระหว่างหน่วยงานภาครัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับองค์กรชุมชน หรือองค์กรภาคประชาสังคม (Local authority-Community partnership) เพื่อดำเนินกิจการสาธารณะแบบไม่แสวงผลกำไร มีเป้าหมายเพื่อร่วมกันระดมทุนและทรัพยากรในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมตามเป้าหมายที่ภาคีหุ้นส่วนได้ตกลงร่วมกัน

๗. ภาคีหุ้นส่วนในรูปบริษัท (Partnership as companies) องค์กรความ

ร่วมมือในลักษณะนี้เกิดจากการสร้างภาคีหุ้นส่วนระหว่างหน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับองค์กร ธุรกิจเอกชน เพื่อระดมทุนร่วมกันจัดตั้งองค์กรนิติบุคคลในรูปแบบบริษัทสำหรับใช้ดำเนินการจัดบริการสาธารณะในเชิงพาณิชย์ หรือกิจการที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ทั้งนี้ มักเป็นการสร้างภาคีหุ้นส่วนระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับภาคธุรกิจเอกชน โดยเฉพาะการระดมทุนจัดตั้งกิจการร่วมค้า (Joint ventures) เพื่อดำเนินกิจการสาธารณะในระดับท้องถิ่น องค์กรความร่วมมือในลักษณะนี้จึงมีสถานะเป็นองค์กรภาคีหุ้นส่วนที่มีระบบการบริหารงานแยกจากองค์กรภาคีสมาชิก มีการบริหารงบประมาณของตนเอง สามารถว่าจ้างบุคลากร และทำนิติกรรมสัญญาได้โดยตรง

๔.๖ ปัจจัยความสำเร็จกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลาย

ภาคส่วน

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือซึ่งหมายถึงขีดความสามารถในการประสานความร่วมมือ (Collaborative capacity) (Chris Ansell and Alison Gash, 2007 : 99-117) มีดังนี้

๑. ขีดความสามารถในการประสานความร่วมมือระดับตัวบุคคล ปรากฏใน

๒ ลักษณะควบคู่กัน คือ ความสามารถในการเป็นผู้ประสานเชื่อมโยงภาคี (Boundary-spanners) และความสามารถในการเป็นผู้สร้างเครือข่าย (Reticulists) โดยที่ผู้ประสานเชื่อมโยงภาคีและสร้างเครือข่ายเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในทุกช่วงของกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน กล่าวคือ ในช่วงเริ่มต้นก่อตั้งความร่วมมือ ผู้ประสานเชื่อมโยงภาคีและสร้างเครือข่าย จะมีบทบาทในฐานะ “ตัวเชื่อม” ระหว่างองค์กรภาคีฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยทักษะในการเจรจาสื่อสารและทักษะในการประสานเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรภาคี ในระหว่างที่การดำเนินการกิจ ผู้ประสานเชื่อมโยงภาคีและสร้างเครือข่ายจะมีบทบาทในฐานะ “ผู้จัดการ” ระบบการบริหารการกิจร่วมกันขององค์กรภาคี โดยอาศัยทักษะการบริหารจัดการองค์กร และทักษะการเป็นตัวกลางไกล่เกลี่ยหาทางออกที่ทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกัน นอกจากนี้ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานร่วมกัน ผู้ประสานเชื่อมโยงภาคีและสร้างเครือข่าย จะมีบทบาทในฐานะ “ผู้นำ” ของภาคีความร่วมมือ โดยอาศัยทักษะการจัดการปัญหาการจัดการความเสี่ยงและการมีวิสัยทัศน์ เล็งเห็นถึงโอกาสของการพัฒนาความร่วมมือในบริบทที่กว้างขวางยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการแสดงบทบาทผู้ประสานเชื่อมโยงภาคีและสร้างเครือข่าย ขึ้นอยู่ปัจจัย 2 ประการ คือ ประการแรก การได้รับความไว้วางใจ (Trust) และประการที่สอง การได้รับการยอมรับในฐานะผู้นำ (Leadership) จากองค์กรภาคีทุกฝ่าย

๒. ชีตความสามารถในการประสานความร่วมมือขององค์กร ชีตความสามารถ

ในการประสานความร่วมมือเพื่อดำเนินภารกิจร่วมกับองค์กร มี ๔ ลักษณะ (Chris Ansell and Alison Gash, 2007 : 105-110) ได้แก่ ๑) การมีวัฒนธรรมการทำงานร่วมกับองค์กรอื่น (Collaborative culture) โดยการมีกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกับองค์กรอื่น ซึ่งเกิดขึ้นจากการสร้างระบบการติดตามประเมินผลเพื่อชี้วัดระดับประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันของภาคีหุ้นส่วน ๒) การมีกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกับองค์กรอื่น (Learning in collaboration) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความสามารถในการปรับตัวและการตอบสนองต่อการบริหารงานเชิงกลยุทธ์ โดยผ่านกลไกการกระจายอำนาจการตัดสินใจจากผู้บริหารลงไปยังบุคลากรระดับปฏิบัติการ ๓) การมีผู้นำองค์กรที่พร้อมสนับสนุนการทำงานร่วมกับองค์กรอื่น (Organizational leadership) เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อความยั่งยืนในการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน เนื่องจากจำเป็นต้องอาศัยบทบาทของผู้นำในแต่ละองค์กรในการเสริมสร้างชีตความสามารถขององค์กรภาคีของตนให้สามารถประสานการทำงานร่วมกับองค์กรภาคีอื่นได้ และ ๔) การได้รับความไว้วางใจจากองค์กรอื่นและการยึดมั่นในหลักเกณฑ์การทำงานร่วมกัน (Inter-organizational trust and principled conduct) เนื่องจากการดำเนินภารกิจร่วมของภาคีหุ้นส่วนมักเกี่ยวข้องกับการระดมทรัพยากรและงบประมาณจากภาคีหุ้นส่วน เพื่อดำเนินกิจกรรมภายใต้เป้าหมายของภารกิจร่วม หากขาดความไว้วางใจ ซึ่งกันและกันระหว่างองค์กรภาคีสมาชิกจึงอาจนำไปสู่ความล้มเหลวในการทำงานร่วมกันได้ โดยปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจซึ่ง กันและกันระหว่างองค์กร

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๑. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

มีหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตที่สำคัญ ดังนี้

มาตรา ๓ “ความผิดปกติทางจิต” หมายความว่า อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาท การรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

“ผู้ป่วย” หมายความว่า บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษา

“ภาวะอันตราย” หมายความว่า พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงออกโดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเอง หรือผู้อื่น

“ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” หมายความว่า สภาวะของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา และต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้มีความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรง หรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น

“สถานบำบัดรักษา” หมายความว่า สถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๑๒ สถานบำบัดรักษาแต่ละแห่งให้มีคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาซึ่งอธิบดีแต่งตั้ง ประกอบด้วย จิตแพทย์ประจำสถานบำบัดรักษาหนึ่งคนเป็นประธานกรรมการ แพทย์หนึ่งคน พยาบาลจิตเวชหนึ่งคน นักกฎหมายหนึ่งคน และนักจิตวิทยาคลินิกหรือนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์หนึ่งคนเป็นกรรมการ

มาตรา ๒๒ บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา

(๑) มีภาวะอันตราย

(๒) มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

มาตรา ๒๓ ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมียาเสพติดตาม มาตรา ๒๒ ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจโดยไม่ชักช้า

มาตรา ๒๖ ในกรณีฉุกเฉิน เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจได้รับแจ้งตามมาตรา ๒๓ หรือพบบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งมีภาวะอันตราย และเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง ให้มีอำนาจนำตัวบุคคลนั้น หรือเข้าไปในสถานที่ใด ๆ เพื่อนำตัวบุคคลนั้นส่งสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น ตามมาตรา ๒๗

มาตรา ๒๗ ให้แพทย์อย่างน้อยหนึ่งคนและพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งคนที่ประจำสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษา ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นบุคคลที่มีการนำส่งตามมาตรา ๒๔ มาตรา ๒๕ หรือมาตรา ๒๖ ให้แล้วเสร็จโดยไม่ชักช้า ทั้งนี้ ต้องไม่เกินสี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่ บุคคลนั้นมาถึงสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา

การตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นตามวรรคหนึ่ง ให้แพทย์มีอำนาจตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาเพียงเท่าที่จำเป็นตามความรุนแรงของอาการเพื่อประโยชน์แก่สุขภาพของบุคคลนั้น

ในกรณีที่ผลการตรวจตามวรรคหนึ่งปรากฏว่าบุคคลนั้นจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียดจากคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ส่งตัวบุคคลนั้นพร้อมกับรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นเพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียดตามมาตรา ๒๘

หลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นตามวรรคสาม ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๒๘ เมื่อสถานบำบัดรักษารับบุคคลที่พนักงานเจ้าหน้าที่นำส่งตามมาตรา ๒๗ วรรคสาม หรือแพทย์นำส่งตามมาตรา ๒๘ แล้วแต่กรณี ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการบุคคลนั้นโดยละเอียดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับตัวบุคคลนั้นไว้ ในกรณีที่ คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาเห็นว่าบุคคลนั้นมียาเสพติดตาม มาตรา ๒๒ ให้มีคำสั่งอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) ให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา

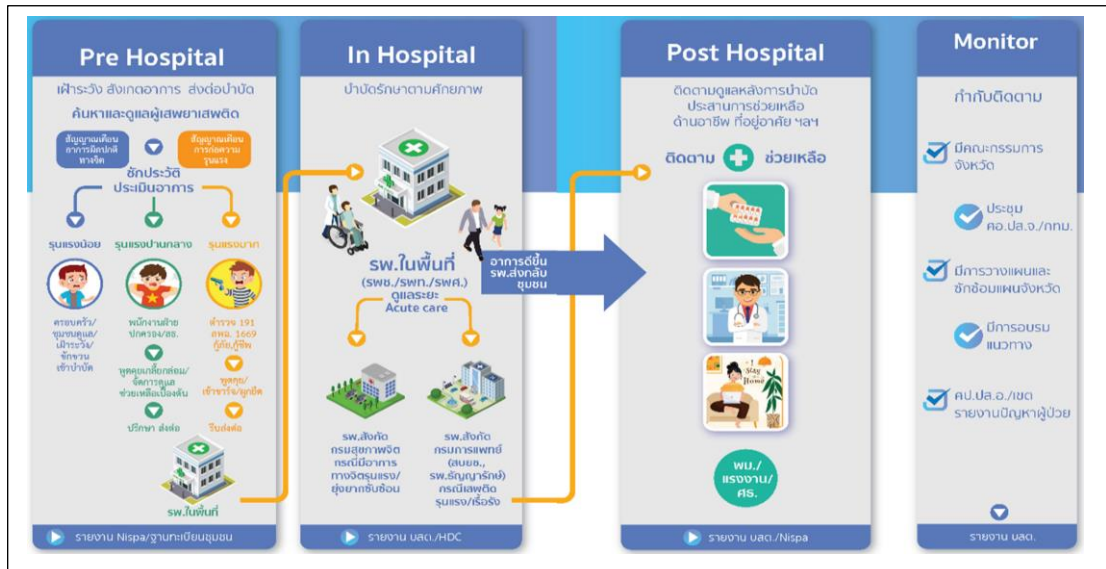
(๒) ให้บุคคลนั้นต้องรับการบำบัดรักษา ณ สถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัดรักษา เมื่อบุคคลนั้นไม่มีภาวะอันตราย ทั้งนี้กำหนดเงื่อนไขใด ๆ ที่จำเป็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาให้บุคคลนั้น หรือ ผู้รับดูแลบุคคลนั้นต้องปฏิบัติตามด้วยก็ได้

ให้นำความในมาตรา ๒๗ วรรคสอง มาใช้บังคับกับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการตาม วรรคหนึ่งโดยอนุโลม

หลักเกณฑ์และวิธีการในการพิจารณาและมีคำสั่งตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการกำหนดมาตรการเกี่ยวกับการคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันเพื่อควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดรักษา ตามมาตรฐานทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมทุกภาคส่วน ซึ่งลักษณะผู้ป่วยตามมาตรา ๒๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม คือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่แสดงออกโดยความผิดปกติทางจิต น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อตนเอง ต่อผู้อื่น หรือต่อทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น, ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา, ไม่เข้าใจลักษณะความเจ็บป่วยของตนเองซึ่งต้องได้รับการรักษา, ไม่ตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ตนตัดสินใจรับ หรือไม่รับการรักษาทันที ส่วนผู้ป่วยคดี คือ บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งอยู่ระหว่างการไต่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณาคดีหรือภายหลังที่ศาลมีคำพิพากษาในคดีอาญา เป็นกระบวนการที่เพิ่มมาจากที่มีกำหนดไว้ในบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและมีความสมบูรณ์ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนั้น คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาจะมีคำสั่งตามมาตรา ๒๙ (๒) ให้บุคคลนั้นต้องได้รับการรักษา ณ สถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัด โดย ๑) แจ้งให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยรับตัวผู้ป่วยไปดูแล ๒) กรณีที่ไม่มีผู้รับดูแลให้แจ้งหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการ ทั้งภาครัฐและเอกชน และ ๓) ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ติดตามดูแล ประสานงานและช่วยเหลือในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตาม ๑) และหน่วยงานตาม ๒) แล้วรายงานให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ โดยให้ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิต ซึ่งผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิได้รับบริการ ให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะ การจัดการศึกษาและการส่งเสริมอาชีพ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใดเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ (กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๓ : ๒๖-๒๗) ซึ่งแนวทางการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตามผู้เสพติด ปรากฏขั้นตอนดำเนินการตามแผนภาพที่ ๒ - ๓

แผนภาพที่ ๒ - ๓ แสดงแนวทางการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตาม



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๖๒ : ๒-๓

๒. ประมวลกฎหมายยาเสพติด

มีหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตที่สำคัญใน ภาค ๒ ว่าด้วยการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด ดังนี้

มาตรา ๑๐๘ “การบำบัดรักษา” หมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งรวมถึงการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามหลังการบำบัดรักษา

“การฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า การกระทำใด ๆ อันเป็นการบำบัดพฤติกรรม การเสพยาเสพติด และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ

“การฟื้นฟูสภาพทางสังคม” หมายความว่า การกระทำใด ๆ อันเป็นการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านที่อยู่อาศัย การศึกษา อาชีพ ตลอดจนการติดตามดูแลช่วยเหลือจนสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

“ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม” หมายความว่า สถานที่ทำการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

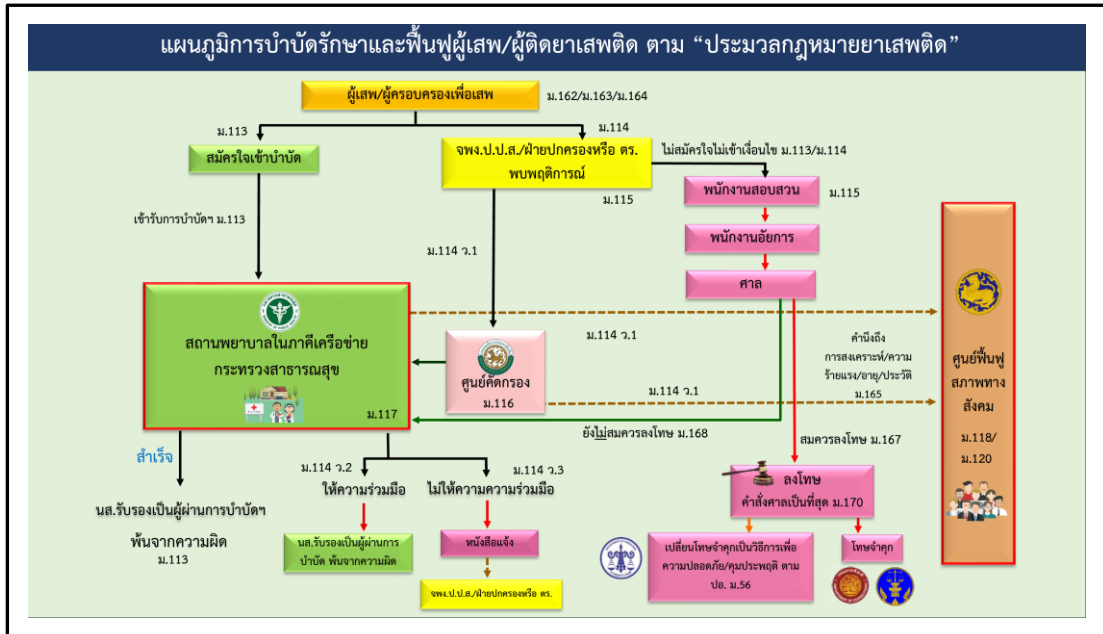
มาตรา ๑๑๘ ให้กระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานครจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ซึ่งหลักการในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติดได้แก้ไขปรับปรุงระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดใหม่โดยใช้กระบวนการทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นการดำเนินการทางการแพทย์ โดยมองว่าผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยยิ่งกว่าการนำตัวผู้ติดยาเสพติดไปดำเนินคดีอาญา ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕ (กฎหมายเดิม) เป็นระบบบังคับบำบัด ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด เป็นระบบสมัครใจ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด แบ่งออกได้เป็น ๒ กรณี ดังนี้

๑) ผู้เสพยาเสพติดหรือมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อเสพสมัครใจขอเข้ารับการรักษา หากการบำบัดรักษาสำเร็จเป็นที่น่าพอใจให้ผู้นั้นไม่มีความผิด (ประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๑๓)

๒) เจ้าพนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด หรือพนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจตรวจ พบผู้ที่มีพฤติการณ์น่าสงสัยว่าเป็นผู้เสพยาเสพติด หรือมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อเสพ และไม่ปรากฏว่าบุคคลดังกล่าวเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่นที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษา ไม่มีพฤติการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม ให้เจ้าพนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด หรือพนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจส่งตัวบุคคลนั้นไปสถานพยาบาลยาเสพติดหรือศูนย์คัดกรองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้ โดยไม่ต้องนำตัวบุคคลดังกล่าวไปศาลก่อน (ประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๑๔) ซึ่งมีความแตกต่างกับพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕ (กฎหมายเดิม) ที่ต้องนำตัวผู้ติดยาเสพติดไปศาลเพื่อให้ศาลมีคำสั่งให้ส่งตัวบุคคลนั้นไปตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติดก่อนสำหรับผลการบำบัดรักษาในกรณีนี้ ถ้าการบำบัดรักษาสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ ให้ผู้นั้นไม่มีความผิดแต่ถ้าไม่สำเร็จ (หลบหนี หรือไม่ให้ความร่วมมือ) ให้สถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จัดทำประวัติ ข้อมูล พฤติการณ์ของผู้หลบหนีหรือไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาให้เข้ารับการรักษาในครั้งต่อไป กล่าวคือ หากเจ้าพนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด หรือพนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจตรวจพบว่าบุคคลนั้นมีพฤติการณ์อันควรสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดหรือมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อเสพอีก ก็ไม่ต้องส่งตัวบุคคลนั้นไปบำบัดรักษาอีก (ประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๑๔) นอกจากนี้ ประมวลกฎหมายยาเสพติด ยังให้โอกาสผู้ติดยาเสพติดที่ไม่สมัครใจเข้าบำบัดรักษาแล้วมีการดำเนินคดีอาญาในชั้นการพิจารณาคดีของศาล บุคคลนั้นอาจสำนึกสมใจเข้ารับการรักษาก็ได้ ซึ่งศาลสามารถใช้ดุลพินิจในการส่งตัวจำเลยไปสถานพยาบาลยาเสพติดเพื่อเข้ารับการรักษาได้ หากเห็นว่ายังไม่สมควรลงโทษจำเลย ซึ่งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ปรากฏขั้นตอนดำเนินการตามแผนภาพที่ ๒ - ๔

แผนภาพที่ ๒ - ๔ แสดงแผนภูมิการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติด ตาม “ประมวลกฎหมายยาเสพติด”



ที่มา : สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, ๒๕๖๕ : ๒

๓. พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปราม การทรมานและการกระทำให้

บุคคล สูญหาย พ.ศ. ๒๕๖๕

ความเป็นมา

ประเทศไทยเข้าเป็นภาคีอนุสัญญาต่อต้านการทรมาน และการกระทำอื่น ๆ ที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือที่ย่ำยีศักดิ์ศรี เมื่อวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๕๐ ส่งผลให้อนุสัญญาฯ มีผลใช้บังคับกับประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๐ เป็นต้นมาและประเทศไทยลงนามในอนุสัญญาฯ เมื่อ ๙ มกราคม ๒๕๕๕ ซึ่งเป็นการยอมรับว่าประเทศไทยเห็นด้วยกับหลักการของอนุสัญญาฯ และเข้าเป็นภาคีอนุสัญญาฯ ในอนาคต ต่อมาเมื่อพ.ศ. ๒๕๕๗ ได้รับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการจัดทำกฎหมายรองรับอนุสัญญาฯ จากคณะกรรมการสหประชาชาติ จึงได้กลับมาทบทวนรูปแบบการยกร่างกฎหมายรองรับอนุสัญญาฯ โดยเปลี่ยนเป็นการจัดทำพระราชบัญญัติเฉพาะ และนำหลักการของอนุสัญญาฯ ซึ่งประเทศไทยลงนามเมื่อ วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๕๕ มารวมเป็นร่างพระราชบัญญัติฯ ฉบับเดียว เนื่องจากมีลักษณะความผิดที่ใกล้เคียงกับ การทรมานฯ จากนั้น ได้เริ่มร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ ยกร่างพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการทรมานและการกระทำให้บุคคลสูญหายและเสนอเข้าสู่กระบวนการพิจารณาตามลำดับ

**สาระสำคัญของพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการทรมานและการกระทำ
บุคคลสูญหาย พ.ศ.๒๕๖๕**

พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการทรมานและการกระทำบุคคลสูญหาย พ.ศ.๒๕๖๕ เริ่มบังคับใช้ ๒๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๖ ประกอบด้วย ๕ หมวด ๑ บทเฉพาะกาล รวม ๔๓ มาตรา ดังนี้

หมวด ๑ บททั่วไป

ความผิดฐานกระทำการทรมาน

มาตรา ๕

ผู้ใดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ กระทำด้วยประการใดให้ผู้อื่นเกิดความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานอย่างร้ายแรงแก่ร่างกายหรือจิตใจ เพื่อวัตถุประสงค์อย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(๑) ให้ได้มาซึ่งข้อมูลหรือคำรับสารภาพจากผู้ถูกกระทำหรือบุคคลที่สาม

(๒) ลงโทษผู้ถูกกระทำเพราะเหตุอันเกิดจากการกระทำหรือสงสัยว่ากระทำของผู้้นั้น หรือบุคคลที่สาม

(๓) ข่มขู่หรือขู่เชิญผู้ถูกกระทำหรือบุคคลที่สาม

(๔) เลือกปฏิบัติไม่ว่ารูปแบบใดผู้้นั้นกระทำความผิดฐานกระทำการทรมาน

ตัวอย่างเช่น การคลุมถุงดำศีรษะ การใช้ไฟฟ้าช็อต การขังห้องเย็น

ความผิดฐานกระทำการที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรมหรือย่ำยีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

มาตรา ๖

ผู้ใดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ลงโทษหรือกระทำด้วยประการใดที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์อันเป็นเหตุให้ผู้อื่นถูกลดทอนคุณค่าหรือละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานความเป็นมนุษย์ หรือเกิดความ เจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานแก่ร่างกายหรือจิตใจ ที่มีใช้การกระทำความผิดตามมาตรา ๕ ผู้้นั้นกระทำความผิดฐานกระทำการที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์

ตัวอย่างเช่น คนถูกใส่สายจูงสุนัขและบังคับให้ทำท่าเป็นสุนัข หรือ การบังคับให้มุสลิมกินหมู

ความผิดฐานกระทำบุคคลสูญหาย

มาตรา ๗

ผู้ใดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ควบคุมตัวหรือลักพาบุคคลใด โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐปฏิเสธว่ามิได้กระทำ การดังกล่าว หรือปกปิดชะตากรรมหรือสถานที่ปรากฏตัวของบุคคลนั้น ซึ่งส่งผลให้บุคคลนั้นไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย ผู้้นั้นกระทำความผิดฐานกระทำบุคคลสูญหายการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่ง ให้ถือเป็นความผิดต่อเนื่อง จนกว่าจะทราบชะตากรรมของบุคคลนั้น

ตัวอย่าง การอุ้มหายนักปกป้องสิทธิมนุษยชน

การสืบสวนคดีอุ้มหาย

มาตรา ๑๐

ในคดีความผิดฐานกระทำให้บุคคลสูญหายตามมาตรา ๗ ให้ดำเนินการสืบสวน จนกว่าจะพบบุคคลซึ่งถูกกระทำให้สูญหาย หรือปรากฏหลักฐานอันน่าเชื่อว่า บุคคลนั้นถึงแก่ความตาย และทราบรายละเอียด ของการกระทำความผิดและรู้ตัวผู้กระทำความผิด

ห้ามกระทำความผิด กระทำที่โหดร้ายๆ และการอุ้มหายทุกสถานการณ์

มาตรา ๑๒

พฤติการณ์พิเศษใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นภาวะสงครามหรือภัยคุกคามที่จะเกิดสงคราม ความไม่มั่นคง ทางการเมืองภายในประเทศ หรือสถานการณ์ฉุกเฉินสาธารณะอื่นใด ไม่อาจนำมาอ้าง เพื่อให้การกระทำความผิด ตามพระราชบัญญัตินี้เป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมาย

ห้ามผลักดันกลับ

มาตรา ๑๓

ห้ามมิให้หน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐขับไล่ ส่งกลับ หรือส่งบุคคลเป็นผู้ร้าย ข้ามแดน ไปยังอีกรัฐหนึ่ง หากมีเหตุอันควรเชื่อได้ว่า บุคคลนั้นจะไปตกอยู่ในอันตรายที่จะถูกกระทำ ทรมาณ ถูกกระทำ การที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือถูกกระทำให้ สูญหาย

หมวด ๒ คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทรมานและการกระทำให้บุคคลสูญหาย

มาตรา ๑๔

ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า "คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการ ทรมานและการกระทำให้บุคคลสูญหาย" ประกอบด้วย

(๑) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม เป็นประธานกรรมการ

(๒) ปลัดกระทรวงยุติธรรม เป็นรองประธานกรรมการ

(๓) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการ ต่างประเทศ ปลัดกระทรวงมหาดไทย อัยการสูงสุด ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ อธิบดีกรมสอบสวน คดีพิเศษ นายกสภานายความ และประธานสภาการสื่อมวลชนแห่งชาติ

(๔) กรรมการซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้ง จำนวนหกคน ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์เป็นที่ประจักษ์ในด้านสิทธิ มนุษยชน จำนวนสองคน ด้านกฎหมายและด้านนิติวิทยาศาสตร์ ด้านละหนึ่งคน

(ข) แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ จำนวนหนึ่งคน และแพทย์ทางจิตเวชศาสตร์ จำนวน หนึ่งคน ให้อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้อธิบดีกรม คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพแต่งตั้งข้าราชการของกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ จำนวนไม่เกินสองคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

พระราชกำหนดแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการทรมาน และการกระทำให้บุคคลสูญหาย พ.ศ.๒๕๖๕ พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อขยายกำหนดเวลาในการมีผลใช้บังคับ เฉพาะ มาตรา ๒๒ มาตรา ๒๓ มาตรา ๒๔ และมาตรา ๒๕ ออกไป ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖ เป็นต้นไป (จากเดิมที่เริ่มมีผลบังคับใช้วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๖)

หมวด ๓ การป้องกันการทรมานและการกระทำให้บุคคลสูญหาย

การบันทึกภาพและเสียงอย่างต่อเนื่องขณะจับและมีอัยการและฝ่ายปกครองเข้า

ตรวจสอบ

มาตรา ๒๒

ในการควบคุมตัว เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับผิดชอบต้องบันทึกภาพและเสียงอย่างต่อเนื่องในขณะที่จับ และควบคุมจนกระทั่งส่งตัวให้พนักงานสอบสวนหรือปล่อยตัวบุคคลดังกล่าวไป เว้นแต่มีเหตุสุดวิสัยที่ไม่สามารถกระทำได้ ก็ให้บันทึกเหตุนั้นเป็นหลักฐานไว้ในบันทึกการควบคุมตัว การควบคุมตัวตามวรรคหนึ่ง ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับผิดชอบแจ้งพนักงานอัยการและนายอำเภอในท้องที่ที่มีการควบคุมตัวโดยทันที สำหรับในกรุงเทพมหานคร ให้แจ้งพนักงานอัยการและผู้อำนวยการสำนักงานสอบสวนและนิติการ กรมการปกครอง

บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ถูกควบคุมตัว

มาตรา ๒๓

ในการควบคุมตัว เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับผิดชอบต้องบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ถูกควบคุมตัวโดยอย่างน้อย

ต้องมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- (๑) ข้อมูลอัตลักษณ์เกี่ยวกับผู้ถูกควบคุมตัว เช่น ชื่อ นามสกุล หรือตำหนิรูปพรรณ
- (๒) วัน เวลา และสถานที่ของการถูกควบคุมตัว
- (๓) คำสั่งที่ให้มีการควบคุมตัว และเหตุแห่งการออกคำสั่งนั้น
- (๔) เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้ออกคำสั่งให้ควบคุมตัว
- (๕) วัน เวลา และสถานที่ของการปล่อยตัวผู้ถูกควบคุมตัว และผู้มารับตัวผู้ถูก

ควบคุมตัว

- (๖) ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ถูกควบคุมตัวก่อนถูกควบคุมตัวและก่อนการปล่อยตัว

- (๗) ข้อมูลอื่น ๆ ที่คณะกรรมการกำหนดเพื่อป้องกันการทรมาน

สิทธิในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ถูกควบคุมตัว

มาตรา ๒๔

เพื่อประโยชน์ของผู้ถูกควบคุมตัว ผู้มีส่วนได้เสียโดยชอบด้วยกฎหมายในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ถูกควบคุมตัว เช่น ญาติ ผู้แทน หรือทนายความ หรือคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือเจ้าหน้าที่ซึ่งได้รับมอบหมาย จากคณะกรรมการ มีสิทธิร้องขอต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับผิดชอบให้เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ถูกควบคุมตัว

หมวด ๔ การดำเนินคดี

๑. อายุความ

มาตรา ๓๐

อายุความสำหรับความผิดตามมาตรา ๗ มิให้เริ่มนับ จนกว่าจะทราบชะตากรรมของผู้ถูกกระทำให้สูญหาย

๒. การดำเนินคดี

มาตรา ๓๑

ในกรณีที่ผู้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้เป็นเจ้าพนักงานของรัฐตามกฎหมายประกอบ รัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต และอยู่ในหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ ให้พนักงานสอบสวนผู้รับผิดชอบดำเนินคดีต่อไปตามพระราชบัญญัตินี้ และแจ้งให้คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติทราบ

หมวด ๕ บทกำหนดโทษ

ระวางโทษการกระทำทรมาน

มาตรา ๓๕

ผู้กระทำความผิดฐานกระทำทรมานตามมาตรา ๕ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ห้าปีถึงสิบห้าปี และปรับตั้งแต่หนึ่งแสนบาทถึงสามแสนบาท

ระวางโทษกระทำที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม และย่ำยีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

มาตรา ๓๖

ผู้กระทำความผิดฐานกระทำการที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามมาตรา ๖ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ระวางโทษกระทำให้บุคคลสูญหาย

มาตรา ๓๗

ผู้กระทำความผิดฐานกระทำให้บุคคลสูญหายตามมาตรา ๗ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ห้าปี ถึงสิบห้าปีและปรับตั้งแต่หนึ่งแสนบาทถึงสามแสนบาท

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๔๓

ให้นำความในมาตรา ๑๐ มาใช้บังคับแก่การกระทำให้บุคคลสูญหายก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับโดยอนุโลม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อนุศักดิ์ ศักดาวิชานนท์ (๒๕๖๕ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง การบูรณาการในการแก้ไข ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดให้อยู่ในชุมชนได้อย่างยั่งยืน ตามโครงการนาคาพิทักษ์ ของตำรวจภูธรจังหวัดหนองคาย ผลการศึกษา พบว่า ๑) ผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดนั้น มักมีการใช้ยาเสพติดมาเป็นระยะเวลาานาน ส่งผลต่อสมองส่วนคิดได้ถูกทำลายลงทำให้ไม่สามารถ ควบคุมตัวเองได้ การประเมินความเสี่ยงต่อการก่อเหตุของผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสีแดง สีเหลือง และสีเขียว รวมถึง การประเมินผู้ป่วยจากความถี่ของการแสดง อาการและจำนวนการก่อเหตุที่เกิดขึ้นในชุมชน นอกจากนี้ยังประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยจากความ ต่อเนื่องในการเข้ารับการรักษา ๒) ผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดสามารถอยู่ร่วมกับ ชุมชนได้ โดยครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลนำไปบำบัดรักษา ชุมชนเปิดโอกาสให้เข้าร่วมใน

กิจกรรมบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ เพื่อให้เกิดการยอมรับ หน่วยงานของรัฐ เช่น ตำรวจ ฝ่ายปกครอง ควรเข้าไปเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ ๓) โครงการนาคาพิทักษ์ เป็นโครงการที่ดีที่มีการกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ ช่วยลดปัญหาการก่อเหตุรุนแรงของผู้ป่วยต่อครอบครัว ต่อชุมชน ทำให้ประชาชน รู้สึกอุ่นใจและปลอดภัย ผู้ป่วยใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข และยั่งยืน ๔) โครงการนาคาพิทักษ์ มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม มีการบูรณาการในการทำงานของหน่วยงานภาครัฐและการประสานความร่วมมือกับภาคประชาชน และควรมีการประชาสัมพันธ์ จัดอบรมสัมมนาเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนในการดูแล เฝ้าระวัง หรือ จัดการกับผู้ป่วย

เหมรัตน์ ศิริพงษ์ (๒๕๖๒ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง เครือข่ายบริหารกิจการบ้านเมือง : กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ จังหวัดราชบุรี และจังหวัดน่าน จากการศึกษา มีข้อค้นพบ ดังนี้ ข้อค้นพบประการที่หนึ่ง นโยบายของภาครัฐมีส่วนสำคัญสำหรับการบังคับใช้อำนาจหน้าที่ของภาครัฐต่อการขับเคลื่อนงานที่ต้องใช้ความร่วมมือจากหลาย ๆ ภาคส่วนมาบูรณาการร่วมกัน โดยภาครัฐเป็นผู้กำกับภาพรวม ทิศทางในการดำเนินงาน เกิดการประสานงาน และการมีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดคุณค่าทางสังคมในการตอบสนองต่อบริการสาธารณะได้ ลักษณะของศูนย์ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ จังหวัดราชบุรี มีลักษณะเป็นภาครัฐเป็นผู้นำ และภาคเอกชนเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญ โดยมีภาครัฐทำหน้าที่เป็นฝ่ายประสานงานข้อมูลต่าง ๆ การขับเคลื่อนภายหลังจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจสำเร็จ มีการดำเนินงานโดยภาคเอกชนเป็นผู้นำ ส่วนจังหวัดน่านมีลักษณะภาครัฐเป็นผู้นำและเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญ โดยมีภาคเอกชนเป็นผู้ตอบสนอง ข้อค้นพบประการที่สอง การสร้างพันธมิตรความร่วมมือแบบทางการโดยมีเอกสารบันทึกความเข้าใจ (MOU) ระหว่างภาครัฐ องค์กรภาคธุรกิจ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ไม่อาจเป็นตัวชี้วัดได้ว่าการมีพันธมิตรทางกฎหมายจะส่งผลต่อการส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจในจังหวัด บันทึกความเข้าใจ (MOU) เป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์ในการเชิญชวนให้เกิดการรวมตัวกันในรูปแบบเครือข่ายเพื่อร่วมกันดำเนินบริการสาธารณะ ข้อค้นพบประการที่สาม บทบาทของผู้นำ ถือเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างความร่วมมือให้เกิดผลสำเร็จ การที่ผู้นำมีวิสัยทัศน์ ความเต็มใจ และมีศักยภาพมีความสามารถในการปฏิบัติงาน จูงใจและนำพาผู้อื่นให้ร่วมกันปฏิบัติงานจนประสบความสำเร็จ ข้อค้นพบประการที่สี่ การที่ตัวแสดงในแต่ละภาคส่วนมีทรัพยากรที่แตกต่างกันไม่เท่าเทียมกันและยังมีความต้องการทรัพยากรอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการบรรลุวัตถุประสงค์อย่างหนึ่ง เมื่อเกิดการรวมตัวกันเกิดขึ้น ทำให้เกิดความสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนทรัพยากรส่งผลให้กระบวนการดำเนินงานต่าง ๆ บรรลุเป้าหมาย ข้อค้นพบประการที่ห้า ความความต่อเนื่องและยั่งยืนของศูนย์ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจระดับจังหวัด ในจังหวัดราชบุรีกลุ่มภาคเอกชนมีการรวมตัวกันอย่างเหนียวแน่น มีตัวตายตัวแทนในการสืบสานงานที่ทำไว้ และพร้อมที่จะขึ้นมาเป็นผู้นำ รวมถึงความพร้อมที่จะถ่ายทอดองค์ความรู้ต่อ ๆ ไป ขณะที่จังหวัดน่านกลุ่มภาคเอกชนมีความรู้จักคุ้นเคยกันเป็นอย่างดีจากการทำงานต่าง ๆ ของจังหวัดร่วมกันมาก่อน มีความต้องการทำเพื่อพัฒนาจังหวัดบ้านเกิดทุกภาคส่วนในการมีส่วนร่วมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในชุมชน ซึ่งจะมีส่วนทำให้ศูนย์ฯ สามารถมีความยั่งยืนต่อไป ข้อค้นพบประการที่หก ตัวแบบในแต่ละพื้นที่

สามารถพัฒนาไปสู่ตัวแบบให้แก่พื้นที่อื่นได้โดยการประยุกต์และเลือกใช้สิ่งที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของแต่ละจังหวัด

อควี ศิลปกุลวิวัฒน์ (๒๕๖๒ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง การบูรณาการการแก้ไขปัญหายาเสพติดเชิงพื้นที่ กรณีศึกษาโครงการการศึกษาเพื่อต่อต้านการใช้ยาเสพติดในเด็กนักเรียน ของสถานตำรวจนครบาลคันนายาว ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินการโครงการการศึกษาเพื่อต่อต้านการใช้ยาเสพติดในเด็กนักเรียน หรือโครงการ D.A.R.E. เป็นนโยบายของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เด็กนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการ มีความรู้มีทักษะ สร้างภูมิคุ้มกัน ในการตัดสินใจที่จะเอาตัวรอดจากยาเสพติดได้ ไม่ว่าเพื่อนชักชวน หรือ ถูกกลุ่มผู้มีอิทธิพลบีบบังคับ โดยอาศัยความร่วมมือ หรือการบูรณาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านนโยบาย ด้านกิจกรรม และด้านงบประมาณ เพื่อระดมสรรพกำลังในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่

ศศิธร ทองจันทร์ (๒๕๕๙ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันกับการขับเคลื่อนนโยบายภาครัฐไทย กรณีศึกษาโครงการความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาคความยากจน จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดำเนินงานร่วมกันในการแก้ไขปัญหาคความยากจนภายใต้การดำเนินโครงการความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาคความยากจนในจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๐ - พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นการทำงานร่วมกันในรูปแบบเครือข่าย “เครือข่ายการแก้ไขปัญหาคความยากจนในระดับพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก” ที่ก่อรูปขึ้นจากประสานบทบาทระหว่างภาคีภาครัฐ ภาคประชาชนและชุมชน รวมถึงภาควิชาการ ในการร่วมกันดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาคความยากจน (Collaboration) นับตั้งแต่การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาในชุมชนไปจนถึงการบูรณาการแผนชุมชนสู่ยุทธศาสตร์จังหวัด ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีลักษณะหนุนเสริมพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนทรัพยากรที่แต่ละฝ่ายมีอยู่เพื่อขับเคลื่อนภารกิจภายใต้เป้าหมายที่ทุกฝ่ายกำหนดและยึดถือร่วมกัน สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดขึ้นของความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาคความยากจน สามารถแยกออกตามแต่ละปัจจัย ได้แก่ ประการแรก การมีผู้นำที่ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย เป็นบุคคลที่เอื้ออำนวยให้กระบวนการสร้างความร่วมมือดำเนินไปอย่างราบรื่น สร้างแรงจูงใจและจุดประกายให้บุคคลอื่น ๆ หันมาร่วมมือกันทำงาน ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายอำเภอ แกนนำคณะทำงานโครงการ และแกนนำเครือข่ายภาคประชาชน ประการที่สอง การมีสายสัมพันธ์ระหว่างภาคีภาคส่วนต่าง ๆ อย่างแนบแน่น เป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันหลายระดับอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น การประชุมขับเคลื่อนกิจกรรมของคณะทำงาน การจัดเวทีวิเคราะห์ข้อมูล การจัดอบรมถ่ายทอดความรู้ในพื้นที่ โดยภาควิชาการ เวทีนำเสนอผลการดำเนินงานร่วมกัน เป็นต้น ประการที่สาม การมีกรอบกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ที่เป็นทางการ ดังเห็นได้จากการจัดตั้งคณะทำงาน ที่มีการกำหนดองค์ประกอบขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ และการจัดสรรทรัพยากรระหว่างกันอย่างชัดเจน ประการที่สี่ ผู้จัดการเครือข่าย เป็นบุคคลในพื้นที่ที่มีความเข้าใจในการบริหารจัดการกิจกรรมสาธารณะและกระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายในภาพรวม ซึ่งส่งผลต่อการประสานการทำงานระหว่างภาคีสมาชิกเครือข่ายให้บรรลุเป้าหมาย ประการที่ห้า บทบาทของภาควิชาการ การสนับสนุนเทคนิค

วิธีการต่าง ๆ และการผลิตชุดความรู้จากภาควิชาการ สามารถค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาค้นคว้าได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ อันนำไปสู่การขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการเกษตรที่ยั่งยืน

สุรินทร์ ขาญสมร (๒๕๕๙ : ๔๗-๔๘) ได้ศึกษาถึง ความร่วมมือในแบบเครือข่ายกับโครงการสร้างชุมชนแห่งการอยู่ร่วมกันและเข้าถึงได้ในอาเซียน กรณีศึกษาชุมชนต้นแบบเกาะเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดว่าด้วยการบริการกิจการบ้านเมืองโดยเครือข่าย (Network governance) และกรอบแนวคิดว่าด้วยการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน (Collaborative governance) เป็นกรอบทฤษฎีโดยได้สรุปผลการศึกษา พบว่า ในการดำเนินโครงการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ร่วมกันและเข้าถึงได้ในอาเซียน กรณีศึกษา ชุมชนต้นแบบเกาะเกร็ดจังหวัดนนทบุรี เป็นการดำเนินงานแบบเครือข่าย ที่เห็นได้จากการประกอบกันของหน่วยงาน องค์กรจากหลายภาคส่วน ที่ได้เข้ามาร่วมกันในการกำหนดแผน ทิศทางในการดำเนินโครงการให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน พร้อมทั้งให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ มีการบูรณาการภารกิจ หน้าที่ และทรัพยากรระหว่างกันทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน ซึ่งแต่เดิมการดำเนินโครงการเป็นการรับนโยบายจากส่วนกลาง แล้วสั่งการมายังส่วนภูมิภาค อาศัยกลไกการควบคุม สั่งการในระบบราชการเป็นหลัก ในการมอบหมายงาน หลังจากนั้นจึงปล่อยให้ส่วนภูมิภาคเริ่มดำเนินการประสานส่วนราชการในระดับพื้นที่ที่มีความเกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาชน ให้เข้ามาร่วมเป็นภาคีเครือข่าย มีการจัดโครงสร้างการบริหารงานแบบเครือข่ายให้สามารถดำเนินงานร่วมกันได้ ซึ่งลักษณะการดำเนินงานดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบเครือข่าย (Network governance) และในการดำเนินโครงการสร้างชุมชน มุ่งเน้นการเข้ามามีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้องในงานด้านคนพิการ ให้เข้ามาร่วมในการแสดงความคิดเห็น แก้ไขปัญหาตัดสินใจร่วมกัน การกำหนดทิศทาง เป้าหมายระหว่างการดำเนินโครงการ ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนถือเป็นกลไกในรูปแบบคณะทำงานที่มีความสำคัญ ซึ่งคณะทำงานนั้นพร้อมที่จะเป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เป้าหมายเดียวกัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิด (Collaborative governance)

กิริยา อุ่นเจริญ (๒๕๕๘ : ๕๕-๕๖) ได้ศึกษาถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๖๒.๔๐ มีทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดแบบไม่แสดงออกหรือเฉย ๆ ร้อยละ ๖๔.๕๐ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดในระดับมาก ร้อยละ ๔๔.๑๐ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ระดับความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด และระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดโดยมีข้อเสนอแนะจากการศึกษา ดังนี้ หน่วยงานควรนำองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยมาปรับเป็นแผนยุทธศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ควรมีการส่งเสริมให้ผู้มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีศักยภาพ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดได้อย่างถูกต้อง เน้นการทำงานเชิงรุก ให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างเข้มข้นโดยเฉพาะเรื่อง

ยาเสพติด สร้างทัศนคติที่ดีแก่คนในชุมชน จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวช สารเสพติดในชุมชนมากขึ้น

ตรีทศ เหล่าศิริหงษ์ทอง และคณะ (๒๕๕๑ : ๓๒-๔๗) ได้ศึกษาถึง การศึกษาความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยกับภาคอุตสาหกรรมในการพัฒนานวัตกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยที่ช่วยเพิ่มโอกาสความสำเร็จในโครงการร่วมมือวิจัยและพัฒนา ระหว่างมหาวิทยาลัยและภาคอุตสาหกรรมวิธีการศึกษาโดยการวิเคราะห์และเปรียบเทียบระหว่างประเทศต่าง ๆ ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินโครงการความร่วมมือระหว่างภาคการศึกษาและภาคอุตสาหกรรม ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเข้าใจเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการ รูปแบบของโครงการต้องคำนึงถึงปัจจัยที่สามารถรักษาผลประโยชน์ร่วมกันในการบรรลุเป้าหมายของภาคอุตสาหกรรมอย่างเหมาะสม การนำศักยภาพของมหาวิทยาลัยและภาคอุตสาหกรรมมาเชื่อมโยงกันจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ทั้งสองฝ่าย ทั้งนี้ต้องอาศัยนโยบายของรัฐบาลในการช่วยขับเคลื่อนและอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ

พรภณ พงษ์เพชร (๒๕๕๓ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง ความร่วมมือในการป้องกันปัญหา ยาเสพติดระหว่างองค์กรภาครัฐและองค์กรภาคเยาวชน ศึกษาเฉพาะศูนย์อำนวยการประสานงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภาคเยาวชน (ศอ.ปส.ย.) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสร้างความร่วมมือในการป้องกันปัญหายาเสพติดของศูนย์อำนวยการประสานงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภาคเยาวชน (ศอ.ปส.ย.) ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการความร่วมมือ (Models of Collaborative Management) ศึกษาทักษะความสามารถของข้าราชการที่จำเป็นต้องมีในการสร้างและบริหารความร่วมมือของศูนย์อำนวยการประสานงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภาคเยาวชน (ศอ.ปส.ย.) และเพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือป้องกันปัญหายาเสพติดของศูนย์อำนวยการประสานงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภาคเยาวชน (ศอ.ปส.ย.) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้กรอบแนวคิดการบริหารจัดการความร่วมมือ (Model of Collaborative Management) ของ Robert Agranoff และ Michael McGuire ซึ่งได้นำเสนอไว้ใน ปี ค.ศ. ๒๐๐๓ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการจัดการความร่วมมือ เริ่มต้นจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ได้พูดคุยกับ สมาคมองค์การพัฒนาเอกชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภาคพื้นเอเชีย-แปซิฟิก (สปปส. อป.) เพื่อให้มารับบทบาทด้านการบริหารจัดการทางการเงินในร่วมมือ จากนั้นจึงได้พูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับแกนนำเยาวชนจากองค์กรภาคเยาวชนต่าง ๆ ถึงความเป็นไปได้ในการสร้างความร่วมมือ ต่อมาได้วางกรอบความร่วมมือในประเด็นต่าง ๆ สำหรับการดำเนินงานร่วมกัน และได้สร้างสภาพเงื่อนไขเพื่อเอื้ออำนวยการปฏิสัมพันธ์ โดยการสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งสามารถแบ่งความไว้วางใจใจของ ศอ.ปส.ย. ได้เป็น ๓ ช่วง ประกอบด้วย “ช่วงเริ่มต้น” เป็นช่วงที่องค์กรแต่ละฝ่ายมีความไว้วางใจที่ดีต่อกัน “ช่วงสับสน” เป็นช่วงที่ความไว้วางใจเริ่มลดน้อยลง จนทำให้เกิด “ช่วงฟื้นฟู” ซึ่งเป็นช่วงที่พยายามสร้างความไว้วางใจให้เพิ่มมากขึ้น ส่วนกิจกรรม/โครงการที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือ แบ่งออกได้เป็น ๔ ด้าน ได้แก่ โครงการด้านการจัดทำและอำนวยการยุทธศาสตร์ โครงการด้านการจัดกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์/รณรงค์เพื่อให้เกิดการป้องกันยาเสพติด โครงการด้านเฝ้า

ระวังและโครงการด้านการพัฒนาความร่วมมือและบริหารจัดการ การบริหารจัดการความร่วมมือ ศอ.ปส.ย. พบว่า เป็นรูปแบบผู้ให้และผู้รับ (Donor-Recipient Model) โดยเป็นความสัมพันธ์ของผู้ให้ทรัพยากรและผู้รับทรัพยากรที่พึ่งพาต่อกัน อย่างไรก็ตามความขัดแย้งถือเป็นเรื่องปกติ ด้านทักษะ ความสามารถของข้าราชการที่วิเคราะห์ได้ พบว่า ควรมีในการบริหารจัดการความร่วมมือ แบ่งเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ประการแรก คุณลักษณะภายในบุคคล ซึ่งควรมีคุณลักษณะในการมองภาพรวม ประการที่สอง ทักษะความสามารถในการบริหารจัดการระหว่างบุคคล/องค์การภายใน ข้าราชการควรมีความสามารถในการวางตัวและรักษาระยะห่าง มีทักษะการเจรจาและการประนีประนอม ประการสุดท้าย ทักษะความสามารถการบริหารจัดการภายใน/ภายนอกความร่วมมือ ข้าราชการควรมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือ พบว่า ศอ.ปส.ย.ยังไม่สามารถบรรลุผลตามที่ตั้งไว้ได้โดยการสร้างความร่วมมือที่เกิดขึ้นโดยรวมยังอยู่ในระดับการประสานงาน (Coordination) และการร่วมปฏิบัติการ (Cooperation) ซึ่งระดับความร่วมมือ (Collaboration) ยังเกิดขึ้นได้ไม่เต็มที่นัก ข้อเสนอแนะจากการศึกษา คือ ศอ.ปส.ย. ส่วนกลางควรระบุและรวบรวมบุคคล และองค์การเข้ามาในความร่วมมือจากขอบเขตภาระหน้าที่ ควรสร้างระบบการพัฒนาและทดแทนเยาวชน ควรมีข้าราชการระดับเจ้าหน้าที่ดูแลรับผิดชอบ ศอ.ปส.ย. ที่ชัดเจน

พฤต เอมมานูเอล ไบระหมาน (๒๕๕๒ : บทย่อ) ได้ศึกษาถึง การสร้างความร่วมมือเพื่อต่อต้านการค้าแรงงานทาสบนเรือประมงระหว่างมูลนิธิกระจกเงากับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้กรอบแนวคิดการสร้างความร่วมมือ (Collaboration) ของ Robert Agranoff และ Michael McGuire ซึ่งได้นำเสนอไว้ในปี ค.ศ. ๒๐๐๓ เป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษา ผลการศึกษา พบว่า การสร้างความร่วมมือระหว่างมูลนิธิกระจกเงาและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์สามารถแบ่งระยะการสร้างความร่วมมือได้เป็น ๓ ช่วง คือ ๑) ระยะก่อตัว ๒) ระยะตื่นตัว และ ๓) ระยะสร้างความร่วมมืออย่างจริงจัง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลา ๓-๔ ปี เนื่องจากในช่วงแรกกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ไม่ได้ตื่นตัวในความร่วมมือเท่าใดนัก ในส่วนขององค์การที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการสร้างความร่วมมือ ประกอบด้วย องค์การแรงงานระหว่างประเทศ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงแรงงาน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มูลนิธิกระจกเงา เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน ศูนย์อภิบาลผู้เดินทางทางทะเล (บ้านสุขสันต์) จังหวัดสงขลา ด้านการบริหารจัดการหรือการดำเนินงานของความร่วมมือและเครือข่าย พบว่า กิจกรรมความร่วมมือ การดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่มูลนิธิกระจกเงาซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนจะมีบทบาทในการนำหรือบทบาทในเชิงรุกมากกว่ากระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกิจกรรมในการสร้างความร่วมมือ ประกอบด้วย ๕ กิจกรรม ได้แก่ ๑) การดำเนินโครงการจำนวน ๒ โครงการ ๒) การสัมมนาร่วมกันทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ๓) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ๔) การปฏิบัติงานภาคสนาม และ ๕) การให้ความช่วยเหลือผู้เสียหาย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือมีทั้งผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ และผลลัพธ์ที่เป็นอุปสรรค ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ ได้แก่ ๑) การสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดำเนินงานมากขึ้น และ ๒) การได้ขยายขอบเขตการปฏิบัติงาน

ส่วนผลลัพธ์ที่เป็นอุปสรรคซึ่งเกิดจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหลัก ได้แก่ ๑) ความเพิกเฉยในการให้ความร่วมมือ โดยเฉพาะในช่วงแรก ๒) ความล่าช้าในการให้ความร่วมมือ และการขาดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และ ๓) การขาดความเข้าใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากทั้งสององค์กรมีลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน

บุญยวีร์ ลุมาดกมลพันธ์ (๒๕๔๙ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง แนวทางการสร้างเครือข่าย ด้านสวัสดิการสังคมในระดับจังหวัด : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง ๔๑-๕๐ ปี สถานภาพสมรส การศึกษาอยู่ในระดับปริญญา มีรายได้ระหว่าง ๑๐,๐๐๐ - ๒๐,๐๐๐ บาท สังกัดองค์การภาครัฐ และรับผิดชอบกลุ่มเป้าหมายหลักประเภทชุมชนเป็นส่วนใหญ่ โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานภายในองค์การระหว่าง ๑-๕ ปี มีความรู้ในระดับสูงเกี่ยวกับความเข้าใจทั้งในด้านลักษณะของเครือข่าย และข้อดีของการทำงานในลักษณะเครือข่ายในด้านความคิดเห็น กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากต่อการมีเครือข่ายและการก่อตัวของเครือข่าย นอกจากนี้การก่อตัวของเครือข่ายด้านสวัสดิการสังคมจังหวัดสมุทรสงคราม มีความพร้อมในการเข้าร่วมบริหารจัดการเครือข่ายเป็นอย่างมากในด้านคน เวลา และการประสานงาน ระดับมาก ส่วนทางด้านเงินและวัสดุอุปกรณ์มีความพร้อมในระดับปานกลาง ลักษณะของเครือข่ายด้านสวัสดิการสังคมที่ต้องการให้เกิดกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเครือข่ายด้านสวัสดิการสังคมควรมีเป้าหมายในการทำงานให้กับเด็กมากที่สุด ประเภทเครือข่ายที่ต้องการให้เกิดขึ้น คือ เครือข่ายกิจกรรม ที่เน้นความร่วมมือและช่วยเหลือกันในการทำงาน โครงสร้างความสัมพันธ์ในเครือข่ายควรมีโครงสร้างตามแนวนอน คุณลักษณะของเครือข่ายควรประกอบไปด้วยองค์กรที่มาจากทุกภาคส่วนในจังหวัด มีกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง มีการรวมตัวกันระหว่างองค์กรที่มีความสนใจที่จะร่วมมือกันอย่างจริงจัง มีองค์กรที่ทำหน้าที่ประสานงานที่มีประสิทธิภาพ และเห็นว่ากฎระเบียบในเครือข่ายควรมีความยืดหยุ่น ส่วนผู้นำเครือข่ายด้านสวัสดิการสังคม ควรมีคุณสมบัติเสียสละเพื่อส่วนรวม มีความซื่อสัตย์สุจริต รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีทักษะด้านการประสานงาน มีความรู้ความสามารถ และควรเป็นคณะบุคคล ในส่วนของกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมประเภทการจัดเวทีสนทนาและการประชาสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังให้ความเห็นว่าสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสมุทรสงคราม ควรมีบทบาทในการจัดประชุมหารือกับองค์กรที่ทำงานด้านสวัสดิการสังคมเรื่องการสร้างเครือข่าย เป็นผู้ประสานงานกับองค์กรในเครือข่าย ติดต่อกับองค์กรที่สนใจเข้าร่วมเป็นเครือข่ายด้านสวัสดิการสังคมและมีบทบาทในการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์เรื่องการสร้างเครือข่ายด้านสวัสดิการสังคม

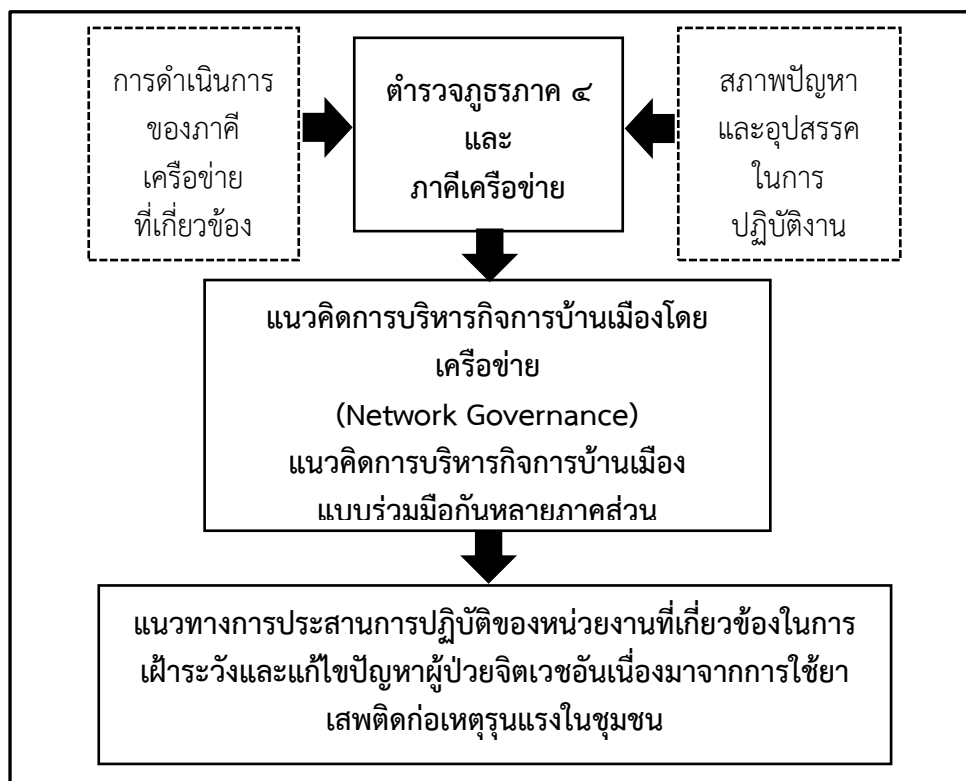
ลัทธิรัตน์ รื่นบันเทิง (๒๕๔๗ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง การสร้างเครือข่าย “ธุรกิจชุมชนร่วมด้วยช่วยกัน สำนึกรักบ้านเกิด” ตามทฤษฎีขั้นที่ ๓ ของบริษัทยูไนเต็ดคอมมูนีเคชั่น อินดรัสตรี จำกัด (มหาชน) ผลการศึกษา พบว่า สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของการสร้างเครือข่าย “ธุรกิจชุมชนร่วมด้วยช่วยกัน สำนึกรักบ้านเกิด” นั้น สามารถแยกปัญหาออกเป็นประเด็นตามลำดับความสำคัญ ดังนี้ ๑) ปัญหาจากประสบการณ์และทักษะการทำงานของบุคลากรในเครือข่าย เนื่องจากบริษัทยูไนเต็ดคอมมูนีเคชั่น อินดรัสตรี จำกัด (มหาชน) มีความเชี่ยวชาญในธุรกิจโทรคมนาคม และการสื่อสารจึงได้นำศักยภาพในด้านนี้ขององค์กรมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อประชาชน

ของประเทศ โดยปฏิบัติตามแนวคิดทฤษฎีใหม่ขั้นที่ ๓ ทั้งนี้ในการดำเนินงานสร้างเครือข่ายดังกล่าว บางส่วนงานเป็นการดำเนินงานที่บริษัทฯ และเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการยังไม่มีประสบการณ์ในการทำงานมาก่อน ๒) ปัญหาจากความต่อเนื่องในการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ เนื่องจากแนวความคิดและการดำเนินการในแต่ละเครือข่ายต่างดำเนินงานภายใต้การดูแลของบริษัทยุคคอมซึ่งดำเนินงานในรูปของบริษัท จึงไม่สอดคล้องประสานกับการทำงานในลักษณะของหน่วยงานภาครัฐ จึงทำให้การดำเนินงานเป็นไปได้ช้า ๓) ปัญหาจากพฤติกรรมและวิถีชีวิตของประชาชนต่อการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ดังนั้นภาครัฐควรเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนสำคัญในการส่งเสริมอุปกรณ์ ชั่วโงม อินเทอร์เน็ต เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลสามารถรับข้อมูลข่าวสารได้อย่างเท่าเทียมกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในเมือง นอกจากนี้ต้องสร้างค่านิยมในการใช้ระบบเทคโนโลยีในทางที่เป็นประโยชน์ ไม่ใช่ฉาบฉวย หรือใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง ๔) ปัญหาจากการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกภายในเครือข่ายต่าง ๆ ๕) ปัญหาจากงบประมาณในการดำเนินงาน เนื่องจากการดำเนินงานดังกล่าวเป็นการทำงานเพื่อมุ่งหวังประโยชน์กับชุมชนเป็นหลัก โดยมีได้คำนึงถึงผลกำไรที่จะเกิดขึ้น ทำให้งบประมาณในการดำเนินงานมีจำกัด ๖) ปัญหาจากทัศนคติของชุมชนต่อการสร้างเครือข่ายของบริษัทในยุคคอมมูนิเคชั่น อินดรัสตรี จำกัด (มหาชน) เนื่องจากชุมชนไม่เข้าใจในวัตถุประสงค์การดำเนินงานของบริษัท จึงไม่ให้ความร่วมมือต่อต้าน ทำให้การทำงานเป็นไปอย่างล่าช้า

วิจัยณา หุตานนท์ (๒๕๔๕ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง การประสานงานลักษณะเครือข่ายระหว่างองค์กรภาครัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชนต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พบว่า รูปแบบการประสานงานเครือข่ายมีการดำเนินกิจกรรมใน ๕ รูปแบบ ประกอบไปด้วย รูปแบบที่ ๑ การประสานงานลักษณะเครือข่ายแบบทางเดียว ผลการศึกษา พบว่า องค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินการไม่มีสำนักงาน บุคลากรประจำในพื้นที่มีระยะเวลาดำเนินการเพียง ๑ ปี ทำให้ไม่พบความชัดเจนและความต่อเนื่องของการประสานงานลักษณะเครือข่าย ด้านแผน ด้านการดำเนินการและการติดตามประเมินผล รูปแบบที่ ๒ การประสานงานลักษณะเครือข่ายแบบคู่ขนาน ผลการศึกษาพบว่า องค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินการมีสำนักงาน บุคลากรประจำในพื้นที่ มีแผนระยะยาวรองรับ แต่ยังไม่พบความชัดเจนความต่อเนื่องของการประสานงานลักษณะเครือข่ายด้านแผน ด้านการดำเนินการและการติดตามประเมินผล เนื่องจากแต่ละองค์กรประสบปัญหาด้านระบบการประสานงานที่แตกต่างกัน ไม่มีระบบเครือข่ายที่ชัดเจน และแผนขององค์กรพัฒนาเอกชนยังไม่ผนวกอยู่ในระดับบริหารจังหวัด รูปแบบที่ ๓ การประสานงานลักษณะเครือข่ายแบบสามประสาน ผลการศึกษาพบว่า มีความชัดเจนและความต่อเนื่องของการประสานงานลักษณะเครือข่ายด้านแผน ด้านการดำเนินการ และการติดตามประเมินผลแบบมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน รูปแบบที่ ๔ การประสานงานลักษณะเครือข่ายแบบเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนเป็นหลัก ผลการศึกษาพบว่าองค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินการมีสำนักงาน บุคลากรประจำในพื้นที่ มีแผนระยะยาวรองรับ พบความชัดเจนและความต่อเนื่องของการประสานงานลักษณะเครือข่ายด้านแผน รูปแบบที่ ๕ การประสานงานลักษณะเครือข่ายแบบเครือข่ายผู้ติดเชื้อเป็นหลัก ผลการศึกษาพบความชัดเจนและความต่อเนื่องในการประสานงาน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดที่จะใช้ในการศึกษา โดยการศึกษาครั้งนี้อาศัยกรอบแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองโดยเครือข่าย (Network Governance) และกรอบแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน (Collaborative Governance) เป็นฐานในการวิเคราะห์ ซึ่งสามารถแสดงได้ดังกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



บทที่ ๒

การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย : กรณีศึกษาแนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๑. ประเภทของโรคจิตเวช

อาการโรคจิตเป็นความเจ็บป่วยทางสมองชนิดหนึ่ง มีผลต่อการรับรู้และความคิดที่ผิดไปจากความเป็นจริง เช่น อาการประสาทหลอนที่มีการได้ยินเสียงคนรอบข้างพูดนิทา หรือสั่งให้ทำสิ่งต่าง ๆ โดยที่ไม่มีเสียงนั้นอยู่จริง อาการเห็นภาพหลอนต่าง ๆ ที่ผิดไปจากความเป็นจริง อาการคิดไปเอง ที่มักคิดว่าคนอื่นจะมาคิดร้าย ทั้งที่ไม่เคยมีปัญหากับบุคคลนั้น ๆ หรืออาการคิดว่าตนเองมีพลังพิเศษ เป็นต้น ทั้งหมดนี้ถือเป็นความไม่สบายทางสมองแบบหนึ่งที่ทำให้ความคิดและการรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง เรียกว่า “โรคจิต” ซึ่งโรคจิตนั้นแบ่งออกเป็นหลายชนิด แต่ละชนิดยังอาจแบ่งออกเป็นกลุ่มอาการย่อยลงไปอีก ซึ่ง กัตตุรี หิมมะหิมัต (๒๕๖๓ : ๗-๘) ได้จัดกลุ่มชนิดโรคจิตออกเป็น ๖ กลุ่มใหญ่ ดังนี้ ๑) โรคจิตเภท (Schizophrenia) ๒) โรคจิตหลงผิด (Delusional disorder) ๓) โรคจิตที่เกิดจากโรคอารมณ์แปรปรวน (Mood disorder induced psychosis) ๔) โรคจิตชนิดเฉียบพลัน (Acute psychosis) ๕) โรคจิตที่เกิดจากโรคทางร่างกาย ๖) โรคจิตที่เกิดจากสารต่าง ๆ หรือยา

โรคจิตเวช คือกลุ่มอาการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในกิจวัตร ต่าง ๆ หรือเกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งหลายคนไม่รู้ตัวว่าตัวเองป่วย หรือบางคนรู้แต่ไม่มาพบแพทย์ ทำให้อาการหนักขึ้นเรื่อย ๆ จนนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิต การสังเกตอาการคนรอบข้าง รวมถึงตัวเองเกี่ยวกับโรคจิตเวชเป็นเรื่องสำคัญ หากพบความผิดปกติหรือส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ควรรีบปรึกษาจิตแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและวางแผนรักษาก่อนอาการรุนแรง โรคจิตเวชที่พบบ่อยในประเทศไทย (อภิชาติ จริยาวิลาศ, ๒๕๖๔ อ้างถึงใน อนุศักดิ์ ศักดาวัชรานนท์, ๒๕๖๕ : ๓๗) ดังนี้

๑. โรคซึมเศร้า (Depression) ผู้ป่วยจะมีอาการหดหู่ ท้อแท้ เบื่อหน่าย สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่าหรือเป็นภาระของผู้อื่น สมาธิแย่งลง หลงลืมง่าย เหม่อลอย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ปวดหัว บางรายอาจไม่รู้สึกรำแต่จะเบื่อหน่ายทุกอย่างรอบตัวและไม่รู้จะอยู่ต่อไปเพื่ออะไร หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ทั้งนี้หากมีอาการดังกล่าวมากกว่า ๒ สัปดาห์ ควรพบจิตแพทย์เพื่อประเมินอาการ

๒. โรคแพนิก (Panic Disorder) เป็นโรคต้นตระกูลที่เกิดขึ้นจากระบบประสาทอัตโนมัติไวต่อสิ่งกระตุ้น จนเกิดอาการหายใจติดขัด หัวใจเต้นเร็ว เวียนศีรษะ จุกแน่นคล้ายจะเป็นลม

หรือเหมือนกับจะถึงชีวิต ซึ่งการเกิด รังแกมักจะอยู่ในสถานการณ์ที่มีเรื่องกดดันหรือถูกกระตุ้นให้ตื่นตัว และจะมีอาการอีกเรื่อย ๆ เมื่อเจอกับสถานการณ์เดิม ๆ โดยแต่ละครั้งจะมีอาการประมาณ ๑๐-๒๐ นาที และหายเป็นปกติ แต่หากมีอาการแพนิกเกิดขึ้น แล้วมีอาการอื่นตามมา เช่น กังวลอยู่ตลอดเวลาว่าจะมีอาการแพนิกเกิดขึ้นอีก คุณตัวเองไม่ได้ หมกมุ่น พฤติกรรมเปลี่ยนอย่างชัดเจน ไม่กล้าไปไหนคนเดียว แนะนำควรรีบพบจิตแพทย์

๓. โรคจิตเภท (Schizophrenia) ผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน โดยจะแสดงออกด้วยการพูดคนเดียว หัวเราะคนเดียว หลงผิดหรือหวาดระแวง หากมีอาการนานเกิน ๖ เดือนแล้วไม่ได้รับการรักษาจะทำให้การรักษายากขึ้นและผลการรักษาไม่ดี เนื่องจากจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ยิ่งมารักษาช้าอาการจะยิ่งมากและรักษายากขึ้น

๔. โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (Post-Traumatic Stress Disorder) ซึ่งเป็นผลมาจากที่ผู้ป่วยผ่านเหตุการณ์เลวร้ายหรือรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึก ทำให้เกิดความกลัวและกลัวว่าจะเกิดขึ้นซ้ำ จนมีอาการระแวง หวาดกลัวหรือตกใจง่าย ดังนั้นควรรีบพบจิตแพทย์เพื่อรักษา เพราะหากปล่อยไว้อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันได้

๕. โรคไบโพลาร์หรือโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมา ระหว่างซึมเศร้าและอารมณ์ดีเกินปกติหรือแมเนีย โดยในช่วงซึมเศร้าจะมีอาการหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังเหมือนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นแทบทุกวันและเป็นส่วนใหญ่ของวัน รวมถึงอาการจะคงอยู่นานหลายเดือนแล้วหายไปเหมือนคนปกติ ก่อนจะเข้าสู่ช่วงอารมณ์ดีเกินปกติ เช่น อารมณ์ดีคึกคัก กระฉับกระเฉง อยากทำหลายอย่าง พลังงานเยอะ นอนน้อย ใจดี มนุษย์สัมพันธ์ดี อารมณ์ดี แต่มีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ เช่น อยากทำอะไรแล้วต้องได้ทำทันที หากมีคนขัดใจจะฉุนเฉียวมาก หงุดหงิดง่าย เป็นต้น

๖. โรคสมองเสื่อม (Dementia) คือภาวะการทำงานของสมองแย่ลงจนส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน โดยจะไม่สามารถจดจำสิ่งที่เรียนรู้ใหม่ได้ หลงลืมง่าย หรือเล่าเรื่องในอดีตได้แต่ไม่สามารถจำกิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละวันได้ พบมากในผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มีทั้งแบบรักษาหายและไม่หายขาด โดยกลุ่มที่รักษาหายขาดได้ เช่น น้ำคั่งในโพรงสมอง เนื้องอก เลือดออกในสมอง โรคของต่อมไทรอยด์ ขาดวิตามินบี ๑๒ ติดเชื้อซิฟิลิสในสมอง การเกิดภูมิคุ้มกันต่อตัวเอง หรือการใช้ยาบางชนิด นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจมีอาการหลงลืมง่าย (Pseudodementia) ซึ่งสามารถหายได้เมื่อรักษาโรคซึมเศร้าหาย ส่วนในกลุ่มที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โรคที่พบบ่อยคืออัลไซเมอร์ หลอดเลือดสมองตีบ เป็นต้น

๗. โรคกลัวแบบเฉพาะเจาะจง (Phobias) คืออาการหวาดกลัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างรุนแรงหรือสถานการณ์บางอย่าง เช่น กลัวความสูง กลัวความมืด กลัวสัตว์บางชนิด กลัวเลือด ซึ่งอาการที่แสดงออกมาจะเป็นไปในทางหลีกเลี่ยงและหนีการพบเจอสิ่งนั้น ๆ อย่างทันทีทันใด ในรายที่รุนแรงอาจหวาดกลัวแม้เป็นเพียงการเอ่ยถึงหรือพบเจอสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกัน

๒. ผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๓ : ๖-๗) ได้นิยามผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ว่า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคต่าง ๆ ดังนี้

๑. โรคแทรกทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตจากการใช้สุรา/ยา/สารเสพติด (Substance/Alcohol induced psychosis (Flx.5))

๒. โรคร่วมทางจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด เช่น โรคจิตเภทร่วมสุรา/ยา/สารเสพติด (F20.XX+F 10.xx-F 19.xx), กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Moods Disorder) (F3x.xx), กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) เป็นผู้ติด (Dependence) แล้วมีอาการผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมตามมา หรือผู้ป่วยมีภาวะความผิดปกติทางจิตใจร่วมกับการเป็นผู้เสพ/ผู้ติดสารเสพติด ทั้งนี้สมควรได้รับการดูแลร่วมกันทั้งปัญหาการใช้สารเสพติด ที่ผิดปกติและภาวะความผิดปกติทางจิตใจ

ส่วน ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ตามเกณฑ์การคัดกรอง ดังนี้

๑. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

๒. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรง ทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญ ในชุมชน

๓. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่น แบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

๔. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้นิยามผู้ป่วยจิตเวช ตามคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓ : ๒) ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวสดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง หรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแล เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือ พฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวสดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน โดยมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์ดังนี้

๑. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

๒. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญ ในชุมชน

๓. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบ เฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

๔. เคยมีประวัติก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

ส่วนหลักเกณฑ์คัดแยกกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ตาม Criteria Based Dispatch (CBD) ของกรมสุขภาพจิต จำแนกผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด ออกเป็น ๓ กลุ่ม (ตำราเวชปฏิบัติ ๔, ๒๕๖๔ อ้างถึงใน อนุศักดิ์ ศักดาวิชราพันธ์, ๒๕๖๕ : ๔๐-๔๑) ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วยสีแดง : เฝ้ารวังสูงสุด เป็นประเภทที่มีการใช้ยาเสพติด หรือดื่มสุรา ปฏิเสธการรักษา ไม่รับประทานยา และไม่มาพบแพทย์ตามกำหนดนัด ไม่มีญาติหรือผู้ดูแล มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อเหตุรุนแรง หรือเคยมีประวัติการก่อเหตุรุนแรง

กลุ่มผู้ป่วยสีเหลือง : เฝ้ารวังสูง เป็นประเภทที่มีการใช้ยาเสพติด หรือดื่มสุรบบ้าง มีญาติหรือผู้ดูแล รับประทานยาแบบไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ปฏิบัติตามที่แพทย์สั่ง และมีพฤติกรรมที่ อาจก่อความรุนแรง แต่ไม่บ่อยครั้ง

กลุ่มผู้ป่วยสีเขียว : เฝ้ารวัง เป็นประเภทที่มีญาติหรือผู้ดูแล มีการรับประทานยา ตามที่แพทย์สั่งตามเวลา ไม่ใช้ยาเสพติดอีก ไม่ดื่มสุรา และยังไม่มียุติกรรมในการก่อเหตุ

นอกจากนี้ แนวทางการเฝ้ารวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและกรมสุขภาพจิต ได้จำแนกผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ออกเป็น ๓ กลุ่ม (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและ ปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๖๒ : ๖-๘) ดังนี้

รุนแรงน้อย : ยังไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ ๑) มีพฤติกรรม เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เงียง ไป ซึม เก็บตัว หงว่ว หรือเริ่มแสดงอาการ หวาดระแวง ตื่นตระหนก วิดกกังวลอย่างมาก ๒) เริ่มหงุดหงิด กระสับกระส่าย ฉุนเฉียว โมโหง่าย ๓) เริ่มพูดซ้ำไปซ้ำมา พูดจาหยาบคาย (บางรายอาจไม่เคยพูดจาหยาบคายมาก่อน) และ ๔) ปฏิเสธ การกินยา

รุนแรงปานกลาง : เสี่ยงเป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง มีลักษณะอย่างใด อย่างหนึ่ง ดังนี้ ๑) ญาติหรือคนใกล้ชิด ไม่สามารถกลี้ยกล่อมหรือเจรจาได้ (พูดไม่ฟัง มีท่าทาง นิ่งเกร็ง ตัวเกร็ง กำมือแน่น) ๒) อยู่ไม่นิ่ง เดินรุ่มร้อนไปมา กระสับกระส่ายมากขึ้น ๓) มีพฤติกรรม เปลี่ยนแปลงไปทั้งอารมณ์ ท่าทาง และการพูดจาอย่างเห็นได้ชัด เริ่มควบคุมตัวเองไม่ได้ ๔) พยายาม ทำร้ายตนเองโดยไม่ใช้อุปกรณ์หรืออาวุธ เช่น ทบ หยิก ข่วนตัวเอง และ ๕) พยายามทำร้ายผู้อื่น

รุนแรงมาก : เป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป จากเดิมอย่างชัดเจน โดยมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ ๑) พกหรือถืออาวุธ ๒) ส่งเสียงดัง หรือ ตะโกนด่าผู้อื่นด้วยคำหยาบคาย ๓) รื้อและขว้างปาข้าวของ ๔) พยายามหรือทำร้ายตนเองด้วย วิธีการรุนแรง ๕) ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น ๖) ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ และ ๗) ทำลายสิ่งของจน แตกหัก

ส่วนพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้นิยาม “ความผิดปกติทางจิต” ตามมาตรา ๓ หมายความว่า อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด

ความจำ สติปัญญา ประสาท การรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ซึ่ง “ผู้ป่วย” หมายความว่า บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษา โดย “ภาวะอันตราย” หมายความว่า พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงออกโดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น และ “ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” หมายความว่า สภาวะของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา และต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้มีความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรง หรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น (พระราชบัญญัติสุขภาพจิต, ๒๕๕๑) ซึ่งตามมาตรา ๒๒ บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา ได้แก่ (๑) มีภาวะอันตราย หรือ (๒) มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา และตามมาตรา ๒๓ ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา ๒๒ ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจโดยไม่ชักช้า และตามมาตรา ๒๖ ในกรณีฉุกเฉิน เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจได้รับแจ้งตามมาตรา ๒๓ หรือพบบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งมีภาวะอันตราย และเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง ให้มีอำนาจนำตัวบุคคลนั้น หรือเข้าไปในสถานที่ใด ๆ เพื่อนำตัวบุคคลนั้นส่งสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

ส่วนประมวลกฎหมายยาเสพติด ภาค ๒ ว่าด้วยการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด ได้นิยาม “การบำบัดรักษา” ตามมาตรา ๑๐๘ หมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งรวมถึงตลอดถึงการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามหลังการบำบัดรักษา และ “การฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า การกระทำใด ๆ อันเป็นการบำบัดพฤติกรรมการเสพติดและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ และ “การฟื้นฟูสภาพทางสังคม” หมายความว่า การกระทำใด ๆ อันเป็นการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านที่อยู่อาศัย การศึกษา อาชีพ ตลอดจนการติดตามดูแลช่วยเหลือจนสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข (ประมวลกฎหมายยาเสพติด, ๒๕๖๔)

นอกจากนี้ รายละเอียดของเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓ : ๑๐-๑๑) ดังนี้

๑. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต

พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วยเคยทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรง มุ่งหวังตั้งใจจะตายจริง ๆ หรือไม่?” ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า “กระทำด้วยวิธีอะไร?” ได้แก่ ๑) ยิงตัวเองด้วยปืน ๒) แขว่นคอ ๓) ตั้งใจกระโดดจากที่สูงเพื่อให้เสียชีวิต เช่น กระโดดตึก/กระโดดสะพาน/กระโดดน้ำตาย ๔) กินยาฆ่าแมลง/กินสารเคมี/น้ำยาล้างห้องน้ำ/ยาเบื่อหนู ๕) กินยาเกินขนาดเพื่อฆ่าตัวตาย ๖) ใช้มีดหรือของมีคมฟัน แหว

เฉือน ปาดตัวเอง ๗) ทำให้ตัวเองจมน้ำเพื่อให้หายใจไม่ได้ ๘) ทำให้นายยนต์ชน หรือทับตาย เช่น รถไฟ รถยนต์ รถมอเตอร์ไซด์ หรือนายยนต์อื่น ๆ ที่ถูกระแทกแล้วสามารถทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น ๙) ใช้วัตถุระเบิดใส่ตัวเอง ๑๐) ใช้ควีนไฟ เปลวไฟรมตัวเอง ให้หายใจไม่ออก ๑๑) ใช้ของแข็ง โลหะ ไม้ ทำร้ายตัวเองเพื่อให้เสียชีวิต ๑๒) มีพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้เสียชีวิต เช่น ทำให้ไฟฟ้าดูด เอาศีรษะโขก หรือกระแทกพื้น ผนัง หรือของแข็ง เป็นต้น และ ๑๓) อื่น ๆ

๒. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญ ในชุมชน

พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผู้ป่วย เคยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการรุนแรงในชุมชนอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่?” ได้แก่ ๑) ใช้อาวุธ มีด หรือของมีคม หรือส่วนของร่างกายทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ รุนแรง หรือเลือดออกภายใน หรือมีการแตกหักของอวัยวะในร่างกาย ๒) รัดคอผู้อื่น หรือทำให้ผู้อื่น จมน้ำ ๓) เจตนาชน หรือทับผู้อื่นด้วยยานยนต์ ๔) จี้ตัวประกัน ๕) พกอาวุธปืน หรือระเบิด หรือของมีคม พร้อมก่อเหตุรุนแรง ๖) ขว้างปาสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น มีด ขวาน ระเบิด หิน ๗) อาละวาดทำลาย สิ่งของ หรือเผาสิ่งของ หรือทรัพย์สินเสียหาย ๘) ปล้น ปล้นทรัพย์ ชิงทรัพย์ ๙) ทำอนาจาร เปลื้อง ภายหรือเปิดเผยอวัยวะเพศของตนต่อหน้าสาธารณะ ๑๐) ข่มขืน ล่วงละเมิดทางเพศ กระทำชำเรา ผู้อื่น ๑๑) บุกรุกบ้านเพื่อทำอันตรายผู้อื่น และ ๑๒) อื่น ๆ

๓. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบ เฉพาะเจาะจง

พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “คุณเคยคิดว่า มีใครบางคนมุ่งร้ายกับคุณ หรือพยายามทำร้ายคุณหรือไม่?” ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “มี” ให้ถามต่อว่า “แล้วคุณทำอะไร?” “บุคคล นั้นเป็นใคร?” (ควรตรวจสอบข้อมูลกับญาติหรือผู้ดูแลว่ามีบุคคลตามที่ผู้ป่วยบอกจริงหรือไม่ และจะ มุ่งร้ายจริงหรือเป็นความคิดหลงผิดของผู้ป่วย) “คุณเคยคิดว่า...คุณต้องกำจัดเขาให้ตายไปก่อนที่จะเขา จะมาทำร้ายคุณหรือไม่?” หรือ “เพราะเหตุใด คุณถึงพกอาวุธไว้กับตัว?” ได้แก่ ๑) ชำคนอื่นให้ถึงแก่ชีวิต ๒) พยายามฆ่าคนอื่นจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงแต่ไม่เสียชีวิต ๓) ข่มขืนกระทำชำเราบุคคลอื่น ๔) วางเพลิงจมนทรัพย์สินเสียหาย และ ๕) อื่น ๆ

๔. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

พิจารณาจากการใช้แนวคำถาม ดังนี้ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันผู้ป่วย มีประวัติ ก่อคดีอาญารุนแรงเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือไม่?”

จะเห็นได้ว่า นิยามคำว่า ภาวะอันตรายของผู้ป่วย กล่าวคือ ภาวะอันตรายของ ผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นระดับพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเพียง ในระดับโดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือ ผู้อื่น ซึ่งเป็นการนิยามภาวะอันตรายในลักษณะกว้าง ส่วนเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มี ความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง คือ ๑) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต ๒) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน ๓) มีอาการหลงผิด

มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย หรือ ๔) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้้น วางเพลิง) ซึ่งเป็นการนิยามภาวะอันตรายที่มีรายละเอียดของพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะต่าง ๆ นอกจากนี้ นิยามภาวะอันตรายตามแนวทางการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและกรมสุขภาพจิต จำแนกผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตระดับรุนแรงมาก ซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้าง คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างชัดเจน โดยมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ พกหรือถืออาวุธ ส่งเสียงดังหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยคำหยาบคาย รื้อและขว้างปาข้าวของ พยายามหรือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง ช่มชู้้นจะทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ และทำลายสิ่งของจนแตกหัก ซึ่งการนิยามภาวะอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชมีรายละเอียดบางประการที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเกิดจากการนิยามภาวะอันตรายในการประชุมแต่ละระดับของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีการนิยามภาวะอันตรายของผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการในบางประการที่แตกต่างกันซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อบำบัดรักษา ซึ่งการวินิจฉัยภาวะอันตรายของผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการบริการที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อบำบัดรักษา

แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

การป้องกันปัญหายาเสพติดตามแนวคิดของ Nowlis (n.d. อ้างถึงใน มนัส ธีราพันธ์, ๒๕๕๗ : ๒๓-๒๕) หมายถึง กระบวนการที่ดำเนินการล่วงหน้าโดยการอบรมเลี้ยงดู ให้การศึกษา ข้อมูลข่าวสารและความรู้ ทั้งในระบบโรงเรียน นอกโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย แก่กลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่องและสัมพันธ์กันในเรื่องคุณภาพชีวิตและยาเสพติด การป้องกันตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้รอดพ้นจากยาเสพติดด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันแก่บุคคลให้มีความสามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาอุปสรรคและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต เพื่อส่งเสริมให้บุคคลใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข รวมทั้งการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่มีส่วนผลักดันให้กลุ่มเป้าหมายไปใช้ยาเสพติด

การแก้ไขปัญหายาเสพติด หมายถึง การดำเนินการภายหลังจากเกิดปัญหายาเสพติดแล้วเพื่อให้ปัญหาถูกขจัดออกไปจากตนเอง ครอบครัว ชุมชน โดยการบำบัดรักษา ตลอดจนใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อคืนคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชน โดยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภายใต้องค์ประกอบของยาเสพติด อันได้แก่ คน ยา และสิ่งแวดล้อม

Nowlis (n.d. อ้างถึงใน มนัส ธีราพันธ์, ๒๕๕๗ : ๒๓-๒๕) เป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้เสนอรูปแบบของการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดไว้ ๔ รูปแบบ ดังนี้

๑. รูปแบบทางศีลธรรมและกฎหมาย การดำเนินงานในรูปแบบนี้จึงให้ออกกฎหมายลงโทษ ผู้กระทำความผิดอย่างเด็ดขาด

๒. รูปแบบทางสุขภาพอนามัย รูปแบบนี้เน้นการควบคุมปริมาณยาเสพติดในท้องตลาดให้ลดน้อยลง รมรงศ์ให้การศึกษาและข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการใช้ยา เพื่อให้คนในสังคมรับรู้ ส่วนผู้ที่ติดยาเสพติดก็ให้บำบัดรักษา

๓. รูปแบบทางจิตวิทยาสังคม รูปแบบนี้เน้นการศึกษาพฤติกรรมมนุษย์และเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการป้องกันลักษณะนี้จะเน้นปลูกฝังค่านิยม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนไม่ให้เข้าไปใช้ยาเสพติด ตลอดจนปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลผลักดันให้คนหันไปใช้ยาให้ดีขึ้น

๔. รูปแบบทางสังคมและวัฒนธรรม เน้นการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางสังคม เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ลดความกดดันส่งผลการใช้ยาเสพติดน้อยลง เช่น การปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางการศึกษา และองค์กรทางสังคมควรตอบสนองพื้นฐานความจำเป็นของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในสังคม

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (จุลศักดิ์ บุญแดง, ๒๕๕๘ : ๑๙-๒๔) ควรดำเนินการ ดังนี้

๑. กำหนดพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน ในการดำเนินงานควรมีการกำหนดพื้นที่เป้าหมายให้ชัดเจน โดยการศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ว่ามีปัญหายาเสพติดด้านใดบ้าง เช่น ในพื้นที่อาจมีปัญหาทั้งการผลิต การค้า และการแพร่ระบาดของยาเสพติด บางพื้นที่อาจมีปัญหาเฉพาะการแพร่ระบาดเท่านั้น โดยไม่มีปัญหาด้านการผลิตและการค้า และบางพื้นที่อาจไม่มีปัญหาด้านใดเลย การวิเคราะห์และจำแนกลักษณะของพื้นที่และปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ จะทำให้สามารถกำหนดมาตรการที่เหมาะสมในการดำเนินการต่อไป

๒. กำหนดมาตรการในการดำเนินงานในลักษณะผสมผสาน ผลจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่เป้าหมายจะทำให้สามารถกำหนดมาตรการที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาได้ ในอดีตการใช้มาตรการใด ๆ เพียงมาตรการเดียว ไม่สามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดได้ จึงควรผสมผสานมาตรการให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา มาตรการที่ควรนำมาใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ มาตรการป้องกันยาเสพติด มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถนะผู้ติดยาเสพติด และมาตรการปราบปรามยาเสพติด

๓. ดำเนินงานในลักษณะองค์รวมแบบบูรณาการ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจะมีประสิทธิภาพต่อเนื่องและยั่งยืนได้ก็ต่อเมื่อมีการดำเนินงานในลักษณะบูรณาการเข้าไปในการกิจปกติที่หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการกันอยู่ มิใช่งานพิเศษหรืองานฝากที่แยกส่วนออกมาดำเนินการเป็นการเฉพาะตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร หากแต่ควรเป็นงานเดียวกับการปฏิบัติการกิจปกติของแต่ละหน่วยงานที่ดำเนินการกันอยู่ เช่น ในกระบวนการให้สุขศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินงานแก่เยาวชนและประชาชนทั่วไป ก็สามารถบูรณาการงานป้องกันยาเสพติดเข้าไปในการให้สุขศึกษาแต่ละครั้ง หรือในกระบวนการพัฒนาเยาวชน ผู้นำสตรีของกรมการพัฒนาชุมชนก็เช่นเดียวกัน สามารถบูรณาการงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันยาเสพติดเข้าไปในนื่องานพัฒนาผู้นำโดยไม่จำเป็นต้องใช้จ่ายงบประมาณเพิ่มเติมแต่อย่างใด

๔. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ที่ผ่านมารัฐเป็นผู้มีบทบาทในการเข้าไปดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยประชาชนในพื้นที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการนั้น ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร แนวคิดของการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการในการจัดตั้งและพัฒนาองค์กรของประชาชนให้มีศักยภาพที่เข้มแข็ง เป็นผู้ที่มีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยลด

บทบาทของรัฐลง รัฐจะเป็นผู้มีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่นั้นคิดเอง ทำเอง และแก้ไขปัญหาของตนเองเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับ ตามวิถีทางแห่งประชาธิปไตยที่ใช้แก้ไข ปัญหาในชุมชนได้ทุกเรื่อง

๕. ระดมทรัพยากรของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม ต้องอาศัย การประสานงานและส่งเสริมให้หน่วยงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการ พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด การประสานความร่วมมือดังกล่าวจะต้องดำเนินการอย่างใกล้ชิดและกำหนดบทบาทในการดำเนินงาน อย่างเหมาะสมให้กับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในลักษณะที่ให้องค์กรประชาชนได้มีส่วนร่วมในการผสมผสานมาตรการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา ของพื้นที่และประชากรเป้าหมาย โดยระดมหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ให้เข้ามามีส่วนร่วม ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนดำเนินการยอมทำให้การดำเนินการขยายตัวกว้างขวางและ ครอบคลุมชุมชนที่มีปัญหายาเสพติด สามารถพัฒนาเป็นเครือข่ายครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศได้อย่าง มีประสิทธิภาพ

๖. การจัดกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน การดำเนินกิจกรรมเพื่อ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน สามารถจัดทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

๖.๑ กิจกรรมด้านการป้องกันยาเสพติด กิจกรรมด้านการป้องกันยาเสพติดเป็น กิจกรรมที่จัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การศึกษา ให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างความตระหนักต่อ ปัญหายาเสพติดในชุมชนและเพื่อเป็นการส่งเสริมเยาวชนได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและ สังคม

๖.๒ กิจกรรมแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหา พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด โดยมีเป้าหมายเพื่อหยุดพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดและ ให้การบำบัดรักษา ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดยาเสพติด กิจกรรมแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

๖.๓ การป้องปรามยาเสพติด มีวัตถุประสงค์เพื่อลดโอกาสการกระทำความผิด เกี่ยวกับการซื้อขาย การเสพยาเสพติดในชุมชน ได้แก่ การสร้างเขตปลอดยาเสพติดในชุมชน โดยมี กิจกรรมตรวจสุขภาพและสารเสพติดในร่างกาย การใช้มาตรการการลงโทษทางสังคมแก่ผู้มีส่วนใน การค้า การเสพในชุมชน การเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด โดยสมาชิกร่วมมือกันในการสอดส่องดูแล ความเรียบร้อย และการกระทำผิดด้านยาเสพติดในชุมชน โดยมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับ หน่วยงาน/เจ้าหน้าที่ตำรวจในท้องถิ่น ๆ เพื่อร่วมมือในการรักษาความเรียบร้อยดังกล่าว แนวคิดใน การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในลักษณะผสมผสานมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยใช้มาตรการการ ป้องกันยาเสพติด มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มาตรการปราบปราม ยาเสพติด โดยระดมหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดำเนิน กิจกรรมเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ได้แก่ กิจกรรมการป้องกันยาเสพติด กิจกรรมแก้ไขปัญหายาเสพติด และกิจกรรมการป้องปรามยาเสพติด

จะเห็นได้ว่า การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้มีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องและยั่งยืนนั้น จะต้องมีการดำเนินงานในลักษณะบูรณาการหน่วยงานต่าง ๆ และให้ประชาชน เป็นผู้มีบทบาทในการดำเนินงาน โดยรัฐจะเป็นผู้มีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุน และต้องระดม ทรัพยากรของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งการประสานงาน และส่งเสริมให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญห ยาเสพติดนั้นจะต้องอาศัยการประสานความร่วมมือ

แนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ด้านความมั่นคง

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) เป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทย ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งจะต้องนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของ เศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่ง ความมั่นคง ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) หมายถึง การ มีความมั่นคงปลอดภัยจากภัยและการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศในทุก ระดับ ทั้งระดับประเทศ สังคม ชุมชน ครอบครัว และปัจเจกบุคคล และมีความมั่นคงในทุกมิติ ทั้งมิติ ทางทหาร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการเมือง เป็นต้น โดย ยุทธศาสตร์ชาติด้านความ มั่นคงมีเป้าหมายสำคัญในภาพรวมระยะ ๒๐ ปีที่เป็นรูปธรรมชัดเจน คือ “ประเทศชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข” โดยเร่งเสริมสร้างความเข้มแข็งและความรักความสามัคคีปรองดองของคนในชาติ ตลอดถึงการปลูกจิตสำนึกด้านความมั่นคงให้เกิดขึ้นในประชาชนทุกระดับ การพัฒนาระบบงาน ด้านการข่าวให้มุ่งเน้นการบูรณาการข้อมูลข่าวสารด้านความมั่นคงอย่างเป็นระบบ การพัฒนา ปรับปรุงกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง และกลไกในการป้องกันและแก้ไขปัญห ความมั่นคงให้มีเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และมีการบูรณาการการดำเนินงานอย่างแท้จริง โดยปัญหา ความมั่นคงเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการแก้ไข ประกอบด้วย ปัญหาความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและ ทรัพย์สิน ปัญหายาเสพติด ปัญหาความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปัญหาอาชญากรรม ทางไซเบอร์ และปัญหาการทุจริตในระบบราชการ ซึ่งประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง ในการ รักษาความสงบภายในประเทศ สรุปลงสาระสำคัญได้ดังนี้

๑. การพัฒนาและเสริมสร้างคนในทุกภาคส่วนให้มีความเข้มแข็ง มีความพร้อม ตระหนักในเรื่องความมั่นคง และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้คนไทยทุกคนในทุกภาคส่วน มีความมั่นคง ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีอาชีพการงานและรายได้ที่เพียงพอ ได้รับโอกาสและ ความเสมอภาคอย่างเท่าเทียม มีความพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติ มีจิตสาธารณะ เห็นแก่ ประโยชน์ส่วนรวม เข้าใจปัญหาสำคัญของสังคม มีความรักความสามัคคี ตระหนักและให้ความสำคัญ กับความมั่นคงของชาติ และพร้อมเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขและพัฒนาประเทศ ตลอดจนช่วยเหลือ ประชาชน โดยการอำนวยความสะดวกอย่างกว้างขวางและครอบคลุม ปลูกฝังจิตสำนึกและ คุณสมบัติพื้นฐานคนไทยที่ดีให้บังเกิดผลเป็นรูปธรรม สร้างเสริมความรักความสามัคคี ความตระหนัก ถึงหน้าที่รับผิดชอบต่อสังคมและประเทศชาติ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาความมั่นคงและ พัฒนาประเทศ ให้กับทุกภาคส่วนทั้งประชาชน ตำรวจ ทหาร และหน่วยงานด้านความมั่นคงอื่น ๆ

ผ่านทางโครงการ กิจกรรม และการรณรงค์ต่าง ๆ ตลอดไปจนถึงการดำเนินการอื่นทุกวิถีทางที่เหมาะสม อย่างต่อเนื่องและจริงจังจนประสบผลสำเร็จเป็นที่ยอมรับอย่างชัดเจน

๒. การป้องกันและแก้ไขปัญหามีผลกระทบต่อความมั่นคง เพื่อแก้ไขปัญหาค้นหาเดิมที่มีอยู่อย่างตรงประเด็นจนหมดไปอย่างรวดเร็ว และป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาใหม่เกิดขึ้นอันจะส่งผลให้การบริหารจัดการและการพัฒนาประเทศในทุก ๆ ด้าน ดำเนินการไปได้อย่างต่อเนื่องและราบรื่นตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

๒.๑ การแก้ไขปัญหาคความมั่นคงในปัจจุบัน เพื่อให้ปัญหาค้นหาเดิมที่มีอยู่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังจนยุติลง หรือไม่ส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ รวมทั้งให้การบริหารและการพัฒนาบ้านเมืองเดินไปได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยผลักดันการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาของทุกภาคส่วนในทุกประเด็นอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมการหารือ วางแผน และยกระดับวิธีการแก้ไขปัญหาค้นหาที่อาศัยการผนึกกำลังคนและทรัพยากรให้มีส่วนร่วมแบบบูรณาการอย่างแท้จริง เสริมสร้างความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานหลักและรองในการป้องกัน แก้ไขปัญหา และช่วยเหลือประชาชน ทั้งจากภัยคุกคามและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงต่าง ๆ เช่น การก่อการร้าย อาชญากรรมทางไซเบอร์ การฟอกเงิน การค้ามนุษย์ การหลบหนีเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย การลักลอบค้าสินค้าเถื่อน การค้าและการแพร่ระบาดของยาเสพติด การขยายอำนาจ หรือแข่งขันกันทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง รวมไปถึงปัญหาการรุกเข้ามามีอย่างรวดเร็วของทุนขนาดใหญ่ เทคโนโลยียุคใหม่ การย้ายถิ่นของทุนและแรงงานข้ามชาติ ที่จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติและความมั่นคงของมนุษย์ ปัญหาภัยพิบัติสำคัญ ที่ทำให้จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการความมั่นคง รวมไปถึงการส่งเสริมผลักดันหลักการ นโยบาย ยุทธศาสตร์ ตลอดถึงโครงการสำคัญของประเทศให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด

๒.๒ การติดตาม เฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาค้นหาที่อาจอุบัติขึ้นใหม่ เพื่อให้ทราบสถานการณ์ล่วงหน้า และสามารถแก้ไขปัญหาค้นหาและภัยคุกคามในอนาคตได้ทัน่วงทีก่อนที่จะลุกลามต่อไป รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการบริหารและพัฒนาประเทศ โดยเสริมสร้างศักยภาพและความพร้อม ในทุกด้าน ทั้งคน เครื่องมือ ยุทธโธปกรณ์ แผน งบประมาณ ระบบควบคุมบังคับบัญชา ระบบงานด้านการข่าวกรอง เทคโนโลยี ข้อมูลขนาดใหญ่ ระบบเฝ้าตรวจและแจ้งเตือนต่าง ๆ ของหน่วยงานหลักและหน่วยงานรอง ตั้งแต่ขั้น การติดตาม เฝ้าระวัง แจ้งเตือน วิเคราะห์ กำหนดแนวทางป้องกัน ไปจนถึงขั้นการลงมือแก้ไขปัญหาคความมั่นคง ที่สำคัญต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามและประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพในทุกขั้นตอน เสริมสร้างพลังของประชาชนและชุมชนให้ร่วมกับกำลังตำรวจ ทหาร และหน่วยงานด้านความมั่นคงอื่น ๆ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาค้นหาสำคัญต่าง ๆ อาทิ ภัยคุกคามทางไซเบอร์ การก่อการร้ายและอาชญากรรมข้ามชาติ การแผ่อิทธิพลทางเศรษฐกิจของมหาอำนาจ และการย้ายถิ่นของทุนข้ามชาติที่อาจกระทบต่อความมั่นคง ไปจนถึงติดตามตรวจสอบการปฏิบัติงานของส่วนราชการต่าง ๆ ให้ดำเนินการไปตามเป้าหมายการบริหารจัดการและพัฒนาประเทศที่กำหนดอย่างราบรื่น

จะเห็นได้ว่า ปัญหายาเสพติด เป็นปัญหาความมั่นคงเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการแก้ไข ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ซึ่งการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง และกลไกในการป้องกันและแก้ไขปัญหในปัจจุบัน จะต้องอาศัยการผนึกกำลังคนและทรัพยากรให้มีส่วนร่วมแบบบูรณาการอย่างแท้จริง ซึ่งจะต้องเสริมสร้างพลังของประชาชนและชุมชนให้ร่วมกับกำลังตำรวจ ทหาร และหน่วยงานด้านความมั่นคงอื่น ๆ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไข ปัญหาสำคัญต่าง ๆ

แนวคิดเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม ได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนการแก้ไข ปัญหายาเสพติด เพื่อลดระดับของปัญหาไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการบริหารประเทศภายในปี พ.ศ. ๒๕๘๐ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ด้านความมั่นคง แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นความมั่นคง และแผนระดับต่าง ๆ ซึ่งมีกลไกอำนวยการและขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๖๕ : ๔๙)

๑. กลไกระดับนโยบาย (Agenda) มีคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด เป็นกลไกในระดับนโยบาย ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย และแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ รวมถึงกำกับ ดูแล ให้ข้อเสนอแนะ แก่หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับยาเสพติด

๒. กลไกระดับชาติ มีศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ศอ.ปส.) และอนุกรรมการ ตามคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ เป็นกลไกอำนวยการขับเคลื่อนการดำเนินงาน กำกับ ติดตามแผนในแต่ละระดับ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ แก้ไขปัญหา อุปสรรค ข้อขัดข้อง ให้สามารถขับเคลื่อนแผนได้อย่างประสานสอดคล้อง รวมทั้งประเมินผลการดำเนินการเพื่อเป็นข้อเสนอในการพัฒนานโยบายและมาตรการในการแก้ไขปัญหาคต่อไป

๓. กลไกระดับภารกิจ (Function) มีศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ระดับกระทรวง กรม และหน่วยงาน รับผิดชอบการดำเนินงานตามภารกิจ โดยมุ่งเน้นการบูรณาการ แผนงานและงบประมาณ ภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงานให้เกิดเอกภาพ และสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ รวมทั้งกำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัด

๔. กลไกระดับพื้นที่ (Area) มีกลไกหลักรับผิดชอบดำเนินงานในพื้นที่ ดังนี้

๔.๑ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัด (ศอ.ปส.จ.) คณะกรรมการบริหารการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกรุงเทพมหานคร และศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกรุงเทพมหานคร (ศอ.ปส.กทม.) โดยผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับผิดชอบ ทำหน้าที่ในการบูรณาการแผนงาน งบประมาณ และ

อำนวยการกำกับการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่รับผิดชอบร่วมกับส่วนราชการ องค์กรภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และศูนย์ประสานงานชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน

๔.๒ ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ/เขต (ศป.ปส.อ./ข.) โดยนายอำเภอ และผู้อำนวยการเขตเป็นผู้อำนวยการ ทำหน้าที่รับนโยบาย แนวทาง และแผนงาน โครงการที่จังหวัด และกรุงเทพมหานครกำหนด นำไปประสานงานการปฏิบัติการร่วมกับส่วนราชการ องค์กรภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

๔.๓ ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศป.ปส.อปท.) โดยนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (นายกเทศมนตรีเมือง/นคร/ตำบล/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล) เป็นผู้อำนวยการ ทำหน้าที่ประสานการปฏิบัติร่วมกับส่วนราชการ องค์กรภาคประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบ

๔.๔ ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในพื้นที่เฉพาะ เพื่อเป็นกลไกการแก้ไขปัญหายาเสพติด ในระดับพื้นที่ที่มีบริบทและสถานการณ์ปัญหาที่หลากหลายและแตกต่าง ไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยกลไกปกติและต้องมีการบูรณาการความร่วมมือจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๔.๕ กลไกเฉพาะกิจ โดยศูนย์อำนวยการหรือศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด และสนับสนุนการดำเนินงานของ ศอ.ปส. เช่น ศูนย์ปฏิบัติการยึดทรัพย์สินทรัพย์ยาเสพติด ทำหน้าที่ในการบูรณาการทุกหน่วยงานในการยึดทรัพย์ของผู้กระทำความผิดและผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เป็นต้น

ซึ่งมาตรการการบำบัดรักษายาเสพติด ตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕ ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม ตามแนวทางที่ ๔.๑ การดูแลผู้ติดยาเสพติดให้เข้าถึงการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคม เพื่อลดผลกระทบ จากยาเสพติด ซึ่งวัตถุประสงค์ เพื่อมีกระบวนการคัดกรองที่เหมาะสมกับระดับการเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแต่ละราย และบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขและกรอบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพทางสังคม โดยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการส่งเสริม สนับสนุน ให้ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านที่อยู่อาศัย การศึกษา อาชีพ ตลอดจนการติดตามดูแลช่วยเหลือจนสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งประกอบด้วย ๓ แผนงาน ได้แก่ แผนงานที่ ๔.๑.๑ การพัฒนาระบบการบำบัดรักษา แผนงานที่ ๔.๑.๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด และแผนงานที่ ๔.๑.๓ การอำนวยการขับเคลื่อนผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคม ซึ่งหน่วยงานรับผิดชอบ หน่วยงานหลัก ได้แก่ ๑) กระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) ๒) กระทรวงยุติธรรม (สำนักงาน ป.ป.ส. กรมคุมประพฤติ กรมราชทัณฑ์ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน) กระทรวงมหาดไทย (สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง กรมการพัฒนาชุมชน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น) และ ๓) กระทรวงการพัฒนาสังคม

และความมั่นคงของมนุษย์ กรุงเทพมหานคร ส่วน หน่วยงานร่วม ได้แก่ ๑) กระทรวงกลาโหม (สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม กองบัญชาการกองทัพไทย กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ) ๒) กระทรวงศึกษาธิการ (สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา) และ ๓) กระทรวงแรงงาน (กรมการจัดหางาน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน) (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๖๕ : ๔๑-๔๓)

จะเห็นได้ว่า หน่วยงานรับผิดชอบในมาตรการการบำบัดรักษายาเสพติดตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕ ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในการดูแลผู้ติดยาเสพติดให้เข้ารับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคม เพื่อลดผลกระทบจากยาเสพติด มีกระทรวงกลาโหม (สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม กองบัญชาการกองทัพไทย กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ) เป็นหน่วยงานร่วม

แนวคิดนโยบายและแผนระดับชาติ ว่าด้วยการป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)

ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ.๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) จัดทำขึ้นตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๓ เพื่อให้การป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องกระบวนการในการดำเนินการอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่เศรษฐกิจสังคมความสงบเรียบร้อยและความมั่นคงของรัฐ ให้คณะรัฐมนตรีจัดให้มีนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติดตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการป.ป.ส.และให้คณะกรรมการ ป.ป.ส. ดำเนินการทบทวนนโยบายและแผนระดับชาติ ทุก ๕ ปี นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติดฉบับนี้ เป็นการกำหนดทิศทาง การขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้งระบบและมุ่งเน้นการลดระดับความรุนแรง ของปัญหายาเสพติดจนไม่ส่งผลกระทบต่อการบริหารและพัฒนาประเทศ เสริมสร้างให้มีการบูรณาการนโยบายและแผนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้มุ่งไปสู่การแก้ไขปัญหายาเสพติด อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนเป็นกรอบทิศทางในการบริหารจัดการ ประสานการปฏิบัติจัดสรรทรัพยากรงบประมาณในการแก้ไขปัญหายาเสพติดรวมทั้งการกำกับติดตามและประเมินผลทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปรามและแก้ไขปัญหายาเสพติดไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

สถานการณ์ปัญหายาเสพติดและความท้าทายในศตวรรษที่ ๒๑

การขับเคลื่อนนโยบายยาเสพติดท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลกในศตวรรษที่ ๒๑ และวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) เป็นปัจจัยเร่งการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติ ในมิติของการแพร่ระบาด ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์

(Amphetamine-Type Stimulants : ATS) มีแนวโน้มแพร่ระบาดสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ทั้งในระดับโลก ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และในประเทศไทย โดยภาพรวมของสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดภายในประเทศ พบว่ายังคงไม่ลดระดับ ความรุนแรงและมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อเนื่อง ความต้องการยาเสพติดในประเทศยังคงอยู่ใน ระดับสูง จากการขับเคลื่อนของอุปทานการผลิตนอกประเทศ และกลยุทธ์ทางการค้าของกลุ่มนักค้าที่ทำให้ยาเสพติด มีราคาถูกลงตลอดจนปัจจัยความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน กระตุ้นให้เกิดการใช้ยาเสพติด ในประเทศเพิ่มขึ้น ผู้ที่เข้าสู่วงจรยาเสพติดทั้งรายเก่าและรายใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในมิติผู้เสพและผู้ค้า เนื่องจาก ราคาเสพติดที่ถูกลงทำให้ผู้เสพยาเสพติดยังสามารถหาเสพติดมาเสพได้อย่างต่อเนื่องจนเกิดภาวะเสพติดเรื้อรัง นำไปสู่การเกิดอาการทางจิตเวชจากยาเสพติด ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด สุ่มเสี่ยงต่อการก่ออาชญากรรมรูปแบบต่าง ๆ และสร้างผลกระทบเป็นวงกว้างต่อสังคมในอนาคต หากยังไม่สามารถลดระดับ ความรุนแรงของปัญหาลงได้

ในแง่ของการบริหารจัดการภาครัฐ **ปัญหานักโทษล้นคุก**เป็นประเด็นท้าทายที่ต้องเร่งหาทางรับมือ ประเทศไทยเป็นประเทศที่ติดอันดับนักโทษล้นคุกเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก จากสถิติผู้ต้องขังในเรือนจำในปัจจุบัน พบว่ากว่าร้อยละ ๘๑.๕ เป็นนักโทษคดียาเสพติด และมีแนวโน้มที่จะกระทำผิดซ้ำหลังจากพ้นโทษไปแล้ว ส่วนหนึ่ง เป็นผลจากการแก้ไขปัญหายาเสพติดไม่ครบวงจร ทำให้เกิดพฤติกรรมการเสพยาซ้ำ รวมทั้งมุมมองของสังคมในปัจจุบัน ต่อผู้กระทำผิด ที่ไม่เอื้อให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ วังวนยาเสพติดจึงเข้ามามีบทบาทไม่สิ้นสุด หากไม่สามารถจัดการปัญหานักโทษล้นคุกได้ ไม่เพียงแต่วังวนอาชญากรรมที่สร้างผลกระทบต่อสังคมเท่านั้น ยังเป็นการสูญเสียงบประมาณแผ่นดินในการบริหารจัดการเรือนจำเกินจำเป็น รวมถึงสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ ในระยะยาว โดยเฉพาะวัยแรงงานที่เป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ

ความท้าทายจึงไม่ใช่แค่การปราบปราม แต่เป็นการป้องกันจากต้นเหตุ โดยการ **“ฟื้นฟูและพัฒนา ทูมนมนุษย์”** พัฒนานโยบายทางเลือกเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในสังคม ยุติแนวคิดว่ายาเสพติด เป็นอาชญากรรม ให้มีความสำคัญกับการลดผลกระทบ ทั้งต่อสุขภาพและสังคม มองผู้เสพเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหา ทางสุขภาพ สาธารณสุข และเกี่ยวพันกับปัญหาเชิงเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนแสวงหาแนวทางการใช้ พืชเสพติดและพืชในการกำกับควบคุมของรัฐเพื่อประโยชน์ในทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์ และการสร้างมูลค่า ทางเศรษฐกิจ เป็นการปรับสมดุลของมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดให้ครบวงจร เพื่อให้สามารถหลุดพ้น จากวังวนการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เป็นกับดักแห่งความล้มเหลวในทศวรรษที่ผ่านมา เป็นจุดเริ่มต้น ของการแก้ปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดและทิศทางการดำเนินงานด้านการจัดการปัญหายาเสพติด

กรอบแนวคิดและทิศทางของนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปราม และแก้ไข ปัญหายาเสพติด (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ได้นำหลักการและแนวคิดจาก ทิศทางและนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติด ในระดับสากล ได้แก่ ทิศทางการแก้ไขปัญหายาเสพติด จากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษ (UNGASS 2016) ดัชนียาเสพติดโลก (The Global Drug Policy Index) วาระการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (SDGs) ตลอดจนประมวลกฎหมายยาเสพติดของประเทศไทย เป็นกรอบแนวคิดหลักในการจัดการปัญหา ยาเสพติดอย่างยั่งยืน

โดยปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยกรอบแนวคิดที่สำคัญที่นำมาปรับใช้กับนโยบายและแผนระดับชาติฯ ได้แก่

๑. **ใช้สาธารณสุขนำทาง ในการแก้ปัญหา** ลดอุปสงค์โดยการให้ความสำคัญกับสุขภาพ สิทธิมนุษยชน และความปลอดภัย บริหารจัดการ “ผู้เสพ” ตามกรอบแนวคิดใหม่ เสริมสร้างประสิทธิภาพการป้องกันและการบำบัดรักษาที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุม และเพียงพอ รวมถึงการกำหนดนโยบาย/ปรับปรุงกฎหมายให้สามารถเข้าถึงสารเสพติดเพื่อใช้ประโยชน์ ในทางวิทยาศาสตร์ และการแพทย์

๒. **ดำเนินกระบวนการยุติธรรมบนฐานแนวคิดสิทธิมนุษยชน** ปรับนโยบายทางอาญาแบบอ่อนตัว กำหนดบทลงโทษที่เหมาะสมตามสัดส่วนความผิด พัฒนามาตรการทางเลือก แทนการลงโทษทางอาญา และไม่มีการตอบสนองที่รุนแรงเกินจำเป็น

๓. **ยุติแนวคิด “ยาเสพติด เป็นอาชญากรรม”** ส่งเสริมการพัฒนาทางเลือกในการจัดการปัญหาเสพติดรูปแบบใหม่ที่คำนึงถึงสิทธิมนุษยชน มากขึ้น ลดการตีตราทางสังคม มุ่งเน้นการฟื้นฟูทรัพยากรมนุษย์ ให้โอกาสผู้กระทำผิดกลับคืนสู่สังคม ควบคู่ไปกับ การพัฒนาคุณภาพชีวิต

๔. **มุ่งปราบปรามทำลายเครือข่ายรายสำคัญ** ลดอุปทานโดยเน้นการปราบปรามทำลาย โครงสร้างการค้ายาเสพติดรายใหญ่และองค์กรอาชญากรรมรายใหญ่ที่เป็นแกนหลักสำคัญ รวมทั้งเฝ้าระวังการค้า และการเสพยาเสพติดในรูปแบบใหม่ที่กำลังแพร่ระบาดและมีการปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว และยกระดับ **ความร่วมมือระหว่างประเทศในทุกมิติ ยึดหลักความรับผิดชอบร่วมกัน** คำนึงถึงการบูรณาการ และการใช้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการจัดการปัญหาเสพติด

จากกรอบแนวคิดดังกล่าว นำไปสู่การกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย ที่มุ่งเน้นการ **ลดระดับความรุนแรง ของปัญหาเสพติดจนไม่ส่งผลกระทบต่อสังคม** เป็นจุดเริ่มต้นสู่การแก้ไข ปัญหาเสพติดทั้งระบบอย่างเป็น รูปธรรมและยั่งยืน โดยมีกรอบทิศทางการกำหนดนโยบายและแผนระดับชาติฯ ดังนี้

๑. **บริหารจัดการแก้ไขปัญหาผู้เสพอย่างบูรณาการ** โดยยึดหลักปัจเจกบุคคล บนพื้นฐานของหลักการ ทางสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน เพื่อลดผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม

๒. **มุ่งปราบปราม ทำลายเครือข่ายการค้ายาเสพติดในระดับต่าง ๆ** ด้วยมาตรการทาง ทรัพย์สิน และ บูรณาการอำนาจทางกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมทั้งระบบ บนพื้นฐานของการ ใช้กฎหมายที่เป็นธรรม ยึดหลักนิติธรรม และสิทธิมนุษยชน

๓. **ป้องกันผู้ที่มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ลดผลกระทบต่อสังคม** สร้างพื้นที่ ปลอดภัยและ ภูมิคุ้มกันให้ประชากรทุกช่วงวัยปลอดภัยจากยาเสพติด

๔. **ขยายนโยบายทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเสพติดให้มีความเหมาะสม เพื่อเพิ่มมิติ ของการแก้ไข** ปัญหาเสพติดให้กว้างมากขึ้นตามที่ประมวลกฎหมายยาเสพติดได้กำหนดไว้ สร้างมูลค่าให้กับการพัฒนาพืชเสพติด ในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ การศึกษาวิจัย และการพัฒนาเศรษฐกิจที่เหมาะสม

๕. ขยายการแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับพื้นที่แบบบูรณาการ ให้ครอบคลุมบริบทของปัญหายาเสพติด ในทุกมิติ เน้นการส่งเสริมและขยายบทบาทของกลไกในระดับพื้นที่ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และ องค์กรต่าง ๆ บนพื้นฐานของกระจายบทบาทและทรัพยากรอย่างเหมาะสม

๖. ประเทศไทยเป็นแกนกลางในหุ้นส่วนความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ การส่งเสริม การประสานงาน และการติดตามการดำเนินการความร่วมมือระหว่างประเทศ ในภูมิภาคอาเซียน นอกภูมิภาค และองค์การระหว่างประเทศ ตลอดจนพัฒนาสู่การเป็นศูนย์การเรียนรู้และ การพัฒนาศักยภาพให้กับบุคลากรด้านยาเสพติดระหว่างประเทศ

นโยบายและแผนการแก้ไขปัญหายาเสพติด

นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ได้กำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหายาเสพติด เพื่อขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้งระบบ มุ่งเน้น การลดระดับความรุนแรงของปัญหายาเสพติด จนไม่ส่งผลกระทบต่อสังคม ตลอดจนการบริหารและพัฒนา ประเทศ ประกอบด้วย ๑) นโยบายและแผนด้านการป้องกันยาเสพติด ๒) นโยบายและแผนด้านการปราบปรามยาเสพติด ๓) นโยบายและแผนด้านการยึดทรัพย์สินคดียาเสพติด ๔) นโยบายและแผนด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ๕) นโยบายและแผนด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ ๖) นโยบายและแผนด้านการบริหารจัดการ

นโยบายและแผนด้านการบำบัดรักษายาเสพติด

บริหารจัดการผู้เสพตามกรอบแนวคิดของประมวลกฎหมายยาเสพติด มองผู้เสพเป็นปัญหาในมิติ ด้านสุขภาพ สาธารณสุข เกี่ยวพันกับเศรษฐกิจและสังคม มากกว่าเพียงปัญหาในเชิงอาชญากรรม พัฒนา แพลตฟอร์มสำหรับบริหารจัดการผู้เสพ ให้มีความเชื่อมโยงตลอดกระบวนการอย่างครบวงจร ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพทางสังคม ตลอดจนการติดตามประเมินผล ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้เสพ ในรูปแบบที่เหมาะสมกับปัจเจกบุคคล พัฒนาสถานบำบัดรักษาหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมให้มีคุณภาพตามมาตรฐานทางสาธารณสุข ขยายการรองรับอย่างครอบคลุม เพียงพอ และเหมาะสมกับระดับการแพร่ระบาดในแต่ละพื้นที่ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวทาง Community Based Treatment and Rehabilitation (CBTx) โดยการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลช่วยเหลือ ผู้เสพยาเสพติดให้ได้รับการดูแลอย่างไม่เลือกปฏิบัติ มุ่งเน้นการฟื้นฟูทุนมนุษย์ มุ่งลดผลกระทบต่อสุขภาพ ชุมชน และสังคม รวมทั้งการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้โอกาสผู้เสพยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตในสังคม ได้อย่างสงบสุข (ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๔๐ ตอนพิเศษ ๖๘ ง)

แนวคิดเกี่ยวกับบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕

ปัญหาผลกระทบของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและก่อเหตุความรุนแรงกับบุคคล ใกล้ชิด ครอบครัว หรือคนในชุมชน จนส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของประชาชน ซึ่งรัฐบาลได้ ตระหนักในความสำคัญของการป้องกันปัญหาผลกระทบดังกล่าว เพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับ ประชาชน และเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับการดูแลรักษาในเชิงสาธารณสุขโดยเร็ว ก่อนที่จะเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวจำเป็นที่จะต้องอาศัยความร่วมมือ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบูรณาการการดำเนินงาน จึงได้มีการออกแนวทางและจัดทำบันทึก ข้อตกลงในการดำเนินงานตามคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ที่ ๖/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๑ กำหนดแนวทางการปฏิบัติให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ในการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ คุ้มครองสังคม จากอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับ การรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ ซึ่งบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และ แก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ ซึ่งมีผล บังคับใช้นับตั้งแต่วันที่ลงนาม จนถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๗๐ ภายใต้ความร่วมมือจาก ๑๕ หน่วยงาน ประกอบด้วย ๑) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒) กรมสุขภาพจิต ๓) กรมการแพทย์ ๔) สถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ๕) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ๖) กรมควบคุมโรค ๗) สำนักงานปลัดกระทรวง มหาดไทย ๘) กรมการปกครอง ๙) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ๑๐) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ๑๑) สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ๑๒) กรมพัฒนาสังคมและ สวัสดิการ ๑๓) กรมประชาสัมพันธ์ ๑๔) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ ๑๕) สำนักงาน คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ซึ่งการจัดทำข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการ ป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดมีแนว ทางการดำเนินงาน ดังนี้

๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดย สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

๑.๑ รับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดเข้ารับ การบำบัดรักษา และประสานส่งต่อผู้ป่วยให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑.๒ พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางจิตอัน เนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดตามศักยภาพได้ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๒. กรมสุขภาพจิต

๒.๑ ร่วมสนับสนุนกลไกเพื่อการอำนวยการและติดตามเครือข่ายการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๒.๒ กำหนดแนวทางสื่อสารเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๒.๓ สนับสนุนองค์ความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถดำเนินการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๒.๔ ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๒.๕ สนับสนุน ประสาน กำกับ ติดตาม และให้การดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน โดยการบำบัดฟื้นฟูและรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด เพื่อลดการก่อเหตุรุนแรงในสังคม ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๖๒

๓. กรมการแพทย์

๓.๑ สนับสนุนองค์ความรู้ด้านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใช้ยาเสพติดที่มีภาวะรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน และรุนแรงทางด้านร่างกาย และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๓.๒ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อสนับสนุนการบำบัดผู้ป่วยใช้ยาเสพติด ที่มีภาวะรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน และรุนแรงทางด้านร่างกาย และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๓.๓ สนับสนุนและให้การดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ตามศักยภาพ

๔. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

๔.๑ ร่วมพัฒนาระบบการรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน และแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดให้กับหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน

๔.๒ ร่วมพัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๕. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สนับสนุนภาคประชาชนได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีการเฝ้าระวังและแจ้งเหตุผู้มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดแก่เจ้าหน้าที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดโดยเร่งด่วนก่อนก่อเหตุรุนแรงในชุมชนและสังคม ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

๖. กรมควบคุมโรค

๖.๑ พัฒนาศักยภาพทีมบุคลากรเพื่อป้องกันผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้ยาเสพติดร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ และป้องกันผู้เสพยาเสพติดไม่ให้ดื่มแอลกอฮอล์

๖.๒ มีมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระดับอำเภอและระดับตำบล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๗. สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย

๗.๑ กำกับและติดตามการดำเนินงานภาพรวมภายในจังหวัดให้เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๗.๒ สนับสนุน กำกับ ดูแล ติดตาม และการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๘. กรมการปกครอง

๘.๑ ให้พนักงานฝ่ายปกครอง ได้แก่ นายอำเภอ ปลัดอำเภอ เจ้าหน้าที่ปกครอง สมาชิกกองอาสารักษาดินแดน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และคณะกรรมการหมู่บ้าน ทำหน้าที่ในการสังเกต และเฝ้าระวังอาการความผิดปกติทางจิตของประชาชนในหมู่บ้าน และนำผู้ที่มีอาการรุนแรงและมีภาวะอันตราย หรือมีความจำเป็นส่งต่อเข้ารับการรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์

๘.๒ มอบหมายให้พนักงานฝ่ายปกครอง ตามข้อ (๑) หรือบุคคลอื่นตามความเหมาะสม ทำหน้าที่ดูแล ติดตาม และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ตามที่ได้รับการประสานงาน

๙. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

๙.๑ ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้ความช่วยเหลือแก่ชุมชน ในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และเมืองพัทยา ร่วมกันทำภารกิจดังกล่าวให้บรรลุผล

๙.๒ ส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความร่วมมือในการนำส่งผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดให้ได้รับการบำบัดในสถานพยาบาล

๑๐. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

๑๐.๑ ให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเข้าระงับเหตุ หรือการกระทำ ซึ่งมีภาวะอันตรายจากผู้ป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต

๑๐.๒ ให้การสนับสนุน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และสถานพยาบาล เพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการนำส่งผู้ป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ไปยังสถานพยาบาล หรือสถานบำบัดรักษา

๑๑. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

๑๑.๑ มอบหมายให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ประสานให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดหลังจากผู้ป่วยกลับสู่สังคมซึ่งเป็นผู้ประสบปัญหาทางสังคม ตามกรอบภารกิจและแนวทางที่กำหนดอย่างเหมาะสม

๑๑.๒ ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานกับองค์กรเครือข่ายภาครัฐและภาคเอกชน ในการให้ความช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้ป่วย ตามข้อ ๑๑.๑) ในการกลับมาใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข

๑๒. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

จัดสวัสดิการสังคม การสังคมสงเคราะห์ แก่ผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดที่ไร้ที่พึ่ง ที่สิ้นสุดการรักษาแต่ไร้ญาติ พิสูจน์แล้วไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ไม่สามารถกลับสู่ครอบครัวหรือชุมชน หรือไม่มีที่อยู่อาศัย ให้ได้รับการสงเคราะห์ด้านที่อยู่อาศัย และการดำเนินชีวิตตามความเหมาะสม

๑๓. กรมประชาสัมพันธ์

๑๓.๑. ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องในการสร้างการรับรู้และความเข้าใจ ต่อประชาชนในการป้องกัน ฝึกระวัง และเผชิญเหตุ

๑๓.๒. สนับสนุนการเผยแพร่สื่อต่าง ๆ เพื่อเป็นการสร้างการรับรู้ และความเข้าใจ ต่อสาธารณชนและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด

๑๔. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และวิชาการในด้านการป้องกัน ฝึกระวัง และแก้ไขปัญหายาเสพติดจากการใช้ยาเสพติด

๑๕. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

๑๕.๑ สนับสนุนภาพรวมการเชื่อมต่อข้อมูลการดำเนินการป้องกัน ฝึกระวัง และแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

๑๕.๒ ประสานกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงยุติธรรมในการติดตามดูแลผู้พ้นโทษ/ผู้ถูกคุมความประพฤติที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด รวมถึงทบทวนสถานการณ์เป็นระยะ

๑๕.๓ ส่งเสริมสนับสนุนปัจจัยภาพรวมในการขับเคลื่อนการดำเนินการป้องกัน ฝึกระวัง และแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด

จะเห็นได้ว่า บันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน ฝึกระวัง และแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ มีวัตถุประสงค์ร่วมกันที่จะลดผลกระทบของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ซึ่งจะประกอบไปด้วยการฝึกระวัง การเผชิญเหตุเมื่อเกิดกรณีภาวะอันตรายเร่งด่วน การส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา ตลอดจนการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง ตามแนวทางการดำเนินงาน

แนวคิดเกี่ยวกับภารกิจของตำรวจภูธรภาค ๔ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้ลงนามตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน ฝึกระวัง และแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่

๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ เพื่อบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกัน ฝ้าระวัง และแก้ไข ปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด โดยให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเข้าระงับเหตุ หรือการกระทำ ซึ่งมีภาวะอันตรายจากผู้ป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ตามกฎหมายว่า ด้วยสุขภาพจิต และให้การสนับสนุน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และสถานพยาบาล เพื่อ ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการนำส่งผู้ป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ไปยังสถานพยาบาลหรือ สถานบำบัดรักษา ซึ่งตำรวจภูธรภาค ๔ เป็นหน่วยงานระดับกองบัญชาการในสังกัดสำนักงานตำรวจ แห่งชาติ มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น นครพนม บึงกาฬ มหาสารคาม มุกดาหาร ร้อยเอ็ด เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และ อุดรธานี ซึ่งตำรวจภูธรภาค ๔ เป็นหน่วยงานที่มีบทบาท หน้าที่ และภารกิจโดยตรงในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด ทั้งด้านการป้องกันปราบปราม ตลอดจนการบำบัด พ้นผู้กระทำผิด ซึ่งมาตรการในการค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษา ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ นั้น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้มีหนังสือ ตร. ที่ ๐๐๕๙/๘๑๖ ลงวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ เรื่อง แนวทาง ดำเนินการตามโครงการค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษา ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ สั่งการให้ทุกหน่วยดำเนินการ “โครงการค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วย จิตเวช เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษา ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ของ บช.น. และ ภ. ๑ - ๙ นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ ตามความเหมาะสม ตามนโยบายของรัฐบาล และนโยบายเร่งด่วนด้านยาเสพติดของผู้บัญชาการ ตำรวจแห่งชาติ ซึ่งมีเป้าหมายและวิธีการดำเนินการ สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

๑. เป้าหมายตามโครงการฯ คือ การเข้าสู่ชุมชนเพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจว่า ผู้เสพคือผู้ป่วย ดำเนินการค้นหาและแจ้งใจผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดให้สมัครใจรับการบำบัด นำเข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๑๓ และ ๑๑๔ โดยมีภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น ฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ฝ่ายท้องถิ่น เข้าร่วมปฏิบัติการค้นหา หากตรวจพบผู้มีพฤติการณ์เสพยาเสพติด แต่ไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา หรือไม่เข้าหลักเกณฑ์ เงื่อนไขในการส่งตัวผู้นั้นไปยังสถานพยาบาลยาเสพติด หรือศูนย์คัดกรอง ให้ดำเนินคดีตามประมวล กฎหมายยาเสพติด

๒. ในการสำรวจและค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษา ให้ดำเนินการตามโครงการฯ โดยประสานหาแหล่งข้อมูลจากภาคี เครือข่าย และใช้แนวทางการค้นหาเบื้องต้น ให้จัดชุดปฏิบัติการค้นหา ชุดละ ๕- ๑๕ คน โดยให้จัด จากชุดปฏิบัติการชุมชนยั่งยืนเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรตามยุทธศาสตร์ชาติ ประจำปี ๒๕๖๖ จากผู้ผ่านการอบรม “โครงการฝึกอบรมพัฒนาประสิทธิภาพเจ้าหน้าที่ตำรวจในการค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ครูตำรวจแดร์ ชุดตำรวจชุมชนสัมพันธ์ ผู้ผ่านการอบรมบันทึกข้อมูลชกถามด้านข่าวสารยาเสพติด สายตรวจชุมชน

สายตรวจตำบล และ/หรือ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสืบสวน โดยให้ผู้บังคับบัญชาหัวหน้าหน่วยงาน แต่งตั้งให้มีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๑๕ ประกอบกฎกระทรวงการดำเนินการเพื่อบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.๒๕๖๕ หมวด ๑ ข้อ ๓(๓)

๓. ให้ “ชุดปฏิบัติการค้นหา” ลงพื้นที่ร่วมกับ ฝ่ายปกครอง สาธารณสุข ท้องถิ่น ค้นหา ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วยจิตเวช โดยให้ชุดปฏิบัติการค้นหา ดำเนินการตามแนวทาง ดังนี้

๓.๑ เมื่อตรวจพบผู้มีพฤติการณ์อันควรสงสัยว่าเสพหรือครอบครองเพื่อเสพ ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๑๔ ให้ทำการซักถามประวัติส่วนตัว และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ในการได้มา หรือให้ไปซึ่งยาเสพติด กลุ่มร่วมเสพ โดยละเอียด เช่น ชื่อ สกุล ชื่อเล่น รูปถ่าย ยานพาหนะ หมายเลขโทรศัพท์ ช่องทางรับจ่ายเงิน หมายเลขบัญชีโอนเงิน การติดต่อสื่อสาร ข้อมูล ในโทรศัพท์ โลกออนไลน์ เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม ทวิตเตอร์ สถานที่พบปะ มั่วสุม การเดินทาง เป็นต้น เพื่อ เชื่อมโยงเครือข่ายของผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด และติดตามจับกุมหรือออกหมายจับผู้ค้ารายย่อย

๓.๒ เมื่อผู้ถูกตรวจพบเป็นผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดและสมัครใจบำบัดรักษา ให้ซักถามและบันทึกในแบบฟอร์มซักถาม ก่อนส่งตัวไปสถานพยาบาลยาเสพติดหรือศูนย์คัดกรอง เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาต่อไป

๓.๓ เมื่อผู้ถูกตรวจพบไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาหรือไม่เข้าหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่สามารถส่งตัวไปสถานพยาบาลยาเสพติดหรือศูนย์คัดกรองได้ ให้ซักถามตาม ๓.๑ และ บันทึกในแบบฟอร์มซักถาม และให้ดำเนินคดีตามกฎหมาย

๓.๔ กรณีตาม ๓.๓ หากผู้ถูกตรวจพบมีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่น หรือสังคม ที่มีอาการทางจิต และ/หรือเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดและสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา ให้ซักถามตามข้อ ๓.๑ เพื่อบันทึกในแบบฟอร์มซักถาม หากไม่สามารถซักถามบุคคลดังกล่าวได้ให้ซักถามข้อมูลของบุคคลดังกล่าวจากญาติ/เพื่อนบ้าน หรือผู้นำชุมชน และขอคำวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาศูนย์นั้น แล้วจึงบันทึกในตารางคัดแยกผู้มีอาการทางจิตตามกลุ่มสีตามแบบ รายงานผู้ป่วยทางจิตตามกลุ่มสี และดำเนินการตาม พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ตามอาการ ต่อไป

นอกจากนี้ ตำรวจภูธรภาค ๔ ได้จัดทำโครงการนาคาพิทักษ์ รัชชประชา (๑ ทีมผู้พิทักษ์ ๑ ผู้ป่วยจิตเวช) ตำรวจภูธรภาค ๔ ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดเก็บข้อมูลสถานภาพจำนวน ผู้ป่วยจิตเวชสำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการก่อเหตุที่อาจกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และเพื่อนำข้อมูลสถานภาพจำนวนผู้ป่วยจิตเวชไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาผู้มีอาการทางจิตก่อเหตุในพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีเป้าหมายพื้นที่รับผิดชอบทั้ง ๑๒ จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น นครพนม บึงกาฬ มหาสารคาม มุกดาหาร ร้อยเอ็ด เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี ซึ่งมีวิธีดำเนินการในแต่ละระดับของหน่วยปฏิบัติของตำรวจภูธรภาค ๔ ดังนี้

ตำราวจุทธภาค ๔

๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนโครงการ ให้ตำราวจุทธจังหวัด และสถานี ตำราวจุทธ ในสังกัดตำราวจุทธภาค ๔ เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติ

๒. ติดตามประเมินผลการดำเนินการตามโครงการของตำราวจุทธจังหวัดและสถานี ตำราวจุทธ

ตำราวจุทธจังหวัด

๑. จัดทำโครงการบริหารจัดการแบบบูรณาการ กรณีผู้มีอาการทางจิตก่อเหตุ

๒. ผู้บังคับการตำราวจุทธจังหวัด ร่วมหารือกับผู้ว่าราชการจังหวัด ในการดำเนิน โครงการ

๓. ผู้บังคับการตำราวจุทธจังหวัด เรียนเชิญผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ประชุม ชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการและขอความร่วมมือในการพิจารณาความเหมาะสมของการ บรรจุโครงการไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น โดยผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนราชการ หัวหน้า สถานีตำรวจ ภาควิชาที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดเข้าร่วมประชุม ได้แก่ ผู้บังคับการตำราวจุทธ จังหวัด อัยการจังหวัด อัยการคดีเยาวชนและครอบครัวจังหวัด อัยการสำนักคุ้มครองสิทธิและ ช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชนจังหวัด (สคช.) ศาลจังหวัด ศาลเยาวชนและครอบครัวจังหวัด ผู้บัญชาการเรือนจำจังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด พัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์จังหวัด สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ติดยาเสพติดจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด นายอำเภอทุกแห่ง ผู้กำกับและหัวหน้าสถานีตำรวจทุกแห่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัด นายก องค์การบริหารส่วนจังหวัด และท้องถิ่นอำเภอทุกแห่ง

๔. ติดตามประเมินผลการดำเนินการตามโครงการของสถานีตำรวจในสังกัด และ รายงานไปยังตำราวจุทธภาค ๔

สถานีตำรวจ

๑. หัวหน้าสถานีตำรวจจัดทำโครงการบริหารจัดการแบบบูรณาการ กรณีผู้มีอาการ ทางจิตก่อเหตุของสถานีตำรวจเสนอนายอำเภอเพื่อพิจารณา

๒. นายอำเภอเชิญหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ พร้อมคณะที่ปรึกษา มาประชุม ชี้แจงวัตถุประสงค์และรูปแบบจัดทำโครงการ รวมทั้งรับฟังปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติตามโครงการ จากส่วนราชการอื่น และรับฟังข้อคิดเห็นหรือคำแนะนำจากคณะที่ปรึกษา เพื่อให้การดำเนินการตาม โครงการสามารถปฏิบัติได้จริง เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เนื่องจากแต่ละพื้นที่จะมีปัญหา อุปสรรค ข้อขัดข้องแตกต่างกัน

๓. นายอำเภอออกคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน โดยมอบหน้าที่ให้แต่ละส่วนราชการและ เจ้าหน้าที่รัฐตามโครงสร้างของโครงการ เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนการปฏิบัติของโครงการ ดังนี้

๓.๑ คณะกรรมการขับเคลื่อนระดับอำเภอ (ศูนย์คุ้มครองช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ประจำ อำเภอ) ประกอบด้วย นายอำเภอเป็นประธาน (หน.ศูนย์ฯ/ผู้กำกับและหัวหน้าสถานีตำรวจและ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นรองประธาน (รอง หน.ศูนย์ฯ)/ผู้บริหารท้องถิ่นทุกแห่ง, ประธาน

กต.ตร.สภ., ผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมทุกแห่ง, ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอ, ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอ เป็นคณะกรรมการ/รองผู้กำกับการป้องกันปราบปราม หรือ สวป. ประจำสถานี (กรณีหัวหน้า สภ. เป็นระดับรอง ผกก.) หรือ รองสารวัตรป้องกันปราบปราม (กรณี หน.สภ. เป็นระดับสารวัตร) เป็นคณะกรรมการและเลขานุการ/ รองผู้กำกับการ(สอบสวน) ผู้ทำหน้าที่หัวหน้างานสอบสวน เป็นคณะกรรมการ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาด้านกฎหมาย และการบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงเป็นคณะกรรมการคัดแยกและจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ประกอบด้วย - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล - สาธารณสุขอำเภอ - ผู้กำกับการหัวหน้าสถานี หรือ รองผู้กำกับการป้องกันปราบปราม

๓.๒ คณะทำงานในระดับพื้นที่ (ศูนย์คุ้มครองช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชประจำตำบล) ประกอบด้วย ผอ.รพ.สต./ ผอ.กองสาธารณสุข ผอ.กองป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของแต่ละเทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล (หรือ หน.สำนักปลัดหรือหัวหน้าฝ่ายสาธารณสุขหรือป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย) กำนันประจำตำบลประธานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประจำตำบล สำนักงานตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) และคณะทำงานในระดับพื้นที่ แบ่งย่อยคณะทำงานออกเป็น ๒ ทีม และ ๑ ศูนย์ ดังนี้

๓.๒.๑ ทีมผู้พิทักษ์ผู้ป่วยจิตเวช (Psycho Protector Team : PPT) ประกอบด้วย กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล สายตรวจตำบลหรือตำรวจ ประจำหมู่บ้าน อาสาสมัคร หรือจิตอาสา

๓.๒.๒ ทีมระงับเหตุ ประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน หรือ อปพร. ประจำหมู่บ้าน ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน หรือ ชรบ.ประจำหมู่บ้าน ตำรวจอาสาประจำหมู่บ้าน สายตรวจตำบล ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล (พร้อมรถพยาบาลฉุกเฉิน : EMS) เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือ รพ.สต.

๓.๒.๓ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำตำบล มีสายตรวจตำบลแต่ละตำบล เป็นหัวหน้าศูนย์ ทำหน้าที่รับแจ้งเหตุจากศูนย์รับแจ้งเหตุ ๑๙๑ ของสถานีตำรวจ และสั่งการไปยังทีมระงับเหตุประจำตำบล/หมู่บ้าน

๔. หัวหน้าสถานีตำรวจจัดทำคำสั่งมอบหมายพื้นที่รับผิดชอบให้เจ้าหน้าที่ตำรวจประจำหมู่บ้าน สายตรวจตำบล และชุดชุมชนสัมพันธ์ ชี้แจงแนวทางการสำรวจข้อมูลมีอาการทางจิต และผู้ป่วยจิตเวชให้ข้าราชการตำรวจผู้ได้รับมอบหมายในพื้นที่รับผิดชอบทราบ ซึ่งแหล่งข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

๕. เมื่อได้ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในแต่ละหมู่บ้านแล้ว หัวหน้าสถานีตำรวจเชิญ คณะกรรมการคัดแยก จำแนกและจัดลำดับความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องทำการบำบัดรักษาและควบคุมดูแล

๖. นายอำเภอ ออกคำสั่งมอบหมายหน้าที่ให้ศูนย์คุ้มครองช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชประจำตำบล ดำเนินการตามกรอบและหน้าที่

๗. ศูนย์คุ้มครองช่วยเหลือผู้ป่วยประจำตำบล ประชุมแต่งตั้งและมอบหมายหน้าที่ให้ทีมผู้พิทักษ์ ผู้ป่วยจิตเวช รับผิดชอบควบคุม ดูแล เฝ้าระวัง ผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วย โดยทีมผู้พิทักษ์ ๑ ทีม ต่อ ผู้ป่วยจิตเวช ๑ ราย (กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่จำเป็นเร่งด่วนจะต้องรับดำเนินการ คือ กลุ่มสีแดง)

๘. ทีมผู้พิทักษ์ผู้ป่วยจิตเวชดำเนินการตามหน้าที่ และรายงานผลการปฏิบัติ พร้อมปัญหาอุปสรรค ให้ศูนย์คุ้มครองช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชประจำตำบลและประจำอำเภอทราบตามลำดับ

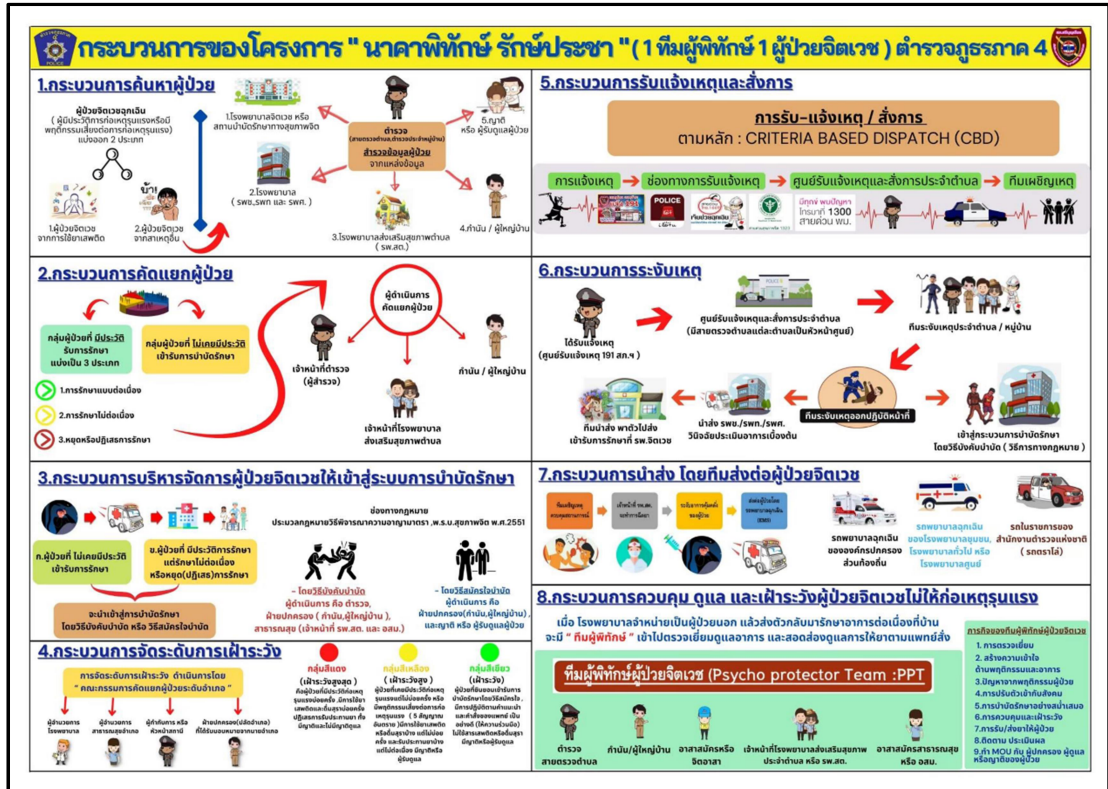
๙. ศูนย์คุ้มครองช่วยเหลือประจำอำเภอ คณะกรรมการคัดแยกและจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ประเมินผลการปฏิบัติ รวมทั้งประชุมพิจารณาปรับลดระดับประเภทของผู้ป่วย

การรับแจ้งเหตุ การระงับเหตุ และการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด

แนวทางและขั้นตอนการรับแจ้งเหตุ การระงับเหตุ และการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อเหตุรุนแรงเข้าสู่การบำบัดรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดอาการทางจิต กรณีเกิดสถานการณ์วิกฤติ ผู้ป่วยจิตเวช จากยาเสพติด ก่อเหตุรุนแรง หรือ มีพฤติการณ์น่าเชื่อว่าจะก่อเหตุรุนแรง เมื่อญาติ ผู้ปกครอง ผู้ดูแล หรือผู้พบ เห็น แจ้งเหตุมายังช่องทางการรับแจ้งเหตุ (สายด่วน ๑๙๑/ สายด่วน ๑๖๖๙ / แอปพลิเคชัน Police I LERT U / สายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ / ศูนย์ช่วยเหลือสังคม หมายเลข ๑๓๐๐)

เมื่อศูนย์รับแจ้งเหตุดังกล่าวได้รับแจ้งแล้วจะแจ้งเหตุไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุประจำตำบลเพื่อแจ้งต่อไปยังทีมระงับเหตุประจำตำบล/หมู่บ้าน ออกระงับเหตุฉุกเฉิน ทีมระงับเหตุนำตัวผู้ป่วยจิตเวชส่งต่อไปยังหน่วยบริการสาธารณสุข (โรงพยาบาลประจำอำเภอ) เพื่อสังเกตอาการ/ประเมินระดับความรุนแรงของอาการ โดยมีรพ.บาลฉุกเฉิน (รถกู้ชีพ) ของท้องถิ่น (เทศบาลตำบล หรือ อบต.) เป็นผู้นำส่ง เมื่อโรงพยาบาลได้วินิจฉัยประเมินอาการและทำการรักษาแล้ว ส่งให้ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน (ผู้ป่วยนอก) โรงพยาบาลจะแจ้งให้ รพ.สต. ที่ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ทราบ จากนั้น รพ.สต. แจ้งให้คณะทำงานในระดับตำบลทราบ (ศูนย์พิทักษ์ผู้ป่วยจิตเวชประจำตำบล) เพื่อแต่งตั้งมอบหมายหน้าที่ให้ทีมผู้พิทักษ์ผู้ป่วยจิตเวชประจำตัวผู้ป่วย ดำเนินการตามแผนการของโครงการ ซึ่งกระบวนการของโครงการ “นาคาพิทักษ์ รักษาประชา” (๑ ทีมผู้พิทักษ์ ๑ ผู้ป่วยจิตเวช) ดำรงจรรยาบรรณ ๔ ประการตามแผนภาพที่ ๒ - ๑

แผนภาพที่ ๒ - ๑ แสดงกระบวนการของโครงการ “นาคาพิทักษ์ รักษาประชา” (๑ ทีมผู้พิทักษ์ ๑ ผู้ป่วยจิตเวช) ดำรงภูมิลำเนา ๔



ที่มา : ดำรงภูมิลำเนา ๔, ๒๕๖๕ : ๑๒

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาความร่วมมือ

๑. ความหมายของความร่วมมือ

ความร่วมมือ (Collaboration) นั้น ความหมายจากพจนานุกรมฉบับภาษาอังกฤษให้ความหมายว่า “การที่บุคคลทำงานร่วมกับบุคคลอื่น ๆ เพื่อจุดมุ่งหมายร่วมกัน (Collin Plain English Dictionary, 1996 อ้างถึงใน วรรณดี นาคสุขพาน, ๒๕๕๗ : ๓๘) และจาก International Encyclopedia of the Social Sciences (1972 อ้างถึงใน วรรณดี นาคสุขพาน, ๒๕๕๗ : ๓๘) พบว่ายังไม่มีนิยามความหมายของ ความร่วมมือ หรือ Collaboration มีเพียงนิยามความหมายของ Cooperation ซึ่งให้ความหมายว่า เป็นความร่วมมือแบบทางพฤติกรรมศาสตร์ที่เน้นการเชื่อมโยงกัน โดยมีเป้าหมายและกำหนดผลประโยชน์ร่วมกัน เน้นการแลกเปลี่ยนหรือการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อวัตถุประสงค์หนึ่ง ๆ ซึ่งมีหลากหลายประเภท เช่น ความร่วมมือแบบสมัครใจ (Voluntary) ความร่วมมือแบบไม่สมัครใจ (Involuntary) ความร่วมมือแบบทางตรง (Direct) ความร่วมมือแบบทางอ้อม (Indirect) ความร่วมมือแบบเป็นทางการ (Formal) ความร่วมมือแบบไม่เป็น

ทางการ (Informal) เป็นต้น ซึ่งความร่วมมือเหล่านี้เกิดขึ้นตั้งแต่ในระดับเล็ก ๆ ตั้งแต่ ๒ องค์กรขึ้นไป จนถึงในระดับชาติและระดับนานาชาติ

นอกจากนี้ มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของความร่วมมือ ดังนี้

Barbara Gray (1989 : 185) ได้นิยามความร่วมมือว่า หมายถึง กระบวนการที่ภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งมีมุมมองต่อปัญหาที่ต่างกัน สามารถแสวงหาทางออกร่วมกัน การรวมกันเป็นพันธมิตร โดยการร่วมมือกันเป็นมากกว่าการแลกเปลี่ยนทรัพยากร เนื่องจากเป็นการรวมมุมมอง ทรัพยากร ทักษะ ความร่วมมือก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ การคิดร่วมกันเพื่อวิเคราะห์และเพิ่มโอกาสในการแก้ปัญหา ความคิดจะกลายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้โดยผ่านความร่วมมือ นอกจากนี้ความร่วมมือยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีการทำงาน ความร่วมมือกันจะแข็งแกร่งขึ้นหากหุ้นส่วนมีความคล้ายคลึงกันโดยเฉพาะความคล้ายคลึงกันในการคิดและประเภทของบริการ

John-Steiner และคณะ (๑๙๙๘ : ๗๗๖) ได้กล่าวว่า ความร่วมมือมิใช่เพียงการวางแผนหรือการตัดสินใจร่วมกันเท่านั้น แต่ความร่วมมือยังหมายถึงการคิดร่วมกันขององค์การที่มากกว่าหนึ่งองค์การ เป็นการตกลงใช้ทรัพยากรอำนาจและศักยภาพร่วมกัน

David Straus (2002 : 18) ได้นิยามคำว่า ความร่วมมือ หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม องค์กร ชุมชน เพื่อวางแผน สร้างสรรค์ แก้ปัญหา และตัดสินใจร่วมกัน

Russ Linden (2002 : 9) ได้กำหนดความหมายคำว่าความร่วมมือ ว่า ตามรากศัพท์ หมายถึง การร่วมแรง (Co-labor) ร่วมพยายามและร่วมเป็นเจ้าของผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นโดยความร่วมมือนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลจากต่างองค์การ (หรือต่างหน่วยภายในองค์การเดียวกัน) ได้ร่วมกันดำเนินการบางสิ่งซึ่งต้องใช้ความพยายาม ทรัพยากรและการตัดสินใจร่วมกันรวมถึงร่วมเป็นเจ้าของผลผลิตหรือบริการสุดท้ายที่เกิดขึ้น

Robert Agranoff และ Michael McGuire (2003 : 4) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือไว้ว่า เป็นกระบวนการที่กระตุ้นให้องค์การต่าง ๆ เข้ามาปฏิบัติงานร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาที่ศักยภาพขององค์การหนึ่งองค์การใดเพียงองค์การเดียวจะสามารถทำให้สำเร็จลุล่วงไปได้ หรือถ้าสามารถที่จะทำได้ก็อาจจะประสบความสำเร็จได้ยาก นอกจากนี้การสร้างความร่วมมือยังหมายถึงรวมถึงการค้นหาหรือคิดค้นทางเลือกสำหรับการแก้ไขปัญหาภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ ที่มีอยู่ เช่น องค์กรความรู้ เวลา งบประมาณและการแข่งขัน เป็นต้น

Lank E. (2006 : 7-9) ได้ให้ความหมายความร่วมมือ ว่าหมายถึง การที่องค์การมากกว่าหนึ่งองค์การดำเนินงานร่วมกันอย่างแท้จริง เพื่อบรรลุผลลัพธ์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง โดยต้องเป็นผู้นำร่วมกันและเสริมสร้างฉันทามติให้เกิดขึ้น

Ann Marie Thomson และคณะ (๒๐๐๖, ๒๑-๒๒) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือว่า ความร่วมมือเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์การทั้งความสัมพันธ์ที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการโดยการเจรจา การทำความตกลง การบริหารข้อตกลงร่วมกัน

Peter Smith Ring and Andrew H. Van de Ven (cited in Ann Marie Thomson, 2006 : 23) ได้นิยามคำว่าความร่วมมือโดยทั้งสองกล่าวว่า ความร่วมมือ หมายถึง

กระบวนการที่ตัวแสดงที่มีอิสระมีปฏิสัมพันธ์ผ่านการเจรจาอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ สร้างกฎเกณฑ์ โครงสร้างร่วมกัน รับผิดชอบในความสัมพันธ์และการปฏิบัติต่อกัน หรือตัดสินใจ ต่อประเด็นปัญหาร่วมกัน กระบวนการดังกล่าวเป็นการแบ่งปันแนวปฏิบัติและผลประโยชน์ร่วมกัน

สรุปได้ว่า ความร่วมมือ คือ แนวทางที่องค์การมากกว่าหนึ่งองค์การเต็มใจร่วมกัน ทำงาน มีปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีการจัดทำข้อตกลงร่วมกัน กำหนด โครงสร้าง กฎเกณฑ์ การคิด การวางแผน การตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมาย การเป็นผู้นำ การบริหารข้อตกลง การแก้ปัญหา การใช้ทรัพยากร การใช้อำนาจ และการใช้ศักยภาพร่วมกัน รวมทั้งร่วมเป็นเจ้าของผลลัพธ์ร่วมกัน

๒. ประเภทของความร่วมมือ

Hodge and Anthony (1991 : 29 อ้างถึงใน วรรณดี นาคสุขปาน, ๒๕๕๗ : ๓๙) ได้แบ่งประเภทของความร่วมมือได้เป็น ๖ ประเภท ดังนี้

๒.๑ ความร่วมมือในแนวตั้ง (Vertical Integration) เป็นความร่วมมือที่เกิดจากการควบรวมกิจการของบริษัท องค์กรแล้วค่อย ๆ ซึมซับระบบทีละน้อย ซึ่งรวมในทุกขั้นตอนของ กระบวนการผลิต เพื่อเป้าหมายคือ ต้องการควบคุมปัจจัยการผลิต โดยอาจใช้วิธีการควบรวมบริษัท ๒ บริษัทขึ้นไปเข้าเป็นองค์กรเดียวกัน เพื่อต้องการควบคุมการทำงานเองทั้งหมด

๒.๒ การร่วมมือในแนวนอน (Horizontal Integration) ได้แก่ การรวมบริษัท องค์กรกับบริษัทหรือองค์กรอื่นที่มีธุรกิจประเภทเดียวกัน เพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน

๒.๓ การร่วมมือแบบฉันทกกำลัง (Coalitions) ได้แก่ การร่วมมือจัดตั้งโครงการหรือ บริษัท องค์กรร่วมกัน โดยมีการร่วมลงทุนทรัพยากรร่วมกัน (Joint Venture)

๒.๔ การร่วมมือแบบรวมอำนาจบริหารจัดการ (Interlocking Directorates) เป็นการร่วมมือกับบริษัท องค์กรที่เป็นคู่แข่งกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิผลขององค์กร โดยมีคณะกรรมการ ทั้งทางตรงและทางอ้อม หรืออาจจะมีผู้บริหารที่มาจากองค์กรอื่นเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

๒.๕ การร่วมมือเพื่อการแลกเปลี่ยน (Reciprocity) ได้แก่ การร่วมมือเพื่อการ แลกเปลี่ยนทรัพยากร โดยการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ตอบแทนระหว่างหน่วยงานหรือองค์กร ที่ร่วมมือกัน

๒.๖ การร่วมมือกันแบบสังคมประสาน (Social Interlocking) ได้แก่ การร่วมมือกัน ในบริษัท องค์กรที่มีลักษณะของประเภทธุรกิจที่แตกต่างกันโดยมีการทำสัญญาร่วมกัน

ซึ่ง Sounder (1993 : 19 อ้างถึงใน วรรณดี นาคสุขปาน, ๒๕๕๗ : ๔๐) ได้ศึกษา ประเภทของความร่วมมือ (Types of Collaborations) โดยได้จำแนกเป็น ๓ ประเภท คือ ๑) ประเภทความร่วมมือแบบไม่เป็นทางการ (Informal Type) เป็นความร่วมมือที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม เล็กไม่ต้องมีพันธะสัญญา เป็นการรวมตัวกันเพื่อประชุมสัมมนา เพื่อให้ความร่วมมือในการให้ คำปรึกษาหารือระหว่างกลุ่มหรือการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารในเครือข่ายที่มีความสนใจร่วมกัน ๒) ประเภท ความร่วมมือแบบกึ่งทางการ (Semi Formal Type) เป็นความร่วมมือที่มีการแบ่งปันทรัพยากรต่าง ๆ ระหว่างกลุ่ม ค่อนข้างมีแบบแผน เช่น การขอความร่วมมือหรือขอข้อมูลในบางเรื่อง และ ๓) ประเภท ความร่วมมือแบบเป็นทางการ (Formal Type) เป็นความร่วมมือที่เกิดขึ้นเฉพาะกลุ่มบุคคล องค์กร

หนึ่ง ๆ ที่มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานอย่างมีแบบแผน โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีการดำเนินกิจกรรมความร่วมมือทางการศึกษา มีการจัดตั้งองค์กร หน่วยงานเพื่อดูแลด้านการดำเนินงาน เช่น การทำสัญญาข้อตกลงเพื่อความเข้าใจอันดีระหว่างองค์กร (MOU)

นอกจากนี้ National Network for Collaboration : NNCO (2005 : 21 อ้างถึงในวรรณดี นาคสุขปาน, ๒๕๕๗ : ๔๐) ได้กำหนดขอบเขตของรูปแบบความร่วมมือระดับองค์กร จำแนกตามโครงสร้างพื้นฐานได้ ๕ ประเภท ดังนี้

๑. เครือข่าย (Networking) เป็นการเปิดโอกาสในการพบปะสนทนาระหว่างองค์กร การสร้างความเข้าใจร่วมกันและให้การสนับสนุนขั้นพื้นฐานระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม โดยไม่มีระดับชั้นในการบริหาร ลักษณะการเชื่อมโยงองค์กรเป็นแบบยืดหยุ่น กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบแบบหลวม ๆ การเชื่อมโยงกันในกลุ่มสมาชิกเป็นแบบขั้นต้น ระดับการตัดสินใจเกิดขึ้นน้อย มีลักษณะการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ

๒. พันธมิตร (Cooperation or Alliance) มีวัตถุประสงค์ในการรวมกลุ่มเพื่อสร้างความร่วมมือที่เหมาะสมตามความจำเป็น มุ่งเน้นความสำเร็จของงาน ลดความซ้ำซ้อนในงานหรือการบริการของสมาชิกกลุ่ม เน้นการเป็นศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสาร ลักษณะการเชื่อมโยงองค์กรเป็นแบบกึ่งทางการ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน ภาวะผู้นำของความสัมพันธ์แบบนี้มีสูง มีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ลักษณะการสื่อสารแบบทางการทำให้การตัดสินใจค่อนข้างซับซ้อน

๓. หุ้นส่วน (Coordination or Partnership) มีวัตถุประสงค์เพื่อแบ่งปันทรัพยากรในกลุ่มสมาชิกที่มีเป้าหมายเดียวกัน เน้นการรวมทรัพยากรเพื่อสร้างผลผลิตใหม่ (Productivity) เป็นศูนย์กลางการติดต่อสื่อสารของกลุ่มผู้บริหาร ลักษณะการเชื่อมโยงองค์กรเป็นแบบทางการ มีการกำหนดบทบาทชัดเจน และมีการร่วมพัฒนาทรัพยากรและร่วมลงทุนด้านการเงิน ภาวะผู้นำถูกจำกัดตามขอบเขตความร่วมมือที่กำหนดไว้

๔. กลุ่มผนึกกำลัง (Coalition) มีเป้าหมายเพื่อแบ่งปันความคิดและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อสร้างพันธสัญญาในการพัฒนาร่วมกัน โดยกำหนดระยะเวลาอย่างชัดเจน มีระยะเวลาอย่างน้อย ๓ ปี สมาชิกทั้งร่วมกันตัดสินใจ กำหนดบทบาทที่ชัดเจน ลักษณะการเชื่อมโยงแบบเป็นทางการภายใต้ข้อตกลงร่วมกันและการสื่อสารเป็นไปตามลำดับขั้น

๕. การรวมพลัง (Collaboration) มีเป้าหมายเพื่อมุ่งเน้นความสำเร็จจากการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วม มีการเทียบเคียงผลกระทบที่เกิดขึ้น มีการสร้างระบบที่ต้องพึ่งพากันระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อกำหนดประเด็นและโอกาสร่วมกัน สมาชิกมีการตัดสินใจร่วมกันอย่างเป็นเอกฉันท์ (Consensus) มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในกลุ่ม ลักษณะการเชื่อมโยงองค์กรแบบทางการ ใช้ภาวะผู้นำสูง แต่มีการแบ่งปันความคิดและการตัดสินใจเพื่อเน้นการสร้างผลผลิตภาพ (Productivity)

๓. การบริหารกิจการบ้านเมืองในรูปแบบเครือข่าย (Network Governance)

Stephen Goldsmith and William D. Eggers ให้ความหมายของเครือข่ายว่า โครงการริเริ่มต่าง ๆ ที่หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้ดำริให้มีขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการสาธารณะ โดยสามารถวัดเป้าหมายของผลงานได้ มีการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้แก่ละห์ส่วนการงาน และ

ได้กำหนดโครงสร้างการหมุนเวียนของข้อมูลไว้ เป้าหมายสุดท้ายของการทุ่มเทดำเนินงานคือการสร้างคุณค่าสาธารณะให้เกิดขึ้นเป็นคุณค่าที่ยิ่งใหญ่กว่าผลรวมจากคุณค่าของงานที่แต่ละหุ้นส่วนสามารถทำได้ตามลำพังโดยปราศจากการประสานความร่วมมือ (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิ๊งศรัทธีย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๙-๓๐) นอกจากนี้ จีระประภา อัครบวร และประยูร อัครบวร (๒๕๕๒ : ๒๓) ได้กล่าวว่า การบริหารงานภาครัฐในรูปแบบ เครือข่ายภาครัฐ เป็นการดำเนินงานของภาครัฐที่สร้างคุณค่าทางสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการ ของประชาชน โดยคุณค่าทางสังคมของประชาชนประกอบด้วย การให้บริการ (Service) คุณภาพของ การบริการ และความน่าเชื่อถือของกระบวนการและผลการบริการ ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

๓.๑ มูลเหตุเจื่อนไขสำคัญอันนำไปสู่การก่อตัวขึ้นของการบริหารงานภาครัฐรูปแบบเครือข่าย

การเกิดขึ้นของเครือข่ายบริหารงานภาครัฐหนึ่ง ๆ อาจเกิดจากปัจจัยภายในของระบบราชการหรือหน่วยงานผู้รับผิดชอบบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับภารกิจนั้น ๆ โดยอาจมีหลาย หน่วยงานทำงานซ้ำซ้อนกัน นโยบายหรือคำสั่งจากส่วนกลางอาจไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องปรับแนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น มูลเหตุที่นำไปสู่การบริหารจัดการรูปแบบเครือข่ายแสดงได้ (จีระประภา อัครบวร และ ประยูร อัครบวร, ๒๕๕๒ : ๓๓-๓๗) ดังนี้

ประการแรก การมุ่งเน้นประสิทธิภาพเชิงการบริหารงาน และมักเกี่ยวเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ กำลังคน และการกระจายของอำนาจหน้าที่ในแต่ละหน่วยงานภายใต้บริบทที่สังคมที่มีความสลับซับซ้อน และมีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ประการที่สอง ความคาดหวังของประชาชนที่สูงขึ้น โดยประชาชนต้องการเห็นการตอบสนองต่อปัญหาต่าง ๆ ของภาครัฐที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านผลลัพธ์และการใช้งบประมาณ

ประการที่สาม ความคล่องตัวในการแก้ไขปัญหา ซึ่งโครงสร้างการบริหารจัดการภาครัฐทั้งด้านงบประมาณและกำลังคนไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและทันเหตุการณ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาต่าง ๆ

ประการที่สี่ ความต้องการทักษะ และความรู้ในการแก้ไขปัญหา โดยภาครัฐไม่สามารถพัฒนาทักษะของข้าราชการและพนักงานราชการได้ทันต่อความต้องการ โดยมีข้อจำกัดด้านความรู้เฉพาะทางและทักษะเชิงเทคนิค (technical skills) ทำให้การแก้ไขปัญหาขาดประสิทธิภาพ

๓.๒ ปัจจัยความสำเร็จของเครือข่ายการบริหารกิจการบ้านเมือง

การออกแบบเครือข่ายให้ประสบความสำเร็จได้นั้น มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

ประการแรก การกำหนดพันธกิจชัดเจน และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่เริ่มต้น โดยความสำเร็จของการบริหารงานแบบเครือข่าย เริ่มตั้งแต่การออกแบบเครือข่ายที่ดี ประกอบด้วย การเลือกหุ้นส่วนมาเป็นสมาชิกส่วนหนึ่งภายในเครือข่ายทั้งหมด (components) และการประสานความร่วมมือของเครือข่าย (interaction) ไม่ควรใช้วิธีการหรือกระบวนการทำงานภายใต้ระบบราชการแบบเดิมเข้ามาเป็นตัวกำหนดกระบวนการทำงานร่วมกัน

และการประสานงานนั้น ต้องสามารถตอบสนองพันธกิจที่ตั้งไว้ขององค์กรกำกับดูแลและเครือข่ายโดยรวมได้ (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิงศรัทีย และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๑๒๑-๑๒๗)

ประการที่สอง มีกลยุทธ์ในการบูรณาการเครือข่ายเป็นสถาบัน กลยุทธ์และองค์ประกอบสำคัญที่สามารถนำมาใช้ในการประกอบสร้างเครือข่ายเป็นกลไกเชิงสถาบัน (Institutionalization) ให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ ๑) แรงจูงใจทางการเงินหรืองบประมาณ (Budget) เพื่อดึงดูดภาคส่วนต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วม เช่น ภาคเอกชนผ่านการประกวดราคาหรืองบประมาณอุดหนุนจากภาครัฐ ๒) การโน้มน้าวและจูงใจ (Persuade) สมาชิกที่เข้ามามีส่วนร่วมกันนั้น บางส่วนอาจมีความเคลือบแคลงสงสัยหรือไม่แน่ใจในประโยชน์ที่จะได้รับ ดังนั้น การโน้มน้าวและจูงใจสามารถนำมาใช้ในการชักนำหุ้นส่วนให้เข้ามามีส่วนร่วมกันทำงานได้ภายใต้พันธกิจการทำงานหรือเป้าหมายร่วมกัน ๓) การระดมสรรพกำลังจากภาคส่วนต่าง ๆ (Mobilize) โดยปกติการทำงานของภาครัฐเพียงหน่วยงานเดียวอาจมีข้อจำกัดที่ทำให้การบริการสาธารณะไม่อาจเกิดขึ้นได้เป็นผลสำเร็จ เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร ความรู้ทักษะเชิงเทคนิค ข้อมูล เทคโนโลยี ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจกระจุกกระจายอยู่ในแต่ละภาคส่วนต่าง ๆ ดังนั้น การสนธิพลังทรัพยากร ผ่านการทำงานในรูปแบบเครือข่าย สามารถนำไปสู่ประสิทธิผลและประสิทธิภาพโดยรวมของบริการสาธารณะ ๔) การใช้ทรัพยากรบุคคลและเทคโนโลยี สามารถนำมาใช้กระตุ้นการทำงานของเครือข่ายและสร้างปฏิสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นระหว่างกัน และ ๕) อำนาจ หน้าที่ของหุ้นส่วน (authorities) เนื่องจากการทำงานในรูปแบบเครือข่ายเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จประการหนึ่ง ๆ นั้น จำเป็นต้องพิจารณาถึงอำนาจหน้าที่ที่อาจจะกระจายออกไปในแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกฎหมายที่กำหนดอำนาจเฉพาะกิจให้กับหน่วยงานภาครัฐหนึ่ง ๆ หรือหุ้นส่วนนอกภาครัฐ (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิงศรัทีย และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๑๒๘-๑๓๕)

ประการที่สาม การเลือกหุ้นส่วนที่เหมาะสมต่อการทำงานเครือข่าย การพิจารณาเลือกหุ้นส่วนสมาชิกเครือข่ายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการบริการสาธารณะที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะ และต้องคำนึงถึงความสามารถของหุ้นส่วนนั้นในการจัดหาทรัพยากรหรือทรัพยากรที่ช่วยการทำงานของภาครัฐให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ข้อพิจารณาสำคัญในการเลือกหุ้นส่วน มีดังนี้ ๑) ความสามารถเข้ากันได้ของวัฒนธรรมองค์กร เพราะการหลอมรวมเครือข่ายให้เกิดขึ้นแก่สมาชิกเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเครือข่ายเป้าหมายหรือนโยบายร่วมกันใหม่เกิดขึ้นมา มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องสร้างค่านิยมร่วมกัน (common value) เพื่อให้เกิดความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกันต่อระดับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องภายในหุ้นส่วนเครือข่าย ๒) การประเมินขีดความสามารถหุ้นส่วน หุ้นส่วนควรมีทักษะและประสบการณ์เพียงพอที่จะบูรณาการเครือข่ายได้ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่นำมาใช้ในการประเมินขีดความสามารถของหุ้นส่วนว่ามีศักยภาพหรือไม่นั้น ประกอบด้วย ความคุ้มค่าเชิงต้นทุน ความเชี่ยวชาญเฉพาะที่มากกว่าหน่วยงานภาครัฐ เสถียรภาพทางการเงินของหุ้นส่วนผู้รับสัญญาหลัก และความสามารถในการรับความเสี่ยง ๓) ความใกล้ชิดของผู้รับบริการ ซึ่งความใกล้ชิดของหุ้นส่วนกับผู้รับบริการนั้น มีข้อพิจารณาและการดำเนินยุทธวิธี คือ ความใกล้ชิดผูกพันกับชุมชน ควรเลือกใช้หุ้นส่วนที่ใกล้ชิดผู้รับบริการในพื้นที่ โดยไม่จำเป็นต้องเข้าไป

สร้างสำนักงานประจำในแต่ละพื้นที่ทุกแห่ง หากแต่ใช้กลยุทธ์การอาศัยหน่วยงานของหุ้นส่วนในพื้นที่นั้น ๆ รับผิดชอบภารกิจของเครือข่ายทั้งหมดแทน และการใช้บทบาททางกฎหมายของหุ้นส่วนเพื่อสร้างการยอมรับโดยทั่วไป แนวทางการบริหารงานแบบเครือข่ายจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ แต่โดยมากภาครัฐมักดึงเอาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโครงสร้างและสถาบันต่าง ๆ ที่มีอยู่มาสร้างเป็นเครือข่ายเชิงสถาบัน (โกลด์สมิท, สตีเฟ่น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิ๊งคภักดิ์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๑๓๖-๑๔๔)

ประการที่สี่ การจัดประเภทและการใช้งานเครือข่ายอย่างเหมาะสม การเลือกประเภทเครือข่ายเพื่อทำงานร่วมกัน ต้องคำนึงถึงเป้าหมายของเครือข่ายเป็นสำคัญ สามารถแบ่งรูปแบบโครงสร้างเครือข่ายได้เป็น ๖ ประเภท ดังนี้ ๑) การจ้างเหมาบริการ (service contract) ภาครัฐจะใช้ระเบียบข้อบังคับตามสัญญาจ้างเป็นเครื่องมือเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรหรือเครือข่าย เช่น การบริการสาธารณสุข สุขภาพจิต สวัสดิการ ประกันสังคม สวัสดิการเด็ก การขนส่ง การป้องกันประเทศ เป็นต้น ๒) ห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ถูกส่งมอบเพื่อจัดบริการสาธารณะที่มีความสลับซับซ้อนค่อนข้างสูง เช่น การสร้างเครื่องบินรบ ระบบการขนส่งที่มีความต่อเนื่องและหลากหลายระหว่างทาง แต่โดยส่วนใหญ่รูปแบบนี้มักพบในการทำงานของภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ ๓) งานเฉพาะกิจ (ad hoc) มักเกิดขึ้นเพื่อรับมือกับสถานการณ์ใด ๆ ที่เป็นเหตุฉุกเฉิน เช่น การควบคุมโรคระบาด ภัยพิบัติทางธรรมชาติ การคุกคามทางไซเบอร์ เป็นต้น ๔) หุ้นส่วนผู้ให้บริการแทนรัฐ อาจเป็นบริษัทหรือหน่วยงานที่ไม่แสวงกำไร ได้รับมอบหมายจากรัฐให้บริการแก่ประชาชน เช่น การออกใบอนุญาตตกปลา การยื่นรายการภาษีผ่านระบบออนไลน์ของภาคเอกชนที่ทำหน้าที่แทนรัฐ ๕) ศูนย์ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เพื่อทำหน้าที่ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไปสู่ประชาชน โดยภาครัฐร่วมมือกับภาคเอกชน เพื่อช่วยในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร โดยเชื่อมต่อกับสารสนเทศของหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่น และ ๖) ศูนย์ประสานงานประชาชน โดยภาครัฐใช้งานเครือข่ายที่ครอบคลุมอย่างกว้างขวางในการเชื่อมต่อหน่วยงานต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการ เพราะบางกรณีหน่วยงานภาครัฐเพียงลำพังอาจขาดแคลนทรัพยากรบางอย่างที่ภาคส่วนอื่น ๆ มี (โกลด์สมิท, สตีเฟ่น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิ๊งคภักดิ์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๑๔๔-๑๔๘) นอกจากนี้ การออกแบบเครือข่ายที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องสร้างเครือข่ายให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหรือมีความยืดหยุ่น (flexibility) เพราะเครือข่ายเกิดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาโครงสร้างระบบราชการแบบเดิมที่การบริหารงานอยู่ภายใต้กฎระเบียบที่เข้มงวด มีข้อจำกัดในการทำงานที่ไม่คล่องตัวและมีประสิทธิภาพในเชิงการบริหารเท่าที่ควร ดังนั้น เครือข่ายจะต้องมี ๑) เพิ่มหรือลดจำนวนหุ้นส่วนการทำงานได้อย่างเหมาะสม ๒) ขยายหรือลดขอบเขตการทำงานได้ ๓) สามารถเพิ่มเติมประเด็นที่อาจตกหล่นหรือคาดไม่ถึงในช่วงการออกแบบเครือข่าย แต่จำเป็นต้องเพิ่มเติมในขั้นการปฏิบัติ ๔) แต่ละฝ่ายมีส่วนรับผิดชอบในความสำเร็จที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ ๕) ร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาหรือข้อบกพร่องที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า และ ๖) ทบทวนเป้าหมายของผลการดำเนินงานร่วมกัน สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสให้เครือข่ายตอบโต้หรือมีปฏิกิริยาเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง องค์ประกอบ บทบาท

หน้าที่ การเพิ่มหรือลดจำนวนหุ้นส่วน ฯลฯ (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพล โดย จักร ดิงศักดิ์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๑๕๓-๑๕๔)

ประการที่ห้า ความสามารถของหน่วยงานที่ทำหน้าที่บูรณาการเครือข่ายเข้าด้วยกัน ผู้ประสานงานเครือข่าย (coordinator) เปรียบเสมือนศูนย์กลางของเครือข่าย และมักเป็นหน่วยงานเดียวที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานกับสมาชิกทุกตัวภายในเครือข่าย จากการที่หน่วยงานภาครัฐต้องพึ่งพาเครือข่ายเพื่อส่งมอบบริการให้แก่ประชาชนมากขึ้นทุกครั้ง จึงจำเป็นต้องค้นหาว่าใครควรทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเครือข่ายและบูรณาการเครือข่ายให้สร้างความร่วมมือระหว่างกันอย่างไร ซึ่งหน่วยงานภาครัฐมี ๓ ทางเลือก คือ ๑) หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้บูรณาการเองโดยตรง ๒) มอบให้คู่สัญญาบูรณาการ หรือ ๓) ภาครัฐว่าจ้างเอกชนเข้ามาบูรณาการเป็นบุคคลที่สามเพื่อประสานงานเครือข่าย (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพล โดย จักร ดิงศักดิ์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๑๕๕-๑๕๗)

ประการที่หก การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพเพื่อบูรณาการเครือข่ายเข้าด้วยกัน การสื่อสารระหว่างกันอาจไม่สามารถทำให้การบูรณาการเครือข่ายเข้าด้วยกันนั้นบรรลุผลได้ หากขาดสิ่งสำคัญ คือ การมีแนวทางจัดการบุคลากร การตรวจสอบกระบวนการทำงาน การประสานค่านิยมอย่างต่อเนื่อง และการสร้างความไว้วางใจร่วมกันเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่แนบแน่นและสร้างแข็งแกร่งมากขึ้นแก่เครือข่าย ซึ่งต้องอาศัยทักษะ ความอดทนอดกลั้น และเวลาในการหลอมรวมเข้าด้วยกัน การบูรณาการเครือข่ายหัวใจสำคัญอยู่ที่การสื่อสารระหว่างกัน (communication) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้น มีประเด็นที่เครือข่ายจะต้องให้ความสำคัญ ดังนี้ ๑) วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการสื่อสารที่ดีของเครือข่ายมีคุณลักษณะที่สำคัญ คือ ช่วยให้การดำเนินงานที่มีความซับซ้อนภายในเครือข่ายมีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน และสามารถทราบข้อมูลความเคลื่อนไหวของเครือข่ายได้แบบ real-time สอดคล้องกับข้อเท็จจริงในแต่ละสถานการณ์ เพื่อให้เครือข่ายได้ร่วมกันแก้ไขต่อไปได้พร้อมกัน ๒) การประสานกิจกรรมระหว่างผู้มีส่วนร่วมของเครือข่าย ปัจจัยในการบูรณาการหุ้นส่วนหรือสมาชิกของเครือข่ายเข้าด้วยกันนั้นจะต้องมีการประสานความร่วมมือในระดับที่สูงมาก ซึ่งหน่วยงานภาครัฐยังคงอาศัยรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างกันผ่านหนังสือราชการส่งผลให้ขาดความน่าเชื่อถือ ลำช้า ไร้ประสิทธิภาพในการโต้ตอบ ขณะที่เครือข่ายภาคเอกชนเชื่อมต่อถึงกันด้วยระบบอินเทอร์เน็ตเพียงเว็บเพจเดียวกัน แต่สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้อยู่คนประเทศ ตลอดจนสามารถลดต้นทุนด้านธุรกรรมการสื่อสารได้อีกด้วย (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพล โดย จักร ดิงศักดิ์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๑๕๕-๑๕๕) และ ๓) ข้อมูลผู้รับบริการฐานเดียวกัน (one data base) การสร้างระบบฐานข้อมูลเดียวกันอาจมีปัญหายุบสรรคสำคัญอันเกิดจากต้นทุนด้านขีดความสามารถในการรองรับระบบเชื่อมต่อของเครือข่ายไม่เท่าเทียมกัน มักปรากฏในหน่วยงานที่มีงบประมาณและเทคโนโลยีที่จำกัด ขณะเดียวกันจะต้องรักษาความสมดุลระหว่างข้อมูลที่เครือข่ายจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน กับข้อมูลส่วนบุคคลหรือไม่ควรเปิดเผยหรืออาจมีความอ่อนไหวต่อความความเคลือบแคลงสงสัยและไม่เชื่อมั่นต่อกัน อันอาจส่งผลให้เครือข่ายล้มเหลวทั้งหมดได้ ดังนั้น สมาชิกควรตกลงเกี่ยวกับข้อมูลที่จะเปิดเผยให้เครือข่ายรับรู้ และจะมีขอบเขตอำนาจในการบริหารจัดการข้อมูลดังกล่าวนี้ได้อย่างไร ฯลฯ (โกลด์สมิท, สตี

เฟ้น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพลโดย จักร ดิงศัทธีย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๐๐-๒๐๙)

ประการที่เจ็ด การสร้างความสัมพันธ์ภายในเครือข่าย นักบูรณาการจะต้องวางกลยุทธ์เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ขึ้นในระยะยาว ค้นหาวิธีการบริหารงานเครือข่าย เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ประสานคุณค่าและประโยชน์ตอบแทนที่มุ่งใจไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนสร้างความไว้วางใจและชนะอุปสรรคและพรมแดนทางวัฒนธรรมให้จงได้ สิ่งที่น่าไปสู่ผลลัพธ์ในการทำงานเครือข่ายให้เกิดความไว้วางใจ (trust) ขึ้นภายในเครือข่าย สามารถสร้างได้จากกลยุทธ์สำคัญ ดังนี้ ๑) การจัดโครงสร้างการบริหารงานที่ดี ต้องสร้างความเข้าใจให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องภายในหุ้นส่วนแต่ละหน่วยสมาชิกให้รับรู้ถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นของเครือข่ายให้ได้ การออกแบบโครงสร้างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ต้องสร้างจุดปฏิสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ มีการปรึกษาหารือถึงข้อขัดแย้งระหว่างสมาชิก การคาดเดาปัญหาล่วงหน้าและเตรียมพร้อมหาหนทางแก้ไขให้ลุล่วงร่วมกัน ๒) เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ถือเป็นหัวใจสำคัญประการหนึ่งในการบูรณาการเครือข่าย ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ข้อผิดพลาดซึ่งกันและกัน สามารถนำไปปรับใช้สู่การเสริมสร้างขีดความสามารถของภาครัฐและหุ้นส่วนอื่น ๆ ต่อไปได้ อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญในการแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกันภายในเครือข่ายมีหลายประการ ได้แก่ ไม่ทราบแหล่งความรู้ที่ควรจะต้องประสานความร่วมมือ ไม่เต็มใจหรือไว้วางใจต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ขาดความพร้อมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยเหตุผลความไม่เท่าเทียมกันของสารสนเทศระหว่างหุ้นส่วน ขาดแรงจูงใจหรือกลัวการสูญเสียอำนาจ หรือมองว่าไม่ใช่หน้าที่รับผิดชอบ ตลอดจนไม่ให้ความสำคัญต่อความต้องการองค์ความรู้ของผู้อื่น หรือมุ่งเน้นผลงานของตนเองเป็นหลัก (โกลด์สมิท, สตีเฟ่น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพลโดย จักร ดิงศัทธีย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๑๒-๒๑๘) และ ๓) ความสามารถในการจัดการความแตกต่างทางวัฒนธรรมได้ เพื่อลดความไม่ไว้วางใจระหว่างกันอันเกิดจากภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องเป็นเครือข่าย หรือความแตกต่างจากปรัชญาการทำงานของแต่ละภาคส่วน ซึ่งจะต้องจัดให้มีกลไกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปรึกษาหารือร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ มีการอภิปรายด้วยเหตุและผล ภายใต้การคำนึงถึงการรักษาความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน เคารพความคิดเห็นและวิถีปฏิบัติต่อกัน และร่วมกันตัดสินใจเลือกแนวทางหรือนโยบายที่ดีที่สุดและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย ทำให้แต่ละฝ่ายมองเห็นความคาดหวังกันและกัน และกำหนดวิธีการตัดสินใจร่วมกันต่อไป (โกลด์สมิท, สตีเฟ่น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพลโดย จักร ดิงศัทธีย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๒๔-๒๓๒)

ประการที่แปด ความสมดุลในการกำกับดูแล การสร้างผลสัมฤทธิ์ของเครือข่ายต้องอาศัยกรอบความคิดรวบยอด (comprehensive framework) ประกอบด้วยกลยุทธ์ ๗ ประการ ได้แก่ ๑) การกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ต้องมีความชัดเจนในเชิงเป้าหมาย สามารถวางกลไกทดแทนประเด็นขัดแย้งระหว่างสมาชิกได้ และลำดับความสำคัญของหุ้นส่วนที่มีความต้องการภูมิหลังแตกต่างกันออกไป เป้าหมายต้องมีความยืดหยุ่นพอที่จะไม่สร้างภาระหรือความยุ่งยากซับซ้อนมากเกินไปแก่หุ้นส่วน (โกลด์สมิท, สตีเฟ่น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพลโดย จักร ดิงศัทธีย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๔๑-๒๔๓) ๒) การประสานคุณค่าให้

สอดคล้องกันและการสร้างความไว้วางใจ ความสำเร็จของเครือข่ายที่แท้จริงอาศัยความไว้วางใจที่หุ้นส่วนมีให้แก่กัน ซึ่งช่วยลดต้นทุนทางธุรกรรมระหว่างกันทั้งในการติดตามตรวจสอบ การเจรจาต่อรอง ตลอดจนการพยายามบังคับหุ้นส่วนให้ปฏิบัติตามสัญญาที่ให้ไว้ และยังมีส่วนเสริมสร้างการแลกเปลี่ยนสารสนเทศอย่างเปิดเผย ลดการพึ่งพิงกลไกทางกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิงศรัทีย และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๔๗-๒๕๒) ๓) ผลตอบแทนหรือประโยชน์ที่ได้รับจูงใจแก่สมาชิก การบริหารโดยยึดผลประโยชน์ตอบแทนจูงใจจะต้องประกอบทั้งคุณภาพที่ดีขึ้นพร้อมกับความประหยัด ขณะเดียวกัน ความเหมาะสมของค่าตอบแทนแก่หุ้นส่วนจะต้องธรรมตามผลสัมฤทธิ์มิใช่ต้นทุนธุรกรรมที่ทำ ไม่เอาर्डเอาเปรียบหุ้นส่วนมากจนเกินไป มีการแบ่งรายได้ที่เกิดจากการประหยัดมอบให้แก่หุ้นส่วนโดยมีมาตรวัดที่โปร่งใสและเป็นที่ยอมรับ (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิงศรัทีย และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๕๒-๒๖๕) ๔) การวัดและประเมินผลการดำเนินงาน ควรใช้กฎระเบียบให้เป็นไปอย่างเสมอภาค โดยเฉพาะต้นทุนการบริการของหน่วยงานภาครัฐจะต้องมีความโปร่งใส มีเกณฑ์เชิงคุณภาพและมาตรฐานการดำเนินงาน และต้องสร้างการมีส่วนร่วมภายในเครือข่าย เพื่อลดความสับสนไม่ชัดเจนอันเป็นอุปสรรคการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันภายในเครือข่ายได้ (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิงศรัทีย และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๘๐-๒๘๕) ๕) การกระจายความเสี่ยง ภาครัฐต้องมีการประเมินขีดความสามารถของคู่สัญญาและประสานความเข้าใจระหว่างกัน เมื่อคู่สัญญาทำงานได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตกลงกันไว้ บางครั้ง อาจต้องตัดออกไปจากเครือข่ายอย่างสิ้นเชิง เพื่อปกป้องชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือของหน่วยงานต้นเรื่อง แต่บางกรณีพบว่า เมื่อหุ้นส่วนทำงานได้ตามเกณฑ์ที่คาดหวัง หน่วยงานที่กำกับกลับปรับเกณฑ์ในระดับที่สูงขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินงานทำให้เกิดปัญหาขึ้นตามมาภายหลังเช่นกัน ดังนั้น ภาครัฐต้องสงวนสิทธิในการกำกับดูแลการทำงานของเครือข่ายไว้อย่างเข้มข้น (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิงศรัทีย และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๖๕-๒๗๐) ๖) การบริหารการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพและทันท่วงทีเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤต มักเกิดข้อโต้แย้งระหว่างความเสียหายจากเงื่อนไขของสัญญาและประโยชน์ต่อสาธารณะ เพื่อรักษาโครงสร้างการบริหารงานเครือข่ายโดยรวมเอาไว้ ผู้บริหารเครือข่ายจะต้องรักษาความยืดหยุ่นคล่องตัวให้เท่าที่จะทำได้ โดยไม่ยินยอมให้มีการเรียกร้องอย่างไม่มีเหตุผลเกิดขึ้น และอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเป้าหมายและผลการดำเนิน (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิงศรัทีย และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๘๕-๒๙๒) และ ๗) การมีแผนการลงทุนหรืองบประมาณที่ชัดเจน เพื่อให้ได้ผลตอบแทนโดยรวมสูงสุดและลดความเสี่ยง หน่วยงานภาครัฐต้องพิจารณาความเสี่ยงที่เกิดจากการพึ่งพาภายนอก อาทิ ความเสี่ยงทางการเงิน การปฏิบัติงาน การป้องกันหรือกำจัดความเสี่ยง คือ การกระจายความสัมพันธ์ไปกับหลากหลายผู้ส่งมอบหรือผู้รับการจ้างเหมาเพื่อที่ว่าหน่วยงานไม่ต้องพึ่งพาความสัมพันธ์ใดความสัมพันธ์หนึ่งมากเกินไป (โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แปลโดย จักร ดิงศรัทีย และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๒๙๒-๒๙๙)

ประการที่เก้า การพัฒนาสมรรถนะและขีดความสามารถเครือข่าย การบริหารงานภาครัฐแบบเดิมถูกจำกัดเชิงโครงสร้าง ทั้งทรัพยากรบุคคล งบประมาณ เทคโนโลยี และองค์ความรู้

ขณะเดียวกันภาครัฐต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมกดดันอื่น ๆ อาทิ ระเบียบราชการที่เคร่งครัด การเจรจาต่อรองต่าง ๆ ดังนั้น การบริหารจัดการภาครัฐแบบเครือข่ายเกิดขึ้นเพื่อลดช่องว่างที่บันทึกขีดความสามารถเหล่านี้ของภาครัฐ โดยอาศัยกลยุทธ์การบริหารเครือข่าย มีการใช้ทักษะ ความชำนาญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ มีการบูรณาการสิ่งต่าง ๆ เข้าด้วยกัน โดยทักษะที่ผู้บริหารเครือข่ายจำเป็นต้องมี ได้แก่ การประสานความร่วมมือ เครือข่ายเพื่อร่วมทำกิจกรรมกันได้ การเจรจาต่อรอง การสร้างความปรองดอง สมานฉันท์ การวิเคราะห์ความเสี่ยง การสร้างความไว้วางใจ และสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันแก่เครือข่ายทุกภาคส่วนได้ (โกลด์สมิท, สตีเฟ่น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพลโดย จักร ติงศภัทิย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๓๐๕-๓๐๗)

ประการสุดท้าย การมีแผนงานในอนาคต หลักการสำคัญในการบริหารเครือข่ายภาครัฐเพื่อเพิ่มสมรรถนะและความยั่งยืนของเครือข่าย คือ ๑) เน้นโครงสร้างการทำงานให้น้อยลงแต่ให้ความสำคัญกับคุณค่าสาธารณะมากขึ้น โดยเฉพาะการมุ่งไปให้หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งรับผิดชอบการแก้ไขปัญหาหรือการบริการงานภาครัฐที่มีประสิทธิภาพเพียงลำพัง ไม่สามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลโดยแท้จริงได้อีกต่อไป ภาครัฐจึงจำเป็นต้องแสวงหาวิธีการตั้งทรัพยากร งบประมาณจากภาคเอกชน หรือ ภาคส่วนอื่น ๆ มีการพัฒนาวิธีการประสานงานเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน การอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะ เทคโนโลยีที่ทันสมัย และบุคลากรด้านการจัดการ ๒) ภาครัฐสามารถสร้างเครือข่ายโดยระดมทรัพยากรจากหุ้นส่วน ทั้งงบประมาณ อำนาจหน้าที่ที่กระจายกระจายในหลายหน่วยงาน ความเหนียวแน่นของเครือข่ายมักเกิดจากความคิดสร้างสรรค์ในการประสานงานของผู้บริหารภาครัฐ ๓) ความยืดหยุ่นในการปรับตัวได้ตามสถานการณ์เป็นสิ่งสำคัญของการทำงานในรูปแบบเครือข่ายที่มักมีความสลับซับซ้อนของปัจจัยแวดล้อมและตัวบริการสาธารณะเอง จึงต้องแสวงหากระบวนการในการบรรลุเป้าหมายนั้นปลาย อันมีคุณค่าสาธารณะเป็นสำคัญ ๔) การพัฒนาชุดสมรรถนะหลัก โดยสมรรถนะสำคัญของการทางานเครือข่าย ๓ ประการ ได้แก่ การพัฒนาแนวคิดแบบเครือข่าย การบูรณาการเครือข่าย และการพัฒนาแนวทางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และ ๕) การลดและขยายขนาดไปพร้อม ๆ กัน การปรับโครงสร้างการบริหารงานภาครัฐ เน้นการแสวงหาบุคลากรที่มีความสามารถในการบริหารงานเครือข่าย เพื่อสร้างทีมงาน บริหารโครงการ วิเคราะห์ความเสี่ยง การเจรจาต่อรอง และทักษะอื่น ๆ ตลอดจนค้นหาเจ้าหน้าที่ที่มีสายสัมพันธ์อันดีกับเครือข่ายหุ้นส่วนอื่น ๆ ในอนาคต และลดทอนเจ้าหน้าที่บางส่วนที่ทำงานแคบ ๆ ชั่ว ๆ เพื่อดึงดูดบุคลากรที่มีความสามารถสูงร่วมทำหน้าที่กำกับดูแลหน่วยงาน (โกลด์สมิท, สตีเฟ่น และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, แพลโดย จักร ติงศภัทิย์ และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา, ๒๕๕๒ : ๓๔๗-๓๖๓)

๔. การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน (collaborative governance)

การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน เป็นแนวคิดบนพื้นฐานการบริหารกิจการบ้านเมืองแนวใหม่ (New Public Governance: NPG) ที่บทบาทของภาครัฐแตกต่างไปจากการบริหารงานแบบดั้งเดิม การกำหนดนโยบายจะไม่ได้มาจากภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว แต่ภาครัฐจะส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ภาคส่วนอื่น เช่น ภาคประชาชน NGOs ภาคธุรกิจ นักวิชาการ สื่อ

มาร่วมกำหนดนโยบาย แก้ปัญหาเชิงนโยบาย และร่วมดำเนินนโยบาย ซึ่งเป็นทิศทางการดำเนินนโยบายของรัฐที่เป็นกระแสที่เกิดขึ้นทั่วโลก และต่างไปจากการปกครองแบบเดิม (Government) ที่ภาครัฐมีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายอย่างชัดเจน โดยภาคประชาชนเป็นผู้รับประโยชน์ ผู้รับบริการ หรือเป็นลูกค้า (Customers) การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน จึงเป็นหนึ่งในรูปแบบการบริหารกิจการบ้านเมืองแนวใหม่ ที่มุ่งเน้นให้เกิดความร่วมมือกันขับเคลื่อนภารกิจของภาครัฐหรือกิจการสาธารณะให้บรรลุเป้าหมายในการตอบสนองต่อปัญหาและอำนวยความสะดวกสูงสุดแก่สาธารณะ โดยอาศัยกลไกความสัมพันธ์ในแนวราบ และมีรูปแบบปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในลักษณะภาคีหุ้นส่วน (Partnership) หรือเครือข่าย (Network) ครอบคลุมตั้งแต่การร่วมมือกันทำงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐด้วยกันเอง เช่น ความร่วมมือระหว่างหน่วยราชการส่วนกลางต่างสังกัด กระทรวง/กรม หรือระหว่างราชการส่วนกลาง/ส่วนภูมิภาคกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมไปถึงความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง ซึ่งเป็นการบริหารงานในลักษณะตัดข้ามอาณาเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับตัวแสดงในภาคส่วนอื่น ๆ เช่น องค์กรภาคธุรกิจ และองค์กรภาคประชาชน เป็นต้น ซึ่งการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน (collaborative governance) มีสาระสำคัญ ดังนี้

๔.๑ ลักษณะสำคัญของการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน

การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน เป็นหนึ่งในลักษณะของการบริหารราชการที่พัฒนามาจากฐานแนวคิดการบริหารราชการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Governance) ที่เปิดให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีการประยุกต์ใช้กับระบบราชการไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นต้นมา ดังนั้น การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันจึงมีลักษณะบางประการร่วมกับรูปแบบการบริหารจัดการภาครัฐในลักษณะอื่น ๆ ที่มีเป้าหมายเพื่อดึงตัวแสดงภาคส่วนอื่น ๆ ให้เข้ามาร่วมในกระบวนการบริหารงานของภาครัฐมากขึ้น ในขณะที่ตัวแสดงในการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันก็มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากรูปแบบการบริหารงานภาครัฐในลักษณะอื่นในประการต่าง ๆ ดังนี้ (Chris Ansell and Alison Gash, 2007 : 543-571)

ประการแรก การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันเป็นการเปิดพื้นที่ให้มีการเจรจาต่อรองเพื่อให้เกิดผลประโยชน์ร่วมกันทุกฝ่ายมากกว่าการแข่งขันกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะเข้ามาแสดงบทบาทตัดสินใจร่วมกันอย่างเสมอภาค ทั้งฝ่ายที่มีผลประโยชน์ร่วมกันและฝ่ายที่มีผลประโยชน์ขัดแย้งกัน ให้สามารถเจรจาตกลงและมีความสัมพันธ์ในเชิงความร่วมมือได้ ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบการบริหารกิจการสาธารณะที่ภาครัฐโดยทั่วไปที่เน้นการจัดการให้ตัวแสดงที่มีผลประโยชน์ขัดแย้งแข่งขันและเผชิญหน้ากันเข้ามาสู่กระบวนการต่อรองเพื่อหาข้อยุติ (Adversarialism)

ประการที่สอง การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันเปิดให้ตัวแสดงภาคส่วนอื่น ๆ เข้ามาร่วมแสดงบทบาทกับภาครัฐมากขึ้น โดยเฉพาะการเปิดให้ผู้บริหารมืออาชีพหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเข้ามามีบทบาทในการจัดการกิจการสาธารณะ หรือการเปิดให้ผู้จัดบริการ

สาธารณะภาคเอกชนเข้ามารับว่าจ้างจัดทำบริการสาธารณะแก่ประชาชนแทนหน่วยงานภาครัฐ (Managerialism)

ประการที่สาม การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน มีลักษณะเปิดกว้างและยืดหยุ่น เป็นรูปแบบการบริหารงานที่มุ่งดึงทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคมในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินภารกิจหรือนโยบายสาธารณะของรัฐเข้ามาร่วมแสดงบทบาทอย่างเสมอภาคกันในการตัดสินใจของภาครัฐได้โดยตรง และเปิดกว้างถึงระดับปัจเจกบุคคล การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน จึงไม่ใช่ความร่วมมือในลักษณะของการส่งตัวแทนเพื่อเจรจาในลักษณะทวิภาคีหรือไตรภาคี และไม่ได้มีลักษณะเป็นสมาคมที่เป็นทางการ (Associational governance) อย่างเช่นความร่วมมือของรัฐโดยทั่วไป

ประการที่สี่ การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน เป็นการบริหารนโยบายสาธารณะที่มีระดับการมีส่วนร่วมสูงกว่าการบริหารภายใต้รูปแบบเครือข่ายนโยบาย (Policy network) เนื่องจากรูปแบบเครือข่ายนโยบายนั้น แม้จะเป็นความสัมพันธ์ในเชิงประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ในสังคม แต่ก็เป็นการตัดสินใจร่วมกันแบบปิดระหว่างตัวแสดงที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งการตัดสินใจมักไม่มีแบบแผนการประสานความร่วมมืออย่างเป็นทางการ และการเจรจาต่อรองก็มักอาศัยการขึ้นำโน้มน้าวฝ่ายอื่น ในขณะที่การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน เป็นการบริหารนโยบายสาธารณะในลักษณะความร่วมมือภายใต้การจัดการโครงสร้างความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และการตัดสินใจร่วมกันบนฐานฉันทามติ

ประการสุดท้าย การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันที่เกิดจากการประสานบทบาทในการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน อาจมีกระบวนการทำงานคล้ายกับรูปแบบภาคีหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชน (Public-Private Partnership : PPPs) แต่มีความแตกต่างกันในประการสำคัญคือเป้าหมายของความร่วมมือ โดยความร่วมมือแบบ PPPs มีเป้าหมายเพื่อประสานการทำงานระหว่างภาครัฐและเอกชน ผ่านการร่วมกันดำเนินกิจการสาธารณะตามข้อตกลงภายใต้ระบบสัญญาซึ่งมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนระหว่างกันอย่างชัดเจน โดยการสร้างข้อตกลงระหว่างภาคีแต่ละฝ่ายบนฐานของการคิดคำนวณผลประโยชน์และเป้าหมายที่ตนเองต้องการบรรลุถึงเป็นสำคัญ แต่การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันเป็นรูปแบบความร่วมมือที่ภาคีทุกฝ่ายร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และตัดสินใจร่วมกันในทุกขั้นตอนของการทำงาน และเป็นการร่วมกันตัดสินใจบนฐานการคำนึงถึงเป้าหมายร่วมของสังคม

๔.๒ องค์ประกอบของกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน

ตัวแบบการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน มีองค์ประกอบสำคัญ อย่างน้อย ๖ ประการ (Chris Ansell and Alison Gash, 2007 : 543-571) คือ

๑. การริเริ่มความร่วมมือ การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ต้องมีความริเริ่มร่วมมือโดยหน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐ โดยมีวัตถุประสงค์ที่อาจเป็นไปได้เพื่อขับเคลื่อนภารกิจให้บรรลุเป้าหมาย หรือเป็นการแสดงบทบาทร่วมกับตัวแสดงจากภาคส่วนอื่น ๆ ตามที่กฎหมายที่ได้กำหนดบทบาทและอำนาจหน้าที่ไว้

๒. ตัวแสดงที่เกี่ยวข้อง การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ต้องมีการเปิดพื้นที่ให้ตัวแสดงภาครัฐ และตัวแสดงที่มีใช้ภาครัฐ ทั้งภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคส่วนอื่น ในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบริหารภารกิจหรือนโยบายสาธารณะ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารงานของภาครัฐ

๓. การแสดงบทบาท ภาคส่วนต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ต้องมีส่วนในการตัดสินใจในกิจการของภาครัฐหรือนโยบายสาธารณะของรัฐได้ในทุกขั้นตอน ถึงแม้ว่าอำนาจการตัดสินใจสุดท้ายจะขึ้นอยู่กับหน่วยงานภาครัฐก็ตาม

๔. การจัดโครงสร้างการทำงาน การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ต้องมีการจัดโครงสร้างความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการที่ทำให้ทุกฝ่ายเข้ามาแสดงบทบาทร่วมกันผ่านการกำหนดกระบวนการบริหารจัดการรูปแบบเฉพาะขึ้น อาทิ การวางกฎเกณฑ์และระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ที่เป็นทางการเพื่อรองรับการขับเคลื่อนการจัดบริการสาธารณะของภาครัฐ

๕. การตัดสินใจ การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันต้องมีจุดมุ่งหมายเพื่อเปิดให้ทุกฝ่ายเข้ามาตัดสินใจร่วมกันบนฐานของการแสวงหาทางออกที่สะท้อนฉันทามติของทุกฝ่ายเพื่อให้ได้รับ ประโยชน์ร่วมกันผ่านการเจรจา ประนีประนอม หรือแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ แม้จะไม่สามารถสร้างความเห็นพ้องตรงกันได้ทั้งหมดแต่ต้องเป็นการตัดสินใจที่ทุกฝ่ายยอมรับร่วมกันได้

๖. เป้าหมายของการทำงานร่วมกัน การบริหารกิจการบ้านเมืองร่วมมือกันต้องมีเป้าหมายในเชิงนโยบายสาธารณะเท่านั้น มิใช่การอาศัยกลไกการบริหารงานของภาครัฐเพื่อการเจรจาต่อรองผลประโยชน์ของกลุ่มผลประโยชน์เฉพาะกลุ่ม

๔.๓ ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน

การสร้างความร่วมมือกันทำงานระหว่างตัวแสดงภาครัฐกับภาคส่วนอื่น ๆ ในสังคม ภายใต้กรอบแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ซึ่งมีสำคัญต่อการกำหนดรูปแบบกระบวนการทำงานร่วมกัน (Collaborative process) ซึ่งอธิบายได้จากปัจจัยที่สำคัญ ๓ ประการ (Chris Ansell and Alison Gash, 2007 : 543-571) ได้แก่

๑. เงื่อนไขก่อเกิดความร่วมมือ (Starting conditions) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความยอมรับเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ปัจจัยนี้เกี่ยวกับเงื่อนไขก่อเกิดความร่วมมือซึ่งมีสำคัญกับระดับของความสำเร็จในการทำงานร่วมกัน อาจจะเป็นไปในแง่การส่งเสริมการสร้างความร่วมมือ และการบั่นทอนการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ซึ่งสามารถสรุปเงื่อนไขก่อเกิดความร่วมมือได้ ๓ ประการ ประกอบด้วย ๑) ศักยภาพ อำนาจหน้าที่ และทรัพยากรของภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ๒) แรงจูงใจและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ ๓) ภูมิหลังความสัมพันธ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

๒. การจัดโครงสร้างความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ (Institutional design) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดกรอบกฎเกณฑ์การร่วมมือกันทำงาน กระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองต้องมีโครงสร้างแบบเปิดกว้างให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถเข้ามามีบทบาทร่วมกันได้เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดความตระหนักถึงความชอบธรรมที่จะเข้าไปร่วมในกระบวนการตัดสินใจบริหารกิจการสาธารณะ โดยเงื่อนไขสำคัญของการสร้างกระบวนการบริหารกิจการสาธารณะที่มีประสิทธิผล

คือ ๑) การเปิดกว้างในเชิงโครงสร้าง ๒) การสร้างความโปร่งใสในกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมือง และ ๓) การกำหนดกรอบระยะเวลาในการทำงาน

๓. บทบาทผู้นำการสร้างความร่วมมือ (Facilitative leadership) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดกรอบกฎเกณฑ์การร่วมมือกันทำงาน กระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองต้องมีโครงสร้างแบบเปิดกว้างให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถเข้ามามีบทบาทร่วมกันได้ เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดความตระหนักถึงความชอบธรรมที่จะเข้าไปร่วมในกระบวนการตัดสินใจบริหารกิจการสาธารณะ โดยเงื่อนไขสำคัญของการสร้างกระบวนการบริหารกิจการสาธารณะที่มีประสิทธิผล คือ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดตัวกลางในการเชื่อมประสานความร่วมมือและเอื้ออำนวยให้กระบวนการทำงานร่วมกันขับเคลื่อนไปได้ เนื่องจากผู้นำที่มีลักษณะดังกล่าวจะดึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาทำงานร่วมกันในการผลักดันเป้าหมายภายใต้กระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน โดยผู้นำมีบทบาทในการชี้แนะให้ทุกฝ่ายตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของกระบวนการร่วมกันสร้างฉันทามติในการทำงาน อีกทั้งยังทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการเจรจาข้อตกลงของการทำงานร่วมกัน ทำหน้าที่เป็นฝ่ายที่สาม (Third party) โดยเข้าไปมีบทบาทแทรกกลางระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฝ่ายต่าง ๆ ผู้นำในกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ต้องมีทักษะด้านต่าง ๆ ได้แก่ การส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมทำงานอย่างแข็งขัน การแสดงอิทธิพลเหนือตัวแสดงทุกฝ่ายและควบคุมทิศทางกระบวนการทำงานร่วมกัน การเอื้ออำนวยให้การทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มเกิดพลวัตนำไปสู่การสร้างสรรค์-ผู้นำกลุ่ม การขยายขอบเขตของกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ทั้งนี้ การร่วมมือกันทำงานให้ประสบความสำเร็จอาจมีผู้นำมากกว่าหนึ่งคน (Multiple leaders) ทั้งผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ แสดงบทบาทร่วมกัน ผู้นำที่สามารถแสดงบทบาทได้มีประสิทธิผลต้องเป็นผู้ที่มีเวลาทุ่มเท มีทรัพยากรในการบริหารงานของตนเองเพียงพอ และมีทักษะการบริหารจัดการอย่างรอบด้าน

๔.๔ กระบวนการสร้างความเป็นภาคีหุ้นส่วนเพื่อบริหารกิจการบ้านเมืองร่วมกัน

ตัวแบบกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วนตั้งอยู่บนฐานการให้ความสำคัญกับมิติการตัดสินใจร่วมกัน โดยกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน ประกอบด้วยขั้นตอน ๕ ขั้นตอน (Chris Ansell and Alison Gash, 2007 : 543-571) ดังนี้

๑. ขั้นตอนการเจรจาทวิภาคีหรือพหุภาคีหน้ากันทุกฝ่าย (Face-to-Face Dialogue)

กระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันมักเริ่มต้นจากการสนทนาระหว่างกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ อย่างพร้อมหน้าระหว่างภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องแบบพหุภาคีหน้ากันทุกฝ่าย ถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการทลายข้อจำกัดด้านความไว้วางใจในเจตนาของแต่ละฝ่ายที่นำไปสู่การเข้ามามีส่วนร่วมทำงานกัน และนำไปสู่การสร้างฉันทามติระหว่างทุกฝ่ายในการทำงาน

๒. การสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Trust Building) การสร้าง

กระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน มักมีจุดเริ่มต้นจากสภาพที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ในการสร้างความร่วมมือกันจึงไม่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการเจรจาต่อรองเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการสร้าง ความไว้วางใจกันซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะกรณีที่มีภูมิหลังเป็นคู่ขัดแย้งหรือมีจุดยืน ความต้องการและผลประโยชน์ตรงข้ามกัน

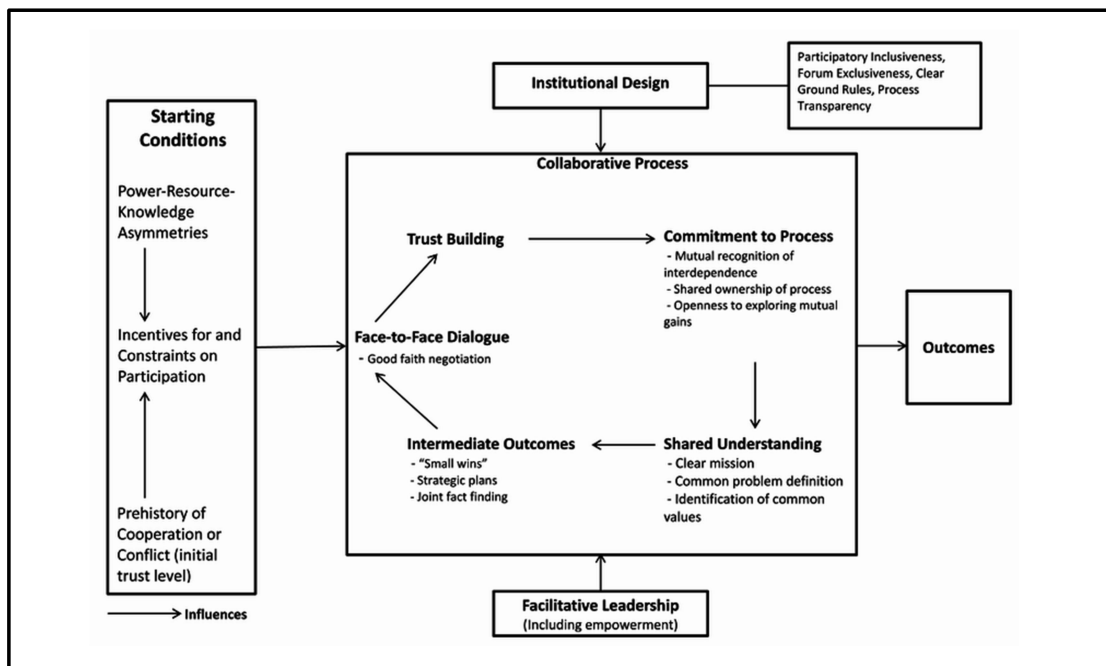
การสร้างควมไว้วางใจกันจึงต้องควบคู่ไปกับการหารือและเจรจาต่อรองระหว่างทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยบทบาทของผู้นำในการทำหน้าที่เป็นคนกลางเปิดพื้นที่การเจรจาแลกเปลี่ยน ระดมความคิดเห็นร่วมกัน และการสร้างความเชื่อถือและไว้วางใจให้เกิดขึ้น โดยเฉพาะการทำให้ภาคี ฝ่ายที่มีจุดยืนตรงข้ามกันเกิดความไว้วางใจกัน ทำให้ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยระยะเวลา ค่อนข้างมาก

๓. การสร้างความยินยอมพร้อมใจในการทำงานร่วมกัน (Commitment to the Process) ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จของกระบวนการบริหารกิจการ บ้านเมืองแบบร่วมมือกัน คือ ระดับความยินยอมพร้อมใจในการสร้างกระบวนการทำงานร่วมกัน ระหว่างภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผ่านการหามติข้อตกลงระหว่างกันก่อนจะลงมือ ทำงานร่วมกัน โดยหน่วยงานภาครัฐจำเป็นต้องมีความยินยอมในการทำงานร่วมกับภาค ส่วนอื่น ๆ และมีบทบาทการกระตุ้นให้ทุกฝ่ายเกิดความพร้อมใจในการทำงานร่วมกัน ด้วยการสร้าง แรงจูงใจในการเข้าร่วมทำงานกันจากการเล็งเห็นถึงประโยชน์ของสาธารณะ นำไปสู่กระบวนการ สร้างความเชื่อมั่นร่วมกันว่าการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันเป็นหนทางที่จะทำให้ทุกฝ่าย สามารถขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ เมื่อทุกฝ่ายมีความตระหนักถึง ความสำคัญในบทบาทของกันและกัน ยอมรับในศักยภาพ ความสามารถ เคารพเกียรติและศักดิ์ศรี และเชื่อมั่นในพลังของในการทำงานร่วมกัน ทั้งนี้ ระดับความยินยอมพร้อมใจในการทำงานร่วมกันนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นไว้วางใจว่าทุกฝ่ายจะให้ความเคารพและยอมรับความคิดเห็น มีจุดยืนทาง ผลประโยชน์และความต้องการของตนเอง รวมไปถึงการมีหลักเกณฑ์และระเบียบวิธีการทำงานที่ชัดเจน เป็นธรรม และโปร่งใส เนื่องจากภายใต้กระบวนการทำงานร่วมกันนี้อาจนำไปสู่ทิศทางที่ไม่คาดหวังได้นั้น ทุกฝ่ายจะมีความมั่นใจได้ว่ากระบวนการดำเนินงานร่วมกันนั้นเป็นไปอย่างถูกต้องตรงไปตรงมา การตัดสินใจที่ทุกฝ่ายเข้ามามีบทบาทร่วมกันจะนำไปสู่การเกิดความรู้สึกยอมรับและรับผิดชอบร่วมกัน

๔. การสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน (Shared Understanding) การสร้าง ความเข้าใจที่ตรงกันก่อนที่ทุกฝ่ายจะลงมือปฏิบัติงานร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ของตนเองโดยที่ภาคี ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายจำเป็นต้องมีการสร้างความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับการกิจที่แต่ละฝ่าย สามารถร่วมกันดำเนินการให้บรรลุผลสำเร็จได้ ทั้งนี้ การมีความเข้าใจที่ตรงกันนั้นจะครอบคลุมการ สร้างความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ร่วมกัน ได้แก่ พันธกิจร่วมกัน (Common Mission) วิสัยทัศน์ร่วมกัน (Shared Vision) ยึดถืออุดมการณ์ร่วมกัน (Shared Ideology) เล็งเห็นเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกัน (Clear Goals) มีทิศทางการดำเนินยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนร่วมกัน (Clear and Strategic Direction) ยึดถือค่านิยมหลักร่วมกัน (Alignment of Core Values) มีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจร่วมกัน (Common Ground) วางเป้าประสงค์ของภารกิจร่วมกัน (Common Purpose) มีจุดมุ่งหมาย ร่วมกัน (Common Aims) และกำหนดวัตถุประสงค์ของงานร่วมกัน (Common Objectives) นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องมีการสร้างความเห็นพ้องต้องกันเกี่ยวกับการนิยามสภาพปัญหาที่ต้องอาศัย การมีฐานความรู้ความเข้าใจในประเด็นปัญหานั้น ๆ การพัฒนาความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการกิจ จึงเป็นขั้นตอนหนึ่งในการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีทุกภาคส่วนกับการดำเนินการกิจหรือนโยบาย สาธารณะ ในการขับเคลื่อนกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันให้ประสบผลสำเร็จ

๕. การสร้างผลลัพธ์ของความร่วมมือให้เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน (Intermediate Outcomes) ภาควิชาที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายมีความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับการขับเคลื่อนภารกิจให้บรรลุผลตามเป้าหมายร่วมที่วางไว้ ขั้นตอนต่อมาคือ การลงมือปฏิบัติงานในแต่ละกิจกรรม โดยทุกฝ่ายต้องร่วมกันสร้างผลลัพธ์ของความร่วมมือให้ปรากฏในแต่ละกิจกรรม ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อการผลักดันกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันให้ลุล่วงโดยผลลัพธ์ของการทำงานที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองเป็นสิ่งที่ทำให้ทุกฝ่ายเกิดความเชื่อมั่นในกระบวนการทำงานร่วมกัน และเล็งเห็นถึงประโยชน์ที่แต่ละฝ่ายจะได้รับร่วมกันในท้ายที่สุด ซึ่งตัวแบบกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน (collaborative governance) ปรากฏตามแผนภาพที่ ๒ – ๒

แผนภาพที่ ๒ – ๒ แสดงตัวแบบกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน



ที่มา : Chris Ansell and Alison Gash, 2007 p. 557.

๔.๕ รูปแบบการจัดโครงสร้างภาคีหุ้นส่วนในการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน

การสร้างความร่วมมือระหว่างหลายองค์กรเพื่อมาร่วมกันบริหารกิจการสาธารณะภายใต้ความสัมพันธ์ในเชิงภาคีหุ้นส่วน (Multi-organizational partnership) สามารถจัดโครงสร้างความสัมพันธ์แบบภาคีหุ้นส่วน ได้เป็น ๗ รูปแบบ (Helen Sullivan and Chris Skelcher, 2002 : 35-55, อ้างถึงใน วสันต์ เหลืองประภัสร์ และคณะ, ๒๕๕๗ : ๗๕-๗๘) ได้แก่

๑. องค์กรความร่วมมือที่มีบทบาทและอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย (Statutory Body) การจัดตั้งองค์กรความร่วมมือในลักษณะนี้จัดตั้งขึ้นตามบทบัญญัติของกฎหมาย

เฉพาะที่ระบุไว้ โดยที่องค์กรมีสถานะเป็นนิติบุคคล มีการบริหารงาน อย่างเป็นเอกเทศทั้งการบริหารงานบุคคลและงบประมาณ รวมถึงการมีอำนาจหน้าที่เฉพาะของตนเองตามขอบเขตที่กฎหมายระบุไว้ (Statutory corporate body) การดำเนินการกิจจึงไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการบริหารงานภายในขององค์กรภาคีสมาชิก

๒. องค์กรความร่วมมือที่มีสถานะนิติบุคคล (Joint authority / Joint board) องค์กรความร่วมมือในลักษณะนี้เกิดจากความสมัครใจและความเห็นพ้องต้องกันขององค์กรภาคี โดยมีเป้าหมายเพื่อร่วมกันบริหารกิจการสาธารณะในขอบเขตอำนาจหน้าที่ ภายใต้วัตถุประสงค์ทางการบริหาร เช่น ด้านประสิทธิภาพ ด้านความคุ้มค่า อีกทั้งองค์กรความร่วมมือยังมีสถานะนิติบุคคล (Statutory partnership body) มีกลไกการบริหารองค์กรโดยคณะกรรมการ ประกอบด้วยตัวแทนจากองค์กรภาคีสมาชิกทุกแห่ง นอกจากนี้มีบทบาทหน้าที่ และเป้าหมายในการดำเนินงานภายใต้ขอบเขตที่ร่วมกันกำหนดในข้อตกลงเชิงพันธสัญญา

๓. องค์กรความร่วมมือที่ไม่มีสถานะนิติบุคคล (Joint committee) องค์กรความร่วมมือในลักษณะนี้เป็นองค์กรในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการเกิดขึ้นจากข้อตกลงเป็นภาคีหุ้นส่วนระหว่างองค์กรภาคีสมาชิก เช่น การทำบันทึกความเข้าใจร่วมกัน (Memorandum of understanding) องค์กรความร่วมมือในลักษณะนี้จึงไม่มีอำนาจหน้าที่ของตนเอง (Not corporate body)

๔. องค์กรความร่วมมือในลักษณะภาคีเครือข่าย (Unincorporated association) องค์กรความร่วมมือในลักษณะนี้เกิดขึ้นจากการสร้างความสัมพันธ์ในเชิงภาคีหุ้นส่วนเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะให้บรรลุเป้าหมาย (Public policy partnership) มีลักษณะรูปแบบความสัมพันธ์เป็นเครือข่ายมีการประสานความร่วมมือบนฐานของการทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน (Memorandum of agreement) ระหว่างตัวแทนองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง มีการจัดโครงสร้างรูปแบบของการประสานความร่วมมือระหว่างภาคีสมาชิก และเป้าหมายในการดำเนินงานร่วมกันจะถูกกำหนดไว้ในบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ ซึ่งไม่มีผลผูกพันทางกฎหมาย ดังนั้น องค์กรความร่วมมือในลักษณะภาคีเครือข่าย จึงไม่มีสถานะทางกฎหมาย นั่นคือ มีชื่อองค์กรนิติบุคคล ไม่มีอำนาจหน้าที่เฉพาะของตนเอง ไม่สามารถทานิติกรรมสัญญา ไม่สามารถจ้างบุคลากร หรือถือครองทรัพย์สินของตนเองได้

๕. ภาคีหุ้นส่วนในรูปสหกรณ์และธุรกิจเพื่อสังคม (Mutual and Public interest Company) เป็นความร่วมมือซึ่งเกิดจากการสร้างภาคีหุ้นส่วนระหว่างหน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับองค์กรภาคีธุรกิจ เอกชน หรือองค์กรชุมชน หรือองค์กรภาคประชาสังคม เพื่อระดมเงินทุน ทรัพยากร บุคลากร ทักษะและองค์ความรู้ต่าง ๆ เพื่อดำเนินกิจการวิสาหกิจชุมชน เช่น สหกรณ์ ธนาคารชุมชน กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มอาชีพ เป็นต้น มีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาหรืออำนวยความสะดวกแก่ผู้ที่เดือดร้อนในชุมชน เช่น ผู้ว่างงาน ผู้มีรายได้น้อย หรือผู้ประกอบการที่ประสบปัญหาด้านการผลิตหรือ เงินทุน ทั้งนี้ การร่วมมือกันจัดตั้งวิสาหกิจชุมชนมีความแตกต่างจากองค์กรเชิงธุรกิจ ตรงที่ไม่ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อจัดสรรหรือแบ่งปันผลประโยชน์จากการดำเนินงานให้แก่สมาชิกองค์กร แต่มุ่งนำผลกำไรมาเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ชุมชนเป็นสำคัญ (Benefit for the community)

๖. กองทุนสาธารณประโยชน์ และองค์กรการกุศล (Trust and Charity)

องค์กรความร่วมมือในลักษณะนี้เกิดจากการสร้างภาคีหุ้นส่วนระหว่างหน่วยงานภาครัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับองค์กรชุมชน หรือองค์กรภาคประชาสังคม (Local authority-Community partnership) เพื่อดำเนินกิจการสาธารณะแบบไม่แสวงผลกำไร มีเป้าหมายเพื่อร่วมกันระดมทุนและทรัพยากรในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมตามเป้าหมายที่ภาคีหุ้นส่วนได้ตกลงร่วมกัน

๗. ภาคีหุ้นส่วนในรูปบริษัท (Partnership as companies) องค์กรความ

ร่วมมือในลักษณะนี้เกิดจากการสร้างภาคีหุ้นส่วนระหว่างหน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับองค์กร ธุรกิจเอกชน เพื่อระดมทุนร่วมกันจัดตั้งองค์กรนิติบุคคลในรูปแบบบริษัทสำหรับใช้ดำเนินการจัดบริการสาธารณะในเชิงพาณิชย์ หรือกิจการที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ทั้งนี้ มักเป็นการสร้างภาคีหุ้นส่วนระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับภาคธุรกิจเอกชน โดยเฉพาะการระดมทุนจัดตั้งกิจการร่วมค้า (Joint ventures) เพื่อดำเนินกิจการสาธารณะในระดับท้องถิ่น องค์กรความร่วมมือในลักษณะนี้จึงมีสถานะเป็นองค์กรภาคีหุ้นส่วนที่มีระบบการบริหารงานแยกจากองค์กรภาคีสมาชิก มีการบริหารงบประมาณของตนเอง สามารถว่าจ้างบุคลากร และทำนิติกรรมสัญญาได้โดยตรง

๔.๖ ปัจจัยความสำเร็จกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลาย

ภาคส่วน

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือซึ่งหมายถึงขีดความสามารถในการประสานความร่วมมือ (Collaborative capacity) (Chris Ansell and Alison Gash, 2007 : 99-117) มีดังนี้

๑. ขีดความสามารถในการประสานความร่วมมือระดับตัวบุคคล ปรากฏใน

๒ ลักษณะควบคู่กัน คือ ความสามารถในการเป็นผู้ประสานเชื่อมโยงภาคี (Boundary-spanners) และความสามารถในการเป็นผู้สร้างเครือข่าย (Reticulists) โดยที่ผู้ประสานเชื่อมโยงภาคีและสร้างเครือข่ายเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในทุกช่วงของกระบวนการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน กล่าวคือ ในช่วงเริ่มต้นก่อตั้งความร่วมมือ ผู้ประสานเชื่อมโยงภาคีและสร้างเครือข่าย จะมีบทบาทในฐานะ “ตัวเชื่อม” ระหว่างองค์กรภาคีฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยทักษะในการเจรจาสื่อสารและทักษะในการประสานเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรภาคี ในระหว่างที่การดำเนินการกิจ ผู้ประสานเชื่อมโยงภาคีและสร้างเครือข่ายจะมีบทบาทในฐานะ “ผู้จัดการ” ระบบการบริหารการกิจร่วมกันขององค์กรภาคี โดยอาศัยทักษะการบริหารจัดการองค์กร และทักษะการเป็นตัวกลางไกล่เกลี่ยหาทางออกที่ทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกัน นอกจากนี้ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานร่วมกัน ผู้ประสานเชื่อมโยงภาคีและสร้างเครือข่าย จะมีบทบาทในฐานะ “ผู้นำ” ของภาคีความร่วมมือ โดยอาศัยทักษะการจัดการปัญหาการจัดการความเสี่ยงและการมีวิสัยทัศน์ เล็งเห็นถึงโอกาสของการพัฒนาความร่วมมือในบริบทที่กว้างขวางยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการแสดงบทบาทผู้ประสานเชื่อมโยงภาคีและสร้างเครือข่าย ขึ้นอยู่ปัจจัย 2 ประการ คือ ประการแรก การได้รับความไว้วางใจ (Trust) และประการที่สอง การได้รับการยอมรับในฐานะผู้นำ (Leadership) จากองค์กรภาคีทุกฝ่าย

๒. ชีตความสามารถในการประสานความร่วมมือขององค์กร ชีตความสามารถ

ในการประสานความร่วมมือเพื่อดำเนินการกิจกรรมกับองค์กร มี ๔ ลักษณะ (Chris Ansell and Alison Gash, 2007 : 105-110) ได้แก่ ๑) การมีวัฒนธรรมการทำงานร่วมกับองค์กรอื่น (Collaborative culture) โดยการมีกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกับองค์กรอื่น ซึ่งเกิดขึ้นจากการสร้างระบบการติดตามประเมินผลเพื่อชี้วัดระดับประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันของภาคีหุ้นส่วน ๒) การมีกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกับองค์กรอื่น (Learning in collaboration) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความสามารถในการปรับตัวและการตอบสนองต่อการบริหารงานเชิงกลยุทธ์ โดยผ่านกลไกการกระจายอำนาจการตัดสินใจจากผู้บริหารลงไปยังบุคลากรระดับปฏิบัติการ ๓) การมีผู้นำองค์กรที่พร้อมสนับสนุนการทำงานร่วมกับองค์กรอื่น (Organizational leadership) เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อความยั่งยืนในการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน เนื่องจากจำเป็นต้องอาศัยบทบาทของผู้นำในแต่ละองค์กรในการเสริมสร้างชีตความสามารถขององค์กรภาคีของตนให้สามารถประสานการทำงานร่วมกับองค์กรภาคีอื่นได้ และ ๔) การได้รับความไว้วางใจจากองค์กรอื่นและการยึดมั่นในหลักเกณฑ์การทำงานร่วมกัน (Inter-organizational trust and principled conduct) เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมร่วมของภาคีหุ้นส่วนมักเกี่ยวข้องกับการระดมทรัพยากรและงบประมาณจากภาคีหุ้นส่วน เพื่อดำเนินกิจกรรมภายใต้เป้าหมายของภารกิจร่วม หากขาดความไว้วางใจ ซึ่งกันและกันระหว่างองค์กรภาคีสมาชิกจึงอาจนำไปสู่ความล้มเหลวในการทำงานร่วมกันได้ โดยปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจซึ่ง กันและกันระหว่างองค์กร

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๑. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

มีหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตที่สำคัญ ดังนี้

มาตรา ๓ “ความผิดปกติทางจิต” หมายความว่า อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาท การรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

“ผู้ป่วย” หมายความว่า บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษา

“ภาวะอันตราย” หมายความว่า พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงออกโดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเอง หรือผู้อื่น

“ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” หมายความว่า สภาวะของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา และต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้มีความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรง หรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น

“สถานบำบัดรักษา” หมายความว่า สถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๑๒ สถานบำบัดรักษาแต่ละแห่งให้มีคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาซึ่งอธิบดีแต่งตั้ง ประกอบด้วย จิตแพทย์ประจำสถานบำบัดรักษาหนึ่งคนเป็นประธานกรรมการ แพทย์หนึ่งคน พยาบาลจิตเวชหนึ่งคน นักกฎหมายหนึ่งคน และนักจิตวิทยาคลินิกหรือนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์หนึ่งคนเป็นกรรมการ

มาตรา ๒๒ บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา

(๑) มีภาวะอันตราย

(๒) มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

มาตรา ๒๓ ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา ๒๒ ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจโดยไม่ชักช้า

มาตรา ๒๖ ในกรณีฉุกเฉิน เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจได้รับแจ้งตามมาตรา ๒๓ หรือพบบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งมีภาวะอันตราย และเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง ให้มีอำนาจนำตัวบุคคลนั้น หรือเข้าไปในสถานที่ใด ๆ เพื่อนำตัวบุคคลนั้นส่งสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น ตามมาตรา ๒๗

มาตรา ๒๗ ให้แพทย์อย่างน้อยหนึ่งคนและพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งคนที่ประจำสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษา ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นบุคคลที่มีการนำส่งตามมาตรา ๒๔ มาตรา ๒๕ หรือมาตรา ๒๖ ให้แล้วเสร็จโดยไม่ชักช้า ทั้งนี้ ต้องไม่เกินสี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่ บุคคลนั้นมาถึงสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา

การตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นตามวรรคหนึ่ง ให้แพทย์มีอำนาจตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาเพียงเท่าที่จำเป็นตามความรุนแรงของอาการเพื่อประโยชน์แก่สุขภาพของบุคคลนั้น

ในกรณีที่ผลการตรวจตามวรรคหนึ่งปรากฏว่าบุคคลนั้นจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียดจากคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ส่งตัวบุคคลนั้นพร้อมกับรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นเพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียดตามมาตรา ๒๘

หลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นตามวรรคสาม ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๒๘ เมื่อสถานบำบัดรักษารับบุคคลที่พนักงานเจ้าหน้าที่นำส่งตามมาตรา ๒๗ วรรคสาม หรือแพทย์นำส่งตามมาตรา ๒๘ แล้วแต่กรณี ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการบุคคลนั้นโดยละเอียดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่รับตัวบุคคลนั้นไว้ ในกรณีที่ คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาเห็นว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา ๒๒ ให้มีคำสั่งอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) ให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา

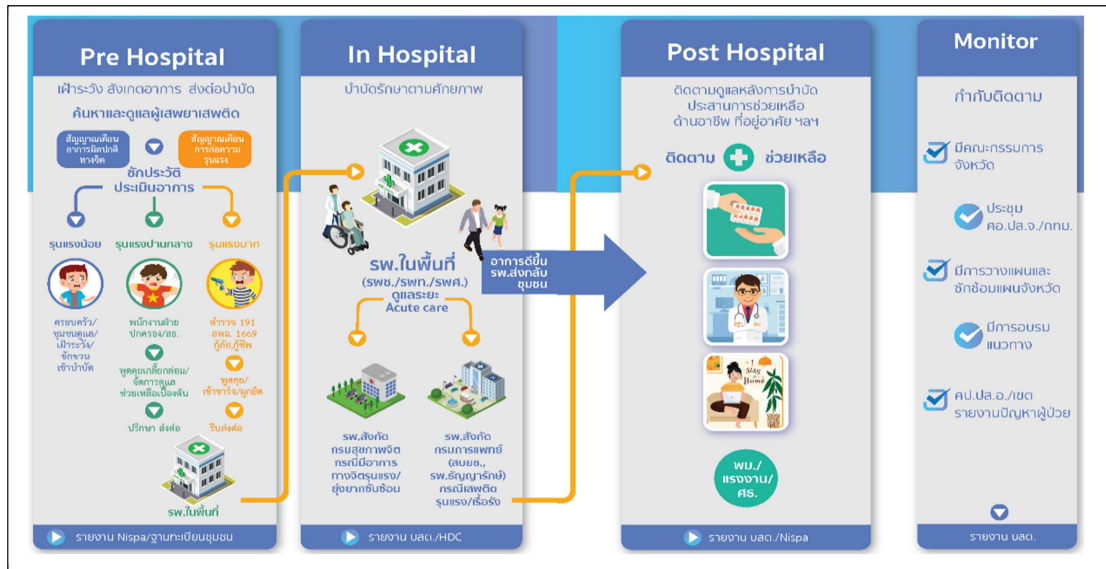
(๒) ให้บุคคลนั้นต้องรับการบำบัดรักษา ณ สถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัดรักษา เมื่อบุคคลนั้นไม่มีภาวะอันตราย ทั้งนี้กำหนดเงื่อนไขใด ๆ ที่จำเป็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาให้บุคคลนั้น หรือ ผู้รับดูแลบุคคลนั้นต้องปฏิบัติตามด้วยก็ได้

ให้นำความในมาตรา ๒๗ วรรคสอง มาใช้บังคับกับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการตาม วรรคหนึ่งโดยอนุโลม

หลักเกณฑ์และวิธีการในการพิจารณาและมีคำสั่งตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการกำหนดมาตรการเกี่ยวกับการคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันเพื่อควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดรักษา ตามมาตรฐานทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมทุกภาคส่วน ซึ่งลักษณะผู้ป่วยตามมาตรา ๒๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม คือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่แสดงออกโดยความผิดปกติทางจิต น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อตนเอง ต่อผู้อื่น หรือต่อทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น, ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา, ไม่เข้าใจลักษณะความเจ็บป่วยของตนเองซึ่งต้องได้รับการรักษา, ไม่ตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ตนตัดสินใจรับ หรือไม่รับการรักษายของแพทย์ ส่วนผู้ป่วยคดี คือ บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งอยู่ระหว่างการไต่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณาคดีหรือภายหลังที่ศาลมีคำพิพากษาในคดีอาญา เป็นกระบวนการที่เพิ่มมาจากที่มีกำหนดไว้ในบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและมีความสมบูรณ์ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนั้น คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาจะมีคำสั่งตามมาตรา ๒๙ (๒) ให้บุคคลนั้นต้องได้รับการรักษา ณ สถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัด โดย ๑) แจ้งให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยรับตัวผู้ป่วยไปดูแล ๒) กรณีที่ไม่มีผู้รับดูแลให้แจ้งหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการ ทั้งภาครัฐและเอกชน และ ๓) ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ติดตามดูแล ประสานงานและช่วยเหลือในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตาม ๑) และหน่วยงานตาม ๒) แล้วรายงานให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ โดยให้ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิต ซึ่งผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิได้รับบริการ ให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะ การจัดการศึกษาและการส่งเสริมอาชีพ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใดเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ (กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๓ : ๒๖-๒๗) ซึ่งแนวทางการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตามผู้เสพยาเสพติด ปรากฏขั้นตอนดำเนินการตามแผนภาพที่ ๒ - ๓

แผนภาพที่ ๒ – ๓ แสดงแนวทางการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตาม



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, ๒๕๖๒ : ๒-๓

๒. ประมวลกฎหมายยาเสพติด

มีหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตที่สำคัญใน ภาค ๒ ว่าด้วยการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด ดังนี้

มาตรา ๑๐๘ “การบำบัดรักษา” หมายความว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งรวมตลอดถึงการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การบำบัดด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามหลังการบำบัดรักษา

“การฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า การกระทำใด ๆ อันเป็นการบำบัดพฤติกรรม การเสพยาเสพติด และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ

“การฟื้นฟูสภาพทางสังคม” หมายความว่า การกระทำใด ๆ อันเป็นการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านที่อยู่อาศัย การศึกษา อาชีพ ตลอดจนการติดตามดูแลช่วยเหลือจนสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

“ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม” หมายความว่า สถานที่ทำการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา

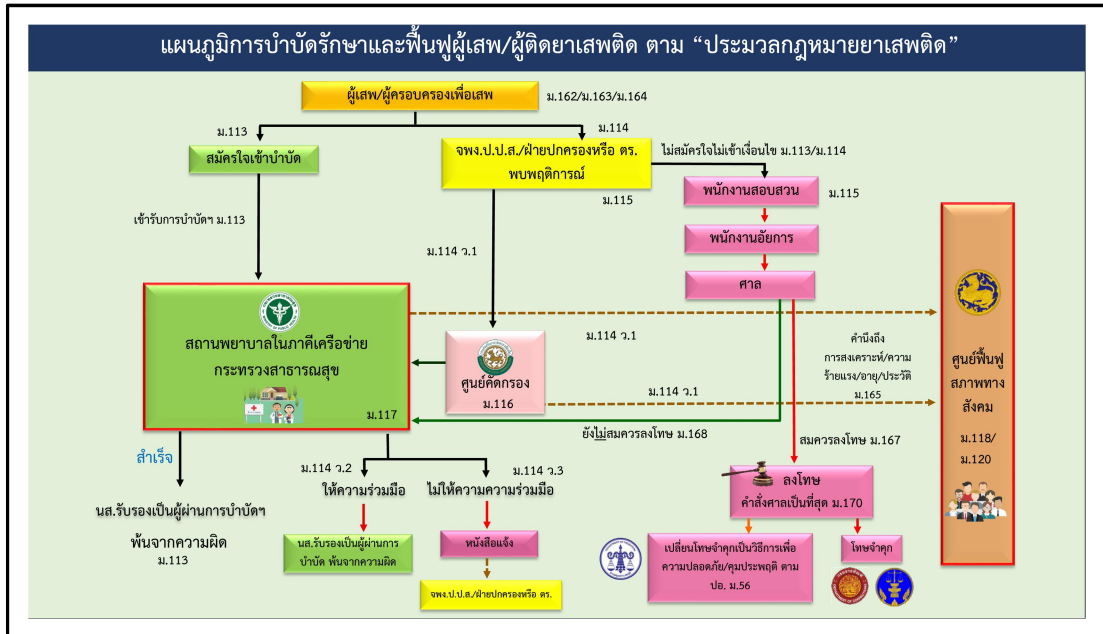
มาตรา ๑๑๘ ให้กระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานครจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ซึ่งหลักการในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติดได้แก้ไขปรับปรุงระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดใหม่โดยใช้กระบวนการทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นการดำเนินการทางการแพทย์ โดยมองว่าผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยยิ่งกว่าการนำตัวผู้ติดยาเสพติดไปดำเนินคดีอาญา ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕ (กฎหมายเดิม) เป็นระบบบังคับบำบัด ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด เป็นระบบสมัครใจ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด แบ่งออกได้เป็น ๒ กรณี ดังนี้

๑) ผู้เสพยาเสพติดหรือมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อเสพสมัครใจขอเข้ารับการบำบัดรักษา หากการบำบัดรักษาสำเร็จเป็นที่น่าพอใจให้ผู้นั้นไม่มีความผิด (ประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๑๓)

๒) เจ้าพนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด หรือพนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจตรวจ พบผู้ที่มีพฤติการณ์น่าสงสัยว่าเป็นผู้เสพยาเสพติด หรือมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อเสพ และไม่ปรากฏว่าบุคคลดังกล่าวเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดอื่นที่มีโทษจำคุก หรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษา ไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม ให้เจ้าพนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด หรือพนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจส่งตัวบุคคลนั้นไปสถานพยาบาลยาเสพติดหรือศูนย์คัดกรองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้ โดยไม่ต้องนำตัวบุคคลดังกล่าวไปศาลก่อน (ประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๑๔) ซึ่งมีความแตกต่างกับพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕ (กฎหมายเดิม) ที่ต้องนำตัวผู้ติดยาเสพติดไปศาลเพื่อให้ศาลมีคำสั่งให้ส่งตัวบุคคลนั้นไปตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติดก่อนสำหรับผลการบำบัดรักษาในกรณีนี้ ถ้าการบำบัดรักษาสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ ให้ผู้นั้นไม่มีความผิดแต่ถ้าไม่สำเร็จ (หลบหนี หรือไม่ให้ความร่วมมือ) ให้สถานพยาบาลยาเสพติด หรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จัดทำประวัติ ข้อมูล พฤติการณ์ของผู้หลบหนีหรือไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา ดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาให้เข้ารับการบำบัดรักษาในครั้งต่อไป กล่าวคือ หากเจ้าพนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด หรือพนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจตรวจพบว่าบุคคลนั้นมีพฤติการณ์อันควรสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดหรือมียาเสพติดไว้ในครอบครองเพื่อเสพอีก ก็ไม่ต้องส่งตัวบุคคลนั้นไปบำบัดรักษาอีก (ประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา ๑๑๔) นอกจากนี้ ประมวลกฎหมายยาเสพติด ยังให้โอกาสผู้ติดยาเสพติดที่ไม่สมัครใจเข้าบำบัดรักษาแล้วมีการดำเนินคดีอาญาในชั้นการพิจารณาคดีของศาล บุคคลนั้นอาจสำนึกสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาก็ได้ ซึ่งศาลสามารถใช้ดุลพินิจในการส่งตัวจำเลยไปสถานพยาบาลยาเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาได้ หากเห็นว่ายังไม่สมควรลงโทษจำเลย ซึ่งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ปรากฏขั้นตอนดำเนินการตามแผนภาพที่ ๒ - ๔

แผนภาพที่ ๒ - ๔ แสดงแผนภูมิการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ตาม “ประมวลกฎหมายยาเสพติด”



ที่มา : สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, ๒๕๖๕ : ๒

๓. พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปราม การทรมานและการกระทำให้

บุคคล สูญหาย พ.ศ. ๒๕๖๕

ความเป็นมา

ประเทศไทยเข้าเป็นภาคีอนุสัญญาต่อต้านการทรมาน และการกระทำอื่น ๆ ที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือที่ย่ำยีศักดิ์ศรี เมื่อวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๕๐ ส่งผลให้อนุสัญญาฯ มีผลใช้บังคับกับประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๐ เป็นต้นมาและประเทศไทยลงนามในอนุสัญญาฯ เมื่อ ๙ มกราคม ๒๕๕๕ ซึ่งเป็นการยอมรับว่าประเทศไทยเห็นด้วยกับหลักการของอนุสัญญาฯ และเข้าเป็นภาคีอนุสัญญาฯ ในอนาคต ต่อมาเมื่อพ.ศ. ๒๕๕๗ ได้รับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการจัดทำกฎหมายรองรับอนุสัญญาฯ จากคณะกรรมการสหประชาชาติ จึงได้กลับมาทบทวนรูปแบบการร่างกฎหมายรองรับอนุสัญญาฯ โดยเปลี่ยนเป็นการจัดทำพระราชบัญญัติเฉพาะ และนำหลักการของอนุสัญญาฯ ซึ่งประเทศไทยลงนามเมื่อ วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๕๕ มารวมเป็นร่างพระราชบัญญัติฯ ฉบับเดียว เนื่องจากมีลักษณะความผิดที่ใกล้เคียงกับ การทรมานฯ จากนั้น ได้เริ่มร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ ยกร่างพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการทรมานและการกระทำให้บุคคลสูญหายและเสนอเข้าสู่กระบวนการพิจารณาตามลำดับ

**สาระสำคัญของพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการทรมานและการกระทำ
บุคคลสูญหาย พ.ศ.๒๕๖๕**

พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการทรมานและการกระทำบุคคลสูญหาย พ.ศ.๒๕๖๕ เริ่มบังคับใช้ ๒๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๖ ประกอบด้วย ๕ หมวด ๑ บทเฉพาะกาล รวม ๔๓ มาตรา ดังนี้

หมวด ๑ บททั่วไป

ความผิดฐานกระทำการทรมาน

มาตรา ๕

ผู้ใดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ กระทำด้วยประการใดให้ผู้อื่นเกิดความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานอย่างร้ายแรงแก่ร่างกายหรือจิตใจ เพื่อวัตถุประสงค์อย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(๑) ให้ได้มาซึ่งข้อมูลหรือคำรับสารภาพจากผู้ถูกกระทำหรือบุคคลที่สาม

(๒) ลงโทษผู้ถูกกระทำเพราะเหตุอันเกิดจากการกระทำหรือสงสัยว่ากระทำของผู้นั้น หรือบุคคลที่สาม

(๓) ข่มขู่หรือขู่เชิญผู้ถูกกระทำหรือบุคคลที่สาม

(๔) เลือกปฏิบัติไม่ว่ารูปแบบใดผู้นั้นกระทำความผิดฐานกระทำการทรมาน

ตัวอย่างเช่น การคลุมถุงดำศีรษะ การใช้ไฟฟ้าช็อต การขังห้องเย็น

ความผิดฐานกระทำการที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรมหรือย่ำยีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

มาตรา ๖

ผู้ใดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ลงโทษหรือกระทำด้วยประการใดที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์อันเป็นเหตุให้ผู้อื่นถูกลดทอนคุณค่าหรือละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานความเป็นมนุษย์ หรือเกิดความ เจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานแก่ร่างกายหรือจิตใจ ที่มีใช้การกระทำ ความผิดตามมาตรา ๕ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานกระทำการที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์

ตัวอย่างเช่น คนถูกใส่สายจูงสุนัขและบังคับให้ทำท่าเป็นสุนัข หรือ การบังคับให้มุสลิมกินหมู

ความผิดฐานกระทำบุคคลสูญหาย

มาตรา ๗

ผู้ใดเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ควบคุมตัวหรือลักพาบุคคลใด โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐปฏิเสธว่ามิได้กระทำ การดังกล่าว หรือปกปิดชะตากรรมหรือสถานที่ปรากฏตัวของบุคคลนั้น ซึ่งส่งผลให้บุคคลนั้นไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย ผู้นั้นกระทำความผิดฐานกระทำบุคคลสูญหายการกระทำ ความผิดตามวรรคหนึ่ง ให้ถือเป็นความผิดต่อเนื่อง จนกว่าจะทราบชะตากรรมของบุคคลนั้น

ตัวอย่าง การอุ้มหายนักปกป้องสิทธิมนุษยชน

การสืบสวนคดีอุ้มหาย

มาตรา ๑๐

ในคดีความผิดฐานกระทำให้บุคคลสูญหายตามมาตรา ๗ ให้ดำเนินการสืบสวน จนกว่าจะพบบุคคลซึ่งถูกกระทำให้สูญหาย หรือปรากฏหลักฐานอันน่าเชื่อว่า บุคคลนั้นถึงแก่ความตาย และทราบรายละเอียด ของการกระทำความผิดและรู้ตัวผู้กระทำความผิด

ห้ามกระทำความผิด กระทำที่โหดร้ายๆ และการอุ้มหายทุกสถานการณ์

มาตรา ๑๒

พฤติการณ์พิเศษใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นภาวะสงครามหรือภัยคุกคามที่จะเกิดสงคราม ความไม่มั่นคง ทางการเมืองภายในประเทศ หรือสถานการณ์ฉุกเฉินสาธารณะอื่นใด ไม่อาจนำมาอ้าง เพื่อให้การกระทำความผิด ตามพระราชบัญญัตินี้เป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมาย

ห้ามผลักดันกลับ

มาตรา ๑๓

ห้ามมิให้หน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐขับไล่ ส่งกลับ หรือส่งบุคคลเป็นผู้ร้าย ข้ามแดน ไปยังอีกรัฐหนึ่ง หากมีเหตุอันควรเชื่อได้ว่า บุคคลนั้นจะไปตกอยู่ในอันตรายที่จะถูกกระทำ ทรมาณ ถูกกระทำ การที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือถูกกระทำให้ สูญหาย

หมวด ๒ คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทรมานและการกระทำ บุคคลสูญหาย

มาตรา ๑๔

ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า "คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการ ทรมานและการกระทำ บุคคลสูญหาย" ประกอบด้วย

(๑) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม เป็นประธานกรรมการ

(๒) ปลัดกระทรวงยุติธรรม เป็นรองประธานกรรมการ

(๓) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการ ต่างประเทศ ปลัดกระทรวงมหาดไทย อัยการสูงสุด ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ อธิบดีกรมสอบสวน คดีพิเศษ นายกฤษฎาภยวาท และประธานสภาการสื่อมวลชนแห่งชาติ

(๔) กรรมการซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้ง จำนวนหกคน ดังต่อไปนี้

(ก) ผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์เป็นที่ประจักษ์ในด้านสิทธิ มนุษยชน จำนวนสองคน ด้านกฎหมายและด้านนิติวิทยาศาสตร์ ด้านละหนึ่งคน

(ข) แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ จำนวนหนึ่งคน และแพทย์ทางจิตเวชศาสตร์ จำนวน หนึ่งคน ให้อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้อธิบดีกรม คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพแต่งตั้งข้าราชการของกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ จำนวนไม่เกินสองคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

พระราชกำหนดแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการทรมาน และการกระทำให้บุคคลสูญหาย พ.ศ.๒๕๖๕ พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อขยายกำหนดเวลาในการมีผลใช้บังคับ เฉพาะ มาตรา ๒๒ มาตรา ๒๓ มาตรา ๒๔ และมาตรา ๒๕ ออกไป ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖ เป็นต้นไป (จากเดิมที่เริ่มมีผลบังคับใช้วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๖)

หมวด ๓ การป้องกันการทรมานและการกระทำให้บุคคลสูญหาย

การบันทึกภาพและเสียงอย่างต่อเนื่องขณะจับและมีอัยการและฝ่ายปกครองเข้า

ตรวจสอบ

มาตรา ๒๒

ในการควบคุมตัว เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับผิดชอบต้องบันทึกภาพและเสียงอย่างต่อเนื่องในขณะที่จับ และควบคุมจนกระทั่งส่งตัวให้พนักงานสอบสวนหรือปล่อยตัวบุคคลดังกล่าวไป เว้นแต่มีเหตุสุดวิสัยที่ไม่สามารถกระทำได้ ก็ให้บันทึกเหตุนั้นเป็นหลักฐานไว้ในบันทึกการควบคุมตัว การควบคุมตัวตามวรรคหนึ่ง ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับผิดชอบแจ้งพนักงานอัยการและนายอำเภอในท้องที่ที่มีการควบคุมตัวโดยทันที สำหรับในกรุงเทพมหานคร ให้แจ้งพนักงานอัยการและผู้อำนวยการสำนักงานสอบสวนและนิติการ กรมการปกครอง

บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ถูกควบคุมตัว

มาตรา ๒๓

ในการควบคุมตัว เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับผิดชอบต้องบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ถูกควบคุมตัวโดยอย่างน้อย

ต้องมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- (๑) ข้อมูลอัตลักษณ์เกี่ยวกับผู้ถูกควบคุมตัว เช่น ชื่อ นามสกุล หรือตำหนิรูปพรรณ
- (๒) วัน เวลา และสถานที่ของการถูกควบคุมตัว
- (๓) คำสั่งที่ให้มีการควบคุมตัว และเหตุแห่งการออกคำสั่งนั้น
- (๔) เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้ออกคำสั่งให้ควบคุมตัว
- (๕) วัน เวลา และสถานที่ของการปล่อยตัวผู้ถูกควบคุมตัว และผู้มารับตัวผู้ถูก

ควบคุมตัว

- (๖) ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ถูกควบคุมตัวก่อนถูกควบคุมตัวและก่อนการปล่อยตัว

- (๗) ข้อมูลอื่น ๆ ที่คณะกรรมการกำหนดเพื่อป้องกันการทรมาน

สิทธิในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ถูกควบคุมตัว

มาตรา ๒๔

เพื่อประโยชน์ของผู้ถูกควบคุมตัว ผู้มีส่วนได้เสียโดยชอบด้วยกฎหมายในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ถูกควบคุมตัว เช่น ญาติ ผู้แทน หรือทนายความ หรือคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือเจ้าหน้าที่ซึ่งได้รับมอบหมาย จากคณะกรรมการ มีสิทธิร้องขอต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับผิดชอบให้เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ถูกควบคุมตัว

หมวด ๔ การดำเนินคดี

๑. อายุความ

มาตรา ๓๐

อายุความสำหรับความผิดตามมาตรา ๗ มิให้เริ่มนับ จนกว่าจะทราบชะตากรรมของผู้ถูกกระทำให้สูญหาย

๒. การดำเนินคดี

มาตรา ๓๑

ในกรณีที่ผู้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้เป็นเจ้าพนักงานของรัฐตามกฎหมายประกอบ รัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต และอยู่ในหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ ให้พนักงานสอบสวนผู้รับผิดชอบดำเนินคดีต่อไปตามพระราชบัญญัตินี้ และแจ้งให้คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติทราบ

หมวด ๕ บทกำหนดโทษ

ระวางโทษการกระทำทรมาน

มาตรา ๓๕

ผู้กระทำความผิดฐานกระทำทรมานตามมาตรา ๕ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ห้าปีถึงสิบห้าปี และปรับตั้งแต่หนึ่งแสนบาทถึงสามแสนบาท

ระวางโทษกระทำที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม และย่ำยีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

มาตรา ๓๖

ผู้กระทำความผิดฐานกระทำการที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามมาตรา ๖ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ระวางโทษกระทำให้บุคคลสูญหาย

มาตรา ๓๗

ผู้กระทำความผิดฐานกระทำให้บุคคลสูญหายตามมาตรา ๗ ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ห้าปี ถึงสิบห้าปีและปรับตั้งแต่หนึ่งแสนบาทถึงสามแสนบาท

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๔๓

ให้นำความในมาตรา ๑๐ มาใช้บังคับแก่การกระทำให้บุคคลสูญหายก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับโดยอนุโลม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อนุศักดิ์ ศักดาวัชรานนท์ (๒๕๖๕ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง การบูรณาการในการแก้ไข ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดให้อยู่ในชุมชนได้อย่างยั่งยืน ตามโครงการนาคาพิทักษ์ ของตำรวจภูธรจังหวัดหนองคาย ผลการศึกษา พบว่า ๑) ผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดนั้น มักมีการใช้ยาเสพติดมาเป็นระยะเวลาานาน ส่งผลต่อสมองส่วนคิดได้ถูกทำลายลงทำให้ไม่สามารถ ควบคุมตัวเองได้ การประเมินความเสี่ยงต่อการก่อเหตุของผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสีแดง สีเหลือง และสีเขียว รวมถึง การประเมินผู้ป่วยจากความถี่ของการแสดง อาการและจำนวนการก่อเหตุที่เกิดขึ้นในชุมชน นอกจากนี้ยังประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยจากความ ต่อเนื่องในการเข้ารับการรักษา ๒) ผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดสามารถอยู่ร่วมกับ ชุมชนได้ โดยครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลนำไปบำบัดรักษา ชุมชนเปิดโอกาสให้เข้าร่วมใน

กิจกรรมบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ เพื่อให้เกิดการยอมรับ หน่วยงานของรัฐ เช่น ตำรวจ ฝ่ายปกครอง ควรเข้าไปเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ ๓) โครงการนาคาพิทักษ์ เป็นโครงการที่ดีที่มีการกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ ช่วยลดปัญหาการก่อเหตุรุนแรงของผู้ป่วยต่อครอบครัว ต่อชุมชน ทำให้ประชาชน รู้สึกอุ่นใจและปลอดภัย ผู้ป่วยใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข และยั่งยืน ๔) โครงการนาคาพิทักษ์ มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม มีการบูรณาการในการทำงานของหน่วยงานภาครัฐและการประสานความร่วมมือกับภาคประชาชน และควรมีการประชาสัมพันธ์ จัดอบรมสัมมนาเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนในการดูแล เฝ้าระวัง หรือ จัดการกับผู้ป่วย

เหมรัตน์ ศิริพงษ์ (๒๕๖๒ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง เครือข่ายบริหารกิจการบ้านเมือง : กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ จังหวัดราชบุรี และจังหวัดน่าน จากการศึกษา มีข้อค้นพบ ดังนี้ ข้อค้นพบประการที่หนึ่ง นโยบายของภาครัฐมีส่วนสำคัญสำหรับการบังคับใช้อำนาจหน้าที่ของภาครัฐต่อการขับเคลื่อนงานที่ต้องใช้ความร่วมมือจากหลาย ๆ ภาคส่วนมาบูรณาการร่วมกัน โดยภาครัฐเป็นผู้กำกับภาพรวม ทิศทางในการดำเนินงาน เกิดการประสานงาน และการมีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดคุณค่าทางสังคมในการตอบสนองต่อบริการสาธารณะได้ ลักษณะของศูนย์ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ จังหวัดราชบุรี มีลักษณะเป็นภาครัฐเป็นผู้นำ และภาคเอกชนเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญ โดยมีภาครัฐทำหน้าที่เป็นฝ่ายประสานงานข้อมูลต่าง ๆ การขับเคลื่อนภายหลังจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจสำเร็จ มีการดำเนินงานโดยภาคเอกชนเป็นผู้นำ ส่วนจังหวัดน่านมีลักษณะภาครัฐเป็นผู้นำและเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญ โดยมีภาคเอกชนเป็นผู้ตอบสนอง ข้อค้นพบประการที่สอง การสร้างพันธมิตรความร่วมมือแบบทางการโดยมีเอกสารบันทึกความเข้าใจ (MOU) ระหว่างภาครัฐ องค์กรภาคธุรกิจ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ไม่อาจเป็นตัวชี้วัดได้ว่าการมีพันธมิตรทางกฎหมายจะส่งผลต่อการส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจในจังหวัด บันทึกความเข้าใจ (MOU) เป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์ในการเชิญชวนให้เกิดการรวมตัวกันในรูปแบบเครือข่ายเพื่อร่วมกันดำเนินบริการสาธารณะ ข้อค้นพบประการที่สาม บทบาทของผู้นำ ถือเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างความร่วมมือให้เกิดผลสำเร็จ การที่ผู้นำมีวิสัยทัศน์ ความเต็มใจ และมีศักยภาพมีความสามารถในการปฏิบัติงาน จูงใจและนำพาผู้อื่นให้ร่วมกันปฏิบัติงานจนประสบความสำเร็จ ข้อค้นพบประการที่สี่ การที่ตัวแสดงในแต่ละภาคส่วนมีทรัพยากรที่แตกต่างกันไม่เท่าเทียมกันและยังมีความต้องการทรัพยากรอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการบรรลุวัตถุประสงค์อย่างหนึ่ง เมื่อเกิดการรวมตัวกันเกิดขึ้น ทำให้เกิดความสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนทรัพยากรส่งผลให้กระบวนการดำเนินงานต่าง ๆ บรรลุเป้าหมาย ข้อค้นพบประการที่ห้า ความความต่อเนื่องและยั่งยืนของศูนย์ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจระดับจังหวัด ในจังหวัดราชบุรีกลุ่มภาคเอกชนมีการรวมตัวกันอย่างเหนียวแน่น มีตัวตายตัวแทนในการสืบสานงานที่ทำไว้ และพร้อมที่จะขึ้นมาเป็นผู้นำ รวมถึงความพร้อมที่จะถ่ายทอดองค์ความรู้ต่อ ๆ ไป ขณะที่จังหวัดน่านกลุ่มภาคเอกชนมีความรู้จักคุ้นเคยกันเป็นอย่างดีจากการทำงานต่าง ๆ ของจังหวัดร่วมกันมาก่อน มีความต้องการทำเพื่อพัฒนาจังหวัดบ้านเกิดทุกภาคส่วนในการมีส่วนร่วมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในชุมชน ซึ่งจะมีส่วนทำให้ศูนย์ฯ สามารถมีความยั่งยืนต่อไป ข้อค้นพบประการที่หก ตัวแบบในแต่ละพื้นที่

สามารถพัฒนาไปสู่ตัวแบบให้แก่พื้นที่อื่นได้โดยการประยุกต์และเลือกใช้สิ่งที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของแต่ละจังหวัด

อควี ศิลปกุลวิวัฒน์ (๒๕๖๒ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง การบูรณาการการแก้ไขปัญหายาเสพติดเชิงพื้นที่ กรณีศึกษาโครงการการศึกษาเพื่อต่อต้านการใช้ยาเสพติดในเด็กนักเรียน ของสถานตำรวจนครบาลคันนายาว ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินการโครงการการศึกษาเพื่อต่อต้านการใช้ยาเสพติดในเด็กนักเรียน หรือโครงการ D.A.R.E. เป็นนโยบายของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เด็กนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการ มีความรู้มีทักษะ สร้างภูมิคุ้มกัน ในการตัดสินใจที่จะเอาตัวรอดจากยาเสพติดได้ ไม่ว่าเพื่อนชักชวน หรือ ถูกกลุ่มผู้มีอิทธิพลบีบบังคับ โดยอาศัยความร่วมมือ หรือการบูรณาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านนโยบาย ด้านกิจกรรม และด้านงบประมาณ เพื่อระดมสรรพกำลังในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่

ศศิธร ทองจันทร์ (๒๕๕๙ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันกับการขับเคลื่อนนโยบายภาครัฐไทย กรณีศึกษาโครงการความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาคความยากจน จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดำเนินงานร่วมกันในการแก้ไขปัญหาคความยากจนภายใต้การดำเนินโครงการความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาคความยากจนในจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๐ - พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นการทำงานร่วมกันในรูปแบบเครือข่าย “เครือข่ายการแก้ไขปัญหาคความยากจนในระดับพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก” ที่ก่อรูปขึ้นจากประสานบทบาทระหว่างภาคีภาครัฐ ภาคประชาชนและชุมชน รวมถึงภาควิชาการ ในการร่วมกันดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาคความยากจน (Collaboration) นับตั้งแต่การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาในชุมชนไปจนถึงการบูรณาการแผนชุมชนสู่ยุทธศาสตร์จังหวัด ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีลักษณะหนุนเสริมพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนทรัพยากรที่แต่ละฝ่ายมีอยู่เพื่อขับเคลื่อนภารกิจภายใต้เป้าหมายที่ทุกฝ่ายกำหนดและยึดถือร่วมกัน สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดขึ้นของความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาคความยากจน สามารถแยกออกตามแต่ละปัจจัย ได้แก่ ประการแรก การมีผู้นำที่ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่าย เป็นบุคคลที่เอื้ออำนวยให้กระบวนการสร้างความร่วมมือดำเนินไปอย่างราบรื่น สร้างแรงจูงใจและจุดประกายให้บุคคลอื่น ๆ หันมาร่วมมือกันทำงาน ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายอำเภอ แกนนำคณะทำงานโครงการ และแกนนำเครือข่ายภาคประชาชน ประการที่สอง การมีสายสัมพันธ์ระหว่างภาคีภาคส่วนต่าง ๆ อย่างแนบแน่น เป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันหลายระดับอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น การประชุมขับเคลื่อนกิจกรรมของคณะทำงาน การจัดเวทีวิเคราะห์ข้อมูล การจัดอบรมถ่ายทอดความรู้ในพื้นที่ โดยภาควิชาการ เวทีนำเสนอผลการดำเนินงานร่วมกัน เป็นต้น ประการที่สาม การมีกรอบกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์ที่เป็นทางการ ดังเห็นได้จากการจัดตั้งคณะทำงาน ที่มีการกำหนดองค์ประกอบขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ และการจัดสรรทรัพยากรระหว่างกันอย่างชัดเจน ประการที่สี่ ผู้จัดการเครือข่าย เป็นบุคคลในพื้นที่ที่มีความเข้าใจในการบริหารจัดการกิจกรรมสาธารณะและกระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายในภาพรวม ซึ่งส่งผลต่อการประสานการทำงานระหว่างภาคีสมาชิกเครือข่ายให้บรรลุเป้าหมาย ประการที่ห้า บทบาทของภาควิชาการ การสนับสนุนเทคนิค

วิธีการต่าง ๆ และการผลิตชุดความรู้จากภาควิชาการ สามารถค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาค้นคว้าได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ อันนำไปสู่การขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการเกษตรที่ยั่งยืน

สุรินทร์ ขาญสมร (๒๕๕๙ : ๔๗-๔๘) ได้ศึกษาถึง ความร่วมมือในแบบเครือข่ายกับโครงการสร้างชุมชนแห่งการอยู่ร่วมกันและเข้าถึงได้ในอาเซียน กรณีศึกษาชุมชนต้นแบบเกาะเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดว่าด้วยการบริการกิจการบ้านเมืองโดยเครือข่าย (Network governance) และกรอบแนวคิดว่าด้วยการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกัน (Collaborative governance) เป็นกรอบทฤษฎีโดยได้สรุปผลการศึกษา พบว่า ในการดำเนินโครงการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ร่วมกันและเข้าถึงได้ในอาเซียน กรณีศึกษา ชุมชนต้นแบบเกาะเกร็ดจังหวัดนนทบุรี เป็นการดำเนินงานแบบเครือข่าย ที่เห็นได้จากการประกอบกันของหน่วยงาน องค์กรจากหลายภาคส่วน ที่ได้เข้ามาร่วมกันในการกำหนดแผน ทิศทางในการดำเนินโครงการให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน พร้อมทั้งให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ มีการบูรณาการภารกิจ หน้าที่ และทรัพยากรระหว่างกันทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน ซึ่งแต่เดิมการดำเนินโครงการเป็นการรับนโยบายจากส่วนกลาง แล้วสั่งการมายังส่วนภูมิภาค อาศัยกลไกการควบคุม สั่งการในระบบราชการเป็นหลัก ในการมอบหมายงาน หลังจากนั้นจึงปล่อยให้ส่วนภูมิภาคเริ่มดำเนินการประสานส่วนราชการในระดับพื้นที่ที่มีความเกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาชน ให้เข้ามาร่วมเป็นภาคีเครือข่าย มีการจัดโครงสร้างการบริหารงานแบบเครือข่ายให้สามารถดำเนินงานร่วมกันได้ ซึ่งลักษณะการดำเนินงานดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบเครือข่าย (Network governance) และในการดำเนินโครงการสร้างชุมชน มุ่งเน้นการเข้ามามีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้องในงานด้านคนพิการ ให้เข้ามาร่วมในการแสดงความคิดเห็น แก้ไขปัญหาตัดสินใจร่วมกัน การกำหนดทิศทาง เป้าหมายระหว่างการดำเนินโครงการ ซึ่งการเข้ามามีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนถือเป็นกลไกในรูปแบบคณะทำงานที่มีความสำคัญ ซึ่งคณะทำงานนั้นพร้อมที่จะเป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เป้าหมายเดียวกัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิด (Collaborative governance)

กิริยา อุ่นเจริญ (๒๕๕๘ : ๕๕-๕๖) ได้ศึกษาถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรครวมจิตเวชสารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรครวมจิตเวชสารเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๖๒.๔๐ มีทัศนคติต่อผู้ป่วยโรครวมจิตเวชสารเสพติดแบบไม่แสดงออกหรือเฉย ๆ ร้อยละ ๖๔.๕๐ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรครวมจิตเวชสารเสพติดในระดับมาก ร้อยละ ๔๔.๑๐ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรครวมจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และการมีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน ระดับความรู้เรื่องโรครวมจิตเวชสารเสพติด และระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยโรครวมจิตเวชสารเสพติดโดยมีข้อเสนอแนะจากการศึกษา ดังนี้ หน่วยงานควรนำองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยมาปรับเป็นแผนยุทธศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ควรมีการส่งเสริมให้ผู้มีตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนมีศักยภาพ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดได้อย่างถูกต้อง เน้นการทำงานเชิงรุก ให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างเข้มข้นโดยเฉพาะเรื่อง

ยาเสพติด สร้างทัศนคติที่ดีแก่คนในชุมชน จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรครวมจิตเวช สารเสพติดในชุมชนมากขึ้น

ตรีทศ เหล่าศิริหงษ์ทอง และคณะ (๒๕๕๑ : ๓๒-๔๗) ได้ศึกษาถึง การศึกษาความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยกับภาคอุตสาหกรรมในการพัฒนานวัตกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยที่ช่วยเพิ่มโอกาสความสำเร็จในโครงการร่วมมือวิจัยและพัฒนา ระหว่างมหาวิทยาลัยและภาคอุตสาหกรรมวิธีการศึกษาโดยการวิเคราะห์และเปรียบเทียบระหว่างประเทศต่าง ๆ ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินโครงการความร่วมมือระหว่างภาคการศึกษาและภาคอุตสาหกรรม ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเข้าใจเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการ รูปแบบของโครงการต้องคำนึงถึงปัจจัยที่สามารถรักษาผลประโยชน์ร่วมกันในการบรรลุเป้าหมายของภาคอุตสาหกรรมอย่างเหมาะสม การนำศักยภาพของมหาวิทยาลัยและภาคอุตสาหกรรมมาเชื่อมโยงกันจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ทั้งสองฝ่าย ทั้งนี้ต้องอาศัยนโยบายของรัฐบาลในการช่วยขับเคลื่อนและอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ

พรภณ พงษ์เพชร (๒๕๕๓ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง ความร่วมมือในการป้องกันปัญหา ยาเสพติดระหว่างองค์กรภาครัฐและองค์กรภาคเยาวชน ศึกษาเฉพาะศูนย์อำนวยการประสานงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภาคเยาวชน (ศอ.ปส.ย.) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสร้างความร่วมมือในการป้องกันปัญหายาเสพติดของศูนย์อำนวยการประสานงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภาคเยาวชน (ศอ.ปส.ย.) ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการความร่วมมือ (Models of Collaborative Management) ศึกษาทักษะความสามารถของข้าราชการที่จำเป็นต้องมีในการสร้างและบริหารความร่วมมือของศูนย์อำนวยการประสานงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภาคเยาวชน (ศอ.ปส.ย.) และเพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือป้องกันปัญหายาเสพติดของศูนย์อำนวยการประสานงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภาคเยาวชน (ศอ.ปส.ย.) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้กรอบแนวคิดการบริหารจัดการความร่วมมือ (Model of Collaborative Management) ของ Robert Agranoff และ Michael McGuire ซึ่งได้นำเสนอไว้ใน ปี ค.ศ. ๒๐๐๓ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการจัดการความร่วมมือ เริ่มต้นจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ได้พูดคุยกับ สมาคมองค์การพัฒนาเอกชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภาคพื้นเอเชีย-แปซิฟิก (สปป. อป.) เพื่อให้มารับบทบาทด้านการบริหารจัดการทางการเงินในร่วมมือ จากนั้นจึงได้พูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับแกนนำเยาวชนจากองค์กรภาคเยาวชนต่าง ๆ ถึงความเป็นไปได้ในการสร้างความร่วมมือ ต่อมาได้วางกรอบความร่วมมือในประเด็นต่าง ๆ สำหรับการทำงานร่วมกัน และได้สร้างสภาพเงื่อนไขเพื่อเอื้ออำนวยการปฏิสัมพันธ์ โดยการสร้างความไว้วางใจ ซึ่งสามารถแบ่งความไว้วางใจใจของ ศอ.ปส.ย. ได้เป็น ๓ ช่วง ประกอบด้วย “ช่วงเริ่มต้น” เป็นช่วงที่องค์กรแต่ละฝ่ายมีความไว้วางใจที่ดีต่อกัน “ช่วงสับสน” เป็นช่วงที่ความไว้วางใจเริ่มลดน้อยลง จนทำให้เกิด “ช่วงฟื้นฟู” ซึ่งเป็นช่วงที่พยายามสร้างความไว้วางใจให้เพิ่มมากขึ้น ส่วนกิจกรรม/โครงการที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือ แบ่งออกได้เป็น ๔ ด้าน ได้แก่ โครงการด้านการจัดทำและอำนวยการยุทธศาสตร์ โครงการด้านการจัดกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์/รณรงค์เพื่อให้เกิดการป้องกันยาเสพติด โครงการด้านเฝ้า

ระวังและโครงการด้านการพัฒนาความร่วมมือและบริหารจัดการ การบริหารจัดการความร่วมมือ ศอ.ปส.ย. พบว่า เป็นรูปแบบผู้ให้และผู้รับ (Donor-Recipient Model) โดยเป็นความสัมพันธ์ของผู้ให้ทรัพยากรและผู้รับทรัพยากรที่พึ่งพาต่อกัน อย่างไรก็ตามความขัดแย้งถือเป็นเรื่องปกติ ด้านทักษะ ความสามารถของข้าราชการที่วิเคราะห์ได้ พบว่า ควรมีในการบริหารจัดการความร่วมมือ แบ่งเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ประการแรก คุณลักษณะภายในบุคคล ซึ่งควรมีคุณลักษณะในการมองภาพรวม ประการที่สอง ทักษะความสามารถในการบริหารจัดการระหว่างบุคคล/องค์การภายใน ข้าราชการควรมีความสามารถในการวางตัวและรักษาระยะห่าง มีทักษะการเจรจาและการประนีประนอม ประการสุดท้าย ทักษะความสามารถการบริหารจัดการภายใน/ภายนอกความร่วมมือ ข้าราชการควรมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือ พบว่า ศอ.ปส.ย.ยังไม่สามารถบรรลุผลตามที่ตั้งไว้ได้โดยการสร้างความร่วมมือที่เกิดขึ้นโดยรวมยังอยู่ในระดับการประสานงาน (Coordination) และการร่วมปฏิบัติการ (Cooperation) ซึ่งระดับความร่วมมือ (Collaboration) ยังเกิดขึ้นได้ไม่เต็มที่นัก ข้อเสนอแนะจากการศึกษา คือ ศอ.ปส.ย. ส่วนกลางควรระบุและรวบรวมบุคคล และองค์การเข้ามาในความร่วมมือจากขอบเขตภาระหน้าที่ ควรสร้างระบบการพัฒนาและทดแทนเยาวชน ควรมีข้าราชการระดับเจ้าหน้าที่ดูแลรับผิดชอบ ศอ.ปส.ย. ที่ชัดเจน

พฤต เอมมานูเอล ไบระหมาน (๒๕๕๒ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง การสร้างความร่วมมือเพื่อต่อต้านการค้าแรงงานทาสบนเรือประมงระหว่างมูลนิธิกระจกเงากับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้กรอบแนวคิดการสร้างความร่วมมือ (Collaboration) ของ Robert Agranoff และ Michael McGuire ซึ่งได้นำเสนอไว้ในปี ค.ศ. ๒๐๐๓ เป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษา ผลการศึกษา พบว่า การสร้างความร่วมมือระหว่างมูลนิธิกระจกเงาและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์สามารถแบ่งระยะการสร้างความร่วมมือได้เป็น ๓ ช่วง คือ ๑) ระยะก่อตัว ๒) ระยะตื่นตัว และ ๓) ระยะสร้างความร่วมมืออย่างจริงจัง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลา ๓-๔ ปี เนื่องจากในช่วงแรกกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ไม่ได้ตื่นตัวในความร่วมมือเท่าใดนัก ในส่วนขององค์การที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการสร้างความร่วมมือ ประกอบด้วย องค์การแรงงานระหว่างประเทศ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงแรงงาน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มูลนิธิกระจกเงา เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน ศูนย์อภิบาลผู้เดินทางทางทะเล (บ้านสุขสันต์) จังหวัดสงขลา ด้านการบริหารจัดการหรือการดำเนินงานของความร่วมมือและเครือข่าย พบว่า กิจกรรมความร่วมมือ การดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่มูลนิธิกระจกเงาซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนจะมีบทบาทในการนำหรือบทบาทในเชิงรุกมากกว่ากระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกิจกรรมในการสร้างความร่วมมือ ประกอบด้วย ๕ กิจกรรม ได้แก่ ๑) การดำเนินโครงการจำนวน ๒ โครงการ ๒) การสัมมนาร่วมกันทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ๓) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ๔) การปฏิบัติงานภาคสนาม และ ๕) การให้ความช่วยเหลือผู้เสียหาย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือมีทั้งผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ และผลลัพธ์ที่เป็นอุปสรรค ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ ได้แก่ ๑) การสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดำเนินงานมากขึ้น และ ๒) การได้ขยายขอบเขตการปฏิบัติงาน

ส่วนผลลัพธ์ที่เป็นอุปสรรคซึ่งเกิดจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหลัก ได้แก่ ๑) ความเพิกเฉยในการให้ความร่วมมือ โดยเฉพาะในช่วงแรก ๒) ความล่าช้าในการให้ความร่วมมือ และการขาดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และ ๓) การขาดความเข้าใจซึ่งกันและกัน เนื่องจากทั้งสององค์กรมีลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน

บุญยวีร์ ลุมาดกมลพันธ์ (๒๕๔๙ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง แนวทางการสร้างเครือข่าย ด้านสวัสดิการสังคมในระดับจังหวัด : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง ๔๑-๕๐ ปี สถานภาพสมรส การศึกษาอยู่ในระดับปริญญา มีรายได้ระหว่าง ๑๐,๐๐๐ - ๒๐,๐๐๐ บาท สังกัดองค์การภาครัฐ และรับผิดชอบกลุ่มเป้าหมายหลักประเภทชุมชนเป็นส่วนใหญ่ โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานภายในองค์การระหว่าง ๑-๕ ปี มีความรู้ในระดับสูงเกี่ยวกับความเข้าใจทั้งในด้านลักษณะของเครือข่าย และข้อดีของการทำงานในลักษณะเครือข่ายในด้านความคิดเห็น กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากต่อการมีเครือข่ายและการก่อตัวของเครือข่าย นอกจากนี้การก่อตัวของเครือข่ายด้านสวัสดิการสังคมจังหวัดสมุทรสงคราม มีความพร้อมในการเข้าร่วมบริหารจัดการเครือข่ายเป็นอย่างมากในด้านคน เวลา และการประสานงาน ระดับมาก ส่วนทางด้านเงินและวัสดุอุปกรณ์มีความพร้อมในระดับปานกลาง ลักษณะของเครือข่ายด้านสวัสดิการสังคมที่ต้องการให้เกิดกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเครือข่ายด้านสวัสดิการสังคมควรมีเป้าหมายในการทำงานให้กับเด็กมากที่สุด ประเภทเครือข่ายที่ต้องการให้เกิดขึ้น คือ เครือข่ายกิจกรรม ที่เน้นความร่วมมือและช่วยเหลือกันในการทำงาน โครงสร้างความสัมพันธ์ในเครือข่ายควรมีโครงสร้างตามแนวนอน คุณลักษณะของเครือข่ายควรประกอบไปด้วยองค์กรที่มาจากทุกภาคส่วนในจังหวัด มีกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง มีการรวมตัวกันระหว่างองค์กรที่มีความสนใจที่จะร่วมมือกันอย่างจริงจัง มีองค์กรที่ทำหน้าที่ประสานงานที่มีประสิทธิภาพ และเห็นว่ากฎระเบียบในเครือข่ายควรมีความยืดหยุ่น ส่วนผู้นำเครือข่ายด้านสวัสดิการสังคม ควรมีคุณสมบัติเสียสละเพื่อส่วนรวม มีความซื่อสัตย์สุจริต รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีทักษะด้านการประสานงาน มีความรู้ความสามารถ และควรเป็นคณะบุคคล ในส่วนของกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมประเภทการจัดเวทีสนทนาและการประชาสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังให้ความเห็นว่าสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสมุทรสงคราม ควรมีบทบาทในการจัดประชุมหารือกับองค์กรที่ทำงานด้านสวัสดิการสังคมเรื่องการสร้างเครือข่าย เป็นผู้ประสานงานกับองค์กรในเครือข่าย ติดต่อกับองค์กรที่สนใจเข้าร่วมเป็นเครือข่ายด้านสวัสดิการสังคมและมีบทบาทในการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์เรื่องการสร้างเครือข่ายด้านสวัสดิการสังคม

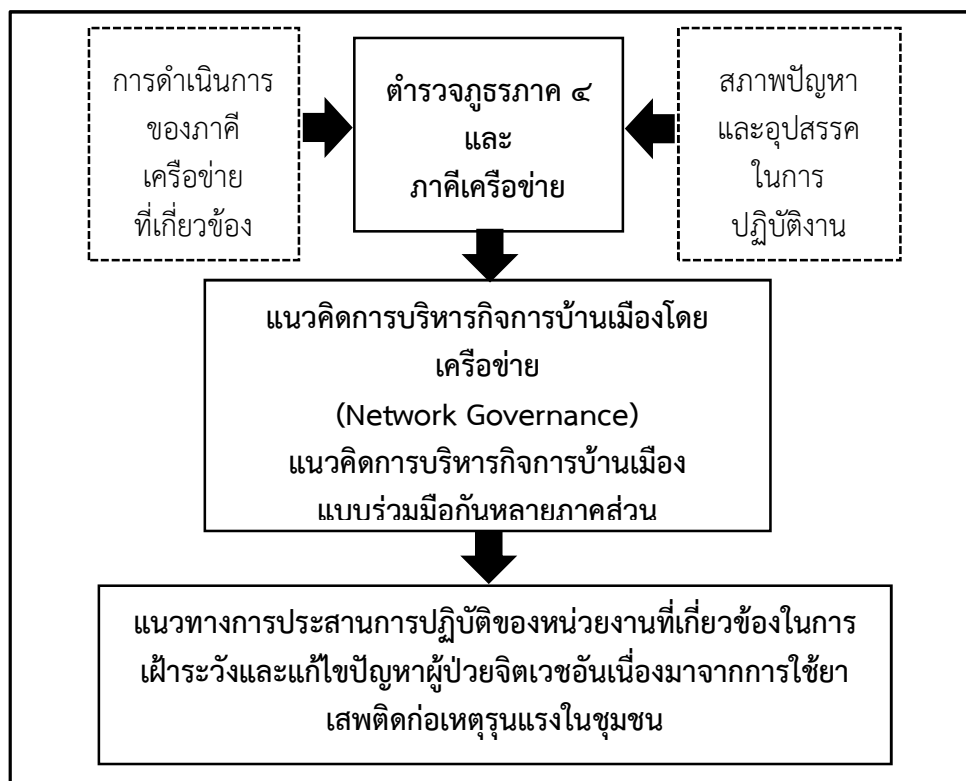
ลัทธิรัตน์ รื่นบันเทิง (๒๕๔๗ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง การสร้างเครือข่าย “ธุรกิจชุมชนร่วมด้วยช่วยกัน สำนักรักบ้านเกิด” ตามทฤษฎีขั้นที่ ๓ ของบริษัทยูไนเต็ดคอมมูนิตีส์ อินดัสตรี จำกัด (มหาชน) ผลการศึกษา พบว่า สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของการสร้างเครือข่าย “ธุรกิจชุมชนร่วมด้วยช่วยกัน สำนักรักบ้านเกิด” นั้น สามารถแยกปัญหาออกเป็นประเด็นตามลำดับความสำคัญ ดังนี้ ๑) ปัญหาจากประสบการณ์และทักษะการทำงานของบุคลากรในเครือข่าย เนื่องจากบริษัทยูไนเต็ดคอมมูนิตีส์ อินดัสตรี จำกัด (มหาชน) มีความเชี่ยวชาญในธุรกิจโทรคมนาคม และการสื่อสารจึงได้นำศักยภาพในด้านนี้ขององค์กรมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อประชาชน

ของประเทศ โดยปฏิบัติตามแนวคิดทฤษฎีใหม่ขั้นที่ ๓ ทั้งนี้ในการดำเนินงานสร้างเครือข่ายดังกล่าว บางส่วนงานเป็นการดำเนินงานที่บริษัทฯ และเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการยังไม่มีประสบการณ์ในการทำงานมาก่อน ๒) ปัญหาจากความต่อเนื่องในการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ เนื่องจากแนวความคิดและการดำเนินการในแต่ละเครือข่ายต่างดำเนินงานภายใต้การดูแลของบริษัทยูคอมซึ่งดำเนินงานในรูปของบริษัท จึงไม่สอดคล้องประสานกับการทำงานในลักษณะของหน่วยงานภาครัฐ จึงทำให้การดำเนินงานเป็นไปได้ช้า ๓) ปัญหาจากพฤติกรรมและวิถีชีวิตของประชาชนต่อการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ดังนั้นภาครัฐควรเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนสำคัญในการส่งเสริมอุปกรณ์ ชั่วโงม อินเทอร์เน็ต เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลสามารถรับข้อมูลข่าวสารได้อย่างเท่าเทียมกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในเมือง นอกจากนี้ต้องสร้างค่านิยมในการใช้ระบบเทคโนโลยีในทางที่เป็นประโยชน์ ไม่ใช่ฉาบฉวย หรือใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง ๔) ปัญหาจากการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกภายในเครือข่ายต่าง ๆ ๕) ปัญหาจากงบประมาณในการดำเนินงาน เนื่องจากการดำเนินงานดังกล่าวเป็นการทำงานเพื่อมุ่งหวังประโยชน์กับชุมชนเป็นหลัก โดยมีได้คำนึงถึงผลกำไรที่จะเกิดขึ้น ทำให้งบประมาณในการดำเนินงานมีจำกัด ๖) ปัญหาจากทัศนคติของชุมชนต่อการสร้างเครือข่ายของบริษัทยูไนเต็ดคอมมูนีเคชั่น อินดรัสตรี จำกัด (มหาชน) เนื่องจากชุมชนไม่เข้าใจในวัตถุประสงค์การดำเนินงานของบริษัท จึงไม่ให้ความร่วมมือต่อต้าน ทำให้การทำงานเป็นไปอย่างล่าช้า

วิจัยณา หุตานนท์ (๒๕๔๕ : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึง การประสานงานลักษณะเครือข่ายระหว่างองค์กรภาครัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชนต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พบว่า รูปแบบการประสานงานเครือข่ายมีการดำเนินกิจกรรมใน ๕ รูปแบบ ประกอบไปด้วย รูปแบบที่ ๑ การประสานงานลักษณะเครือข่ายแบบทางเดียว ผลการศึกษา พบว่า องค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินการไม่มีสำนักงาน บุคลากรประจำในพื้นที่มีระยะเวลาดำเนินการเพียง ๑ ปี ทำให้ไม่พบความชัดเจนและความต่อเนื่องของการประสานงานลักษณะเครือข่าย ด้านแผน ด้านการดำเนินการและการติดตามประเมินผล รูปแบบที่ ๒ การประสานงานลักษณะเครือข่ายแบบคู่ขนาน ผลการศึกษาพบว่า องค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินการมีสำนักงาน บุคลากรประจำในพื้นที่ มีแผนระยะยาวรองรับ แต่ยังไม่พบความชัดเจนความต่อเนื่องของการประสานงานลักษณะเครือข่ายด้านแผน ด้านการดำเนินการและการติดตามประเมินผล เนื่องจากแต่ละองค์กรประสบปัญหาด้านระบบการประสานงานที่แตกต่างกัน ไม่มีระบบเครือข่ายที่ชัดเจน และแผนขององค์กรพัฒนาเอกชนยังไม่ผนวกอยู่ในระดับบริหารจังหวัด รูปแบบที่ ๓ การประสานงานลักษณะเครือข่ายแบบสามประสาน ผลการศึกษาพบว่า มีความชัดเจนและความต่อเนื่องของการประสานงานลักษณะเครือข่ายด้านแผน ด้านการดำเนินการ และการติดตามประเมินผลแบบมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน รูปแบบที่ ๔ การประสานงานลักษณะเครือข่ายแบบเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนเป็นหลัก ผลการศึกษาพบว่าองค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินการมีสำนักงาน บุคลากรประจำในพื้นที่ มีแผนระยะยาวรองรับ พบความชัดเจนและความต่อเนื่องของการประสานงานลักษณะเครือข่ายด้านแผน รูปแบบที่ ๕ การประสานงานลักษณะเครือข่ายแบบเครือข่ายผู้ติดเชื้อเป็นหลัก ผลการศึกษาพบความชัดเจนและความต่อเนื่องในการประสานงาน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดที่จะใช้ในการศึกษา โดยการศึกษาครั้งนี้อาศัยกรอบแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองโดยเครือข่าย (Network Governance) และกรอบแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน (Collaborative Governance) เป็นฐานในการวิเคราะห์ ซึ่งสามารถแสดงได้ดังกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



บทที่ ๔

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการที่ผู้วิจัยได้ออกเก็บข้อมูลวิจัย เรื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหาเสพติดในประเทศไทย : กรณีศึกษาแนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองโดยเครือข่าย (Network Governance) และกรอบแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน (Collaborative Governance) เป็นฐานในการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาจากการศึกษาเอกสาร (Documentary Study) สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการจัดประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็น (Focus Group Discussion) มาเรียบเรียง ผู้วิจัยขอเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์ต่าง ๆ ตามหัวข้อดังนี้

๑. การดำเนินการของตำรวจภูธรภาค ๔ ในความร่วมมือกับ กองทัพภาคที่ ๒ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

๒. สภาพปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

๓. แนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

การดำเนินการของตำรวจภูธรภาค ๔ ในความร่วมมือกับ กองทัพภาคที่ ๒ และภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

จากการศึกษาการดำเนินการของตำรวจภูธรภาค ๔ ในความร่วมมือกับ กองทัพภาคที่ ๒ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน มีประเด็นที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและนำมาวิเคราะห์ ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนในปัจจุบัน ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน และการดำเนินงานของตำรวจภูธรภาค ๔ ในความร่วมมือกับกองทัพภาคที่ ๒ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ดังนี้

๑. สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนในปัจจุบัน

จากการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีการทางจิตประสาทจากยาเสพติดของตำรวจภูธรภาค ๔ พบว่า ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีการทางจิตประสาทจากยาเสพติดในระบบ CRIMES ณ ห้วงตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชรวมทั้งสิ้น ๑๒,๒๗๕ คน ซึ่งแยกเป็นเป็นผู้ป่วย กลุ่มเฝ้าระวัง (สีเขียว) จำนวน ๗,๘๙๓ คน กลุ่มเฝ้าระวังสูง (สีเหลือง) จำนวน ๓,๒๐๓ คน กลุ่มเฝ้าระวังสูงสุด (สีแดง) จำนวน ๑,๑๗๙ คน และมีจำนวนผู้ป่วยที่มีการทางจิตประสาทจากยาเสพติด รวมทั้งสิ้น ๑๒,๓๑๒ คน ซึ่งแยกเป็นผู้ป่วยกลุ่มเฝ้าระวัง (สีเขียว) จำนวน ๖,๓๓๘ คน กลุ่มเฝ้าระวังสูง (สีเหลือง) จำนวน ๔,๑๒๕ คน กลุ่มเฝ้าระวังสูงสุด (สีแดง) จำนวน ๑,๘๔๙ คน ซึ่งข้อมูลจากสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค ๔ (ขอนแก่น) พบว่า จากรายงานข่าวผลกระทบจากยาเสพติดที่ปรากฏตามสื่อในห้วงเดือนมกราคม ๒๕๖๖ มีจำนวนทั้งสิ้น ๖๖ ข่าว มากกว่าเดือนที่ผ่านมา (ธันวาคม ๒๕๖๕ มีจำนวนทั้งสิ้น ๕๓ ข่าว) โดยมีผู้ก่อเหตุจำนวนทั้งสิ้น ๗๔ คน โดยส่วนใหญ่ผู้ก่อเหตุอายุเฉลี่ย ๓๖ ปี ซึ่งลักษณะการก่อเหตุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับทรัพย์สิน (ร้อยละ ๔๔.๒๘) เช่น ก่อเหตุลักขโมยทรัพย์สิน อาละวาด ทำลายทรัพย์สิน ก่อเหตุเผาบ้าน เป็นต้น รองลงมาเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับร่างกาย (ร้อยละ ๒๗.๕๔) เช่น อาละวาดแล้วทำร้ายบุคคลในครอบครัว และทำร้ายบุคคลอื่น พฤติกรรมเกี่ยวกับชีวิต (ร้อยละ ๑๘.๕๔) เช่น ผู้เสพเมายาแล้วล้งและทำร้ายผู้อื่นจนเสียชีวิต และพฤติกรรม เกี่ยวกับเพศ (ร้อยละ ๔.๓๔) โดยพฤติกรรมดังกล่าวอาจเกี่ยวเนื่องกับยาเสพติด และปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอัน เนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงเกือบทุกพื้นที่เนื่องจากการใช้ยาเสพติดร่วมกับสารหรือสิ่งเสพติดอื่นทำให้เกิดการออกฤทธิ์ผสมผสานเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาจมีอาการคลุ้มคลั่งอาละวาดจนก่อความเดือดร้อนในสังคม

จากสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่งได้ชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ปัญหายาเสพติดที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากการเข้าถึงยาเสพติดเป็นไปได้ง่ายขึ้น และปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อชุมชนและสังคม ซึ่งกล่าวไว้ว่า

“...เยาวชนเข้าถึงยาเสพติดง่ายขึ้น พอโตขึ้นก็ก้าวร้าว ตักเตือนก็ไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนเตือนถูกเพ่งเล็ง อันตรายกว่าแต่ก่อนมาก ยาเสพติดแพร่ระบาดเป็นวงกว้างเพิ่มขึ้น ไม่หลับไม่นอน เป็นผลเสียในชุมชน...” (นายสุตใจ เกษะหาร ผู้ใหญ่บ้าน, สัมภาษณ์, ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่งที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาจากยาเสพติดในปัจจุบันที่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นจากสาเหตุราคายาเสพติดที่มีราคาถูกลงส่งผลให้ผู้เสพสามารถเข้าถึงยาเสพติดได้โดยง่าย ซึ่งได้กล่าวว่า

“...ในช่วงปี ๒ ปี ให้หลัง จำนวนคนใช้จะค่อนข้างเยอะขึ้น อาจจะเรื่องของตัวยาสเสพติดมันราคาถูก การเข้าถึงก็เลยง่ายขึ้น พอจำนวนยาเสพติดหาง่ายผู้เสพยาเสพติดก็มีเยอะขึ้น...” (นายแพทย์ไกรวุฒิ เอี่ยมสุขวัฒน์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น, สัมภาษณ์, ๒ มีนาคม ๒๕๖๖)

ซึ่งสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง ได้ชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์ปัจจุบันมีสถิติการรับแจ้งเหตุผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดที่ก่อเหตุรุนแรงมากขึ้น ซึ่งได้กล่าวว่า

“...สถานการณ์มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นโดยมีสถิติจากการรับแจ้งเหตุรายวันที่เกิดขึ้น ในพื้นที่ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา เฉลี่ยแล้วสัปดาห์ละประมาณ ๓-๔ ครั้ง เฉพาะผู้ก่อเหตุที่มีความรุนแรงถึงขั้นส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช...” (พันตำรวจเอกดิเรกฤทธิ์ ปานเรือนแสน ตำรวจภูธรภาค ๔, สัมภาษณ์, ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

จากสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ได้ชี้กล่าวถึงปัญหายาเสพติดในวัยรุ่นและการแสดงออกของอาการผู้ป่วยจิตเวช ว่า

“...ตอน ม.๓ เพื่อนชักชวนเสกัญชา ไปฝึกงานที่บางประกง ผู้ดูแลในโรงงานบอกเป็นบ้า จึงย้ายกลับบ้าน พอกลับมาบ้านเริ่มมีอาการระแวง หูแว่ว โวยวาย พุดจาไม่เป็นตัวเอง ช่วงเที่ยงคืนหลอนว่าตัวเองเป็นเทพ...” (นาย คำ (นามสมมุติ), สัมภาษณ์, ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

และผู้ให้ข้อมูลหลักอีกท่านหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาส่งผลกระทบต่อครอบครัว เช่น การขโมยทรัพย์สินภายในบ้านเพื่อนำไปซื้อยาเสพติด ซึ่งได้กล่าวว่า

“...ลูกชายเริ่มติดยาตอน ม.๑ โดนไล่ออก พาไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา อาการดีขึ้น แต่ก็กลับไปเสพอีก มีการลักขโมยสิ่งของในบ้านเพื่อนำไปซื้อยา...” (นาย สม (นามสมมุติ), สัมภาษณ์, ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดในปัจจุบันได้เพิ่มระดับผลกระทบ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่งซึ่งเป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว มีการทำร้ายร่างกายมารดา อาละวาดใช้มีดฟันทำร้ายร่างกายคนในบ้าน และปัญหาการลักขโมย ซึ่งได้กล่าวว่า

“...ขโมยของในบ้านไปขาย เคยทำร้ายร่างกายแม่ อาละวาดใช้มีดฟันทำร้ายประตูดหวังจะเข้าไปในบ้านทำร้ายร่างกายคนในบ้าน เคยติดคุกเพราะลักขโมยรถมอเตอร์ไซด์ ขโมยโทรศัพท์...” (นาย สุ (นามสมมุติ), สัมภาษณ์, ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

ซึ่งผลกระทบจากปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดได้ขยายวงของสถานการณ์ปัญหาไปสู่ชุมชนและสังคม เช่น การมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และการกระทำผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินในคดีอุกฉกรรจ์ เป็นต้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ได้ชี้ให้เห็นว่า

“...ลูกชายปล้นเซเว่นฯ ติดคุกประมาณ ๒-๓ ปี ปัจจุบันก็ยังติดยาและไม่ได้รับการรักษา เคยพาไปรักษาโรงพยาบาลจิตเวช แรกๆ ออกมาก็ดีขึ้น แต่ก็กลับมาเป็นแบบเดิม มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ไม่กลัวใคร...” (นาย สม (นามสมมุติ), สัมภาษณ์, ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

๒. ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

จากสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน พบว่า ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน เป็นปัญหาที่สร้างความกังวลใจให้กับคนในชุมชนเป็นอย่างยิ่ง แม้ญาติของผู้ป่วยจะได้นำส่งรักษา แต่เมื่อรักษาแล้วก็ไม่ได้หายขาด เมื่อส่งกลับมาอยู่ในชุมชนในสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ ก็กลับไปก่อเหตุรุนแรงอีกเช่นเดิม ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่งซึ่งเป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ได้ชี้ให้เห็นถึงความต้องการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน โดยต้องการให้มียุทธศาสตร์การปราบปรามที่เด็ดขาด การให้ข้อมูลแหล่งซื้อขายต่อเจ้าหน้าที่ ความรวดเร็วในการเข้าพื้นที่เกิดเหตุ ความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานที่บำบัดรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งได้กล่าวว่า

“...อยากมีนโยบายปราบปรามคนขายให้เด็ดขาด ผู้ปกครองในชุมชนช่วยกันให้ข้อมูลแหล่งซื้อขาย เจ้าหน้าที่ตำรวจอยากให้รับเข้าพื้นที่ สถานบำบัดอยากให้เป็นที่ยอมรับในพื้นที่และยอมเสียค่าใช้จ่ายเท่าที่พอไหว อยากให้มีสถานที่กักบริเวณเป็นระยะเวลาหนึ่งเพื่อให้ปลอดภัยและไม่มีการติดต่อกับบุคคลที่เป็นสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ...” (นาย สม (นามสมมุติ), สัมภาษณ์, ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

ซึ่งสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลักอีกท่านหนึ่งซึ่งเป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ที่ชี้ให้เห็นถึงความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยอยากให้บุตรได้รับการรักษาจนหายขาด และอยากให้หน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐเข้ามาช่วยเหลือ ซึ่งได้กล่าวว่า

“...อยากให้บุตรได้รับการรักษาจนหายขาด อยากให้ชุมชน เจ้าหน้าที่ ช่วยกำกับดูแล แวะเวียน บังคับกินยา...” (นาย คำ (นามสมมุติ), สัมภาษณ์, ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

๓. การดำเนินงานของตำรวจภูธรภาค ๔ ในความร่วมมือกับกองทัพบกที่ ๒ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

จากการศึกษาการดำเนินงานของตำรวจภูธรภาค ๔ ในความร่วมมือกับกองทัพบกที่ ๒ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน พบว่า มีความร่วมมือแบบเป็นทางการ (Formal Type) โดยมีจัดทำสัญญา

ข้อตกลงเพื่อความเข้าใจอันดีระหว่างองค์กร (MOU) ตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน ไข้ระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ ภายใต้ความร่วมมือจาก ๑๕ หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กรมประชาสัมพันธ์ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และพบว่า เมื่อวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ กระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับกองบัญชาการกองทัพบก กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ กรมการปกครอง และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เพื่อให้เกิดการบริการทั้งศูนย์คัดกรอง สถานบำบัดผู้ติดยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐานและครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ โดยกระทรวงกลาโหมจะสนับสนุนสถานที่และบุคลากรในการดำเนินกิจกรรมของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ และร่วมกันดำเนินงานดูแล แก้ไข และบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภายในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ซึ่งการดำเนินงานในความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องดังกล่าว มีรูปแบบการบริหารจัดการบนแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองโดยเครือข่าย (Network Governance) โดยมีการกำหนดพันธกิจและการประสานงานของภาคีเครือข่ายในการระดมสรรพกำลังจากภาคส่วนต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือกันในลักษณะภาคีหุ้นส่วนหรือเครือข่าย ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยราชการต่างสังกัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และความร่วมมือกับภาคประชาชน ซึ่งมูลเหตุเจื่อนใจสำคัญอันนำไปสู่การก่อตัวขึ้นของการบริหารงานภาครัฐรูปแบบเครือข่ายในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหายุติเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน พบว่า เนื่องจากการดำเนินงานในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหายุติเวชข้อจำกัดด้านงบประมาณ กำลังคน บทบาท อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ตลอดจนความต้องการทางด้านทักษะ ความรู้และความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานที่เป็นความรู้เฉพาะทางและทักษะเชิงเทคนิค (Technical Skills) ของแต่ละหน่วยงาน

จากการวิเคราะห์ตัวแบบองค์ประกอบการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน (Collaborative Governance) พบว่า

๓.๑ การริเริ่มความร่วมมือ พบว่า การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหายุติเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนเริ่มจากปัญหาผลกระทบของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและก่อเหตุความรุนแรงกับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว หรือคนในชุมชน จนส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของประชาชนดังที่ปรากฏเป็นข่าวตามสื่อแขนงต่าง ๆ ในปัจจุบัน ซึ่งรัฐบาลได้ตระหนักในความสำคัญของปัญหาและผลกระทบดังกล่าว ซึ่งการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายุติเวชจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบูรณาการการดำเนินงาน จึงได้มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงในการดำเนินงานตามคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

ที่ ๖/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๑ กำหนดแนวทางการปฏิบัติให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ในการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสังคมจากอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ จึงได้จัดทำบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ ภายใต้ความร่วมมือจาก ๑๕ หน่วยงาน ซึ่งมีผลบังคับใช้นับตั้งแต่วันที่ลงนาม จนถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๗๐

๓.๒ ตัวแสดงที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวช อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ มีการเปิดพื้นที่ให้ตัวแสดงภาครัฐและภาคประชาชนในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารงานของภาครัฐ โดยตัวแสดงภาครัฐ แบ่งเป็นตัวแสดงส่วนกลางและตัวแสดงในพื้นที่ ซึ่งตัวแสดงส่วนกลาง ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กรมประชาสัมพันธ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เป็นต้น ส่วนตัวแสดงในพื้นที่ ได้แก่ ตำรวจภูธรภาค ๔ ตำรวจภูธรจังหวัดในสังกัดตำรวจภูธรภาค ๔ สถานีตำรวจในสังกัดตำรวจภูธรภาค ๔ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายอำเภอทุกแห่ง สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บัญชาการเรือนจำจังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ตลอดจนเจ้าหน้าที่ส่วนราชการทุกแห่งในพื้นที่ ส่วนตัวแสดงภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ประชาชนในพื้นที่ อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) สภาดึกและเยาวชน สภามัคคุเทศก์ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครหรือจิตอาสา ตลอดจนญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

๓.๓ การแสดงบทบาท พบว่า การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวช อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ มีการดำเนินงานแบบพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน โดยภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับภาคประชาชน โดยควบคุมกำกับกระบวนการตัดสินใจ การบังคับใช้อำนาจหน้าที่ไปสู่การจัดสรรกลไกการดำเนินงานต่าง ๆ การมีส่วนช่วยเชื่อมโยงนโยบายจากส่วนกลางไปสู่พื้นที่ และจากพื้นที่สู่ส่วนกลาง และภาคประชาชนในฐานะผู้รับรู้สภาพปัญหาและความต้องการในพื้นที่ ซึ่งมีบทบาทในความพร้อมของข้อมูลชุมชน การเป็นอาสาสมัครช่วยกระจายข้อมูลข่าวสาร การสำรวจและ

รวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ของกลุ่มเป้าหมายสู่ภาครัฐ ตลอดจนบทบาทการมีส่วนร่วมอื่น ๆ ซึ่งบทบาทตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือฯ ที่สำคัญ เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จะให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเข้าระงับเหตุ หรือการกระทำซึ่งมีภาวะอันตรายจากผู้ป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต และจะให้การสนับสนุนสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และสถานพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการนำส่งผู้ป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดไปยังสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษา ในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จะรับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และประสานส่งต่อผู้ป่วยให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของกรมสุขภาพจิต จะสนับสนุน ประสาน กำกับ ติดตาม และให้การดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน โดยการบำบัดฟื้นฟูและรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด เพื่อลดการก่อเหตุรุนแรงในสังคม ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ในส่วนของกรมการแพทย์ จะสนับสนุนองค์ความรู้ด้านการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใช้ยาเสพติดที่มีภาวะรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน และรุนแรงทางด้านร่างกาย และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด จะสนับสนุน และให้การดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดตามศักยภาพ ในส่วนสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย จะกำกับและติดตามการดำเนินงานภาพรวมภายในจังหวัดให้เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด และจะสนับสนุน กำกับ ดูแล ติดตาม และการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ในส่วนของกรมการปกครอง จะให้พนักงานฝ่ายปกครอง ได้แก่ นายอำเภอ ปลัดอำเภอ เจ้าหน้าที่ปกครอง สมาชิกกองอาสารักษาดินแดน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และคณะกรรมการหมู่บ้าน ทำหน้าที่ในการสังเกต และเฝ้าระวังอาการความผิดปกติทางจิตของประชาชนในหมู่บ้าน และนำผู้ที่มีอาการรุนแรงและมีภาวะอันตราย หรือมีความจำเป็นส่งต่อเข้ารับการบำบัดรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ และจะมอบหมายให้พนักงานฝ่ายปกครอง หรือบุคคลอื่นตามความเหมาะสม ทำหน้าที่ดูแล ติดตาม และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ตามที่ได้รับการประสานงาน ในส่วนของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จะส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความร่วมมือในการนำส่งผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดให้ได้รับการบำบัด ในสถานพยาบาล ในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะมอบหมายให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ประสานให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดหลังจากผู้ป่วยกลับสู่สังคมซึ่งเป็นผู้ประสบปัญหาทางสังคม ตามกรอบภารกิจและแนวทางที่กำหนดอย่างเหมาะสม และจะส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานกับองค์กรเครือข่ายภาครัฐและภาคเอกชน ในการให้ความช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้ป่วยในการกลับมาใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข ในส่วนของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ จะจัดสวัสดิการสังคม การสังคมสงเคราะห์ แก่ผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดที่ไร้ที่พึ่ง ที่สิ้นสุดการรักษาแต่ไร้ญาติ พิสูจน์แล้วไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร ไม่มีบัตรประจำตัวคนพิการ

ไม่สามารถกลับสู่ครอบครัวหรือชุมชน หรือไม่มีที่อยู่อาศัย ให้ได้รับการสงเคราะห์ด้านที่อยู่อาศัย และการดำเนินชีวิตตามความเหมาะสม ในส่วนของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จะสนับสนุนภาพรวมการเชื่อมต่อข้อมูลการดำเนินการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด จะประสานกับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงยุติธรรมในการติดตามดูแลผู้พ้นโทษ/ผู้ถูกคุมความประพฤติที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด และจะส่งเสริมสนับสนุนปัจจัยภาพรวมในการขับเคลื่อนการดำเนินการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด เป็นต้น

๓.๔ การจัดโครงสร้างการทำงาน พบว่า การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ ซึ่งตำรวจภูธรภาค ๔ ได้ดำเนินการภายใต้โครงการนาคาพิทักษ์ รักษ์ประชา (๑ ทีมผู้พิทักษ์ ๑ ผู้ป่วยจิตเวช) โดยมีเป้าหมายพื้นที่รับผิดชอบทั้ง ๑๒ จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น นครพนม บึงกาฬ มหาสารคาม มุกดาหาร ร้อยเอ็ด เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี ซึ่งมีการจัดโครงสร้างความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการที่ให้ทุกฝ่ายเข้ามาแสดงบทบาทร่วมกันผ่านกฎเกณฑ์และระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ที่เป็นทางการ มีการจัดโครงสร้างการทำงานร่วมกัน ดังนี้

๓.๔.๑ คณะกรรมการขับเคลื่อนระดับอำเภอ ประกอบด้วย นายอำเภอเป็นประธาน ผู้กำกับการสถานีตำรวจ สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นรองประธาน ผู้บริหารท้องถิ่นทุกแห่ง, ประธาน กต.ตร.สภ., ผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมทุกแห่ง, ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอ, ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอ เป็นคณะกรรมการ โดยมีรองผู้กำกับการป้องกันปราบปราม หรือ สารวัตรป้องกันปราบปราม (กรณีหัวหน้าสถานีตำรวจเป็นระดับรองผู้กำกับ) หรือรองสารวัตรป้องกันปราบปราม (กรณีหัวหน้าสถานีตำรวจเป็นระดับสารวัตร) เป็นคณะกรรมการและเลขานุการ และมีรองผู้กำกับการ (สอบสวน) ผู้ทำหน้าที่หัวหน้างานสอบสวน เป็นคณะกรรมการ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาด้านกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย

๓.๔.๒ คณะทำงานในระดับพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของแต่ละเทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล กำนันประจำตำบล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประจำตำบล โดยมีสำนักงานตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ซึ่งคณะทำงานในระดับพื้นที่ แบ่งย่อยออกเป็น ๒ ทีม และ ๑ ศูนย์ ดังนี้

๓.๔.๒.๑ ทีมผู้พิทักษ์ผู้ป่วยจิตเวช (Psycho Protector Team : PPT) ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล สายตรวจตำบลหรือตำรวจประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครหรือจิตอาสา เป็นต้น

๓.๔.๒.๒ ทีมระงับเหตุ ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนประจำหมู่บ้าน (อปพร.) ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้านประจำหมู่บ้าน (ชรบ.) ตำรวจอาสาประจำหมู่บ้าน สายตรวจตำบล ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินของเทศบาลตำบลหรือ

องค์การบริหารส่วนตำบล (พร้อมรถพยาบาลฉุกเฉิน : EMS) เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.)

๓.๔.๒.๓ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำตำบล มีสายตรวจตำบล แต่ละตำบลเป็นหัวหน้าศูนย์ ทำหน้าที่รับแจ้งเหตุจากศูนย์รับแจ้งเหตุ ๑๙๑ ของสถานีตำรวจ และสั่งการไปยังทีมระงับเหตุประจำตำบลหรือหมู่บ้าน

๓.๕ การตัดสินใจ พบว่า การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกันเฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ ซึ่งตำรวจภูธรภาค ๔ ได้ดำเนินการภายใต้โครงการนาคพิทักษ์ รักษาประชา (๑ ทีมผู้พิทักษ์ ๑ ผู้ป่วยจิตเวช) ให้ทุกฝ่ายเข้ามาตัดสินใจร่วมกันโดยมีวิธีดำเนินการในแต่ละระดับของหน่วยปฏิบัติของตำรวจภูธรภาค ๔ ดังนี้

๓.๕.๑ ระดับตำรวจภูธรภาค ๔ มีการประชุมชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนโครงการให้ตำรวจภูธรจังหวัด และสถานีตำรวจภูธรในสังกัดตำรวจภูธรภาค ๔ เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติ และติดตามประเมินผลการดำเนินการตามโครงการของตำรวจภูธรจังหวัดและสถานีตำรวจภูธร

๓.๕.๒ ระดับตำรวจภูธรจังหวัด มีการร่วมหารือกับผู้ว่าราชการจังหวัดในการดำเนินโครงการ โดยผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดจะเรียนเชิญผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานเพื่อประชุมชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ และขอความร่วมมือในการพิจารณาความเหมาะสมของการบรรจุโครงการไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น โดยมีผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนราชการ หัวหน้าสถานีตำรวจ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดเข้าร่วมประชุม เช่น ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด ผู้บัญชาการเรือนจำจังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สาธารณสุขจังหวัด นายอำเภอทุกแห่ง ผู้กำกับการและหัวหน้าสถานีตำรวจทุกแห่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัด นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด และท้องถิ่นอำเภอทุกแห่ง เป็นต้น

๓.๕.๓ ระดับสถานีตำรวจภูธร มีการนำเสนอนายอำเภอเพื่อพิจารณาการดำเนินโครงการ โดยนายอำเภอจะเชิญหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอพร้อมคณะที่ปรึกษา มาประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และรูปแบบจัดทำโครงการ รวมทั้งรับฟังปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติตามโครงการจากส่วนราชการอื่น และรับฟังข้อคิดเห็นหรือคำแนะนำจากคณะที่ปรึกษา เพื่อให้การดำเนินการตามโครงการสามารถปฏิบัติได้จริง เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยนายอำเภอจะออกคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานมอบหน้าที่ให้แต่ละส่วนราชการและเจ้าหน้าที่รัฐตามโครงสร้างของโครงการ ส่วนหัวหน้าสถานีตำรวจจะจัดทำคำสั่งมอบหมายพื้นที่รับผิดชอบให้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจประจำหมู่บ้าน สายตรวจตำบล และชุดชุมชนสัมพันธ์ เพื่อชี้แจงแนวทางการสำรวจข้อมูลผู้มีอาการทางจิต และผู้ป่วยจิตเวชให้ข้าราชการตำรวจผู้ได้รับมอบหมายในพื้นที่รับผิดชอบทราบ

๓.๖ เป้าหมายของการทำงานร่วมกัน พบว่า การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ ภายใต้ความร่วมมือจาก ๑๕ หน่วยงาน มีเป้าหมายร่วมกันในการสร้างความปลอดภัยให้กับประชาชน และการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับการดูแลรักษาในเชิงสาธารณสุขโดยเร็ว ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่จำเป็นเร่งด่วนจะต้องรับดำเนินการ คือ กลุ่มสีแดง ซึ่งมีการกำหนดแนวทางและขั้นตอนการรับแจ้งเหตุ การระงับเหตุ และการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อเหตุรุนแรงเข้าสู่การบำบัดรักษายังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดอาการทางจิต เช่น กรณีเกิดสถานการณ์วิกฤติผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงหรือมีพฤติกรรมน่าเชื่อว่าจะก่อเหตุรุนแรง เมื่อญาติ ผู้ปกครอง ผู้ดูแล หรือผู้พบเห็น แจ้งเหตุมายังช่องทางกรรับแจ้งเหตุ ผ่านทางสายด่วน ๑๙๑ สายด่วน ๑๖๖๙ แอปพลิเคชัน Police I LERT U สายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ หรือศูนย์ช่วยเหลือสังคมหมายเลข ๑๓๐๐ เป็นต้น เมื่อศูนย์รับแจ้งเหตุดังกล่าวได้รับแจ้งแล้ว จะแจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุประจำตำบล เพื่อแจ้งต่อไปยังทีมระงับเหตุประจำตำบลหรือหมู่บ้านเพื่อออกระงับเหตุฉุกเฉินต่อไป จากนั้นทีมระงับเหตุจะนำตัวผู้ป่วยจิตเวชส่งต่อไปยังหน่วยบริการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลประจำอำเภอ เพื่อสังเกตอาการ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการ โดยมีรพพยาบาลฉุกเฉิน (รถกู้ชีพ) ของท้องถิ่นเป็นผู้นำส่ง เมื่อโรงพยาบาลได้วินิจฉัยประเมินอาการ หรือทำการรักษาแล้ว จะส่งผู้ป่วยให้กลับไปรักษาตัวที่บ้าน (ผู้ป่วยนอก) โดยโรงพยาบาลจะแจ้งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ที่ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ทราบ จากนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจะแจ้งให้คณะทำงานในระดับตำบลทราบ (ศูนย์พิทักษ์ผู้ป่วยจิตเวชประจำตำบล) เพื่อแต่งตั้งมอบหมายหน้าที่ให้ทีมผู้พิทักษ์ผู้ป่วยจิตเวชประจำตัวผู้ป่วยดำเนินการตามแผนของโครงการต่อไป

จะเห็นได้ว่า สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในปัจจุบันมีแนวโน้มที่สูงขึ้น เนื่องจากการเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากการค้ายาเสพติดที่มีราคาถูก ส่งผลให้ผู้เสพสามารถเข้าถึงยาเสพติดได้โดยง่าย นอกจากนี้ พบว่า สถานการณ์ปัจจุบันมีสถิติการรับแจ้งเหตุผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดที่ก่อเหตุรุนแรงมากขึ้น ซึ่งสถานการณ์ปัญหาได้เพิ่มระดับผลกระทบกระทบต่อครอบครัว เป็นปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เช่น การอาละวาดใช้มีดฟันทำร้ายร่างกายคนในครอบครัว การขโมยทรัพย์สินภายในบ้านไปขายเพื่อนำไปซื้อยาเสพติดมาเสพ และผลกระทบจากปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดได้ขยายวงของสถานการณ์ปัญหาไปสู่ชุมชนและสังคม เช่น การมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และการกระทำผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินบุคคล อุกฉกรรจ์ เป็นต้น ซึ่งความต้องการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน พบว่า ต้องการรับรักษาจนหายขาดและค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สามารถจ่ายได้ตามศักยภาพ ต้องการสถานที่บำบัดรักษาที่เหมาะสม ต้องการให้มียุทธศาสตร์การปราบปรามที่เด็ดขาด ตลอดจนความรวดเร็วในการเข้าพื้นที่เกิดเหตุของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น ในส่วนการดำเนินงานของตำรวจภูธรภาค ๔ ในความร่วมมือกับกองทัพบกที่ ๒ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน พบว่า มีความร่วมมือแบบเป็นทางการ (Formal Type) โดยมีจัดทำสัญญาข้อตกลงเพื่อความเข้าใจอันดี

ระหว่างองค์กร (MOU) ตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน ฝ้าระวัง และแก้ไข ปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ ภายใต้ความร่วมมือจาก ๑๕ หน่วยงาน ซึ่งการดำเนินงานในความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องดังกล่าว มีรูปแบบการบริหารจัดการบนแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองโดยเครือข่าย (Network Governance) และเป็นการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน (Collaborative Governance)

สภาพปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวช อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

จากการศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวช อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ซึ่งมีประเด็นที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและนำมาวิเคราะห์ ได้แก่ ปัญหาค่านิยม “ภาวะอันตราย” ผู้ป่วยจิตเวช (กลุ่มสีแดง) ปัญหาจากตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน และสภาพปัญหาและอุปสรรค ในขั้นตอนการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องหลัก ๓ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการนำส่ง ขั้นการบำบัดรักษา และขั้นการ จำหน่าย ดังนี้

๑. ปัญหาค่านิยม “ภาวะอันตราย”

จากการศึกษานิยามคำว่า “ภาวะอันตราย” ตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติ สุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ หมายความว่า “พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงออกโดย ประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น” ซึ่งเป็ นการนิยามในลักษณะกว้าง ส่วนเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ของกรมสุขภาพจิต พบว่า ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ เกิดความรุนแรง คือ ๑) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต ๒) มีประวัติทำร้าย ผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส ๓) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะ มุ่งทำร้าย หรือ ๔) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) ซึ่งเป็นการ นิยามภาวะอันตรายที่มีรายละเอียดของพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ส่วนนิยาม ภาวะอันตรายตามแนวทางการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มี อาการทางจิต ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและกรมสุขภาพจิต พบว่า ได้จำแนกผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตระดับรุนแรงมาก ซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเองและคน รอบข้าง คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างชัดเจน โดยมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ พกหรือถืออาวุธ ส่งเสียงดังหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยคำหยาบคาย รื้อและขว้างปาข้าวของ พยายาม ทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง ข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ และทำลาย สิ่งของจนแตกหัก จากการศึกษา พบว่า ประชาชน ชุมชน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติบางส่วน ยังมี มุมมองของภาวะอันตรายที่แตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น ช่วงคัดกรอง เจ้าหน้าที่ตำรวจซึ่งเป็นด่านแรก ในการเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยมักจะประสบปัญหาจากมุมมองต่อภาวะอันตรายของประชาชนในชุมชน

ซึ่งคนในชุมชนจะมองว่าผู้ป่วยจิตเวชแม้จะมีระดับของอาการที่แสดงออกมาน้อยเพียงใด อาการเหล่านั้นก็คือภาวะที่เป็นอันตรายแล้ว ซึ่งจะต้องนำส่งโรงพยาบาลหรือสถานที่อื่น ๆ เท่านั้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่งซึ่งผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ได้แสดงความเห็นจากประสบการณ์ในการรับบริการจากหน่วยของรัฐ ซึ่งได้กล่าวว่า

“...พอมีอาการโวยวายก็นำตัวส่งโรงพักก่อน แล้วก็นำส่งโรงพยาบาล เมื่อขอให้โรงพยาบาลกักตัว โรงพยาบาลแจ้งว่าอาการไม่เป็นไม่อันตราย ให้กลับบ้าน...” (นาย คำ (นามสมมุติ), สัมภาษณ์, ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดจากมุมมองของระดับภาวะอันตรายที่แตกต่างกัน ซึ่งได้กล่าวว่า

“...ตำรวจเป็นด่านแรกในการเป็นผู้นำส่ง ปัญหาก็คือ บางที่ไม่เข้าใจอาการของคนไข้ คนไหนเบา คนไหนหนัก แล้วจะไปที่ไหน ถ้าสามารถคุยกันเป็นไปทางเดียวกันก็จะเกิดประโยชน์ บางทีตำรวจ ฝ่ายปกครอง จะทำแบบนี้ แต่สาธารณสุขบอกไม่ได้ทำแบบนี้ กลายเป็นต่างคนต่างทำ...” (นายแพทย์ชาญชัย ธงพานิช โรงพยาบาลธัญญารักษ์, สัมภาษณ์, ๙ มีนาคม ๒๕๖๖)

๒. ปัญหาจากตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

จากการจัดประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็นและสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า สภาพปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนที่สำคัญอีกสาเหตุหนึ่งคือมาจากตัวผู้ป่วยเอง กล่าวคือ ขาดความร่วมมือจากผู้ป่วย เช่น บางครั้งผู้ป่วยก็หลบหนีออกไปจากสถานบำบัดรักษาหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายแล้วแต่กรณี เพราะว่าการทนอยู่ในกฎระเบียบไม่ได้ และมีกรณีตัวอย่างผู้ป่วยผู้หนึ่งซึ่งเคยทำอาชีพขายบริการและใช้ยาเสพติดด้วย และได้เข้ามาบำบัดรักษา แต่เมื่อกลับออกไปแล้วก็กลับไปขายบริการและใช้ยาเสพติดเช่นเดิมเพื่อที่จะให้สามารถรับแขกได้ และผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกอีกท่านซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของภาคีเครือข่ายแห่งหนึ่ง ได้ชี้ให้เห็นถึงสภาพปัญหาจากตัวผู้ป่วยเองซึ่งขาดแรงจูงใจในการฝึกอาชีพ และทัศนคติที่ผิด ๆ เห็นว่าการค้ายาเสพติดง่ายกว่าและได้เงินเร็วกว่าการประกอบอาชีพสุจริต ซึ่งได้กล่าวว่า

“...แรงจูงใจในการจะไปฝึกอาชีพเขาค่อนข้างต่ำมาก แล้วก็ไปค้าอย่างง่ายกว่า ได้เงินเร็ว และได้เสพติด เพราะฉะนั้นเรื่องฝึกอาชีพนี้เขาไม่ไป เป็นความยากของการแก้ปัญหา...” (เจ้าหน้าที่ของภาคีเครือข่ายแห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, ๒ มีนาคม ๒๕๖๖)

นอกจากนี้ จากการจัดประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็นและสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า สภาพปัญหาและอุปสรรคอีกสาเหตุหนึ่งมาจากครอบครัวและชุมชน กล่าวคือ บางครอบครัวขาดความเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย ไม่ควบคุมการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ครอบครัวไม่กล้าพาญาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชออกไปในที่สาธารณะเพราะกลัวว่าจะทำอันตรายต่อผู้อื่น จึงทำให้ผู้ป่วยอยู่กับ

สภาพแวดล้อมเดิม ๆ และคนในชุมชนยังมีทัศนคติกับผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นคนบ้า ผู้ป่วยดังกล่าวจะต้องอยู่ที่โรงพยาบาลโรคจิตเท่านั้น และมักจะคิดว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่น่ากลัว จะต้องระวัง ไม่เข้าใกล้หรือพูดคุยด้วย ซึ่งทัศนคติหรือความเห็นเชิงลบเหล่านี้เป็นอุปสรรคในการเฝ้าระวังและแก้ไข ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด เช่น การอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนกับผู้ป่วย เป็นต้น

๓. ปัญหาในขั้นตอนการปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

จากการจัดประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็นและสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การเฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน มีสภาพปัญหาและอุปสรรคในขั้นตอนการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องหลัก ๆ ๓ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการนำส่ง ขั้นตอนการบำบัดรักษา และขั้นตอนการจำหน่าย ดังนี้

๓.๑ ปัญหาในขั้นตอนการนำส่ง

จากสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่งซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจ ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในขั้นตอนการเข้าเผชิญเหตุ ซึ่งจะต้องปฏิบัติตามยุทธวิธีและใช้ความระมัดระวังในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งได้กล่าวว่า

“...ไปที่เกิดเหตุ ก็จะต้องจอดรถให้ห่างจากบ้านที่เกิดเหตุ ต้องรู้ว่าผู้ก่อเหตุเป็นคนอายุเท่าไร ร่างกาย รูปร่าง เป็นยังไง ลักษณะอาการเป็นยังไง มีอาวุธอะไรหรือไม่ ถ้ามีอาวุธ มีดหรือว่ะอะไรต้องสอบถามก่อนที่จะเข้าไปครับ ส่วนมากคนป่วยจะไม่ยินยอมให้ควบคุม จะต้องใช้ยุทธวิธีตามที่อบรมมาครับ จะต้องประเมินสถานการณ์แล้วก็เรียกกำลังสนับสนุนจากกู้ชีพกู้ภัย หรือ ชุดสืบสวนให้มาช่วย ถ้าอาการหนักครับ...” (ร้อยตำรวจเอก ณิชฐพงษ์ กงจีน สถานีตำรวจภูธรอุบลรัตน์, สัมภาษณ์, ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

และผู้ให้ข้อมูลหลักยังได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาเพิ่มเติมเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานที่มีราคาแพง และปัญหาการจะต้องมีพยานคนกลางเพื่อยืนยันว่าการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจใช้ระดับการใช้กำลังต่อผู้ป่วยไม่เกินกว่าเหตุ ซึ่งได้กล่าวว่า

“...ปิ่นเทเช่อกัน นัตนิงราคาแพงครับ ถ้าไม่ถึงจุดจริง ๆ ก็ไม่ยิง เพราะว่ามันราคาแพง และเคสล่าสุดครับ ประมาณเกือบ ๒ ชั่วโมงถึงควบคุมตัวได้ กลัวปัญหว่าคนที่ก่อเหตุถ้าเกิดเขาได้รับบาดเจ็บมา เราก็จะต้องระมัดระวัง ก็จะโทรศัพท์เชิญสารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านให้มาเป็นพยานหน่อยว่ามีเหตุแบบนี้ ตำรวจไม่ได้ทำเกินกว่าเหตุครับ...” (ร้อยตำรวจเอก ณิชฐพงษ์ กงจีน สถานีตำรวจภูธรอุบลรัตน์, สัมภาษณ์, ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

ซึ่งอาการของผู้ป่วยมักจะเป็นช่วงกลางคืน เลยช่วงเวลาการให้บริการของโรงพยาบาลซึ่งจะต้องรอนำส่งในตอนเช้าวันถัดไป จึงเกิดปัญหาจากการไม่มีสถานที่สำหรับควบคุมผู้ป่วยโดยเฉพาะและไม่มีกฎหมายที่ชัดเจนรองรับการปฏิบัติ โดยผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง ได้ชี้ให้เห็นถึงสภาพปัญหา ซึ่งได้กล่าวว่า

“...ส่วนมากอาการของผู้ป่วยจะเป็นช่วงกลางคืน ช่วงหนึ่งทุ่มสองทุ่ม แล้วก็เลยช่วงเวลาการให้บริการของโรงพยาบาล จะต้องรอในตอนเช้า ชาวบ้านก็ต้องมาขอความร่วมมือเอาตัวมาไว้ที่สถานี ซึ่งสถานีไม่มีสถานที่โดยเฉพาะ การชั่งก็ไม่มีกฎหมายที่ชัดเจน ส่วนมากเราก็อาศัยหลักความยินยอม หลักป้องกันสังคมอะไรประมาณนี้ครับ เพราะถ้าเราปล่อยกลับไปก็จะเป็นภัยต่อสังคม อาจจะไปก่อเหตุซ้ำ...” (ร้อยตำรวจเอก สายัน บุรมศรี สถานีตำรวจภูธรอุบลรัตน์, สัมภาษณ์, ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาในการขอข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งมีปัญหาจากมุมมองของผู้นำชุมชนบางแห่งที่กลัวลูกบ้านไม่พอใจ จึงไม่ให้ข้อมูล และปัญหาในเรื่องงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่นในการนำส่งผู้ป่วยซึ่งเป็นนโยบายหรือแนวทางของแต่ละท้องถิ่น ซึ่งได้กล่าวว่า

“...เรื่องของมวลชนครับ ผู้นำชุมชนบางแห่งอาจจะกลัวลูกบ้านไม่พอใจ กลัวเสียคะแนน จึงไม่ให้ข้อมูล ส่วนเรื่องงบประมาณสนับสนุนก็จะเป็นแนวทางของแต่ละท้องถิ่นครับ...” (ร้อยตำรวจตรี ฐิตพล ก่อพันธ์ สถานีตำรวจภูธรอุบลรัตน์, สัมภาษณ์, ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖)

๓.๒ ปัญหาในขั้นการบำบัดรักษา

จากสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง ซึ่งเป็นหน่วยงานภาคีเครือข่ายในขั้นการบำบัดรักษา ได้ชี้ให้เห็นถึงสภาพปัญหาในเรื่องงบประมาณ อัตราค่าส่งผู้ป่วยปฏิบัติที่ไม่เพียงพอ และระบบการเรียนการสอนยังไม่มีเฉพาะทางในเรื่องยาเสพติดแบบจริงจัง ซึ่งได้กล่าวว่า

“...ปัญหางบประมาณครับเป็นปัญหาของทุกองค์กร และก็คนครับ อัตราค่าส่งไม่เพียงพอ มีแต่จะถูกลดจำนวนลง ส่วนระบบการเรียนการสอน ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการสอนเรื่องยาเสพติดแบบเป็นจริงเป็นจังที่จะเป็นเฉพาะทาง จะมีเพียงชั่วโมงเล็ก ๆ น้อย ๆ มาเรียนอบรมคอร์สระยะสั้น ๆ ไม่มีหลักสูตรที่เป็นแบบระยะยาว หมอบางคนก็ไม่กล้าสั่งยา...” (นายแพทย์ชาญชัย ธงพานิช โรงพยาบาลธัญญารักษ์, สัมภาษณ์, ๙ มีนาคม ๒๕๖๖)

นอกจากนี้ แม้ว่า มาตรา ๑๑๘ แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด จะกำหนดให้กระทรวงมหาดไทยจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด หรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา ซึ่งกรมการปกครองได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมกระทรวงมหาดไทยให้ดำเนินการจัดศูนย์ฟื้นฟูในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ซึ่งนโยบายระดับจังหวัดได้มอบหมายให้นายอำเภอเป็นตัวหลัก แต่การบำบัดรักษาหรือการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด พบว่า จะต้องใช้องค์ความรู้ในทางสาธารณสุขเข้ามาช่วยในการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ซึ่งนายอำเภออาจจะไม่มีองค์ความรู้ในเรื่องดังกล่าว ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่งซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาคีเครือข่ายแห่งหนึ่ง ได้แสดงความคิดเห็นต่อปัญหาดังกล่าว ซึ่งได้กล่าวว่า

“...นโยบายผู้ว่าราชการจังหวัดให้นายอำเภอเป็นตัวหลัก ก็จะใช้กลไกของกำนันผู้ใหญ่บ้าน และคณะกรรมการหมู่บ้านเข้ามาช่วย แต่ในการฟื้นฟูผู้ป่วย นายอำเภอไม่มีความรู้ในเรื่องนี้ เพราะต้องใช้เรื่องกิจกรรมบำบัด ครอบครัวบำบัด จะต้องใช้ยาของทางสาธารณสุขมาช่วย เพราะผู้ป่วยจะต้องทานยา...” (เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาคีเครือข่ายแห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, ๒ มีนาคม ๒๕๖๖)

๓.๓ ปัญหาในขั้นการจำหน่าย

จากการจัดประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็นและสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสภาพปัญหาและอุปสรรคในขั้นการจำหน่าย ผู้ร่วมประชุมกลุ่มย่อยได้ชี้ให้เห็นถึงสภาพปัญหาจากการไม่มีสถานที่รองรับผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับการบำบัดรักษาแล้วส่งผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน และขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจะต้องมีผู้ดูแลเวลาที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน เพราะผู้ป่วยจะไม่คิดเหมือนคนทั่วไป อาจจะทำผิดกฎหมายหรือพูดคนเดียวบ้าง ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถที่จะควบคุมดูแลตัวเองได้ เพราะฉะนั้นในขั้นการจำหน่ายเพื่อกลับสู่ชุมชนหรือครอบครัวจะต้องมีผู้ที่คอยดูแล ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือเครือข่ายอาสาสมัคร (อสม.) เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า สภาพปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนในปัจจุบันนั้น นิยามคำว่า ภาวะอันตรายตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นการให้นิยามในลักษณะกว้าง เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติบางส่วน หรือแม้กระทั่งคนในชุมชนเอง ยังมีความเข้าใจระดับของภาวะอันตรายที่แตกต่างกัน จึงอาจจะมีปัญหาต่อการประสานงาน ซึ่งการวินิจฉัยอาการเพื่อรับผู้ป่วยเข้ารักษาหรือส่งให้ญาติรับตัวผู้ป่วยกลับไปนั้น หน่วยงานทางสาธารณสุขจะมีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยถึงภาวะอันตราย แต่ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งก็ไม่ได้ยึดหลักเกณฑ์ดังกล่าวเป็นหลักตายตัว แต่จะพิจารณาอาการของผู้ป่วยเป็นกรณี ๆ ไป นอกจากนี้ สภาพปัญหาและอุปสรรคจากตัวผู้ป่วยเองที่ไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยบางรายหลบหนีออกจากสถานบำบัดรักษาเพราะไม่สามารถทนอยู่ในกฎระเบียบได้ และบางรายหลังจากการบำบัดรักษาก็กลับไปใช้ยาเสพติดอีก และผู้ป่วยบางรายขาดแรงจูงใจในการฝึกอาชีพ ยังมีทัศนคติที่ผิด ๆ เห็นว่าการขายยาเสพติดง่ายและได้เงินเร็วกว่าการประกอบอาชีพสุจริต สำหรับปัญหาจากครอบครัวและชุมชน บางครอบครัวยังขาดความเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย และคนในชุมชนยังมีทัศนคติในทางลบต่อผู้ป่วย มักคิดว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่น่ากลัว ต้องระวังไม่เข้าใกล้หรือพูดคุยด้วย ซึ่งสภาพดังกล่าวเป็นอุปสรรคในการปัญหาการอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนกับผู้ป่วยจิตเวช ในส่วนปัญหาและอุปสรรคในขั้นการจำหน่าย ได้แก่ การไม่มีสถานที่รองรับผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับการบำบัดรักษาแล้วส่งผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน และขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

แนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและ แก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

จากการศึกษาแนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน มีประเด็นที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและนำมาวิเคราะห์ ได้แก่ กระบวนการบริหารจัดการผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุรุนแรงแบบบูรณาการร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายใต้ยุทธการนาคาพิทักษ์รักษัประชาของตำรวจภูธรภาค ๔ ลักษณะการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนในปัจจุบัน และแนวทางการพัฒนาความร่วมมือในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ดังนี้

๑. กระบวนการบริหารจัดการผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุรุนแรงแบบบูรณาการร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายใต้ยุทธการนาคาพิทักษ์รักษัประชาของตำรวจภูธรภาค ๔

จากการศึกษา พบว่า ตำรวจภูธรภาค ๔ ได้จัดทำโครงการบริหารจัดการผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุรุนแรงแบบบูรณาการร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายใต้ยุทธการนาคาพิทักษ์รักษัประชา ซึ่งประกอบด้วย ๘ กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการค้นหาผู้ป่วย กระบวนการคัดแยกผู้ป่วย กระบวนการบริหารจัดการผู้ป่วยจิตเวชให้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา การกระบวนการจัดระดับการเฝ้าระวัง กระบวนการรับแจ้งเหตุและสั่งการ กระบวนการระงับเหตุ กระบวนการนำส่งโดยทีมส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช และกระบวนการควบคุมดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชไม่ให้เกิดเหตุรุนแรง ดังนี้

๑.๑ กระบวนการค้นหาผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติก่อเหตุรุนแรงหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อเหตุรุนแรง ซึ่งเจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นผู้สำรวจข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แหล่งข้อมูลจากโรงพยาบาลจิตเวช สถานพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ญาติหรือผู้ดูแล กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน หรือข้อมูลจากแหล่งอื่น

๑.๒ กระบวนการคัดแยกผู้ป่วย จำแนกออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษา และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการรักษา โดยผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษา แบ่งออกเป็น ๓ ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา

๑.๓ กระบวนการบริหารจัดการผู้ป่วยจิตเวชให้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา แบ่งเป็น ๒ วิธี คือ การเข้าสู่การบำบัดรักษาโดยวิธีการบังคับบำบัดและวิธีสมัครใจบำบัด วิธีการบังคับบำบัดจะมีเจ้าหน้าที่ตำรวจ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ ส่วนวิธีการสมัครใจบำบัด มีกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการ

๑.๔ การกระบวนการจัดระดับการเฝ้าระวัง ดำเนินการโดยคณะกรรมการคัดแยกผู้ป่วยระดับอำเภอ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้กำกับการหรือหัวหน้าสถานี และฝ่ายปกครอง โดยแบ่งกลุ่มการจัดระดับการเฝ้าระวังออกเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสีแดง

(กลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังสูงสุด) คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติก่อเหตุรุนแรงบ่อยครั้ง มีการใช้ยาเสพติดและดื่มสุراب่อยครั้ง ปฏิเสธการรับประทานยา มีทั้งญาติและไม่มีญาติดูแล กลุ่มสี่เหลือง (กลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังสูง) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เคยมีประวัติก่อเหตุรุนแรงแต่ไม่บ่อยครั้ง หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อเหตุรุนแรง กลุ่มสีเขียว (กลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง) คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ยินยอมเข้ารับการรักษาโดยวิธีสมัครใจ มีการปฏิบัติตามคำแนะนำและคำสั่งของแพทย์เป็นอย่างดี ไม่มีการใช้สารเสพติดหรือดื่มสุรา มีญาติหรือผู้รับดูแล

๑.๕ กระบวนการรับแจ้งเหตุและสั่งการ เมื่อศูนย์วิทยุประจำสถานีได้รับแจ้งจากช่องทางต่าง ๆ เช่น ศูนย์วิทยุ ๑๙๑ แอปพลิเคชัน Police 1 lert U สายด่วนเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๑๖๖๙ สายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ สายด่วน พม. ๑๓๐๐ หรือช่องทางอื่น ๆ ข้อมูลการแจ้งเหตุจะถูกส่งต่อไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำตำบลและสั่งการให้ทีมเผชิญเหตุออกปฏิบัติภารกิจโดยทันที

๑.๖ กระบวนการระงับเหตุ เมื่อทีมเผชิญเหตุได้รับคำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำตำบลแล้วจึงเดินทางไปยังสถานที่เกิดเหตุโดยทันที เมื่อสามารถควบคุมสถานการณ์และตัวผู้ก่อเหตุได้แล้วจะแจ้งไปยังสถานีตำรวจเพื่อประสานงานไปยังโรงพยาบาลให้เตรียมความพร้อมในการรับตัวผู้ป่วยเพื่อตรวจวินิจฉัยประเมินอาการเบื้องต้นก่อนนำตัวผู้ป่วยส่งสถานบำบัดอาการทางจิตต่อไป

๑.๗ กระบวนการนำส่งโดยทีมส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช หลังจากที่โรงพยาบาลได้วินิจฉัยและประเมินอาการของผู้ป่วยแล้ว มีความเห็นว่าควรนำตัวผู้ป่วยส่งสถานบำบัดอาการทางจิต ซึ่งดำเนินการนำส่งโดยรถพยาบาลฉุกเฉินขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รถพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป หรือรถในราชการของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ในการส่งตัวผู้ป่วยจิตเวชไปยังสถานบำบัดอาการทางจิตจะมีเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือทีมเผชิญเหตุร่วมเดินทางอยู่ด้วยเพื่อความปลอดภัยสำหรับเจ้าหน้าที่ที่นำตัวผู้ป่วยส่งสถานบำบัดอาการทางจิต

๑.๘ กระบวนการควบคุมดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชไม่ให้ก่อเหตุรุนแรง เมื่อโรงพยาบาลจำหน่ายเป็นผู้ป่วยนอกและส่งตัวกลับมารักษาอาการต่อเนื่องที่บ้าน จะมีทีมผู้พิทักษ์ประกอบด้วย ตำรวจสายตรวจตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครหรือจิตอาสา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข เข้าไปตรวจเยี่ยมดูแลอาการและสอดส่องดูแล การให้ยาตามแพทย์สั่งและให้คำปรึกษาแก่ญาติหรือผู้ดูแลในการปฏิบัติและการรับมือกรณีผู้ป่วยจิตเวชเริ่มแสดงพฤติกรรมรุนแรงเกิดขึ้น

ซึ่งกระบวนการดังกล่าวข้างต้นมีการประสานการปฏิบัติกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติหลักที่สำคัญ คือ ขั้นตอนการส่งต่อ ขั้นตอนการบำบัดรักษา และขั้นตอนการจำหน่าย โดยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานในรูปแบบโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามภารกิจ บทบาท อำนาจและหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานในการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

๑. ขั้นตอนการส่งต่อ

จากการศึกษา พบว่า สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้มีหนังสือ ตร. ที่ ๐๐๕๙/๘๑๖ ลงวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ เรื่อง แนวทางดำเนินการตามโครงการค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด

ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษา ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยสั่งการให้ทุกหน่วยดำเนินการ “โครงการค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษา ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นที่หมู่บ้าน/ชุมชน ของ บช.น. และ ภ. ๑ - ๙ นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐตามความเหมาะสม ตามนโยบายของรัฐบาล และนโยบายเร่งด่วนด้านยาเสพติดของผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ โดยตำรวจภูธรภาค ๔ ได้จัดทำโครงการนาคาพิทักษ์ รักษาประชา (๑ ทีมผู้พิทักษ์ ๑ ผู้ป่วยจิตเวช) ขึ้น ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดเก็บข้อมูลสถานภาพจำนวนผู้ป่วยจิตเวชสำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการก่อเหตุที่อาจกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และเพื่อนำข้อมูลสถานภาพจำนวนผู้ป่วยจิตเวชไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหามีอาการทางจิตก่อเหตุในพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีเป้าหมายพื้นที่รับผิดชอบทั้ง ๑๒ จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น นครพนม บึงกาฬ มหาสารคาม มุกดาหาร ร้อยเอ็ด เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี ซึ่งมีวิธีดำเนินการในแต่ละระดับของหน่วยปฏิบัติของตำรวจภูธรภาค ๔ ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติโดยสังเขป คือ เมื่อได้รับแจ้งเหตุจะแจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุประจำตำบลเพื่อแจ้งต่อไปยังทีมระงับเหตุประจำตำบล/หมู่บ้าน ออกระงับเหตุฉุกเฉิน ซึ่งทีมระงับเหตุจะนำตัวผู้ป่วยจิตเวชส่งต่อไปยังหน่วยบริการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลประจำอำเภอ เพื่อสังเกตอาการและประเมินระดับความรุนแรงของอาการ โดยมีโรงพยาบาลฉุกเฉินหรือรถกู้ชีพของท้องถิ่น เช่น เทศบาลตำบล หรือ อบต. เป็นผู้นำส่ง หลังจากโรงพยาบาลได้ทำการรักษาแล้ว จะส่งให้ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน (ผู้ป่วยนอก) โดยทางโรงพยาบาลจะแจ้งให้ รพ.สต. ที่ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ทราบ หลังจากนั้น รพ.สต. จะแจ้งให้คณะทำงานในระดับตำบลทราบ (ศูนย์พิทักษ์ผู้ป่วยจิตเวชประจำตำบล) เพื่อแต่งตั้งมอบหมายหน้าที่ทีมผู้พิทักษ์ผู้ป่วยจิตเวชประจำตัวผู้ป่วยต่อไป

๒. ขั้นการรักษา

จากการศึกษา พบว่า ลักษณะผู้ป่วยตามมาตรา ๒๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม คือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่แสดงออกโดยความผิดปกติทางจิต น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อตนเอง ต่อผู้อื่น หรือต่อทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น, ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา, ไม่เข้าใจลักษณะความเจ็บป่วยของตนเองซึ่งต้องได้รับการรักษา, ไม่ตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ตนตัดสินใจรับ หรือไม่รับการรักษารักษาของแพทย์ ซึ่งคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาจะมีคำสั่งตามมาตรา ๒๙ ให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา หรือต้องได้รับการรักษา ณ สถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัด โดยแจ้งให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยรับตัวผู้ป่วยไปดูแล หรือกรณีที่ไม่มีผู้รับดูแลให้แจ้งหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการทั้งภาครัฐและเอกชน นอกจากนี้ ประมวลกฎหมายยาเสพติด ได้แก้ไขปรับปรุงระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดใหม่โดยใช้กระบวนการทางสาธารณสุขซึ่งเป็นการดำเนินการทางการแพทย์ โดยมองว่าผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยยิ่งกว่าการนำตัวผู้ติดยาเสพติดไปดำเนินคดีอาญา ซึ่งโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เป็นหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

มีบทบาท หน้าที่เกี่ยวกับการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด ทั้งในระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ภายใต้กรอบของกฎหมาย วิจัยและพัฒนาการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด ตลอดจนถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ได้ดำเนินการจัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชน (Model Development of Long-term Rehabilitation in Secondary Care) หรือ มินิธัญญารักษ์ (Mini Thanyarak) ซึ่งเป็นการบำบัดรักษายาเสพติดแบบผู้ป่วยใน โดยมีวัตถุประสงค์ในการขยายศักยภาพการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยสุราและยาเสพติดในระดับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นการรองรับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (กฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่) เป็นพื้นที่เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยสุราและยาเสพติดในระดับอำเภอที่ครบทุกบริบทเพื่อนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ตลอดจนเป็นพื้นที่นำร่องของโรงพยาบาลชุมชนและเป็นพื้นที่รองรับเบื้องต้นในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะยาว และปัจจุบันได้ขยายโครงการไปยังพื้นที่ให้บริการตามโรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ เพื่อรองรับผู้ป่วย

ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง ได้แสดงความเห็นต่อประสิทธิภาพของโครงการมินิธัญญารักษ์ไว้ว่า

“...มินิธัญญารักษ์ ทำได้จริงก็น่าจะเกิดประโยชน์ คนไข้สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ในจังหวัดของตัวเองดูแลพี่น้องประชาชนของตัวเอง กระทรวงฯ ก็มีเตียงที่รับรักษาฟื้นฟูคนไข้ยาเสพติดได้เยอะขึ้น แล้วกระจายไปได้ทุกอำเภอ จะมีเตียงเพิ่มขึ้นที่เพียงพอ โดยที่กระทรวงฯ ไม่ต้องลงทุนสร้างใหม่ แค่เติมเงินงบบำบัดเข้าไป...” (นายแพทย์ชาญชัย ธงพานิช โรงพยาบาลธัญญารักษ์, สัมภาษณ์, ๙ มีนาคม ๒๕๖๖)

นอกจากนี้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้ชี้ให้เห็นถึงการพัฒนาระบบการเชื่อมประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเพิ่มเติม ซึ่งได้กล่าวว่า

“...มินิธัญญารักษ์ หมายถึงรวมผู้ป่วยทั้งสี่เขียว สี่เหลือง และสี่แดง ทางภาคของจังหวัดท่านผู้ว่าฯ ก็จะมียุทธศาสตร์ของ CI ก็คือจุดพักคอย สมมุติในบางอำเภอพอคุณตำรวจไปรับตัว มันลำบากในการนำส่ง ถ้าไม่ได้อยู่ในเขตอำเภอเมือง ถ้าเรามีจุดพักคอย ก็รอบที่ตรงนั้นก่อนแล้วพออาการสงบ ค่อยส่ง จะทำให้มีจุดพัก ตำรวจก็จะรู้ว่าจะต้องส่งไปที่ไหน ไม่งั้นเครียดมาก ว่าส่งไป รพ.อุบลรัตน์ แล้วมีอาการเกิน จึงส่งไป รพ.จิตเวช รพ.จิตเวชบอกเตียงเต็ม คุณตำรวจก็ต้องตะลอนตะลอนพามา มันลำบาก ก็คือต้องมีจุดพักคอย จุดที่ต้องมีคนประสานว่าคนนี้เป็นอย่างไร คนนี้เคลียร์ออกตอนนี้พร้อมจะมารับได้เลยตอนนี้ยังไม่พร้อม จัดการได้ง่าย ถ้าเรามีตรงนี้ก็ครบ ไร้รอยต่อ ก็คือมีการเชื่อมกันในพื้นที่ในชุมชน...” (นายแพทย์ชาญชัย ธงพานิช โรงพยาบาลธัญญารักษ์, สัมภาษณ์, ๙ มีนาคม ๒๕๖๖)

๓. ขั้นการจำหน่าย

จากการศึกษา พบว่า มาตรา ๒๙ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม คณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีอำนาจเกี่ยวกับการออกคำสั่งให้ผู้ป่วยเข้ารับ การบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา หรือให้การรักษา ณ สถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัด โดยแจ้ง ให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยรับตัวผู้ป่วยไปดูแล ซึ่งในกรณีที่ไม่มีผู้รับดูแลให้แจ้งหน่วยงานด้านสงเคราะห์และ สวัสดิการทั้งภาครัฐและเอกชน โดยให้ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทุกภาคต้องมีส่วนร่วม ร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิต ซึ่งขั้นการจำหน่ายผู้ป่วยนี้ หน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ สำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๓.๑ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงาน ในสังกัดปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความ ร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะมอบหมายให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ประสานให้ความ ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดหลังจากผู้ป่วยกลับสู่สังคมซึ่งเป็นผู้ประสบ ปัญหาทางสังคม ตลอดจนการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานกับองค์กรเครือข่ายภาครัฐและ ภาคเอกชนในการให้ความช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้ป่วยในการกลับมาใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า พระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. ๒๕๕๗ ได้นิยามคำว่า “คนไร้ที่พึ่ง” หมายความว่า “บุคคลซึ่งไร้ที่อยู่อาศัยและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และให้รวมถึงบุคคลที่อยู่ใน สภาวะยากลำบากและไม่อาจพึ่งพาบุคคลอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด” ซึ่งพระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. ๒๕๕๗ ได้กำหนดให้มีสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งและ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งขึ้น โดยอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งกฎหมายได้กำหนดให้สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง โดยมี บทบาทที่สำคัญ เช่น การรับตัวคนไร้ที่พึ่งไว้ การจัดให้มีที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มที่ เหมาะสมและถูกสุขลักษณะ การตรวจสุขภาพกายและสุขภาพจิต การฝึกอบรม ฝึกอาชีพ รวมทั้งหา อาชีพให้แก่คนไร้ที่พึ่ง เป็นต้น ส่วนศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งมีบทบาทที่สำคัญ เช่น การคุ้มครองใน เบื้องต้นแก่คนไร้ที่พึ่ง รวมทั้งรับตัวคนไร้ที่พึ่งไว้ การประสานงานเพื่อจัดส่งคนไร้ที่พึ่งไปยังสถาน คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง เป็นต้น นอกจากนี้ กรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นผู้พิการ และเมื่อได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการแล้ว ซึ่งพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ พ.ศ.๒๕๓๔ ได้กำหนดให้จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขึ้น เพื่อเป็นทุนหมุนเวียน สำหรับใช้จ่ายเกี่ยวกับการดำเนินงานและสงเคราะห์ช่วยเหลือคนพิการ ซึ่งกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ จะมีบทบาทสำคัญในการสงเคราะห์ที่พักพิงชั่วคราวและการให้เงิน ช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด หากเข้าหลักเกณฑ์คนไร้ที่พึ่งและ คนพิการ เช่น เงินอุดหนุนแบบให้เปล่าซึ่งต้องเขียนโครงการผ่านชมรมมูลนิธิหรือองค์กรผู้พิการเงิน สงเคราะห์ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย เงินสงเคราะห์ครอบครัวของผู้สูงอายุ และเงินสงเคราะห์ผู้ประสบ ปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น

๓.๒ สำนักงานคุมประพฤติจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม ซึ่งมีภารกิจในการดูแลและแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้กระทำผิดซึ่งเป็นผู้เสพที่ไม่สมัครใจหรือไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา และศาลมีคำสั่งกำหนดเงื่อนไขเพื่อคุมประพฤติมาใช้แทนการลงโทษ จากการศึกษา พบว่า กรมคุมประพฤติได้กำหนดแนวในการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้กระทำผิดที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้โทษให้ได้รับการพัฒนาพฤติกรรมดี โดยศูนย์พัฒนาพฤติกรรมดี เช่น การควบคุมและจัดการอารมณ์ การพัฒนาทักษะการดำรงชีวิต การสร้างงานสร้างอาชีพ และมีโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมดี เช่น การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การทำงานเชื่อมต่อกับชุมชนเพื่อคืนคนดีสู่สังคม นอกจากนี้ พบว่า อาสาสมัครคุมประพฤติจะเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือพนักงานคุมประพฤติในการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิด เช่น การออกสอดส่องผู้ถูกคุมความประพฤติและติดตามผลผู้ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕ (กฎหมายว่าด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดฉบับเดิม) เป็นต้น

๓.๓ กระทรวงมหาดไทย จากการศึกษา พบว่า ตามมาตรา ๑๑๘ แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด กำหนดให้กระทรวงมหาดไทยจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษา เพื่อฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ผ่านการบำบัดรักษาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ การศึกษา การติดตามดูแลปัญหาด้านสุขภาพ และการให้การสงเคราะห์อื่นๆ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยไม่กลับมากระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดซ้ำอีก นอกจากนี้ พบว่า กรมการปกครองได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมกระทรวงมหาดไทย ให้ดำเนินการจัดศูนย์ฟื้นฟูในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ โดยกำหนดกรอบการดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนด ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ติดตาม ดูแล ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความช่วยเหลือ และสงเคราะห์แก่ผู้เข้ารับการ บำบัดรักษา เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้รับการฟื้นฟูสภาพ ทางสังคม โดยได้รับบริการด้านสวัสดิการสังคม การสังคมสงเคราะห์ที่จำเป็นและเหมาะสม รวมทั้งช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่กลับมากระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอีก

๓.๔ กองทัพบกที่ ๒ จากการศึกษา พบว่า กองทัพบกมีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภายใต้ชื่อโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ซึ่งเป็นศูนย์บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยจะรับผู้ติดยาเสพติดที่ถูกจับกุมและศาลพิจารณาคัดสินให้เป็นผู้ป่วยเข้ามารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในหน่วยทหาร ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕ (ปัจจุบันพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕ ถูกยกเลิกโดยพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔) ตลอดจนกองทัพบกได้สนับสนุนการดำเนินโครงการแก้ไขปัญหายาเสพติดและผู้ติดยาเสพติดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ศูนย์ขวัญแผ่นดิน) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง ได้ชี้ให้เห็นถึงบทบาทของโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ซึ่งได้กล่าวว่า

“...โครงการโรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองก็เกี่ยวกับคนที่เสพยา แต่อาจจะไม่ถึงขั้น
สมองติดยา ก็ลักษณะเหมือนเป็นผีกวนให้เขา...” (พลตรี บุญสิน พาดกลาง กองทัพภาคที่ ๒, สัมภาษณ์,
๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักอีกท่านหนึ่ง ซึ่งเคยปฏิบัติหน้าที่ครูโรงเรียนวิวัฒน์
พลเมือง ได้ชี้ให้เห็นถึงบทบาทของโรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองและศูนย์ขวัญแผ่นดินเพิ่มเติมว่า

“...กองพลมีส่วนช่วยในเรื่องของการอบรมดูแลเรื่องวินัย อุดมการณ์ ส่วนใหญ่
เป็นกลุ่มผู้เสพยาหรือกลุ่มสืเชียวตามคำสั่งศาลที่ให้คนกลุ่มนี้ไปบำบัด ศูนย์วิวัฒน์พลเมืองใช้ระยะเวลา
ประมาณ ๑๒๐ แต่ปัจจุบันศูนย์วิวัฒน์พลเมืองได้ยกเลิกแล้ว ส่วนศูนย์ขวัญแผ่นดิน จัดที่หน่วยทหาร
ซึ่งกองทัพบกมีประมาณ ๕ แห่งทั่วประเทศ และดำเนินการประมาณ ๑๕ วัน โดยสำนักงานคุม
ประพฤติจังหวัดเป็นคนคัดผู้เข้าอบรมเพื่อให้ผ่านการรายงานตัวการคุมประพฤติ...” (ร้อยเอก วีระศักดิ์
สุทธิประภา กองพันทหารปืนใหญ่ที่ ๑๖ กรมทหารปืนใหญ่ที่ ๖ กองพลทหารราบที่ ๖, สัมภาษณ์,
๓ มีนาคม ๒๕๖๖)

และเมื่อวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ กระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามบันทึก
ข้อตกลงความร่วมมือกับกองบัญชาการกองทัพไทย กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ กรมการ
ปกครอง และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เพื่อความร่วมมือในการ
บำบัดพฤติกรรมกาเสพติดและการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจผู้ติดยาเสพติดในสถานฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งกองทัพบกจะสนับสนุนสถานที่และบุคลากรในการดำเนินกิจกรรมของ
สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และร่วมกันดำเนินงาน ดูแล แก้ไข และบำบัดรักษาฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ภายในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รวมถึงประสานความร่วมมือ
กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก
ท่านหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูงของกองทัพภาคที่ ๒ ได้ให้ความคิดเห็นต่อแนวทางความร่วมมือใน
การแก้ไขปัญหายาเสพติดจากสาเหตุเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ซึ่งหากภาคีเครือข่ายจะดำเนินการใน
พื้นที่ของค่ายทหาร กองทัพภาคที่ ๒ ยินดีที่จะสนับสนุนความร่วมมือ ซึ่งจะต้องพูดคุยในรายละเอียด
เช่น ด้านความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญของบุคลากร ตลอดจนงบประมาณที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้กล่าวว่า

“...การบำบัดฟื้นฟูโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่สมองติดยา ยังไม่มีการปฏิบัติเป็น
รูปธรรม แนวทางมีนิรโทษกรรมหากจัดในกองพันเสนารักษ์ โรงพยาบาลค่ายฯ ก็เห็นด้วย ข้อดีก็คือ
เขาจะได้อยู่ในค่ายทหาร แต่ทหารไม่มีความรู้ในเรื่องรักษา สมมุติว่าถ้าทางโรงพยาบาลชุมชนไม่มี
สถานที่ ก็ต้องไปคุยกันว่ากองพันสามารถใช้อาคารได้หรือไม่ แล้วก็เรื่องบุคลากรทางการแพทย์
ผู้บริหารต้องมาคุยกันลงรายละเอียดในเรื่องสถานที่ งบประมาณ การดูแล และก้ทักษะของบุคลากร
ส่วนถ้าจัดที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ จะเอาเจ้าหน้าที่ทหารไปช่วยล่าเสียง หรือช่วยอะไรต่าง ๆ
ก็เป็นไปได้ มีน้อง ๆ ทหารเกณฑ์ที่เราสามารถช่วยเหลือสังคมได้ บางทีเราก้เคยไปเป็นผู้ช่วยพนักงานแปล
ของโรงพยาบาลเหมือนกัน...” (พลตรี บุญสิน พาดกลาง กองทัพภาคที่ ๒, สัมภาษณ์, ๓๑ มีนาคม
๒๕๖๖)

จะเห็นได้ว่า การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนในปัจจุบัน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้มีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามภารกิจ บทบาท อำนาจและหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน และมีบุคลากรที่มีทักษะความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ตลอดจนมีทรัพยากรอื่น ๆ ของหน่วย ในการดำเนินงานในแต่ละขั้นการปฏิบัติหลัก ๆ อยู่แล้วในปัจจุบัน เช่น ในขั้นการส่งต่อ สำนักงานตำรวจแห่งชาติได้ดำเนินงานตามโครงการค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ผู้มีอาการทางจิตและผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษา ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และตำรวจภูธรภาค ๔ ได้จัดทำโครงการนาคาพิทักษ์ รักษาประชา (๑ ทีมผู้พิทักษ์ ๑ ผู้ป่วยจิตเวช) เพื่อจัดเก็บข้อมูลสถานภาพจำนวนผู้ป่วยจิตเวชสำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการก่อเหตุที่อาจกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ในขั้นการรักษา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชน (Model Development of Long - term Rehabilitation in Secondary Care) หรือ มินิธัญญารักษ์ (Mini Thanyarak) ซึ่งเป็นการขยายศักยภาพในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดไปยังโรงพยาบาลระดับชุมชน ส่วนชั้นจำหน่าย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด จะมีบทบาทสำคัญในการสงเคราะห์ที่พักพิงชั่วคราวและการให้เงินช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด หากเข้าหลักเกณฑ์คนไร้ที่พึ่งและคนพิการ เช่น เงินอุดหนุนแบบให้เปล่าผ่านชมรมมูลนิธิหรือองค์กรผู้พิการ เงินสงเคราะห์ครอบครัวผู้มียาได้น้อย เงินสงเคราะห์ครอบครัวของผู้สูงอายุ และเงินสงเคราะห์ผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น ส่วนสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรมได้ดำเนินโครงการโดยศูนย์พัฒนาพฤตินิสัย ซึ่งเป็นการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้กระทำผิดที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้โทษให้ได้รับการพัฒนาพฤตินิสัย โดย เช่น การควบคุมและจัดการอารมณ์ การพัฒนาทักษะการดำรงชีวิต การสร้างงานสร้างอาชีพ และมีโปรแกรมพัฒนาพฤตินิสัย เช่น การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การทำงานเชื่อมต่อกับชุมชนเพื่อคืนคนดีสู่สังคม และมีบทบาทของอาสาสมัครคุมประพฤติเข้ามาช่วยเหลือในการสอดส่องและติดตามผลผู้ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นต้น ส่วนกรมการปกครอง ได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้รับการฟื้นฟูสภาพทางสังคม ได้รับการบริการด้านสวัสดิการสังคม การสังคมสงเคราะห์ที่จำเป็นและเหมาะสม รวมทั้งช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้บุคคลดังกล่าวสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่กลับมากระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอีก ตลอดจนกองทัพบกที่ ๒ ซึ่งเมื่อวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ได้ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการบำบัดพฤติกรรม การเสพยาเสพติดและการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจผู้ติดยาเสพติดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งกองทัพบกจะสนับสนุนสถานที่และบุคลากรในการดำเนินกิจกรรมของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และร่วมดำเนินงาน ดูแล แก้ไข และบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภายในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รวมถึงประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน เป็นต้น

๒. ลักษณะการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนในปัจจุบัน

แม้ว่าการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนในปัจจุบันจะมีลักษณะของการประสานการปฏิบัติกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชั้นการปฏิบัติหลักที่สำคัญ ซึ่งหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานในรูปแบบโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามภารกิจ บทบาท อำนาจและหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน แต่จากการศึกษาลักษณะการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันพบว่า ยังประสบปัญหาอยู่หลายประการ เช่น การประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน การรองรับการปฏิบัติการเชิงพื้นที่ เป็นต้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่งซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาคีเครือข่ายแห่งหนึ่ง ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาว่า

“...กลุ่มผู้ป่วยสีแดงเปิดเผยชื่อไม่ได้ ถ้าไปเปิดเผยชื่อเขาก็จะอยู่ในชุมชนไม่ได้ ดังนั้นสาธารณสุขก็ไม่สามารถให้ข้อมูลนายอำเภอได้ว่าคนนั้นคนนี้ติดยา ส่วนการปฏิบัติระดับพื้นที่ ถ้าหากมาไล่เรียงกระบวนการตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิตฯ และ พ.ร.บ.ยาเสพติดฯ ควรแยกกระบวนการออกให้ชัด และปัจจุบันที่ศูนย์ระดับอำเภอมี แต่บุคลากรที่จะไปพัฒนาในเรื่องนี้ไม่เพียงพอ เมื่อส่งเข้าโรงพยาบาลธัญญารักษ์ บำบัดเสร็จก็ส่งกลับชุมชน ชุมชนเองก็ไม่มีพื้นที่รองรับคนเหล่านี้ การรองรับการปฏิบัติการเชิงพื้นที่ยังไม่แข็งแรง...” (เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาคีเครือข่ายแห่งหนึ่ง, สัมภาษณ์, ๒ มีนาคม ๒๕๖๖)

ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง ได้เสนอแนะความเห็นโดยหน่วยงานที่มีหน้าที่จะต้องจัดทำแผนบูรณาการด้วยกันซึ่งจะทำให้เกิดการเชื่อมประสานกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการปฏิบัติ ซึ่งได้กล่าวว่า

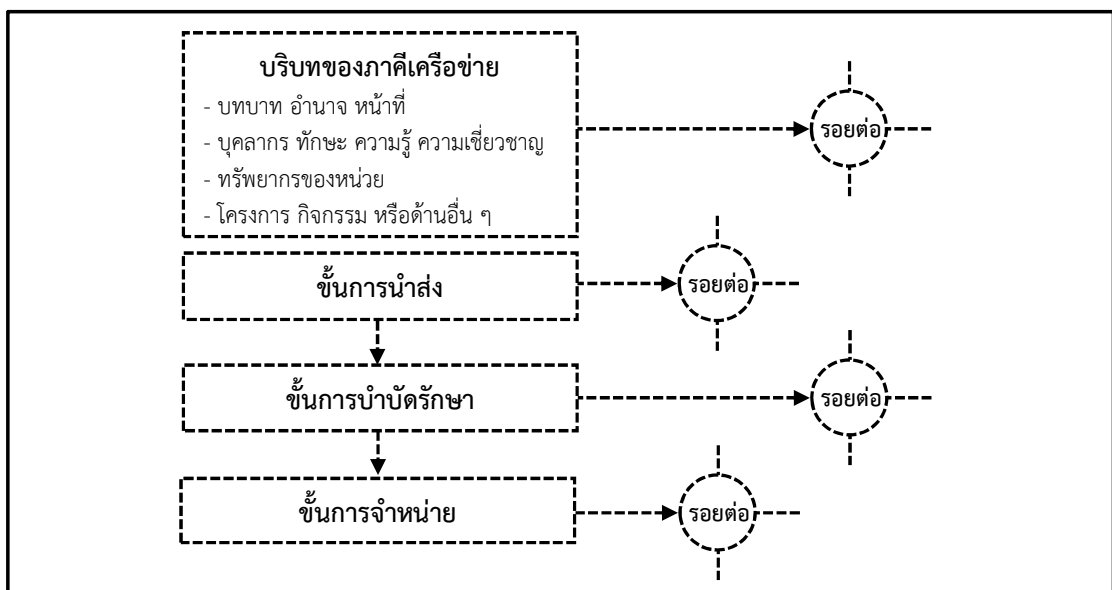
“...กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช มีกฎหมายหลักที่เกี่ยวข้องคือ พ.ร.บ.คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งฯ พ.ร.บ.สุขภาพจิตฯ และกฎหมายยาเสพติด ฯ เจ้าภาพของทั้ง ๓ กฎหมายนี้จะต้องมาบูรณาการกัน ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ๓ หน่วย ไม่ได้มาทำแผนบูรณาการด้วยกัน ควรจะต้องมาทำแผนปฏิบัติร่วมกัน เช่น บูรณาการคน บูรณาการสถานที่ บูรณาการการจัดการ บูรณาการงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์...” (นายสุภวัฒน์ หนูพริก สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น, สัมภาษณ์, ๒ มีนาคม ๒๕๖๖)

นอกจากนี้ ผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องงานกระบวนการยาเสพติดเสียก่อน แล้วจึงวางแผน และแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องหารือทำความเข้าใจร่วมกัน และจะต้องเปิดใจในองค์ความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญของหน่วยงานอื่นด้วย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลักท่านหนึ่ง ได้แสดงความเห็นไว้ว่า

“...ผู้บริหารควรมีความเข้าใจเรื่องยาเสพติด ต้องเปลี่ยนมโนทัศน์ก่อน แล้วถึงมาเริ่มวางแผนแล้วทำ เพราะถ้าทำด้วยความไม่เข้าใจจะผิดเพี้ยนไปกันใหญ่ ต้องเข้าใจตัวโรค เข้าใจกฎหมายว่าจะเปลี่ยนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างไร แม้กระทั่งประมวลกฎหมายยาเสพติดใหม่ที่จะออกมาในเรื่องศูนย์ฟื้นฟู หรือจุดพักคอย ทุกคนยังแปลความหมายไม่เหมือนกันเลย ผู้บริหารอาจจะต้องมีการหารือทำความเข้าใจร่วมกันก่อนโดยมีองค์ความรู้จริงๆ ทุกหน่วยจะต้องเปิดใจ เอาองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขไปด้วย ในขณะที่เดียวกันหน่วยงานสาธารณสุขก็ต้องเปิดใจ บางทีไปเถรตรงเรื่องยาแต่ในทางปฏิบัติมันมีกระบวนการทางยุทธวิธีต่าง ๆ ที่จะเข้าชุมชน หมู่บ้าน...” (นายแพทย์ชาญชัย ธิพานิช โรงพยาบาลธัญญารักษ์, สัมภาษณ์, ๙ มีนาคม ๒๕๖๖)

จะเห็นได้ว่า บริบทของหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานตามโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ อยู่แล้วในปัจจุบัน แต่ลักษณะการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังประสบปัญหาของรอยต่อในการประสานความร่วมมือใน ปรากฏดังแผนภาพที่ ๔ - ๑

แผนภาพที่ ๔ - ๑ ลักษณะการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนในปัจจุบัน



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๖

๓. แนวทางการพัฒนาความร่วมมือในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

จากการศึกษานโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด พบว่า มาตรา ๓ แห่งประมวลกฎหมายยาเสพติด กำหนดให้คณะรัฐมนตรีจัดทำนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติดตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และเมื่อมีการประกาศใช้นโยบายและแผน

ระดับชาติแล้ว หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการตามหน้าที่และอำนาจของตนให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนระดับชาติดังกล่าว ต่อมาได้มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ลงวันที่ ๑๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ซึ่งนโยบายและแผนด้านการบำบัดรักษายาเสพติด มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการบริหารจัดการผู้เสพตามกรอบแนวคิดของประมวลกฎหมายยาเสพติด เช่น การมีมุมมองต่อปัญหาผู้เสพในมิติด้านสุขภาพและสาธารณสุขมากกว่ามุมมองเพียงปัญหาในเชิงอาชญากรรม การพัฒนาแพลตฟอร์มสำหรับบริหารจัดการผู้เสพให้มีความเชื่อมโยงตลอดกระบวนการอย่างครบวงจร ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพทางสังคม ตลอดจนการติดตามประเมินผล การพัฒนาสถานบำบัดรักษาหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ให้มีคุณภาพตามมาตรฐานทางสาธารณสุข การขยายการรองรับอย่างครอบคลุม เพียงพอและเหมาะสมกับระดับการแพร่ระบาดในแต่ละพื้นที่ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวทาง Community Based Treatment and Rehabilitation (CBTx) โดยการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดให้ได้รับการดูแลอย่างไม่เลือกปฏิบัติ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้โอกาสผู้เสพยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างสงบสุข เป็นต้น

จากการจัดประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็น พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยได้เสนอแนวคิดที่สำคัญในแนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธรภาค ๔ กองทัพภาคที่ ๒ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหายาเสพติดอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) กล่าวคือ ควรจะมีสถานที่สำหรับการพักคอย สำหรับการติดตาม และสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยอาศัยแนวคิดของศูนย์ Community Isolation หรือ CI ซึ่งอ้างอิงมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสติดเชื้อโควิดที่ผ่านมา ซึ่งศูนย์ CI นี้ จะเป็นลักษณะของความร่วมมือของส่วนราชการภาครัฐ ฝ่ายปกครอง และชุมชน เพื่อเป็นสถานที่พักคอยให้ผู้ป่วยที่ภายหลังจากการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลแล้วได้มีพื้นที่สำหรับติดตามประเมินอาการในเบื้องต้นก่อนกลับสู่ครอบครัวหรือชุมชน ซึ่งกำหนดเป็นหลักสูตรในช่วงที่พักคอย โดยหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข และให้มีตัวแทนจากพื้นที่ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน หรืออาสาสมัคร (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการทำหน้าที่กำกับ ติดตาม ดูแล เพื่อที่จะควบคุมผู้ป่วยไม่ให้ก่อความรุนแรงกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ซึ่งจะต้องอบรมความรู้ แนวคิด วิธีการระงับเหตุ รวมถึงการควบคุมผู้ป่วยให้รับประณามและวิธีการระงับอาการของผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ จากแนวคิดการดำเนินโครงการ “มินิธัญญารักษ์” พบว่า มีลักษณะเป็นการกระจายการบริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดไปสู่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งโครงการดังกล่าวเป็นการยกระดับการบริการสาธารณสุขทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้ง่ายขึ้นและเป็นการสร้างความร่วมมือให้คนในชุมชนดูแลตนเอง ซึ่งโครงการมินิธัญญารักษ์ จะสอดคล้องกับแนวคิดศูนย์ CI กล่าวคือ หลังจากที่เจ้าหน้าที่ตำรวจเข้าเผชิญเหตุและควบคุมตัวผู้ป่วยที่ก่อเหตุรุนแรงในชุมชนไว้ หากมีจุดพักคอย หรือ ศูนย์ CI การประสานการปฏิบัติในระดับพื้นที่ก็สามารถนำมาส่งสถานที่ดังกล่าวก่อนเพื่อประเมินอาการ หลังจากนั้นจึงนำส่งต่อโรงพยาบาลหรือหน่วยงาน

ที่เหมาะสมกับลักษณะอาการและระดับภาวะอันตรายของผู้ป่วยต่อไป ซึ่งเจ้าหน้าที่ตำรวจผู้เผชิญเหตุก็จะรู้ทราบว่าจะต้องนำส่งตัวผู้ป่วยไปที่ใด โดยจุดพักคอย หรือ ศูนย์ CI จะมีผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานหรือประเมินอาการของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาให้กลับสู่ครอบครัวหรือจะต้องนำส่งต่อโรงพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อให้การจัดการในระดับพื้นที่ได้ง่ายและเป็นระบบ มีการเชื่อมประสานกันในพื้นที่ไร้รอยต่อการประสานงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

บทที่ ๕

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย : กรณีศึกษาแนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา ดังนี้

๑. เพื่อศึกษาการดำเนินการของตำรวจภูธรภาค ๔ ในความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

๒. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

๓. เพื่อเสนอแนะแนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยอาศัยวิธีการดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ที่เน้นการศึกษาเชิงพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) โดยมีวิธีการศึกษา ๓ รูปแบบหลักคือ ๑) การสำรวจจากการศึกษาค้นคว้าทางเอกสาร (Documentary research) ๒) การวิจัยภาคสนาม (Field research) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant interview) จากเจ้าหน้าที่ตำรวจภูธรภาค ๔ เจ้าหน้าที่ทหารจากกองทัพบกภาคที่ ๒ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามความร่วมมือ จำนวน ๒๐ คน ๓) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จากเจ้าหน้าที่ตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่ายเกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามความร่วมมือ จำนวน ๒๐ คน จากนั้นนำข้อมูลมาประมวลผลและวิเคราะห์เนื้อหาและพรรณนาถึงการดำเนินงานความร่วมมือในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ตามกรอบประเด็นการศึกษา ซึ่งสรุปผลการศึกษาค้นคว้าเป็นไปตามวัตถุประสงค์การศึกษา รายละเอียดดังต่อไปนี้

สรุป

๑. การดำเนินการของตำรวจภูธรภาค ๔ ในความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

การดำเนินงานของตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน พบว่า

๑.๑ จากบันทึกข้อตกลงเพื่อความเข้าใจอันดีระหว่างองค์กรว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ ภายใต้ความร่วมมือจาก ๑๕ หน่วยงาน รวมถึงกองทัพบกภาคที่ ๒ ได้ดำเนินงาน

ร่วมกันในการงานดูแล แก้ไข และบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดภายในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นการดำเนินงานความร่วมมือแบบเป็นทางการ (Formal Type) และมีรูปแบบการบริหารจัดการบนแนวคิดการบริหารกิจการบ้านเมืองโดยเครือข่าย (Network Governance) โดยการทำงานในความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาชน และมีการกำหนดพันธกิจและการประสานงานของภาคีเครือข่ายในการระดมสรรพกำลังจากภาคส่วนต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือกันตามตัวแบบองค์ประกอบการบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันหลายภาคส่วน (Collaborative Governance)

๑.๒ บันทึกข้อตกลงความร่วมมือเกิดจากการริเริ่มจากการคิดและวางแผนจากส่วนบน แต่กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้โครงการดังกล่าว ปรากฏลักษณะการดำเนินงานโดยอาศัยความสัมพันธ์ในแนวระนาบ กล่าวคือแต่ละภาคส่วนแสดงตามบทบาทขับเคลื่อนการแก้ปัญหาในลักษณะแตกต่างกันไปตามหน้าที่เฉพาะของตนนอกเหนือจากงานประจำ การดำเนินงานจึงเป็นลักษณะของงานเสริม หรืองานฝาก ที่ต้องใช้งบประมาณและอัตรากำลังเท่าที่มีในงานปกติดำเนินงานเสริมที่เพิ่มขึ้น

๒. สภาพปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหายุติยาเสพติดอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

สภาพปัญหาและอุปสรรคของความร่วมมือของตำรวจภูธร ภาค ๔ และภาคีเครือข่าย สรุปได้ดังต่อไปนี้

๒.๑ ความเข้าใจนิยามผู้ยุติยาเสพติดที่มีภาวะอันตรายคลาดเคลื่อนกัน

จากการศึกษา พบว่า นิยามคำว่า “ภาวะอันตราย” ตามมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ หมายความว่า “พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงออกโดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น” ซึ่งเป็นการนิยามในลักษณะกว้าง แต่เกณฑ์คัดกรองผู้ยุติยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ของกรมสุขภาพจิต ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเป็นผู้ยุติยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรง คือ ๑) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต ๒) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส ๓) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย หรือ ๔) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง) ซึ่งเป็นการนิยามภาวะอันตรายที่มีรายละเอียดของพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ดังนั้นมุมมองของประชาชน เจ้าหน้าที่ตำรวจ และภาคีเครือข่าย ในหลักเกณฑ์ทางสาธารณสุขเกี่ยวกับนิยามภาวะอันตรายจึงยังมีรายละเอียดในส่วนที่แตกต่างกัน อันส่งผลต่อความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในการขอรับบริการและปัญหาในการส่งต่อผู้ยุติยาเสพติดเพื่อบำบัดรักษา

๒.๒ ด้านพฤติกรรมของผู้ยุติยาเสพติด ครอบครัวและชุมชน

๒.๒.๑ ผู้ยุติยาเสพติดไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา บางรายหลบหนีออกไปจากสถานบำบัดรักษาหรือสถานฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เพราะทนอยู่ในภาวะบีบคั้นไม่ได้

ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการฝึกอาชีพ บางรายยังมีทัศนคติที่ผิด ๆ เห็นว่าการค้าขายเสียดัง่ายและได้เงินเร็วกว่าการประกอบอาชีพสุจริต

๒.๒.๒ ครอบครัวขาดความเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย เพราะมีมุมมองว่าผู้ป่วยไม่สามารถกลับมาเป็นคนดีและไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้จึงไม่ควบคุมการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และครอบครัวไม่กล้าพาญาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชออกไปในที่สาธารณะเพราะกลัวว่าจะทำอันตรายต่อผู้อื่น

๒.๒.๓ ชุมชนยังมีทัศนคติกับผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นคนบ้า ซึ่งจะต้องให้อยู่ที่โรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น และมักคิดว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่น่ากลัว จะต้องระวัง ไม่เข้าใกล้หรือรังเกียจที่จะพูดคุยปราศรัยด้วยทำให้เกิดปัญหาการอยู่ร่วมกัน

๒.๓ ด้านการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่าย

สภาพปัญหาและอุปสรรคในขั้นตอนการปฏิบัติการนำส่ง การบำบัดรักษา และการจำหน่าย พบปัญหาการประสานความร่วมมือหรือร่อยต่อดังนี้

๒.๒.๑ รอยต่อขั้นการนำส่งและขั้นการบำบัดรักษา ได้แก่ ปัญหาการหาสถานที่นำส่งผู้ป่วยเข้าควบคุม และบำบัดรักษาผู้ป่วย ความไม่พร้อมของสถานที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและปัญหามุมมองของนิยามภาวะอันตรายที่แตกต่างกันของเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

๒.๒.๒ รอยต่อขั้นการบำบัดรักษาและขั้นการจำหน่าย ได้แก่ ปัญหาการขาดสถานที่เตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ที่ขาดงบประมาณและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ และปัญหาการไม่มีสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพรองรับผู้ป่วยภายหลังจากที่ได้รับการบำบัดรักษาแล้ว

๓. แนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

จากปัญหาการประสานงานข้างต้นผู้วิจัยจึงเสนอแนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามสภาพปัญหาที่ศึกษาพบว่า

ลักษณะของความร่วมมือเป็นการอาศัยความสัมพันธ์ในแนวนอนและไม่มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นฝ่ายอำนวยความสะดวกหรือเจ้าภาพหลักอย่างแท้จริง จึงส่งผลให้การขับเคลื่อนภารกิจไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ดำรงจรรยาภาค ๔ จึงได้จัดทำโครงการ นาคพิทักษ์ รักษาประชา (๑ ทีมผู้พิทักษ์ ๑ ผู้ป่วยจิตเวช) โดยดำรงจรรยา ภาค ๔ อาสาเป็นหน่วยงานหลัก พัฒนาระบบความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ในการจัดการและการประสานงานของแต่ละขั้นตอนการปฏิบัติ ให้มีความต่อเนื่อง สะดวก รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ แต่จากการศึกษา พบว่าโครงการดังกล่าวยังคงพบปัญหารอยต่อของการปฏิบัติงานในระหว่างขั้นการส่งต่อ ขั้นการบำบัดรักษา และขั้นการจำหน่าย

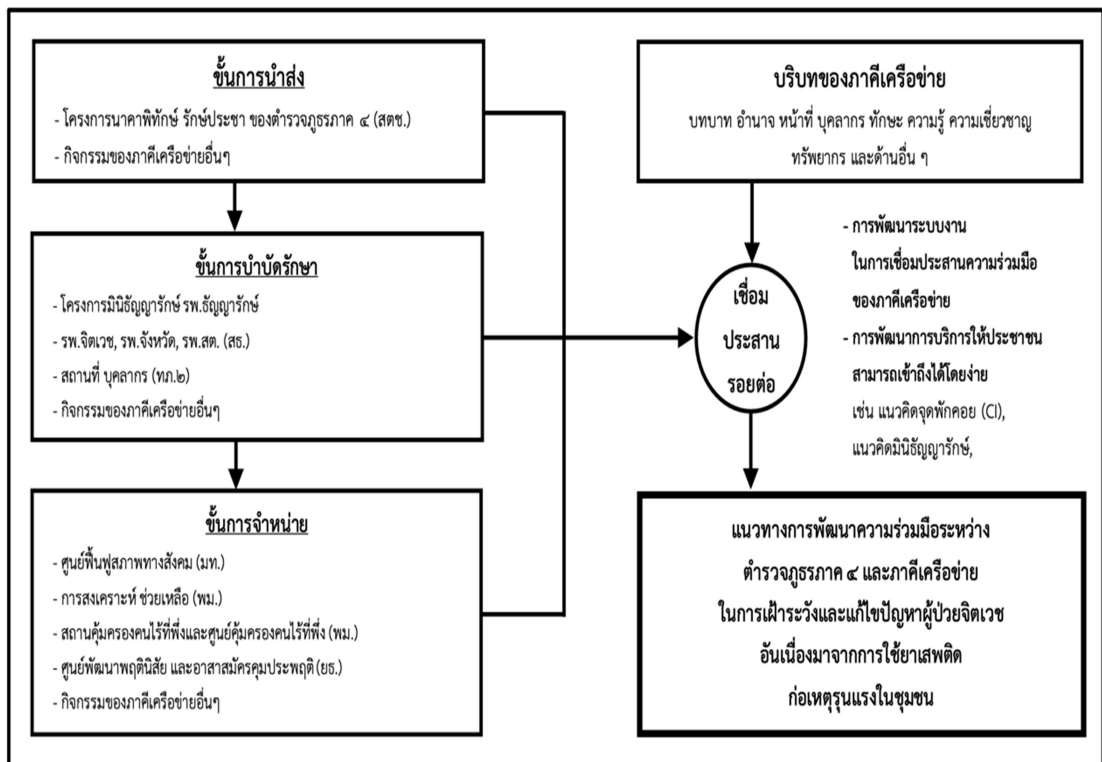
เพื่อให้การรับรักษาตัวผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงเสนอ แนวคิดการจัดตั้งจุดพักคอยหรือศูนย์ CI (Community Isolation) โดยมีจุดประสงค์ ๒ ประการคือ ๑) เป็นสถานที่แรกรับ สำหรับการควบคุมตัวไว้ตรวจวินิจฉัยสังเกตอาการเบื้องต้น เพื่อรักษาอาการคลุ้มคลั่ง

หรือระงับอาการผู้ป่วยที่มีภาวะอันตราย ๒) เป็นสถานที่พักคอย สำหรับประเมินอาการผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมส่งต่อบำบัดรักษาอาการทางจิตเวช และการบำบัดรักษายาเสพติด

จากปัญหาการขาดแคลนสถานที่สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ภายหลังการบำบัดรักษา ถึงแม้จะมีศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมในจังหวัดต่าง ๆ ของกระทรวงมหาดไทย แต่ยังไม่มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอ แนวคิดการดำเนินโครงการ “มินิธัญญารักษ์” ซึ่งมีลักษณะเป็นการกระจายการบริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดควบคู่กับการฟื้นฟูสภาพทางสังคมไปยังโรงพยาบาลชุมชน อันเป็นการยกระดับการบริการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้ง่ายขึ้น และเป็นการสร้างความร่วมมือให้คนในชุมชนดูแลตนเองอย่างยั่งยืน ซึ่งการดำเนินโครงการ “มินิธัญญารักษ์” สามารถดำเนินการทดแทนศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ยังไม่สามารถดำเนินงานจนเป็นมรรคเป็นผลได้ในขณะนี้

แนวทางการพัฒนาระบบการเชื่อมประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทั้งในชั้นการส่งต่อ ขั้นตอนการบำบัดรักษา และขั้นตอนการจำหน่าย ปรากฏดังแผนภาพที่ ๕ - ๑

แผนภาพที่ ๕ - ๑ แนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน



ที่มา : ประมวลผลโดยผู้วิจัย, ๒๕๖๖

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย : กรณีศึกษาแนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน สามารถนำมากำหนดข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑.๑ การผลักดันการขับเคลื่อนความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ต้องอาศัยการสนับสนุนงบประมาณและกรอบอัตรากำลังจากส่วนกลางลงมาสู่หน่วยงานต่าง ๆ ในท้องถิ่น รวมทั้งมีการกำหนดนโยบายที่ก่อให้เกิดความร่วมมือกันของทุกภาคส่วน

๑.๒ การประชาสัมพันธ์ สร้างการรับรู้ให้กับประชาชน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจกฎหมายและค่านิยมระดับภาวะอันตรายในทิศทางเดียวกัน

๑.๓ ควรจัดทำแผนบูรณาการในโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการเชื่อมประสานความร่วมมือกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการปฏิบัติ และโดยผู้บริหารของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดำเนินงานและต้องรู้ว่าสภาพปัญหาที่แท้จริง ดังนั้นผู้บริหารแต่ละหน่วยงานต้องสัมมนาหารือทำความเข้าใจร่วมกัน และเปิดใจในองค์ความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญของหน่วยงานอื่นจัดทำแผนบูรณาการร่วมกัน เพื่อให้เกิดการความร่วมมือที่ดีในระดับผู้ปฏิบัติ มีการเชื่อมประสานความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่แบบไร้รอยต่อ

๑.๔ ผลักดันการจัดตั้งศูนย์ Community Isolation เพื่อเป็นจุดพักคอยสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่รอให้อาการสงบ เมื่อรับยาแล้วกลับไปรักษาตัวในชุมชน หรือเป็นที่พักคอยรอเตียงว่างเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลอภัยภูธร และศูนย์ CI ต้องยกระดับจากศูนย์กักกันโรคของผู้ป่วยโควิดเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวช และควรมีโครงสร้างซึ่งประกอบด้วย ๑) ตัวแทนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนันผู้ใหญ่บ้าน ๒) บุคลากรทางการแพทย์ ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ๓) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ๔) เจ้าหน้าที่ตำรวจ และอาสาสมัครตำรวจบ้าน ชูรักษาความปลอดภัยของหมู่บ้าน เพื่อป้องกันและดูแลรักษาความปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่และประชาชนในพื้นที่ โดยฝ่ายปกครอง/ท้องถิ่น เป็นเจ้าภาพหลัก ขับเคลื่อนงานอำนวยความสะดวก จัดหาสถานที่และสนับสนุนงบประมาณ

๑.๕ จากปัญหาสถานการณ์ในการบำบัดรักษาที่มีจำกัด จึงควรเพิ่มพื้นที่การบำบัดรักษา โดยใช้โครงการมินิอภัยภูธรที่นำรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของโรงพยาบาลอภัยภูธรไปยังโรงพยาบาลชุมชน ทำให้มีสถานที่และเตียงรองรับผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยต้องมีแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ และมีเจ้าหน้าที่จากกระทรวงการพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์เข้าร่วมเป็นเลขานุการโครงการ ทั้งนี้เพื่อช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและตระหนักคุณค่าในตัวเอง โดยส่งเสริมการหารายได้ สนับสนุนการประกอบอาชีพที่สุจริตผ่านการอบรมทักษะวิชาชีพให้กับผู้ป่วย และสร้างเสริมให้ครอบครัวมีทัศนคติที่

ดีต่อผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยย้อนกลับมาเข้าวงจรรยาเสฟติดอีก ดังนั้นจากการเพิ่มพื้นที่การบำบัดรักษา และการขยายโครงการมินิธัญญารักษ์ไปยังโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่จังหวัดอื่น ๆ สร้างโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้อย่างสะดวก ต่อเนื่อง และยั่งยืน ดังนั้นรัฐบาลจึงควรส่งเสริมและสนับสนุนงบประมาณและกรอบอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ ตามที่ผู้วิจัยได้เสนอในข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๒. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

๒.๑ ขั้นตอนนำส่ง

๒.๑.๑ ควรจัดให้มีการฝึกอบรมยุทธวิธีในการปฏิบัติให้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่มูลนิธิกู้ชีพกู้ภัย และผู้ปฏิบัติการระงับเหตุฉุกเฉินเบื้องต้น ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยุทธวิธีการเผชิญเหตุ เช่น การพูดเกลี้ยกล่อม การจำกัดพฤติกรรม ตามขั้นตอนการระงับเหตุผู้ป่วยจิตเวชคลุ้มคลั่งหรือก่อเหตุรุนแรง (Standard Operating Procedure : SOP) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.๒๕๖๒ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อมอยู่เสมอโดยควรจัดอบรมอย่างสม่ำเสมอและต้องมีการทบทวนการฝึกยุทธวิธีเป็นประจำด้วย

๒.๑.๒ รัฐบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณในการนำส่งเช่น ค่าน้ำมันและค่าตอบแทนการนำส่ง ตลอดจนงบประมาณสำหรับจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการเผชิญเหตุ ดังที่ผู้วิจัยได้เสนอในข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๒.๒ ขั้นตอนการบำบัดรักษา

ควรนำระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้ในการให้คำปรึกษาสำหรับแพทย์และพยาบาลแบบออนไลน์ระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรับส่งตัวผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง และยกระดับการให้บริการของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชจากเสฟติดทั่วไปได้อย่างทั่วถึง ตลอดจนเร่งรัดเปิดให้บริการหอผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปให้ครอบคลุมทุกจังหวัด เพื่อเปิดพื้นที่การบำบัดรักษาให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

๒.๓ ขั้นตอนการจำหน่าย

ควรเร่งรัดให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมที่ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้วทั้ง ๑,๑๘๕ แห่งของกระทรวงมหาดไทย ให้ขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม

๓. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

จากพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่เป็นการเปลี่ยนแนวคิดปรับมุมมองใหม่ต่อปัญหาเสฟติดอย่างสิ้นเชิง ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนมุมมองจากผู้เสฟเป็นผู้ป่วยมากกว่าเป็นอาชญากร ทำให้ต้องแก้ปัญหาด้วยการใช้แนวทางสาธารณสุขมากกว่าการลงโทษทางอาญา รวมทั้งการไม่ได้มองเสฟติดเป็นเพียงด้านมืดเพียงด้านเดียว จึงเป็นที่น่าสนใจอย่างยิ่งว่าการพลิกแนวทางการแก้ปัญหาเสฟติดในครั้งนี้จะช่วยแก้ปัญหาเสฟติดได้จริงหรือไม่ การที่เจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุมผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากเสฟติดที่คลุ้มคลั่งส่งให้แพทย์ ทำให้เกิดมุมมองว่าผู้เสฟไม่ต้องได้รับโทษทางอาญาเป็นเรื่องที่ถูกต้องหรือไม่ หรือการดำเนินการเช่นนี้ส่งผลต่อความอ่อนแอในการบังคับใช้กฎหมายหรือไม่ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดค่านิยมการรับรู้ทางสังคมแทนที่จะเกรงกลัวต่อโทษที่กฎหมายกำหนด ไม่เข้ามายุ่งเกี่ยวกับเสฟติดแต่กลับเป็นช่องว่างให้คนเข้าทดลองเสฟยา

โดยเฉพาะกลุ่มผู้เปราะบางทางจิตใจหรือเปราะบางทางอารมณ์ ตัดสินใจเข้ามาเสพยาเสพติดเพราะกฎหมายอ่อนแอ จึงควรเสนอให้มีการศึกษาวิจัยในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของผลการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มคลั่งออกอาละวาดที่เพิ่มมากขึ้นในทุกชุมชน มาจากแนวคิดข้างต้นหรือไม่และเป็นแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถใช้ได้จริงหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การทบทวนทางแก้ไขปรับปรุงกฎหมายในโอกาสต่อไป และเพื่อแสวงหาแนวทางการแก้ปัญหาเสพติดให้ประสบผลสำเร็จมากขึ้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

กระทรวงกลาโหม, ศูนย์วิจัยวัฒนธรรมเมือง. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., ม.ป.ป.

กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, สาระสำคัญพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒. กรุงเทพฯ : บริษัท ละม่อม จำกัด, ๒๕๖๓.

โกลด์สมิท, สตีเฟน และ วิลเลียม ดี. เอกเกอร์ส, การบริหารงานภาครัฐแบบเครือข่าย : มิติใหม่ของภาครัฐ. แปลโดย จักร ดิงศรัทีย และ กฤษฎา ปราโมทย์ธนา. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : บริษัท เอ็กซ์เปอร์เน็ท จำกัด, ๒๕๕๒.

คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน, กระทรวงยุติธรรม, แนวทางการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., ๒๕๖๒.

จิระประภา อัครบวร และ ประยูร อัครบวร, การบริหารงานภาครัฐในรูปแบบเครือข่าย = Governing by Network. กรุงเทพฯ : กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานคณะกรรมการพัฒนา
ระบบราชการ, ๒๕๕๒.

สุขภาพจิต, กรม, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ
ความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : บริษัท พรอส
เพอร์สพลัส จำกัด, ๒๕๖๓.

วารสาร และหนังสือพิมพ์

ตรีทศ เหล่าศิริหงษ์ทอง. “การศึกษาความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยกับภาคอุตสาหกรรมในการ
พัฒนานวัตกรรม”. วารสารบริหารธุรกิจ. ปีที่ ๓๑ (๑๑๙), ๒๕๕๑. หน้า ๓๒-๔๗.

วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสารวิจัย

กัตตุรี หีมมะหมัด. “การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการรวมทางจิตเวชในคลินิก
ยาเสพติด ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๑ วัดธาตุทอง”. รายงานการฝึกอบรมหลักสูตรนัก
บริหารมหานครระดับต้น, สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร, ๒๕๖๓.

กิริติยา อุ่นเจริญ. “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลในเขต
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม”. สารนิพนธ์
สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม,
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๖๐.

- จุลศักดิ์ บุญแดง. “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในเทศบาล ตำบลนาป่า อำเภอมือเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี”. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารงานยุติธรรมและสังคม, คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๘.
- บุญยวีร์ ลุมาดกมลพันธ์. “แนวทางการสร้างเครือข่ายด้านสวัสดิการสังคมในระดับจังหวัด ศึกษา เฉพาะกรณีจังหวัดสมุทรสงคราม”. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารนโยบายสวัสดิการสังคม, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๙.
- พรภณ พงษ์เพชร. “ความร่วมมือในการป้องกันปัญหายาเสพติดระหว่างองค์กรภาครัฐและองค์กร ภาคเยาวชน ศึกษาเฉพาะศูนย์อำนวยการประสานงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ภาคเยาวชน (ศอปปส.ย)”. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, คณะรัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๕๓.
- พฤต เอ็มมานูเอล ไบระหมาน. “การสร้างความร่วมมือเพื่อต่อต้านการค้าแรงงานทาสบน เรือประมง”. ภาคนิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, คณะรัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๕๒.
- มนัส ธีราพันธ์. “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในเขตพื้นที่ ตำบลเหมือง อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี”. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารงานยุติธรรมและสังคม, คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา, ๒๕๕๗.
- ลวันรัตน์ รื่นบันเทิง. “การสร้างเครือข่ายธุรกิจชุมชน ร่วมด้วยช่วยกัน สำนักรักบ้านเกิด ตามทฤษฎี ใหม่ขั้นที่ ๓ ของบริษัทยูไนเต็ดคอมมูนิตี้ อินดัสตรี จำกัด (มหาชน)”. วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต, คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๗.
- วรรณดี นาคสุขปาน. “การพัฒนารูปแบบความร่วมมือด้านการศึกษาของโรงเรียนมัธยมศึกษาของ ประเทศไทยกับ โรงเรียนมัธยมศึกษาในกลุ่มประชาคมอาเซียน”. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการการศึกษา, วิทยาลัยครูศาสตร์, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, ๒๕๕๗.
- วสันต์ เหลืองประภัสร์ และคณะ. “โครงการการสังเคราะห์ตัวแบบเชิงทฤษฎีและการบริหารจากผล การดำเนินโครงการวิจัยเพื่อพัฒนากลไกความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาความร่วมมือของคน ในพื้นที่”. รายงานการวิจัย เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, ๒๕๕๗.
- วิจักขณา หุตานนท์. “การประสานงานลักษณะเครือข่ายระหว่างองค์กรภาครัฐกับองค์กรพัฒนา เอกชนต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด”. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ ศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๕๕.
- ศศิธร ทองจันทร์. “การบริหารกิจการบ้านเมืองแบบร่วมมือกันกับการขับเคลื่อนนโยบายภาครัฐไทย กรณีศึกษาโครงการความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหายาความยากจน จังหวัดพิษณุโลก”. การค้นคว้า อิสระรัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๕๙.

สุรินทร์ ชาญสมร. “ความร่วมมือในแบบเครือข่ายกับโครงการสร้างชุมชนแห่งการอยู่ร่วมกันและเข้าถึงได้ในอาเซียน กรณีศึกษา ชุมชนต้นแบบเกาะเกร็ด จังหวัดนนทบุรี”. การค้นคว้าอิสระรัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการเมืองการปกครอง, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๕๙.

เหมรัตน์ ศิริพงษ์. “เครือข่ายบริหารกิจการบ้านเมือง : กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ จังหวัดราชบุรี และจังหวัดน่าน”. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๖๒.

อควี ศิลปกุลวิวัฒน์. “การบูรณาการการแก้ไขปัญหายาเสพติดเชิงพื้นที่ กรณีศึกษาโครงการการศึกษาเพื่อต่อต้านการใช้ยาเสพติดในเด็กนักเรียน ของสถานีดารวจนครบาลคันนายาว”. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ๒๕๕๙.

อนุศักดิ์ ศักดาวิชราพันธ์. “การบูรณาการในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดให้อยู่ในชุมชนได้อย่างยั่งยืน ตามโครงการนาคาพิทักษ์ของตำรวจภูธรจังหวัด หนองคาย”. เอกสารศึกษาส่วนบุคคล, วิทยาลัยการตำรวจ กองบัญชาการการศึกษา สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, ๒๕๖๕.

กฎหมาย

“ประกาศ เรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐)”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ ๑๓๕ ตอนที่ ๘๒ ก, ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๑.

“ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปราม และแก้ไข ปัญหายาเสพติด (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ ๑๔๐ ตอนพิเศษที่ ๖๘ ง, ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๖.

“ประมวลกฎหมายยาเสพติด”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ ๑๓๘ ตอนที่ ๗๓ ก, ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ หน้า ๕๔, ๕๙.

“พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ ๑๑๖ ตอนที่ ๓๖ ก, ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑, หน้า ๓, ๘, ๙, ๑๐, ๑๑, ๑๒.

“พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปราม การทรมานและการกระทำให้นุญหาย พ.ศ. ๒๕๖๕”, ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ ๑๓๙ ตอนที่ ๖๖ ก, ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๕, หน้า ๔๓-๕๖.

เอกสารไม่ตีพิมพ์

ตำรวจภูธรภาค ๔, “การประชุมติดตามผลการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ตำรวจภูธรภาค ๔ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๕”. เอกสารประกอบการประชุม, ๒๕๖๕.

เลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด, สำนักงาน. “ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม”. เอกสารประกอบการบรรยาย, ๒๕๖๕.

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

- คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน, กระทรวงยุติธรรม. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <https://www.oncb.go.th/Home/PublishingImages/Pages/ITA/main/> แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด%20พ.ศ.%202565.pdf, ๒๕๖๕.
- เดลินิวส์. “เมายา-อ้างชน กระหน้าตีลูกเลี้ยง ๕ ขวบ น่วมทั้งตัว เมียทนไม่ไหวแจ้งจับผู้”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <https://www.dailynews.co.th/news/682668/>, ๒๕๖๕.
- เดอะสแตนดาร์ด. “ผบ.ตร. แลงอดีตตำรวจราดยิง คาดเมายา เครียดต้องขึ้นศาล ปั่นก่อเหตุซื้อเอง ถูกกฎหมาย”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <https://thestandard.co/nongbua-lamphu-shooting/>, ๒๕๖๕.
- ไทยรัฐออนไลน์. “รวบทรพีทาสยา ก่อเหตุพิศุฆาต มีดแทง-ปิ่นยิงซ้ำ อ้างฉุน-พ่อจะทำร้าย”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <https://www.thairath.co.th/tags/ลูกเมายาฆ่าพ่อ>, ๒๕๖๕.
- เนชั่นออนไลน์. “จับพ่อแท้ ๆ หลอนยาบ้าหนัก ย่ำยีลูกสาววัย ๑๓ ปี อ้างเฉยจำหน้าไม่ได้”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก <https://www.nationtv.tv/news/region/378889422>, ๒๕๖๕.
- สยามรัฐออนไลน์. “หนุ่มเมายาบ้าเข้าลักทรัพย์ เจ้าของบ้านเห็นแจ้งตำรวจรวบตัวไว้ได้”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <https://siamrath.co.th/n/316262>, ๒๕๖๕.

ภาษาต่างประเทศ

Books

- Agranoff, Robert & Michael McGuire. Collaborative Public Management : New Strategies for Local Governments. Washington, DC : Georgetown University Press. 2003.
- Ansell, C., and A. Gash. “Collaborative Governance in Theory and Practice”. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18 (4), 2007. p.543–571.
- Gray, Barbara. Collaborating : Finding Common Ground for Multiparty Problems. San Francisco : Jossey - Bass. 1989.
- Lank, E. Collaborative Advantage. New York : Palgrave Macmillan. 2006.
- Straus, David. How to Make Collaboration Work. San Francisco : Berrett- Koehler Publishers. 2002.

Journal

Linden, Russ. "A Framework of Collaborating". The Public Manager, 31 (2), 2002. p.3- 9.

Steiner, Vera John, Weber, Robert J. and Minnis, Michael. "The Challenge of Studying Collaboration". American Educational Research Journal, 35 (4), 1998. p.773-783.

Thomson, Ann Marie and Perry, James L. "Collaboration Processes : Inside the Black Box". Public Administration Review. (December 2006) Special issue, 2006. p.20-32.

ภาคผนวก

ผนวก ก

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง “แนวทางการแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย :

กรณีศึกษาแนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธรภาค ๔ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหายาเสพติดผู้ป่วยจิตเวช อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน”

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการศึกษาตามหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร (วปอ.) รุ่นที่ ๖๕ วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร โดยมีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อศึกษาการดำเนินการของ ตำรวจภูธรภาค ๔ ในความร่วมมือกับ กองทัพบกที่ ๒ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไข ปัญหายาเสพติดผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ๒) เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และอุปสรรคในการเฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหายาเสพติดผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุ รุนแรงในชุมชน และ ๓) เพื่อเสนอแนะ แนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหายาเสพติดผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน โปรดตอบตามความเป็นจริงและเป็นไปตามความคิดเห็นของตัวท่านเอง ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ ต่อแนวทางการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจภูธรภาค ๔ กองทัพบกที่ ๒ และภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหายาเสพติดผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ต่อไป คำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ และการนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นลักษณะภาพรวม ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้รับความกรุณาจากท่านในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลที่เป็น ประโยชน์อย่างยิ่ง และในโอกาสนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านที่กรุณาเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

พลตำรวจตรี ธีรยุทธ ธรรม
ผู้สัมภาษณ์

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....อายุ.....ปี
 ตำแหน่ง/หน้าที่ ปัจจุบัน.....
 หน่วยงาน/องค์กรที่สังกัด.....
 วันที่สัมภาษณ์.....

**ตอนที่ ๒ การดำเนินการของตำรวจภูธรภาค ๔ ในความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังและ
แก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น**

๑. สถานการณ์ปัญหาการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นเนื่องมาจากการใช้ ยาเสพติดก่อ
 เหตุรุนแรงในชุมชนในปัจจุบัน เป็นอย่างไร? และความต้องการของประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างไร?

.....

๒. ท่านหรือหน่วยงานของท่าน มีบทบาท หน้าที่ ในการปฏิบัติหรือส่งเสริมสนับสนุนในการเฝ้า
 ระวังและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน อย่างไร?

.....

๓. การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการ ป้องกัน เฝ้า
 ระวัง และแก้ไขปัญหายาเสพติดที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่
 ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ เกิดขึ้นเพื่ออะไร? มีกลไกการบริหารงานอย่างไร ? การดำเนินการของท่านหรือ
 หน่วยงานของท่านในความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นอย่างไร?

.....

๔. การจัดสรรงบประมาณ เป็นอย่างไร? นอกจากงบประมาณจากภาครัฐแล้วมีการใช้งบจากส่วน
 อื่นๆ หรือไม่ อย่างไร? การบริหารงานบุคคล มีการประสานการปฏิบัติอย่างไร?

.....

ตอนที่ ๓ สภาพปัญหาและอุปสรรคในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

๑. การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนของท่านหรือหน่วยงานของท่าน มีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อย่างไร? และการปฏิบัติหรือการส่งเสริมสนับสนุนในการปฏิบัติตามข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้า ระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ มีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อย่างไร?

.....

.....

๒. ท่านหรือหน่วยงานของท่าน มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค อย่างไร?

.....

.....

ตอนที่ ๔ แนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไข ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชน

๑. อะไรคือปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จที่ก่อให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติหรือส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติ ตามบันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือเพื่อ การป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕

.....

.....

๒. มีองค์กรใดในพื้นที่ที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้อีกหรือไม่ อย่างไร?

.....

.....

๓. แนวทางการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและแก้ไข ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดก่อเหตุรุนแรงในชุมชนให้มีประสิทธิภาพควรเป็น อย่างไร?

.....

.....

ตอนที่ ๕ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

ผนวก ข

รายนามผู้ให้สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interviews)

๑. พลตรี บุญสิน พาดกลาง	รองแม่ทัพภาคที่ ๒ กองทัพภาคที่ ๒
๒. พันตำรวจเอก ดิเรกฤทธิ์ ปานเรือนแสน	ผู้กำกับการ (สอบสวน) กลุ่มงานสอบสวน กองบังคับการสืบสวนสอบสวน ตำรวจภูธรภาค ๔
๓. นายแพทย์ ชัญชัย ธงพานิช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
๔. นายแพทย์ ธรณินทร์ กองสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์
๕. แพทย์หญิง กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
๖. นายแพทย์ ไกรวุฒิ เอี่ยมสุขวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น
๗. นายสุภวัฒน์ หนูพริก	พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดขอนแก่น
๘. นายชิต ปาคำมา	ผู้อำนวยการสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดขอนแก่น
๙. นางวิมณา เวทีกุล	ผู้อำนวยการส่วนประสานพื้นที่ สำนักงานป้องกันและ ปราบปรามยาเสพติด ภาค ๔
๑๐. นางแววตา สุริยันต์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านดง อำเภอบุรบดี จังหวัดขอนแก่น
๑๑. ร้อยตำรวจเอก สายัน บุรมศรี	รองสารวัตรสอบสวน สถานีตำรวจภูธรอุบลรัตน์
๑๒. ร้อยตำรวจเอก ธีรพงษ์ กงจีน	รองสารวัตรป้องกันปราบปราม สถานีตำรวจภูธรอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น
๑๓. ร้อยตำรวจเอก ธีรพล ก่อพันธ์	รองสารวัตร สายงานปฏิบัติการป้องกันปราบปราม สถานีตำรวจภูธรอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น
๑๔. ร้อยเอก วีระศักดิ์ สุทธิประภา	นายทหารฝ่ายการส่งกำลังบำรุง กองพันทหารปืนใหญ่ที่ ๑๖ กรมทหารปืนใหญ่ที่ ๖ กองพลทหารราบที่ ๖
๑๕. ร้อยเอก วิโรจน์ ใจศิลป์	นายทหารลาดตระเวนและแผนก กองพันทหารปืนใหญ่ ที่ ๑๖ กรมทหารปืนใหญ่ที่ ๖ กองพลทหารราบที่ ๖
๑๖. นางสาวภรณ์ภัทรา มัติโก	นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ สำนักงานพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดขอนแก่น
๑๗. นายธีรนิติ มรินนา	นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ สำนักงานพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดขอนแก่น
๑๘. จำสับเอก สันติภาพ ผจงศิลป์	หัวหน้านายสิบกระสุน กองพันทหารปืนใหญ่ที่ ๑๖ กรมทหารปืนใหญ่ที่ ๖ กองพลทหารราบที่ ๖

๑๙. จำสืบเอก วิทวัส ขจรภาพ

จำกองร้อย กองร้อยกองบังคับการและบริการ
กองพันทหารปืนใหญ่ที่ ๑๖ กรมทหารปืนใหญ่ที่ ๖
กองพลทหารราบที่ ๖

๒๐. จำสืบเอก วรณ บุตรพรม

จำกองร้อย กองร้อยปืนใหญ่ที่ ๑ กองพันทหารปืนใหญ่
ที่ ๑๖ กรมทหารปืนใหญ่ที่ ๖ กองพลทหารราบที่ ๖
ผู้ใหญ่บ้าน

๒๑. นายสุดใจ เกาะหาร

เจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัย

๒๒. นายเพชรมณี สิงสุธรรม

ผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจาก การโฆษณาเสพติด

๒๓. นายคำ (นามสมมุติ)

ผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจาก การโฆษณาเสพติด

๒๔. นายสม (นามสมมุติ)

ผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชอันเนื่องมาจาก การโฆษณาเสพติด

๒๕. นายสุ (นามสมมุติ)

ผนวก ค

รายนามผู้ร่วมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

๑. แพทย์หญิง กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
๒. นางสาวบุญญนุช พิมพ์แสง	นักพัฒนาสังคมชำนาญการพิเศษ สำนักงานพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดขอนแก่น
๓. นางวิมมา เวทีกุล	ผู้อำนวยการส่วนประสานพื้นที่ สำนักงานป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด ภาค ๔
๔. พันตำรวจเอก อาคม พลสวัสดิ์	ผู้กำกับการ (สอบสวน) กลุ่มงานสอบสวน กองบังคับการสืบสวนสอบสวน ตำรวจภูธรภาค ๔
๕. พันตำรวจเอก ดิเรกฤทธิ์ ปานเรือนแสน	ผู้กำกับการ (สอบสวน) กลุ่มงานสอบสวน กองบังคับการสืบสวนสอบสวน ตำรวจภูธรภาค ๔
๖. นายแพทย์ ไกรวุฒิ เอี่ยมสุขวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น
๗. แพทย์หญิง วัลลภา บุญพรหมา	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลขอนแก่น
๘. นายแพทย์ ไกรวุฒิ เอี่ยมสุขวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น
๙. นายภานุพงศ์ พระวงคำ	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ โรงพยาบาลขอนแก่น
๑๐. นายสาธิต สมศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (งานการพยาบาล ผู้ป่วยในฟื้นฟูสมรรถภาพ) โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ขอนแก่น
๑๑. นางชนนยาภรณ์ เจริญกิจตระกูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
๑๒. นางสาวจิตาภรณ์ ทิพย์ศรีราช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น
๑๓. นางสาวศุจินันท์ กรณ์ศิริฤกษ์	พนักงานคุมประพฤติชำนาญการ สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดขอนแก่น
๑๔. นางสาวกัญญาดา โกตระกูล	พนักงานคุมประพฤติ สำนักงานคุมประพฤติ จังหวัดขอนแก่น
๑๕. น.ส.ศศิวิรี พิริยบัณฑิตสกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค ๔
๑๖. นางสาวเอี่ยมพร วงศ์ษา	นักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพ คนพิการจังหวัดขอนแก่น
๑๗. พันตำรวจโท ศิวนัส สุวรรณ	สารวัตรป้องกันปราบปราม สถานีตำรวจภูธร เมืองขอนแก่น

๑๘. ร้อยเอก วีระศักดิ์ สุทธิประภา

นายทหารฝ่ายการส่งกำลังบำรุง
กองพันทหารปืนใหญ่ที่ ๑๖ กรมทหารปืนใหญ่ที่ ๖
กองพลทหารราบที่ ๖

๑๙. ร้อยตำรวจตรี ชัยรัตน์ สาชิน

รองสารวัตร สายงานปฏิบัติการป้องกันปราบปราม
สถานีตำรวจภูธรเมืองขอนแก่น

๒๐. จำสับเอก วรณ บุตระพรหม

จ่ากองร้อย กองร้อยปืนใหญ่ที่ ๑ กองพันทหารปืน
ใหญ่ที่ ๑๖ กรมทหารปืนใหญ่ที่ ๖ กองพลทหาร
ราบที่ ๖

ผนวก ง

ภาพการจัดกระบวนการสนทนากลุ่ม



แผนภาพที่ ง - ๑ การจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)
เมื่อวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมควนเคหะคุปต์ ตำรวจภูธรภาค ๔ จังหวัดขอนแก่น



แผนภาพที่ ง - ๒ การจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)
เมื่อวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมควมรเดชะคุปต์ ตำรวจภูธรภาค ๔ จังหวัดขอนแก่น



แผนภาพที่ ง - ๓ การจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)
เมื่อวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมควมรเดชะคุปต์ ตำรวจภูธรภาค ๔ จังหวัดขอนแก่น



แผนภาพที่ ง - ๔ การจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)
 เมื่อวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐ น.
 ณ ห้องประชุมควมเดชะคุปต์ ตำรวจภูธรภาค ๔ จังหวัดขอนแก่น



แผนภาพที่ ง - ๕ การจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)
เมื่อวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมครุฑเดชะคุปต์ ตำรวจภูธรภาค ๔ จังหวัดขอนแก่น

ประวัติย่อผู้วิจัย

- ชื่อ : พลตำรวจตรี ธีรนนท์ ประชุม
- วัน เดือน ปีเกิด : ๘ กันยายน ๒๕๐๙
- การศึกษา : โรงเรียนเตรียมทหาร รุ่นที่ ๓๐
: โรงเรียนนายร้อยตำรวจรุ่นที่ ๔๖
: ปริญญาโท สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ประวัติการทำงานโดยย่อ : รองสารวัตรป้องกันปราบปราม สถานีตำรวจภูธรเมืองอุดรธานี
จังหวัดอุดรธานี
: สารวัตรสืบสวนสอบสวน สถานีตำรวจภูธรเมืองอุดรธานี
จังหวัดอุดรธานี
: รองผู้กำกับสืบสวนสอบสวน สถานีตำรวจภูธรเมืองอุดรธานี
จังหวัดอุดรธานี
: ผู้กำกับการ กองกำกับการสืบสวนสอบสวนสืบสวน ๑
: กองบังคับการสืบสวนสอบสวน ตำรวจภูธรภาค ๔
: รองผู้บังคับการ กองบังคับการสืบสวนสอบสวน ตำรวจภูธรภาค ๔
: ผู้บังคับการสืบสวนสอบสวน ตำรวจภูธรภาค ๔
- ตำแหน่งปัจจุบัน : ผู้บังคับการสืบสวนสอบสวน ตำรวจภูธรภาค ๔