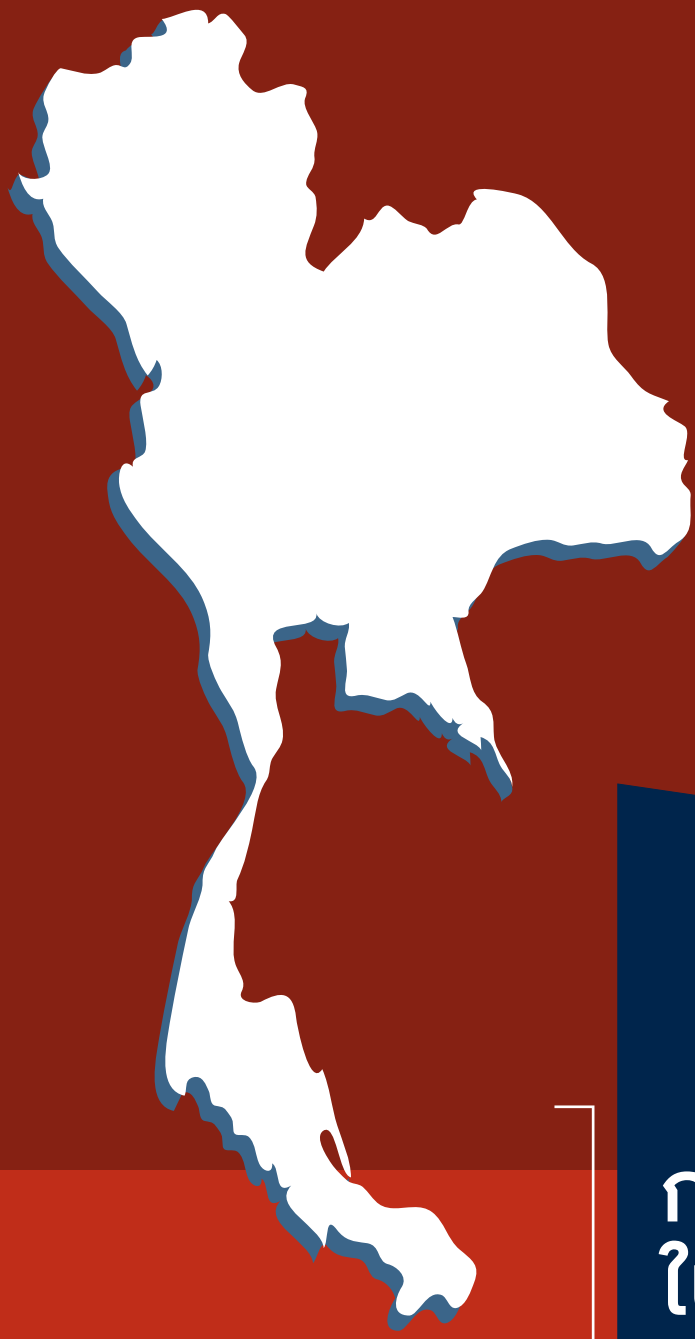

การบังคับบำบัดในประเทศไทย

ข้อสังเกตต่อพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

Canadian HIV/AIDS Legal Network
Réseau juridique canadien VIH/sida

Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida

การบังคับบำบัดในประเทศไทย

ข้อสังเกตต่อพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

Canadian HIV/AIDS Legal Network
January 2009

การบังคับบำบัดในประเทศไทย

ข้อสังเกตต่อพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

© 2551 Canadian HIV/AIDS Legal Network

ต้องการเอกสารเพิ่มโปรดดู www.aidslaw.ca/drugpolicy

จัดอยู่ในชั้นเอกสารสาธารณะตามกฎหมายแคนาดา

Richard Pearshouse (2551) การบังคับบำบัดในประเทศไทย:
ข้อสังเกตต่อพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545
Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network

ISBN 978-1-896735-95-5

ข้อมูลผู้เขียน

ผู้เขียนรายงานฉบับนี้คือ Richard Pearshouse

คำขอบคุณ

Canadian HIV/AIDS Legal Network ขอขอบคุณทุนสนับสนุนจาก Levi Strauss Foundation ซึ่งช่วยให้สามารถทำงานวิจัย จัดเตรียม และตีพิมพ์รายงานฉบับนี้ ผู้เขียนขอขอบคุณ Richard Elliott, Karyn Kaplan, Dr. Benedikt Fischer และ Dr. Tomas Zabransky สำหรับการอ่านทานรายงานและให้ความเห็นที่มีประโยชน์

ผู้เขียนขอขอบคุณข้าราชการซึ่งเปิดใจกว้างและมีส่วนสนับสนุนให้การวิจัยลุล่วงไปได้ และอนุญาตให้ผู้เขียนได้เข้าพบพูดคุยด้วย และผู้เขียนขอขอบคุณทุกคนที่มีส่วนให้สัมภาษณ์ในการวิจัย รวมทั้งผู้ช่วยเหลือในการสัมภาษณ์

Canadian HIV/AIDS Legal Network ไม่ได้เป็นหน่วยงานให้คำปรึกษาด้านกฎหมายหรือเป็นตัวแทนด้านกฎหมายให้กับบุคคลหรือกลุ่มใด ข้อมูลในสิ่งตีพิมพ์ฉบับนี้ไม่ถือเป็นข้อคิดเห็นด้านกฎหมาย และไม่ควรมีการนำไปใช้ประโยชน์ในลักษณะเช่นนั้น ถ้าท่านต้องการคำปรึกษาด้านกฎหมาย โปรดติดต่อทนายความหรือคลินิกช่วยเหลือด้านกฎหมายซึ่งมีความคุ้นเคยกับกฎหมายที่มีผลบังคับใช้ในพื้นที่ของท่าน

งบประมาณสนับสนุนการจัดพิมพ์ได้จาก Levi Strauss Foundation

ความเห็นที่ปรากฏในสิ่งตีพิมพ์ฉบับนี้เป็นของผู้เขียน และไม่จำเป็นต้องสะท้อนความเห็นอย่างเป็นทางการของ Levi Strauss Foundation

ผู้แปลจากภาษาอังกฤษเป็นไทย

พิภพ อุดมอิทธิพงศ์

เกี่ยวกับ Canadian HIV/AIDS Legal Network

Canadian HIV/AIDS Legal Network (www.aidslaw.ca) ทำงานส่งเสริมสิทธิมนุษยชนของผู้มีเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และผู้มีความเสี่ยงทั้งในแคนาดาและประเทศอื่น ๆ โดยการทำงานวิจัย วิเคราะห์ด้านกฎหมายและนโยบาย ให้การศึกษา และจัดตั้งชุมชน ทางองค์กรเป็นหน่วยงานชั้นนำในการรณรงค์ส่งเสริมประเด็นด้านกฎหมายกับเอชไอวี/เอดส์ และสิทธิมนุษยชน

Canadian HIV/AIDS Legal Network
1240 Bay Street, Suite 600
Toronto, Ontario, Canada M5R 2A7
Telephone: +1 416 595-1666
Fax: +1 416 595-0094
E-mail: info@aidslaw.ca
Website: www.aidslaw.ca

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร 1
เกริ่นนำ 2
วิธีวิจัย 3
ภาพรวมของระบบ 3
กฎหมายยาเสพติดในประเทศไทย 5
พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 8
การจับกุมและศาล 8
ยาเสพติดให้โทษประเภท 1: 9
ยาเสพติดให้โทษประเภท 2: 9
ยาเสพติดให้โทษประเภท 5: 9
การควบคุมตัวเพื่อตรวจพิสูจน์ 10
คณะอนุกรรมการและคำสั่งให้บำบัด 14
การอุทธรณ์ 17
การบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว 17
การบำบัดแบบควบคุมตัว 18
การดูแลของกรมคุมประพฤติ 19
"ผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร" 20
1. การถอนพิษยา 20
2. การบำบัดยา 22
3. วินัย 26
4. การติดตามผล 27
การประเมินประสิทธิภาพของการบำบัด 28
ข้อเสนอแนะ 31
ลดการควบคุมตัวระหว่างรอตรวจพิสูจน์ รวมทั้งการควบคุมตัวในเรือนจำให้น้อยที่สุด 31
พัฒนาและบังคับใช้มาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลสำหรับการบำบัด 32
พัฒนากลไกให้ผู้รับบริการสามารถแสดงความเห็นต่อการบำบัดและมีส่วนแก้ไขการละเมิดสิทธิ 32
ประเมินประสิทธิภาพของการบังคับบำบัด เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการบำบัดแบบสมัครใจ 34

บทสรุปผู้บริหาร

รายงานชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญสองประการ ประการแรกคือการให้ภาพรวมเกี่ยวกับ *พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545* (“พรบ.ฟื้นฟูฯ”) ของประเทศไทย และระบบการเบี่ยงเบนบุคคลเข้ารับการบังคับบำบัดตามข้อกำหนดของพรบ.ฟื้นฟูฯ[1] วัตถุประสงค์ที่สองของรายงานคือการให้ข้อสังเกตเบื้องต้นต่อการบังคับใช้พรบ.ฟื้นฟูฯตามเจตนารมณ์ดั้งเดิม อย่างเช่น การที่บุคคลซึ่งพึ่งพายาควรจะ “ได้รับการปฏิบัติในฐานะผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร” ข้อค้นพบสำคัญจากรายงานฉบับนี้ได้แก่ วิธีการดังกล่าวได้ถูกบั่นทอนจากการนำพรบ.ฟื้นฟูฯไปบังคับใช้ในลักษณะที่แตกต่างกันมากมาย

การเบี่ยงเบนบุคคลจากการเข้าสู่ทัณฑสถานเพื่อไปยังศูนย์บำบัดยาแบบบังคับ อาจลดจำนวนประชากรในเรือนจำได้ โดยทั่วไปแล้วถือว่าเป็นประโยชน์ในแง่สุขภาพและสิทธิมนุษยชนของผู้ใช้ยา[2] โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทย วิธีการดังกล่าวอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีในระหว่างการคุมขัง อย่างไรก็ตาม ตามพรบ.ฟื้นฟูฯ ก่อนการบำบัดจะเริ่มต้นขึ้น มักอนุญาตให้กักตัวบุคคลไว้ในเรือนจำเป็นเวลามากถึง 45 วันในระหว่างที่รอการตรวจพิสูจน์ ทั้งยังมีข้อบ่งชี้ว่ามีการกักตัวบุคคลนานกว่านั้นในบางกรณีด้วย เรือนจำของไทยก็มักขาดแคลนระบบที่สนับสนุนกระบวนการถอนพิษ และไม่มีการดูแลทางการแพทย์อย่างมีคุณภาพ ทั้งยังไม่มีการกำกับดูแลอาการอันเนื่องมาจากภาวะขาดยา แม้ว่าที่ผ่านมาไม่มีการศึกษาอย่างจริงจังถึงความเสี่ยงในการรับเชื้อเอชไอวีระหว่างถูกคุมขังเพื่อรอการตรวจพิสูจน์ แต่ผู้ให้สัมภาษณ์หลายคนในงานวิจัยชิ้นนี้ระบุว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเกิดขึ้นในช่วงที่รอการตรวจพิสูจน์ อย่างเช่น การใช้ยาด้วยการฉีด

---

[1] ความหมายของ “การบำบัด” ในรายงานฉบับนี้หมายถึง “กระบวนการซึ่งเริ่มต้นเมื่อผู้ใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทได้เข้าพบผู้ให้บริการด้านสุขภาพหรือเข้ารับบริการของชุมชน และอาจผ่านขั้นตอนปฏิบัติการเฉพาะอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งบุคคลดังกล่าวมีสุขภาพและสวัสดิภาพระดับดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การบำบัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพถือว่าเป็นการทำงานอย่างครอบคลุมตั้งแต่การจำแนกบุคคล ให้ความช่วยเหลือ ดูแลสุขภาพและส่งเสริมให้อยู่ร่วมกับสังคม ทั้งนี้โดยบุคคลดังกล่าวเป็นผู้นำเสนอปัญหาอันเนื่องมาจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท นิยามดังกล่าวครอบคลุมแนวคิดที่ว่าผู้ใช้วัตถุออกฤทธิ์ ย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติอย่างมีมนุษยธรรมและด้วยความเคารพ” (WHO Expert Committee on Drug Dependence, *Thirtieth Report: WHO Technical Report Series 873*, 1998, available at http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_873.pdf.) ตามความหมายใน *Oxford Dictionary*, to compel หมายถึง “การบังคับหรือกำหนดให้ต้องทำบางสิ่ง” to coerce หมายถึง “การโน้มน้าวใจ (บุคคลที่ไม่คล้อยตาม) ให้กระทำการบางอย่าง ทั้งนี้โดยการบังคับหรือการข่มขู่” (*Compact Oxford English Dictionary*, 2005) ตามความหมายในนิยามเหล่านี้ ระบบการบำบัดในรายงานฉบับนี้จึงถือได้ว่าเป็น “การบังคับ (compulsory)” ซึ่งตรงข้ามกับ “coercive” เนื่องจากในกรณีนี้บุคคลไม่มีทางเลือก

[2] ควรสังเกตว่ายังมีความเห็นที่ขัดแย้งกันเกี่ยวกับการใช้คำในภาษาไทยที่เหมาะสมในการอ้างอิงถึงยาและผู้ใช้ยา เนื่องจากยาชนิดต่าง ๆ มีคุณสมบัติที่ทำให้เสพติดแตกต่างกัน ในรายงานชิ้นนี้จึงเลือกที่จะใช้คำว่า “ยา” แทนที่จะใช้คำว่า “ยาเสพติด” ส่วนอีกคำหนึ่งที่มักใช้อย่างแพร่หลายเพื่อเรียกผู้ใช้ยาได้แก่ “ผู้ใช้ยาเสพติด” ทางองค์กรผู้ใช้ยามักเลือกจะใช้คำว่า “ผู้ใช้ยา” แทน ทั้งนี้เนื่องจากมีผู้ใช้ยาจำนวนมากใช้ในลักษณะที่เป็นสันทนาการ โดยไม่จำเป็นต้องมีภาวะพึ่งพายา โปรดสังเกตด้วยว่า นอกจากนี้แล้ว ในรายงานยังคงยึดตามคำศัพท์ที่ใช้อย่างเป็นทางการ (รวมทั้งภาษาทางกฎหมาย)

ในศูนย์บำบัดต่าง ๆ องค์ประกอบสำคัญของการบำบัดได้แก่ กิจกรรมชุมชนบำบัด การฝึกอบรมอาชีพ และการฝึกฝนด้านร่างกาย แต่ละศูนย์มีวิธีการบำบัดแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับหน่วยงานผู้รับผิดชอบ

มีความพยายามประเมินประสิทธิภาพของการบังคับบำบัดในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปแล้วคุณภาพของข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเหล่านี้ลดทอนลง เนื่องจากข้อจำกัดในการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติมภายหลังจากบุคคลดังกล่าวได้รับการปล่อยตัวจากศูนย์บำบัดยาแบบบังคับแล้ว ผู้ให้สัมภาษณ์จำนวนหนึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้ระบุถึงผลลัพธ์ที่แตกต่างกันอย่างมาก และแสดงความเห็นที่แตกต่างกันต่อการบำบัดที่ได้รับ

เจ้าหน้าที่บางคนระบุถึงความจำเป็นในการสร้างวินัยโดยถือเป็นวัตถุประสงค์อย่างหนึ่งของการบำบัด อย่างไรก็ตาม ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เคยผ่านกระบวนการของศูนย์บำบัดยาแบบบังคับระบุถึงรูปแบบการลงโทษที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรี การลงโทษเช่นนั้นถือว่าเกินขอบเขตรูปแบบการลงโทษที่สามารถกระทำได้ตามพรบ.ฟื้นฟูฯ นอกจากนั้น พรบ.ฟื้นฟูฯยังมีเจตนารมณ์ที่จะประกันว่าบุคคลจะ "ได้รับการปฏิบัติในฐานะผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร" การลงโทษในรูปแบบดังกล่าวไม่ตอบสนองวัตถุประสงค์ในการบำบัดใด ๆ เลย

นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินโครงการอย่างเร่งด่วน เนื่องจากผู้ที่ผ่านโครงการเหล่านี้ไม่ได้แสดงฉันทานุมัติอย่างเต็มที่ที่จะเข้าร่วมกับโครงการ ทั้งศูนย์บำบัดเองก็มีความยืดหยุ่นน้อยหรือไม่ปรับเปลี่ยนวิธีบำบัดให้ตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล ไม่ว่าในศูนย์ใด ๆ การบำบัดจะมีรูปแบบเหมือนกันสำหรับทุกคน รูปแบบการบำบัดที่ตายตัว แม้จะเป็นวิธีการที่ออกแบบมาเป็นอย่างดี ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการบำบัดของบุคคลทุกคนได้ ทั้งนี้จะต้องมีกลไกที่ช่วยให้บุคคลเหล่านั้นมีอิสระและสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการบำบัดที่มีประโยชน์ได้ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการวิจัยและการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อลดข้อบกพร่องของระบบและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

เกริ่นนำ

องค์การอนามัยโลกตั้งข้อสงเกตว่า ลักษณะของภาวะพึ่งพายาคือ ความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะเสพวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ความยากลำบากในการควบคุมการใช้สาร มีการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าการทำเช่นนั้นจะทำให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถใช้สารเป็นปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ และในบางครั้งอาจเกิดภาวะขาดยาเมื่อไม่ได้รับสารดังกล่าวอย่างฉับพลัน[3] งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าภาวะพึ่งพายาอย่างเช่น การใช้ยาด้วยการฉีด ไม่ได้แสดงถึงความล้มเหลวของเจตนารมณ์หรือบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แต่เป็นอาการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นเรื้อรังและซ้ำซ้อน ทั้งนี้โดยมีพื้นฐานมาจากลักษณะทางสรีระวิทยาและกรรมพันธุ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อบุคคลใดก็ได้[4]

รายงานชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญสองประการ ประการแรกคือการให้ภาพรวมเกี่ยวกับ *พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545* ("พรบ.ฟื้นฟูฯ") ของประเทศไทย และระบบการเบี่ยงเบนบุคคลเข้ารับการบังคับบำบัดตามข้อกำหนดของพรบ.ฟื้นฟูฯ หลังมีการนำพรบ.ฉบับนี้มาใช้ จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดแบบบังคับเพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการขยายระบบออกไปมาก แต่แทบไม่มีการใส่ใจตรวจสอบว่าระบบเหล่านั้นดำเนินไปตามเจตนารมณ์เดิม หรือในทางปฏิบัติดำเนินไปในทิศทางใด เนื่องจากพรบ.ฟื้นฟูฯมีส่วน

---

[3] โปรดดู ICD-10 diagnostic guidelines (at www.who.int/substance_abuse/terminology/denition1/en/). The DSM-IV denition of drug dependence is provided in American Psychiatric Association, *DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4*, 1994, at http://allpsych.com/disorders/substance/substancedependence.html.

[4] WHO, *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*, 2004, at www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_E.pdf. และโปรดดู WHO, *Management of Substance Dependence,* fact sheet, 2003, at www.who.int/substance_abuse

เกี่ยวข้องกับบุคคลจำนวนมาก เป็นเหตุให้ต้องมีการศึกษาระบบเช่นนี้อย่างละเอียดยิ่งขึ้นมากกว่าที่ผู้วิจัยทำ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยชิ้นนี้จะให้ภาพรวมที่เป็นประโยชน์และกระตุ้นให้มีการวิจัยและวิเคราะห์เพิ่มเติม

วัตถุประสงค์ที่สองของรายงานคือการให้ข้อสังเกตเบื้องต้นต่อการบังคับใช้พรบ.ฟื้นฟูฯตามเจตนารมณ์เดิม อย่างเช่น การที่บุคคลซึ่งพึ่งพายาควรจะ "ได้รับการปฏิบัติในฐานะผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร" งานนิพนธ์ชิ้นนี้พยายามสะท้อนประสบการณ์และความเห็นบางส่วนของผู้ที่เคยผ่านระบบการบังคับบำบัดในประเทศไทย ซึ่งเป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่มีข้อจำกัดโดยพื้นฐาน โดยเฉพาะมีการสัมภาษณ์บุคคลเพียงจำนวนน้อย ในขณะที่มีศูนย์บำบัดยาแบบบังคับจำนวนมากในประเทศไทย ทั้งยังมีการใช้วิธีการบำบัดแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับหน่วยงานผู้รับผิดชอบ

แม้จะมีข้อจำกัดต่าง ๆ แต่การพยายามสะท้อนประสบการณ์และความเห็นบางส่วนของผู้ที่เคยรับบริการตามศูนย์ต่าง ๆ เหล่านี้ ก็เป็นข้อได้เปรียบสำคัญในแง่ที่สามารถสะท้อนมุมมองที่มักถูกละเลยในงานวิจัยและการอภิปรายเกี่ยวกับนโยบายยาเสพติด โดยภาพรวมแล้ว งานนิพนธ์และข้อสรุปในที่นี้อยู่บนพื้นฐานประสบการณ์และความเห็นของผู้ที่เคยถูกกักตัวตามศูนย์บำบัดยาแบบบังคับในประเทศไทย

วิธีวิจัย

รายงานชิ้นนี้เป็นข้อมูลที่ได้จากการเดินทางมาเยือนประเทศไทยสองครั้ง (ในเดือนกรกฎาคมและตุลาคม/พฤศจิกายน 2551) ในช่วงเวลารวมกันประมาณสามสัปดาห์ ผู้เขียนได้จัดประชุมและสัมภาษณ์ และมีโอกาสได้ประชุมกับเจ้าหน้าที่ของกรมคุมประพฤติ และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) ทั้งยังมีโอกาสเข้าเยี่ยมศูนย์บำบัดแบบควบคุมตัวเจ็ดแห่ง ซึ่งบริหารงานโดยหลายหน่วยงาน อย่างเช่น กองทัพบก กองทัพเรือ สถาบันธัญญารักษ์ (กรมวิทยาศาสตร์บริการ กระทรวงสาธารณสุข) และกรมคุมประพฤติ (กระทรวงยุติธรรม) ศูนย์ต่าง ๆ เหล่านี้ประกอบด้วยศูนย์ที่มีโครงการบำบัดแบบเข้มข้นและที่เข้มข้นน้อยกว่า รวมทั้งศูนย์สำหรับผู้หญิงและเยาวชน ในกรณีที่ทำได้ มีการตรวจทานข้อมูลที่ได้จากเจ้าหน้าที่กับข้อมูลที่ได้จากเจ้าหน้าที่ส่วนอื่น ๆ

ผู้เขียนยังมีโอกาสสัมภาษณ์อย่างละเอียดและกึ่งทางการกับผู้ใช้ยา 15 คนซึ่งเคยถูกกักตัวอยู่ตามศูนย์บำบัดยาแบบบังคับในประเทศไทย เป็นการสัมภาษณ์ทั้งที่กรุงเทพฯ และเชียงใหม่

นอกจากข้อมูลจากการวิจัยภาคสนาม ยังมีข้อมูลจากการสำรวจวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพึ่งพายาผิดกฎหมายและการบำบัดภาวะพึ่งพายา ทั้งในกรณีทั่วไปและกรณีเฉพาะของประเทศไทย

ภาพรวมของระบบ

ผู้ให้บริการในระบบบำบัดยาในประเทศไทยมักอธิบายว่า ในประเทศนี้มีการบำบัดยา "สามระบบ" ได้แก่ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับ และระบบทัณฑสถาน (อย่างเช่น การบำบัดในเรือนจำ) ระบบสมัครใจเป็นงานในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ระบบของทัณฑสถานอยู่ในการดูแลของกรมราชทัณฑ์ (กระทรวงยุติธรรม) ส่วนระบบบังคับบำบัดอยู่ใต้การดูแลของกรมคุมประพฤติ (กระทรวงยุติธรรม) ซึ่งระบบบังคับบำบัดดังกล่าว ที่เป็นระบบซึ่งพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้และการพึ่งพาสารเสพติดในประเทศไทย เป็นจุดเน้นของงานนิพนธ์ชิ้นนี้

ในประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา นโยบายยาเสพติดของไทยเน้นการนำตัวผู้กระทำผิดมาลงโทษและการคุมขังผู้ใช้ยา ทั้งนี้เพื่อให้ประเทศ "ปลอดจากยาเสพติด" แม้ว่าจะมีเจตนารมณ์ทำให้ประเทศไทยปลอดจากยาเสพติด แต่*พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ก็เสนอแนวทางแก้ปัญหาการใช้และการพึ่งพายาที่แตกต่างไป ทั้งนี้โดยมีการนำเสนอทางเลือกนอกจากการคุมขังบุคคลในความผิดด้านยาเสพติด* ดังที่สะท้อนให้เห็นอย่างงดงามจากคำบรรยายในสิ่งตีพิมพ์ของกรมคุมประพฤติ ซึ่งระบุถึงเนื้อหาสาระของพรบ.ฉบับนี้ว่า

> ถือได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาเป็นภารกิจสำคัญในระบบยุติธรรมทางอาญาของไทย ที่ผ่านมาผู้เสพหรือติดยาเสพติดมักตกเป็นผู้ต้องหา แต่หลังจากวันที่ 2 มีนาคม 2546 เป็นต้นมา ผู้เสพหรือติดยาเสพติดจะไม่ถูกจับกุมในฐานะ "ผู้ต้องหา" อีกต่อไป แต่ในฐานะ "ผู้ป่วย" แทนที่จะมีการฟ้องร้องดำเนินคดี จะมีการนำตัวบุคคลเหล่านั้นเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามแผนการที่เหมาะสม ถ้าประสบความสำเร็จก็จะได้รับการปล่อยตัวออกมา แต่ถ้าล้มเหลว ก็จะมีการฟ้องร้องดำเนินคดีตามระบบยุติธรรมทางอาญาต่อไป[5]

ก่อนที่จะมีการนำพรบ.ฟื้นฟูฯ พ.ศ. 2545 มาใช้ *พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 ซึ่งมีอยู่ก่อนแล้วแทบไม่ได้รับการบังคับใช้เลย*[6] ในช่วงปลายปี 2545 และต้นปี 2546 รัฐบาลไทยประกาศฟื้นฟูนโยบายด้านยาเสพติด นายกรัฐมนตรีทักษิณได้ประกาศทำ "สงครามปราบปรามยาเสพติด" ซึ่งเป็นเหตุให้ได้รับเสียงประณามมากมายเนื่องจากเป็นการเน้นการบังคับใช้กฎหมายอย่างรุนแรง ส่งผลให้มีรายงานการวิสามัญฆาตกรรมอย่างกว้างขวาง[7] อย่างไรก็ตาม ในนโยบาย "สงครามปราบปรามยาเสพติด" ยังประกอบด้วยการบำบัดยา โดยเฉพาะการบังคับบำบัด ทั้งนี้ตามสิ่งตีพิมพ์ของกรมคุมประพฤติ รัฐบาลได้กำหนดนโยบายที่ถือว่า "ผู้เสพยาเป็นผู้ป่วยซึ่งควรได้รับการรักษา แทนที่จะถูกคุมขัง"[8]

ในโอกาสฉลอง "วันต่อต้านการใช้ยาเสพติดและการลักลอบค้ายาเสพติดสากล" ขององค์การสหประชาชาติเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2547 นายพงศ์เทพ เทพกาญจนา รัฐมนตรียุติธรรมในขณะนั้นได้กล่าวไว้ว่า

> รัฐบาลไทยตระหนักเป็นอย่างดีถึงภัยคุกคามสำคัญของยาเสพติดที่มีต่อมนุษย์ และความจำเป็นที่จะต้องกำจัดปัญหานี้ ฯพณฯ ดร.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีของเราจึงได้ประกาศนโยบายต่อต้านการค้าและการเสพยา ทั้งนี้เพื่อประกันอนาคตของคนไทยที่ปลอดจากภัยคุกคามของยาเสพติด รัฐบาลกำหนดให้งานด้านยาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ มีการเน้นการลดความต้องการยา พร้อม ๆ กับการบังคับใช้กฎหมายเพื่อกำจัดทั้งอุปสงค์และอุปทานของยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหายาบ้า โดยควรให้ผู้เสพได้รับการรักษา ส่วนผู้ค้ายาควรถูกลงโทษ...

การลดอุปทาน การลดอุปสงค์ที่เป็นอยู่ และการลดอุปสงค์ที่จะเกิดขึ้น ถือเป็นเสาหลักสามประการของการปราบปรามยาเสพติด โดยมีกรอบแนวคิดและวิธีการที่เกี่ยวข้องกัน งานด้านการบำบัดมีวัตถุประสงค์สามประการได้แก่

> ประการแรก ไม่ควรมีผู้เสพยารายใหม่
> ประการที่สอง ผู้เสพยาในปัจจุบันควรเข้ารับการบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม หรือได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
> และสาม ต้องมีการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนเพื่อปกป้องตนเองจากยาเสพติด
>
> เพื่อให้บรรลุเป้าหมายข้างต้น นโยบายระดับชาติในการแก้ปัญหายาเสพติดและการเสพยาระบุอย่างชัดเจนว่า จะต้องถือว่าผู้เสพเป็น "ผู้ป่วย" ไม่ใช่อาชญากร มีการเน้นความสำคัญและประสิทธิภาพของการบำบัดยาโดยถือเป็นวิธีการด้านยุทธศาสตร์ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ผู้เสพหรือติดยาเสพติดจะถูกแยกตัวออกจากผู้ลักลอบขนยาและพ่อค้ายา จะมีการส่งเสริมให้พวกเขารายงานตัวต่อทางการเพื่อเข้ารับการรักษาในรูป

---

[5] Department of Probation, *Department of Probation*, 2005, p. 20 [original in English]

[6] I. Pandey, *'Law on the Books' and High Risk Populations in Thailand*, 2006, p. 7, at www.temple.edu/lawschool/phrhcs/rpar/about/thai.pdf.

[7] โปรดดู, e.g., Human Rights Watch, *Not Enough Graves: The War on Drugs, HIV/AIDS, and Violations of Human Rights*, 2004; Asian Centre for Human Rights, *Thailand: Not Smiling on Rights*, 2005.

[8] Department of Probation, *Department of Probation*, p. 22

แบบต่าง ๆ ....โดยจะมีการส่งตัวผู้เสพหรือติดยาเสพติดเพื่อเข้ารับการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป การยกเลิกพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534 และการผ่านพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยา พ.ศ. 2545 จะช่วยให้มีการดำเนินงานการบังคับบำบัดสำหรับผู้เสพยาทั่วประเทศตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2545 เป็นต้นไป[9]

นับแต่พรบ.ฟื้นฟูฯมีผลบังคับใช้ ได้มีการขยายระบบบังคับบำบัดมากมายเป็นเหตุให้มีการเบี่ยงเบนคนเป็นจำนวนมากจากทัณฑสถานเข้าสู่ระบบบำบัดทั้งแบบควบคุมตัวหรือไม่ควบคุมตัว นับแต่ปี 2546 จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดแบบควบคุมตัวหรือไม่ควบคุมตัวได้เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก เช่นเดียวกับจำนวนศูนย์บำบัดแบบควบคุมตัวที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน

นับแต่พรบ.ฟื้นฟูฯมีผลบังคับใช้ ได้มีการขยายระบบบังคับบำบัดมากมาย

กฎหมายยาเสพติดในประเทศไทย

ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาจำนวนมาก กฎหมายต่าง ๆ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญ นอกเหนือจากกฎหมายที่มีการบังคับใช้เมื่อเร็ว ๆ นี้อย่างเช่น *พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545* ได้แก่ *พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519* และ*พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522* พรบ.เหล่านี้มุ่งกำจัดการผลิตที่ไม่ได้รับอนุญาต การเสพ การมีไว้ในครอบครอง และการจำหน่ายยาเสพติดหลายประเภท

- วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่ถูกควบคุมประเภท 1-4 ตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ประกอบด้วย Gamma-hydroxybutyric acid (or GHB) ในประเภท 1 ยาชนิดต่าง ๆ เช่น ephedrine, midazolam, ketamine และ pseudoephedrine อยู่ในประเภท 2
- สารเสพติดที่อยู่ในการควบคุมประเภท 1-4 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ได้แก่ เฮโรอีน แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน (รู้จักกันในชื่อ ยาบ้า หรือ ยาม้า[10]) ecstasy (เอ็กซ์ตาซี) และ lysergic acid diethylamide (LSD) ยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ได้แก่ ใบโคคา โคเคน โคเดอีน มอร์ฟีนและเมธาโดน ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ได้แก่ กัญชาและพืชกระท่อม

พรบ.เหล่านี้ให้อำนาจตำรวจและเจ้าพนักงานผู้ปฏิบัติหน้าที่สามารถตรวจค้น ยึดและจับกุม และให้อำนาจตำรวจในการตรวจหาสารเสพติดด้วย[11]

---

[9] Keynote address by H.E. Mr Phongthep Thepkanjana, Minister of Justice of Thailand, at the observance of the United Nations "International Day Against Drug Abuse and Illicit Trafcking," 28 June 2004, United Nations Conference Centre, Bangkok, at www.unodc.un.or.th/interday/2004/HE%20Phongthep_keynote.pdf

[10] ตามตัวอักษร *ยาบ้า* หมายถึง "ยาที่ทำให้บ้า" เนื่องจากผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนจำนวนหนึ่งอาจแสดงพฤติกรรม "บ้า" ขึ้นมา ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากอาการจิตเภทเนื่องจากได้รับยา ตามตัวอักษร *ยาม้า* หมายถึง "ยาม้า" ซึ่งเกี่ยวข้องกับกำลังกายของผู้ใช้ที่เพิ่มขึ้น ผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมักเลือกใช้คำหลัง เนื่องจากเป็นการตีตราบาปน้อยกว่า

[11] โปรดดู มาตรา 14 *พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.* 2519 *พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522* ยังให้อำนาจในการตรวจค้น (มาตรา 49) และการตรวจหาสารเสพติด (มาตรา 58(1)) ในขณะที่*พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและ*

ตาม*พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.* 2518 ผู้ใดเสพหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือ 2 ต้องระวางโทษจำคุกระหว่างหนึ่งถึงห้าปี และ/หรือปรับตั้งแต่ 100,000 ถึง 400,000 บาท[12] ผู้ใดผลิต นำเข้า ส่งออกหรือจำหน่ายยาประเภท 1 และ 2 ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งถึง 20 ปีและ/หรือปรับ 100,000 ถึง 400,000 บาท[13]

ตาม*พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.* 2522 *ผู้ใดเสพยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หกเดือนถึงสามปี และ/หรือปรับตั้งแต่* 10,000 ถึง 60,000 บาท[14] ผู้ใดมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 แม้ใน "จำนวนน้อยที่สุด" ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1-10 ปี และ/หรือปรับตั้งแต่ 20,000 ถึง 200,000 บาท[15] "การจำหน่าย" (อย่างเช่น การค้ายา) หรือการมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ในจำนวนน้อยกว่าปริมาณขั้นต่ำสุดต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สี่ถึง 15 ปี และปรับตั้งแต่ 80,000 ถึง 300,000 บาท ปริมาณขั้นต่ำสุดถึง 20 กรัมของยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สี่ปีถึงตลอดชีวิตและปรับตั้งแต่ 400,000 ถึงห้าล้านบาท จำนวนที่มากกว่า 20 กรัมของยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิตและปรับตั้งแต่หนึ่งล้านถึงห้าล้าน หรือประหารชีวิต[16]

ตาม*พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.* 2522 *การผลิต นำเข้า หรือส่งออกยาเสพติดให้โทษประเภท 1 (อย่างเช่น เฮโรอีน สารจำพวก*แอมเฟตามีน) ในจำนวนไม่เกินขั้นต่ำสุด ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 4-15 ปี และ/หรือปรับตั้งแต่ 80,000 ถึง 300,000 บาท[17] ในกรณีที่เป็นการกระทำเพื่อ "วัตถุประสงค์ในการจำหน่าย" (อย่างเช่น การค้ายา) และมีจำนวนน้อยกว่าปริมาณขั้นต่ำสุด เป็นเหตุให้ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สี่ปีถึงตลอดชีวิต และปรับตั้งแต่ 400,000 ถึงห้าล้านบาท[18] การผลิต การนำเข้า หรือส่งออก*ยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ในจำนวนมากกว่าปริมาณขั้นต่ำสุด ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิตและปรับ*หนึ่งล้านถึงห้าล้านบาท[19] ในกรณีที่เป็นการกระทำเพื่อ "วัตถุประสงค์ในการจำหน่าย" (อย่างเช่น การค้ายา) และมีจำนวนมากกว่าปริมาณขั้นต่ำสุด เป็นเหตุให้ต้องระวางโทษประหารชีวิต[20]

ประสาท พ.ศ. 2518 ให้อำนาจอย่างกว้างขวางในการตรวจค้น อย่างเช่นในมาตรา 49 เนื้อหาของพรบ.ที่อ้างถึงในงานนิพนธ์ชิ้นนี้ได้มาจากตัวบทที่มีการแปลเป็นภาษาอังกฤษโดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, *Narcotics Laws of Thailand* (Bangkok: 2007)

[12] มาตรา 62 and มาตรา 106 เพื่อทำความเข้าใจเรื่องปริมาณ สำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนในประเทศไทยในปี 2549 (หนึ่งปีก่อนมีการตีพิมพ์ข้อมูล) มากกว่า 18,000 บาทเพียงเล็กน้อย โปรดดู National Statistical Ofce, *Statistical Yearbook Thailand 2007*, 2007, p. 39 [original in English], available via http://web.nso.go.th/eng/en/pub/pub0.htm.

[13] มาตรา 89

[14] มาตรา 57 และ มาตรา 91

[15] มาตรา 67 ปริมาณขั้นต่ำสุดตามที่กำหนดไว้คือ ยาเสพติให้โทษในประเภท 1 มีปริมาณคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์สามกรัม (หรือ 0.75 มก.สำหรับสาร LSD "คำนวณเป็นสารบริสุทธิ์", ปริมาณการใช้ 15 "ครั้ง" หรือ 300 มก.ของน้ำหนักบริสุทธิ์ หรือในกรณีของแอมเฟตามีนหรือสารอนุพันธุ์ของแอมเฟตามีน 375 มก. หรือปริมาณการใช้ 15 "ครั้ง" หรือ 1.5 กรัมของน้ำหนักบริสุทธิ์) มาตรา 15(3)

[16] มาตรา 66(3)

[17] มาตรา 66(1)

[18] มาตรา 65(4)

[19] มาตรา 65(1)

[20] มาตรา 65(2) โปรดสังเกตว่าตามกติกาสากลว่าด้วยสิทธิพลเรือนและสิทธิทางการเมือง (*International Covenant on Civil and Political Rights* (ICCPR) โทษประหารชีวิตอาจนำมาใช้ได้เฉพาะกรณีที่เป็น "คดีอุกฉกรรจ์ที่สุด" การตีความคำว่า "คดีอุกฉกรรจ์ที่สุด" ของหน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชนไม่ครอบคลุมถึงความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ส่งผลให้การประหารชีวิตผู้กระทำความผิดกฎหมายยาเสพติดเป็นการละเมิดกฎหมายสิทธิมนุษยชนสากล โปรดดู R. Lines, *The Death Penalty for Drug Offences: A Violation of International Human Rights Law*, International Harm Reduction Association, 2007

ผู้ใช้ยาในประเทศไทยมักเคยมีประสบการณ์ถูกคุมขัง ระหว่างปี 2535-2543 จำนวนผู้ต้องขังในคดีเสพและใช้ยา (ไม่รวมค้ายา) เพิ่มขึ้นสองเท่า[21] แม้จะมีระบบตามที่บรรยายในงานนิพนธ์ชิ้นนี้ แต่มีข้อมูลว่าผู้ใช้ยาในประเทศไทยยังคงถูกคุมขังต่อไป สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Ofce on Drugs and Crimes: UNODC) รายงานเมื่อปี 2547 ว่า ประเทศไทยมีผู้ต้องขังมากกว่า 100,000 คนใน "คดียาเสพติด" โดยมากกว่าหนึ่งในห้าเป็นผู้เสพ (ซึ่งตรงข้ามกับคดีค้ายาหรือความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างอื่น)[22]

ทราบกันดีว่าการถูกคุมขังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ใช้ยาด้วยการฉีดในประเทศไทยได้รับเชื้อเอชไอวีมามากกว่าหนึ่งทศวรรษ[23] มีข้อมูลว่ายังมีการใช้ยาผิดกฎหมายในทัณฑสถานต่าง ๆ ซึ่งแสดงว่าแม้ในระหว่างถูกคุมขัง ผู้ใช้ยาก็ยังใช้ยาด้วยการฉีดต่อไป[24] งานวิจัยต่าง ๆ ชี้ให้เห็นว่า อัตราการมีเชื้อของผู้ใช้ยาด้วยการฉีดที่ถูกคุมขังมีสูงถึง 40%[25] ผู้ที่ถูกคุมขังยังต้องเสี่ยงกับการติดโรคติดต่ออย่างอื่น ยกตัวอย่างเช่น อัตราการป่วยเป็นวัณโรคในเรือนจำสูงกว่าประชากรทั่วไปหลายเท่า[26] อัตราการคุมขังเยาวชนผู้ใช้ยาเมทแอมเฟตามีนในไทยซึ่งมีอยู่สูง ยังมีส่วนสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี อย่างเช่น การใช้ยาด้วยการฉีด[27] งานวิจัยยังชี้ให้เห็นความเสี่ยงอย่างมากต่อการรับเชื้อเอชไอวีเนื่องจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันตามสถานคุมขังก่อนพิจารณาคดี[28]

เรือนจำบางแห่งในประเทศไทยมีระบบการบำบัดยาบางประเภท ซึ่งโดยมากมักใช้วิธีชุมชนบำบัด ในเรือนจำไม่มีการบำบัดยาด้วยการให้สารตระกูลฝิ่นเป็นสารทดแทน จนถึงสิ้นปี 2551 ในเรือนจำของไทยไม่มีการเข้าถึงเอกสารเกี่ยวกับการป้องกันการรับเชื้อเอชไอวี และผู้ที่อยู่ในเรือนจำมีโอกาสเข้าถึงกิจกรรมให้การศึกษาด้านเอชไอวีแบบชุมชนอย่างจำกัด ตามข้อค้นพบของงานวิจัยชิ้นหนึ่งระบุว่า "มีความเป็นเร่งด่วนที่จะต้องพัฒนาการป้องกันการรับเชื้อเอชไอวีและการบำบัดยาในเรือนจำของไทย"[29] และในงานศึกษาอีกชิ้นหนึ่งระบุว่า

> ปัจจัยเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีที่สำคัญของผู้ต้องขังที่กรุงเทพฯ เกี่ยวข้องกับการใช้ยาด้วยการฉีด ควรมีการนำมาตรการลดอันตรายและยุทธศาสตร์ให้ความช่วยเหลือด้านเอชไอวีมาใช้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีในบรรดาผู้ต้งอขังและการแพร่กระจายเข้าสู่ชุมชน[30]

---

[21] C. Beyrer *et al.* "Drug use, increasing incarceration rates, and prison-associated HIV risks in Thailand" *AIDS Behaviour* 7 (2003): 153

[22] UNODC, *Drugs and HIV/AIDS in South East Asia: A Review of Critical Geographic Areas of HIV/AIDS Infection Among Injecting Drug Users and of National Programmme Responses in Cambodia, China, Lao PDR, Myanmar, Thailand and Viet Nam*, 2004, p. 42

[23] K. Choopanya et al, "Incarceration and risk for HIV infection among injection drug users in Bangkok," *Journal of AIDS* 29(1) (2002): 86–94

[24] เพิ่งอ้าง

[25] C. Beyrer et al, "Drug use, increasing incarceration rates, and prison-associated HIV risks in Thailand," *AIDS and Behavior* 7(2) (2003): 153–161; H. Thaisri et al, "HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners," *BMC Infectious Diseases* 3 (2003): 25

[26] โปรดดู อย่างเช่น S. Nateniyom, "Implementation of the DOTS strategy in prisons at provincial level, Thailand," *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 8(7) (2004): 848–854

[27] N. Thomson et al, "Correlates of incarceration among young Methamphetamine users in Chiang Mai, Thailand," *American Journal of Public Health*, 2008 (in publication)

[28] โปรดดู อย่างเช่น A. Buavirat et al, "Risk of prevalent HIV infection associated with incarceration among injecting drug users in Bangkok, Thailand: case-control study," *British Medical Journal* 326 (2003): 308–326; K. Choopanya et al

[29] C. Beyrer et al

[30] H. Thaisri et al

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

การจับกุมและศาล

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 เสนอแนวทางแก้ปัญหาที่แตกต่างจากกฎหมายข้างต้น ทั้งนี้โดยมีการเสนอทางเลือกเพื่อเบี่ยงเบนบุคคลออกจากการถูกคุมขังเนื่องจากความผิดด้านยาเสพติด[31] อย่างไรก็ตาม เป็นที่สังเกตว่ากฎหมายฉบับก่อน ๆ ยังมีผลบังคับใช้ และยังคงมีการจับกุมและตั้งข้อหาต่อประชาชนตามกฎหมายเหล่านั้น ดังที่ตั้งข้อสังเกตข้างต้น การเสพและการมีไว้ในครอบครองซึ่งยาผิดกฎหมายเป็นความอาญาอย่างหนึ่ง ดังนั้น

นโยบายซึ่งกำหนดให้ผู้ใช้ยาหรือผู้พึ่งพายา "ได้รับการปฏิบัติแบบผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร" จึงขัดกับกฎหมายที่มีอยู่ที่กำหนดโทษทางอาญาไว้แม้แต่การเสพยาเสพติด"[32] การเบี่ยงเบนบุคคลจากการคุมขังตามพรบ.ฟื้นฟูฯ อาจนำมาใช้กับบุคคลซึ่งถูกกล่าวหาว่ากระทำผิดในสี่ข้อกล่าวหา ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับยาผิดกฎหมายในจำนวนน้อยกว่าที่กำหนดไว้ตามกฎกระทรวงได้แก่

- การเสพยา
- การเสพและมีไว้ในครอบครองซึ่งยา
- การเสพและมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเพื่อจำหน่าย และ
- การเสพและจำหน่ายยา[33]

ปริมาณยาที่เกี่ยวข้องกับความผิดข้างต้นจะต้องเป็นจำนวนน้อย เพื่อให้บุคคลดังกล่าวมีคุณสมบัติได้รับการเบี่ยงเบนจากโทษคุมขังตามพรบ.ฉบับนี้

ยาเสพติดให้โทษประเภท 1:

- เฮโรอีน: ไม่เกิน 100 มก.;
- เมทแอมเฟตามีน: ไม่เกินห้าหน่วยที่ใช้งานได้ หรือจำนวนน้ำหนักโดยรวมไม่เกิน 500 มก.;
- แอมเฟตามีน: ไม่เกินห้าหน่วยที่ใช้งานได้ หรือจำนวนน้ำหนักโดยรวมไม่เกิน 500 มก.;
- 3,4-methylenedioxyamphetamine (MDA) (เอ็กตาซี่): ไม่เกินห้าหน่วยที่ใช้งานได้ หรือจำนวนน้ำหนักโดยรวมไม่เกิน 1,200 มก.;
- Methylenedioxymethamphetamine (MDMA) (เอ็กตาซี่): ไม่เกินห้าหน่วยที่ใช้งานได้ หรือจำนวนน้ำหนักโดยรวมไม่เกิน 1,200 มก.;
- N-methyl-D-aspartate (NMDA หรือ MDE): ไม่เกินห้าหน่วยที่ใช้งานได้ หรือจำนวนน้ำหนักโดยรวมไม่เกิน 1.25 ก.

---

[31] อย่างไรก็ตามโปรดสังเกตว่า พรบ.ที่ออกมาก่อน*พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545* มีบทบัญญัติซึ่งบังคับให้บุคคลที่กระทำความผิดตามพรบ.เหล่านี้ต้องเข้ารับการรักษาภาวะพึ่งพายาในบางลักษณะ โปรดดูอย่างเช่น มาตรา 88 *พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ.* 2518 มาตรา 94 และ 98 พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

[32] ประเทศไทยเป็นภาคีของอนุสัญญาสหประชาชาติเพื่อควบคุมยาเสพติดสามฉบับ แม้ว่าอนุสัญญาเหล่านี้กำหนดให้รัฐภาคีดำเนินการควบคุมสารประเภทต่าง ๆ (รวมทั้งการนำกฎหมายอาญามาใช้ในบางกรณี) แต่ก็เสนอช่องทางที่ยืดหยุ่นด้วยเช่นกัน ทั้งนี้โดยไม่มีข้อกำหนดตายตัวว่าจะต้องมีการกำหนดโทษความผิดตามกฎหมายในประเทศสำหรับการเสพหรือการมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดเพื่อการใช้ส่วนบุคคล

[33] มาตรา 19

ยาเสพติดให้โทษประเภท 2:

- โคเคน: น้ำหนักบริสุทธิ์ไม่เกิน 200 มก.;
- ยาฝิ่น: น้ำหนักบริสุทธิ์ไม่เกิน 5 ก.;

ยาเสพติดให้โทษประเภท 5:

- กัญชา: น้ำหนักบริสุทธิ์ไม่เกิน 5 ก.[34]

ภายหลังการจับกุม จะต้องมีการนำตัวผู้ต้องหาไปศาลภายใน 48 ชั่วโมง และในกรณีที่ผู้ต้องหามีอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ ให้กระทำภายในเวลา 24 ชั่วโมง[35] ผู้ต้องหาไม่ใช่ผู้ตัดสินว่าจะมีการเบี่ยงเบนคดีหรือไม่ ผู้มีอำนาจวินิจฉัยคือศาล[36]

ในขั้นตอนนี้ศาลจะยังไม่ตัดสินว่าผู้ต้องหาบริสุทธิ์หรือกระทำผิด (ในขั้นนี้บุคคลดังกล่าวยังถือว่าเป็น "ผู้ต้องหา") ตามพรบ.ฉบับนี้ ศาลมีหน้าที่ "พิจารณามีคำสั่งให้ส่งตัวผู้นั้นไปตรวจพิสูจน์การเสพหรือการติดยาเสพติด" โดยเป็นคำสั่งต่อคณะอนุกรรมการ[37]

ตามพรบ.ฉบับนี้ ในการพิจารณาว่าจะมีการส่งตัวผู้ต้องหาให้กับคณะอนุกรรมการหรือไม่ ศาลควรจะพิจารณาจากอายุ เพศ และ "ลักษณะเฉพาะบุคคล" ของผู้ต้องหา[38] ในทางปฏิบัติแล้ว คำตัดสินของศาลจะระบุว่าบุคคลดังกล่าวได้ใช้ยาหรือไม่ ทั้งนี้โดยอาศัยการตรวจพิสูจน์จากปัสสาวะของบุคคลดังกล่าว ในกรณีที่ศาลตัดสินส่งตัวบุคคลให้กับคณะอนุกรรมการเพื่อทำการสอบสวนต่อไป (ตามที่จะกล่าวข้างล่าง) จะมีการแจ้งให้พนักงานอัยการทราบถึงข้อมูลที่เกิดขึ้นด้วย พนักงานอัยการก็จะมีคำสั่งให้มีการชะลอการฟ้องร้องคดี[39]

นโยบายซึ่งกำหนดให้ผู้ใช้ยาหรือผู้พึ่งพายา "ได้รับการปฏิบัติแบบผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร" จึงขัดกับกฎหมายที่มีอยู่ที่กำหนดโทษทางอาญาไว้แม้แต่การเสพยาเสพติด"

---

[34] Ministry of Justice Regulation, 2003. Cited in S. Eiamanupong, "PPT Presentation to delegates and representatives of the eleventh United Nation [sic] Congress on Crime Prevention and Criminal Justice on April 21–22, 2005," Power-Point presentation [original in English], on file with the author.

[35] มาตรา 19

[36] การบำบัดในศูนย์เหล่านี้เป็นการบำบัดบังคับ กล่าวคือไม่ได้เป็นไปอย่างสมัครใจ ไม่ต้องมีการให้ฉันทานุมัติอย่างเต็มที่ ตามความเห็นของ UNODC และ WHO "เช่นเดียวกับกระบวนการด้านการแพทย์อย่างอื่น โดยทั่วไปแล้วไม่ควรมีการบังคับให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดภาวะพึ่งพายา ทั้งในเชิงสรีรวิทยาและเภสัชวิทยา เว้นแต่กรณีที่จะเกิดความเสี่ยงอย่างมากต่อบุคคลผู้นั้นหรือบุคคลอื่น ก็อาจมีการกำหนดให้ใช้การบำบัดแบบบังคับได้ ทั้งนี้ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ในกรณีที่มีการกำหนดบทลงโทษสำหรับการใช้และการมีไว้ในครอบครองซึ่งยา การเสนอให้เข้ารับการบำบัดแทนการคุมขังหรือการลงโทษอย่างอื่น เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วย/ผู้ต้องหา และแม้ว่าจะมีลักษณะบังคับให้ต้องบำบัด ผู้ป่วยย่อมมีสิทธิที่จะปฏิเสธการบำบัด และเลือกจะรับโทษอย่างอื่นแทน" (UNODC และ WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion paper*, 2008, p. 10.)

[37] มาตรา 19

[38] อ้างแล้ว

[39] อ้างแล้ว

การควบคุมตัวเพื่อตรวจพิสูจน์

จากนั้นจะมีการควบคุมตัวผู้ต้องหาไว้เพื่อตรวจพิสูจน์ว่าเป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติดหรือไม่ ถ้ามีภาวะพึ่งพายา ลักษณะการพึ่งพายาเป็นอย่างไร ตามพรบ.ฉบับนี้ การตรวจพิสูจน์ไม่ควรใช้เวลาเกิน 15 วันหลังจากมีการส่งตัวไปยังสถานควบคุมตัวในพื้นที่ เว้นแต่มีเหตุจำเป็นอาจมีการขยายเวลาได้อีกไม่เกิน 30 วัน[40] ตามพรบ.ฉบับนี้ ระยะเวลาโดยรวมทั้งหมดไม่ควรเกิน 45 วัน

ผู้ที่ถูกควบคุมตัวระหว่างรอการตรวจพิสูจน์อาจขอประกันตัวได้ แต่ไม่ใช่ขั้นตอนที่กำหนดในพรบ.ฉบับนี้ การขอประกันตัวให้เป็นไปตามกฎกระทรวงยุติธรรม ซึ่งกำหนดให้พิจารณาให้มีการปล่อยตัวชั่วคราวในกรณีที่ไม่ทำให้เกิดความเสียหายต่อพยานหลักฐาน ผู้ต้องหาไม่น่าจะหลบหนี ผู้ต้องหาไม่เป็นภัยอันตรายต่อสังคม และผู้ต้องหามีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง ในระหว่างการทำวิจัยรายงานชิ้นนี้ เจ้าหน้าที่อธิบายว่าส่วนใหญ่ผู้ที่ขอประกันตัวก็มักได้รับการปล่อยตัวชั่วคราว แม้จะบอกว่ามีคนที่ขอประกันตัวในชั้นนี้ไม่มากนัก เจ้าหน้าที่อธิบายว่าสาเหตุเป็นเพราะผู้ต้องหาจำนวนมากไม่สามารถขอความช่วยเหลือเพื่อให้ญาตินำเงินมาวางเป็นประกัน หรือการให้หลักประกันว่าจะมีที่พักพิง รวมทั้งในกรณีที่ผู้ต้องหาไม่มีสิทธิได้รับการประกันตัว (เนื่องจากเป็นการจับกุมครั้งที่สองเป็นต้น)[41]

แม้ว่าพรบ.จะระบุวัตถุประสงค์เพื่อเบี่ยงเบนบุคคลจากการคุมขัง ในทางปฏิบัติแล้วบุคคลดังกล่าวก็ยังต้องถูกควบคุมตัวตามพรบ.ฉบับนี้เป็นเวลานานพอสมควร

ในทางปฏิบัติแล้ว การตรวจพิสูจน์ว่าบุคคลผู้นั้นเป็นเพียงผู้ใช้ยาหรือเป็นผู้มีภาวะพึ่งพายา ต้องอาศัยกระบวนการสอบสวนของเจ้าพนักงานจากกรมคุมประพฤติ ในช่วงเวลาที่มีการตรวจพิสูจน์ กรมคุมประพฤติจะมอบหมายหน้าที่ให้เจ้าพนักงานทำการสอบสวนในแต่ละกรณี สิ่งตีพิมพ์ของกรมคุมประพฤติอธิบายว่า กระบวนการตรวจพิสูจน์ประกอบด้วยการตรวจพิสูจน์ "ลักษณะทางชีวภาพ" (การตรวจร่างกายและการตรวจปัสสาวะ) "ลักษณะทางจิตวิทยา" (แรงจูงใจ ทัศนคติ การตระหนักรู้ในตนเอง ความรู้สึกผิด และพฤติกรรมต่อต้านสังคม) และ "ลักษณะทางสังคม" (ประวัติครอบครัว การศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจ บุคลิกนิสัย ความสัมพันธ์ สิ่งแวดล้อม ประวัติอาชญากรรม ประวัติการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา และการบำบัดยาในอดีต)[42]

ในทางปฏิบัติแล้ว การสอบสวนมักประกอบด้วยการตรวจปัสสาวะและการตรวจประวัติอาชญากรรมของผู้ต้องหา พนักงานคุมประพฤติอาจสัมภาษณ์บุคคลดังกล่าวด้วย พนักงานคุมประพฤติมักจะสอบถามถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องหากับครอบครัว ระดับการศึกษาและการมีงานทำ และอาจมีการเดินทางไปที่ชุมชนของผู้ต้องหา และสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวหรือนายจ้าง พนักงานคุมประพฤติยังอาจตรวจสอบประวัติทางการแพทย์หรือประวัติการใช้ยาของบุคคลดังกล่าวด้วย

---

[40] มาตรา 21: "การตรวจพิสูจน์ให้กระทำให้แล้วเสร็จภายใน 15 วันนับแต่วันที่รับตัวผู้นั้นไว้ในสถานที่ตรวจพิสูจน์ เว้นแต่มีเหตุจำเป็นคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอาจสั่งให้ขยายเวลาออกไปได้อีกไม่เกิน 30 วัน"

[41] โปรดสังเกตว่าตามกติกาสากลว่าด้วยสิทธิพลเรือนและสิทธิทางการเมือง (ICCPR) "มิให้ถือเป็นหลักทั่วไปว่าจะต้องควบคุมบุคคลที่รอการพิจารณาคดี": ข้อ 9(3) คณะมนตรีสิทธิมนุษยชนสหประชาชาติระบุว่า "การควบคุมบุคคลระหว่างรอการพิจารณาคดีควรเป็นข้อยกเว้น และควรทำให้สั้นที่สุด" General Comment 8: Article 9, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.1 at 8 (1994)

[42] Department of Probation, *Department of Probation & The Compulsory Drug Rehabilitation System in Thailand*, undated [original in English], on le with the author

ในการสอบสวนดังกล่าว พนักงานคุมประพฤติจะจัดทำรายงานโดยย่อระบุรายละเอียดของแต่ละคดี และเสนอรูปแบบการบำบัด[43] ในกรณีที่ตรวจพบว่าบุคคลดังกล่าวไม่ได้ใช้ยา ก็จะไม่ส่งตัวบุคคลดังกล่าวเข้ารับการบำบัด และมีการส่งสำนวนคดีคืนให้กับพนักงานอัยการ (ซึ่งเป็นกรณีที่บุคคลดังกล่าวอาจได้รับการฟ้องร้องดำเนินคดีต่อความผิดด้านยาเสพติด ไม่ใช่ในฐานะเป็นผู้เสพ) ดังที่จะกล่าวต่อไป ถ้ามีการตรวจพิสูจน์พบว่าบุคคลดังกล่าวเป็นผู้ใช้ยา ก็จะมีการออกคำสั่งให้เข้ารับการบำบัด

เจ้าหน้าที่หลายคนระบุว่าพนักงานคุมประพฤติมีภาระงานมากในการตรวจพิสูจน์ดังกล่าว ยกตัวอย่างเช่น ในบางพื้นที่ พนักงานคุมประพฤติหนึ่งคนอาจต้องรับผิดชอบในการตรวจพิสูจน์มากถึง 40-50 กรณีในบางช่วงเวลา

การควบคุมตัวเป็นเวลา 45 วันเป็นสิ่งที่มักเกิดขึ้น และไม่ค่อยมีข้อยกเว้น จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ บางกรณีมีการควบคุมตัวบุคคลนานกว่า 45 วัน ในช่วงเวลาดังกล่าวมักมีการควบคุมบุคคลในเรือนจำ ดังนั้นแม้ว่าพรบ.จะระบุวัตถุประสงค์เพื่อเบี่ยงเบนบุคคลจากการคุมขัง ในทางปฏิบัติแล้วบุคคลดังกล่าวก็ยังต้องถูกควบคุมตัวตามพรบ.ฉบับนี้เป็นเวลานานพอสมควร

เจ้าหน้าที่อธิบายว่าเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณจึงไม่สามารถควบคุมบุคคลเหล่านี้ในสถานที่อื่น อย่างเช่น สถานพยาบาล

ในเรือนจำ จะมีการแบ่งสัดส่วนระหว่างผู้ที่ถูกควบคุมตัวเพื่อรอการตรวจพิสูจน์กับผู้ต้องขังคนอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ระบบของเรือนจำโดยรวมก็มีลักษณะที่ไม่ได้คุณภาพ[44] ในเรือนจำบางแห่งซึ่งถูกใช้เพื่อควบคุมตัวบุคคลระหว่างรอการตรวจพิสูจน์มีคนอยู่อาศัยหนาแน่น แต่เรือนจำอื่นอาจมีคนน้อยกว่า[45] สภาพแวดล้อมที่ไม่ดีและการอยู่อาศัยอย่างแออัดเป็นข้อมูลที่เราได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เคยถูกควบคุมตัวในเรือนจำระหว่างรอการตรวจพิสูจน์ ทั้งนี้ตามข้อมูลของ L.V. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) ซึ่งเคยถูกควบคุมตัวที่เรือนจำลาดยาว (เรือนจำขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ) ระบุว่า

> ผมกำลังเล่นไพ่ในช่วงกลางซอย ตำรวจมาในรถ จับตัวผมและเอาไปตรวจหายา ปรากฏว่าเป็นสีม่วง (ซึ่งเป็นผลจากยา) พวกเขาควบคุมตัวผมในสถานีตำรวจหนึ่งวัน จากนั้นก็ถูกส่งไปที่ลาดยาวเป็นเวลา 47 วัน จากนั้นก็ส่งไปที่ (ค่ายทหาร)
>
> สภาพ (ในลาดยาว) แออัดมาก: ไม่มีมุ้ง อาหารก็ไม่พอ ยุงก็เยอะ ผมต้องนอนบนพื้นปูน ต้องนอนตะแคง ต้องไปซื้ออาหารมาจากอีกอาคารหนึ่ง พวกเขาตักอาหารให้แค่ครั้งเดียว ถ้าหมดแล้วก็หมดเลย... บางครั้งเจ้าหน้าที่ก็จะตีคนที่ต่อสู้กัน หรือถ้าพวกเขาพบว่ามีใครใช้ยา

O.N. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) บอกว่าเขาถูกควบคุมตัวที่เรือนจำลาดยาวนานกว่า 45 วันซึ่งเป็นจำนวนวันตามที่กำหนดในพรบ

> ผมอยู่ที่นั่น 80 หรือ 85 วัน ส่วนใหญ่พวกเขาอยู่ที่นั่นกัน 45 วัน ผมไม่รู้ว่าทำไมผมต้องอยู่นานกว่าคนอื่น มี

---

43 โปรดสังเกตว่าพนักงานคุมประพฤติซึ่งทำการตรวจพิสูจน์ (ซึ่งจะมีผลต่อทางเลือกการบำบัด) มักไม่ใช่เจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์ที่ผ่านการอบรมมา ไม่มีข้อมูลปรากฏว่าเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจพิสูจน์ระดับการพึ่งพายา (อย่างเช่น *Addiction Severity Index* [ASI]) ได้มาตรฐานหรือไม่เพียงใด เจ้าหน้าที่เหล่านี้มักได้รับการอบรมอย่างจำกัดในการประเมินอาการทางสุขภาพที่เกิดร่วมกับอาการทางจิต ซึ่งมักพบในบรรดาผู้ใช้ยา เป็นเหตุให้เกิดความเสี่ยงว่ากระบวนการวินิจฉัยว่าบุคคลดังกล่าวจะต้องเข้ารับการบำบัดแบบบังคับหรือไม่ และในช่วงเวลาใด ไม่มีพื้นฐานข้อมูลทางการแพทย์รองรับ

44 โปรดสังเกตว่า ตามข้อ 10(1) ของกติกาสากลว่าด้วยสิทธิพลเรือนและสิทธิทางการเมือง (ICCPR) "บุคคลทั้งปวงที่ถูกลิดรอนเสรีภาพต้องได้รับการปฏิบัติด้วยความมีมนุษยธรรมและความเคารพในศักดิ์ศรีแต่กำเนิดแห่งความเป็นมนุษย์"

45 จากข้อมูลของเจ้าหน้าที่บางคน เรือนจำบางแห่งในกรุงเทพฯ และจังหวัดใกล้เคียง อย่างเช่น สมุทรปราการและชลบุรี มีผู้ต้องขังอยู่หนาแน่นมาก

คนที่อยู่เกิน 45 วันเหมือนกัน แต่ไม่มาก

Q.U. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) อธิบายว่าเขาถูกควบคุมตัวที่เรือนจำลาดยาว "ประมาณสองเดือน" ระหว่างรอการตรวจพิสูจน์ เขาอธิบายสภาพในนั้นว่า

> ข้างในแออัดมาก ห้องก็เล็ก ในห้องหนึ่งมีคนอยู่มากกว่าร้อยคน บางคนต้องนอนในท่านั่ง หรือนอนตะแคง... (อาหาร) เหมือนกับของเหลือ อาหารไม่พอ เราต้องแย่งกันเพื่อให้ได้อาหาร บ่อยครั้งที่เราทะเลาะกันเพราะแย่งอาหาร
>
> ที่ลาดยาว นักโทษจะคุมกันเอง พวกเขารวมตัวกันเป็นแก๊ง ใครที่มีคนมากก็คุมคนอื่นได้ ของที่คนมาเยี่ยมซื้อให้เราก็ถูกพวกเขาเอาไป ถ้าเราไม่ยอมให้ก็จะเกิดปัญหา มีการใช้ความรุนแรงและการทุบตีทำร้าย

T.X. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) ซึ่งถูกควบคุมตัวอีกที่หนึ่ง บอกว่า

> ที่มีนบุรีมีสภาพลำบากมาก (สถานที่ตรวจพิสูจน์ในเขตกรุงเทพฯ) เวลานอนคนหนึ่งต้องเอาหัวไว้ข้างบน อีกคนไว้ข้างล่าง เราไม่ค่อยได้กินเนื้อสัตว์ ส่วนมากเป็นผัก...ที่นี่มีอยู่สองห้องแต่ขังคนไว้ 300 คน ผมไม่สามารถนอนราบกับพื้น ต้องนอนคะแคง...มันแออัดมาก

ผู้ที่เราสัมภาษณ์ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้รับการรักษาเพื่อช่วยให้จัดการกับภาวะขาดยาระหว่างอยู่ในเรือนจำได้เลย

B.L. (ผู้หญิง จากกรุงเทพฯ) ซึ่งถูกควบคุมตัวเพื่อรอการตรวจพิสูจน์ที่คลองห้าครึ่ง (สถานตรวจพิสูจน์สำหรับผู้หญิงในเขตเทศบาลธัญบุรี ใกล้กับกรุงเทพฯ) บอกว่า

> ก่อน (ที่จะไปอยู่ในค่ายทหาร) หนูไปอยู่ที่ศูนย์ตรวจพิสูจน์ที่คลองห้าครึ่ง หนูอยู่ที่นั่น 45 วัน เพื่อรอการวินิจฉัย (ของคณะอนุกรรมการ) คนอื่น ๆ ถูกปล่อยตัวไปแล้ว ที่นั่นไม่มีการรักษาพยาบาล เป็นชีวิตที่ลำบากมาก ...มันแออัดมาก เราไม่มีน้ำดื่มเพียงพอ สถานที่แห่งนี้จุคนได้แค่ 150 คน แต่ตอนหนูอยู่ที่นั่นมีคนอยู่ตั้ง 300 พวกเขาไม่รู้จะเอาคนเหล่านี้ไปที่ไหน พวกเราต้องนอนตะแคง ถ้าลุกจากที่ (ในตอนกลางคืน) จะมีคนแย่งที่หนูไป

T.Q. (ผู้ชาย จากเชียงใหม่) ซึ่งถูกควบคุมตัวที่เรือนจำที่เชียงใหม่ระหว่างรอการตรวจพิสูจน์อธิบายว่า

> ครั้งสุดท้ายผมอยู่ที่นั่นจนครบ 45 วัน พวกเขาบอกผมว่า "เธอมาที่นี่ตั้งหลายครั้งแล้ว ไม่เคยสำนึกเลยหรือ? คราวนี้เธอจะต้องอยู่ให้ครบ 45 วัน"
>
> ผมหลับนอนในบริเวณที่บำบัด (ของเรือนจำ) โดยมีเสื่อปูบนพื้น ไม่มีที่เพียงพอ เพราะเราอยู่กันแออัดมาก อาหารพอใช้ได้ เป็นอาหารแบบเดียวกับที่ให้กับอาชญากรคนอื่น ๆ เราไม่ได้รับอนุญาตให้สูบบุหรี่ ต้องแอบไปสูบกัน ถ้าเขามาเห็นใครสูบบุหรี่ เขาจะบังคับให้เราซิทอัพ 500 ครั้ง (เพื่อเป็นการลงโทษ)

ผลจากการบังคับใช้พรบ.ฟื้นฟูฯ ทำให้คนที่มีภาวะพึ่งพายาต้องเข้ารับการถอนพิษยาและมีอาการขาดยาระหว่างอยู่ในเรือนจำ ผู้ที่เราสัมภาษณ์ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้รับการรักษาเพื่อช่วยให้จัดการกับภาวะขาดยาระหว่างอยู่ในเรือน

จำได้เลย ซึ่งเป็นปัญหาที่จะกล่าวถึงในรายละเอียดด้านล่าง

การเสพยาซ้ำอีกเป็นสิ่งที่มักเกิดขึ้นระหว่างการถอนพิษยาและการขาดยา หลายคนที่เราสัมภาษณ์บอกว่า มีการใช้ยาระหว่างอยู่ในเรือนจำขณะรอการตรวจพิสูจน์ การใช้ยาเช่นนี้มีส่วนสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงที่จะแพร่เชื้อเอชไอวี เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์ที่ช่วยป้องกันการรับเชื้อ อย่างเช่น เข็มฉีดยาที่ผ่านการฆ่าเชื้อและถุงยางอนามัยในเรือนจำ

ตามข้อมูลของ Q.Q. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) ซึ่งรอการตรวจพิสูจน์อยู่ที่เรือนจำลาดยาว

> "ในช่วง 44 วัน ผมได้ฉีดครั้งหนึ่งและได้สูบ (ยา) อีกหนึ่งครั้ง ผมสั่งซื้อเข็มฉีดยาอย่างไม่ชอบด้วยกฎหมายจากโรงพยาบาลในเรือนจำ (ทางโรงพยาบาล) ไม่รู้ว่าผมเอาไปทำอะไร" Q.U. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) ซึ่งรอการตรวจพิสูจน์อยู่ที่เรือนจำลาดยาวบอกว่า "ผมรู้ว่าคนที่นี่ฉีด ผมไม่เคยเห็นพวกเขาฉีดจริง ๆ แต่เคยเห็นคนฝนปลายปากกาให้แหลมเพื่อใช้เป็นเข็มฉีด"

U.T. (ผู้ชาย จากเชียงใหม่) ซึ่งรอการตรวจพิสูจน์อยู่ที่เรือนจำเชียงใหม่บอกว่า

> บางครั้งพวกเขามีเฮโรอีน (ในสถานที่ตรวจพิสูจน์ในเรือนจำ) พวกเขาใช้หลอดกาแฟต่อกับเข็มเพื่อเป่ายาเข้าเส้นเลือด บางทีผมก็ทำกับเขาด้วย ผมสามารถทำได้เพราะมีญาติมาเยี่ยมบ่อย ๆ และผมมีเงิน แต่ที่ค่ายทหารไม่มีการใช้ยา เพราะว่าอีกไม่กี่เดือนก็จะได้ไปแล้ว (ก่อนที่จะถูกปล่อยตัว) พวกเขาไม่อยากทำลายโอกาส

งานวิจัยแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงอย่างชัดเจนระหว่างการฉีดยาในเรือนจำกับการแพร่เชื้อเอชไอวีตามที่กล่าวข้างต้น งานวิจัยชิ้นอื่นในไทยยืนยันว่าช่วงเวลาควบคุมตัว*ก่อน*ที่จะถูกจำขังในเรือนจำ เป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการติดเชื้อเอชไอวี ยกตัวอย่างเช่น Buavirat และเพื่อนร่วมงานแสดงให้เห็นว่า การถูกควบคุมตัวที่สถานีตำรวจในไทยเป็นช่วงที่มีการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันอย่างแพร่หลาย

หลายคนที่เราสัมภาษณ์บอกว่า มีการใช้ยาระหว่างอยู่ในเรือนจำขณะรอการตรวจพิสูจน์ การใช้ยาเช่นนี้มีส่วนสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงที่จะแพร่เชื้อเอชไอวี เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์ที่ช่วยป้องกัน

> การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันระหว่างถูกควบคุมตัวที่สถานีตำรวจ เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระสำหรับการติดเชื้อเอชไอวี แม้ว่างานวิจัยครั้งก่อนชี้ให้เห็นว่าการใช้อุปกรณ์การฉีดร่วมกันระหว่างถูกจำขังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการรับเชื้อของไทย แต่ในงานวิจัยเหล่านี้ก็ไม่ได้ระบุอย่างชัดเจนว่า มีการรับเชื้อเวลาใดกันแน่ จากข้อมูลที่เรามี งานวิจัยของเราเป็นงานวิจัยชิ้นแรกที่ระบุถึงความเสี่ยงอย่างสูงในระหว่างถูกควบคุมตัวก่อนที่จะถูกส่งเข้าเรือนจำ ผลการวิจัยยืนยันข้อสมมติฐานของเราว่า ปัจจัยเสี่ยงสูงอย่างเช่นการยืมเข็มและการฉีดยาร่วมกับผู้ถูกควบคุมตัวคนอื่น ๆ น่าจะเกิดจากความพยายามหลีกเลี่ยงภาวะขาดยาที่รุนแรง ปัจจัยร่วมที่เป็นไปได้อีกอย่างหนึ่งได้แก่ ผู้ต้องขังที่อยู่ระหว่างการควบคุมตัวที่กรุงเทพฯ มีโอกาสที่จะฉีดยาได้มาก เนื่องจากในขั้นตอนการขังระหว่างรอพิจารณาคดีนี้ยังมีการรักษาความปลอดภัยไม่เข้มงวดมากนัก[46]

[46] Buavirat et al

คณะอนุกรรมการและคำสั่งให้บำบัด

พรบ.ฉบับนี้กำหนดให้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด[47] คณะอนุกรรมการมีอำนาจด้านต่าง ๆ รวมถึง

- พิจารณาวินิจฉัยว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติดหรือไม่
- พิจารณาอนุญาตให้ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้รับการปล่อยตัวชั่วคราว
- ติดตามดูแลผู้ต้องหาในระหว่างการควบคุมตัว
- ติดตามดูแลแผนการบำบัด
- พิจารณาย้ายตัวผู้เข้ารับการบำบัดการติดยาเสพติดไปยังสถานบำบัดแห่งอื่น และ
- พิจารณาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ

คณะอนุกรรมการประกอบด้วยสมาชิกเจ็ดคน (โดยเฉลี่ย) ได้แก่ ตัวแทนจากกระทรวงยุติธรรม (มักจะเป็นพนักงานอัยการ ซึ่งจะทำหน้าที่ประธาน) ตัวแทนจากกรมคุมประพฤติ (ซึ่งมักจะทำหน้าที่เลขานุการคณะกรรมการ) แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบำบัดยา คณะกรรมการจะประชุมหนึ่งหรือสองครั้งต่อสัปดาห์เพื่อดำเนินการ

ตามพรบ.ฉบับนี้ คณะอนุกรรมการอาจสั่งการให้มีการบำบัดได้สามแบบ:

- การควบคุมตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์บำบัดซึ่งมี "ระบบการควบคุมมิให้หลบหนี"
- การควบคุมตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในศูนย์บำบัดซึ่งกำหนดให้ "ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพต้องอยู่ภายในเขตที่กำหนดในระหว่างการฟื้นฟู" หรือ
- ในกรณีที่ไม่จำเป็นต้องควบคุมตัวผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ อาจกำหนดให้ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพต้องปฏิบัติด้วยวิธีการอื่น "ภายใต้การดูแลของพนักงานคุมประพฤติก็ได้"[48]

พูดอีกอย่างหนึ่งคณะอนุกรรมการจะสั่งให้มีการบังคับบำบัด ทั้งแบบควบคุมตัวหรือไม่ควบคุมตัว การบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวมักเป็นลักษณะบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งมีหน่วยงานหลายแห่งให้บริการ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลของรัฐ สถาบันธัญญารักษ์ (กรมวิทยาศาสตร์บริการ กระทรวงสาธารณสุข) หรือกรมคุมประพฤติ ในบางกรณี การบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวอาจเกิดขึ้นในลักษณะผู้ป่วยในก็ได้ อย่างเช่นกรณีที่กำหนดให้อยู่ที่ศูนย์บำบัดช่วงสั้น ๆ (อย่างเช่นห้าวัน)

ผู้ที่ทำงานในระบบดังกล่าวมักอธิบายว่า โครงการบำบัดแบบควบคุมตัวอาจมีลักษณะ "เข้มข้น" หรือ "เข้มข้นน้อยกว่า" ก็ได้ โครงการแบบเข้มข้นมักมีที่ศูนย์บำบัดซึ่งมีการรักษาความปลอดภัยอย่างเข้มงวดเพื่อป้องกันมิให้หลบหนี โครงการบำบัดที่เข้มข้นน้อยกว่ามักมีที่ศูนย์บำบัดซึ่งมีการรักษาความปลอดภัยน้อยกว่า

จากข้อมูลของเจ้าหน้าที่ ถ้าบุคคลดังกล่าวเป็นเพียงผู้ใช้ยา ก็มีแนวโน้มที่จะมีคำสั่งให้เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (ไม่ควบคุมตัว) แต่ถ้าเป็นผู้มีภาวะพึ่งพายา ก็มีแนวโน้มที่จะถูกส่งตัวเข้ารับการบำบัดแบบเข้มข้นน้อยกว่า (มีการควบคุมตัว) (อย่างเช่น ศูนย์บำบัดของกองทัพบก) ถ้าเป็นบุคคลที่ถือว่ามีภาวะพึ่งพายารุนแรง ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องมักเรียกว่าเป็น "ผู้ติดยาอย่างหนัก" ก็มักมีการส่งตัวเข้าโครงการบำบัดแบบเข้มข้น (แบบควบคุมตัว) (อย่างเช่น ศูนย์บำบัดของกองทัพอากาศหรือกองทัพเรือ) ผู้ติดยาอย่างหนักถือว่าเป็นผู้ที่ใช้ยาทุกวัน และเคยมีประวัติเข้ารับ

[47] ซึ่งมักหมายถึงคณะอนุกรรมการระดับจังหวัด แม้ว่าจะมี 76 จังหวัด (โดยกรุงเทพฯ เป็นหนึ่งจังหวัด) แต่มีคณะอนุกรรมการชุดดังกล่าว 98 ชุด

[48] มาตรา 23

การบำบัดมาแล้ว

คณะอนุกรรมการจะวินิจฉัยตามรายงานการตรวจพิสูจน์ของพนักงานคุมประพฤติ รายงานจะประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานและข้อเสนอแนะตามรูปแบบมาตรฐาน โดยอาจมีข้อมูลเกี่ยวกับการขอประกันตัว คำสั่งการบำบัดหรือการประเมินผลการบำบัด คณะอนุกรรมการมักวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว โดยอาจใช้เวลาเพียงหนึ่งหรือสองนาที โดยมักเป็นการวินิจฉัยทำตามข้อเสนอแนะในรายงานของพนักงานคุมประพฤติ แม้จะมีกรณีที่สั่งการเป็นอย่างอื่นอยู่บ้าง[49]

ในทางปฏิบัติแล้ว คำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการมักขึ้นอยู่กับพื้นที่ที่มีอยู่ในศูนย์บำบัดแบบควบคุมตัวด้วย ในบางกรณีคณะอนุกรรมการอาจวินิจฉัยในช่วงแรก ๆ ที่เข้ารับการควบคุมตัว 45 วัน โดยมีคำสั่งให้ส่งตัวบุคคลเข้ารับการบำบัดแบบควบคุมตัว อย่างไรก็ตาม ถ้าศูนย์ไม่มีที่พอ คณะอนุกรรมการก็จะสั่งการให้เข้ารับการบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวแทน ในกรณีเช่นนั้น คณะอนุกรรมการอาจสั่งให้มีการปล่อยตัวบุคคลโดยทันทีเพื่อให้เข้ารับการบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวก็ได้ (เนื่องจากเห็นว่าในศูนย์ไม่มีที่เหลืออยู่แล้ว) แต่ในกรณีอื่น ๆ คณะอนุกรรมการอาจชะลอการสั่งการให้บุคคลเข้ารับการบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว จนกว่าจะครบกำหนดควบคุมตัว 45 วัน แม้ว่าจะพิจารณาเห็นแล้วว่าไม่มีที่เหลืออยู่ในศูนย์

T.X. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) พูดถึงกระบวนการเหล่านี้ดังนี้

> ผมถูกส่งตัวไปที่มีนบุรีเพื่อรอ (การตรวจพิสูจน์) ผมพักอยู่กับผู้ใช้ยา ไม่ได้ปะปนกับผู้ต้องขังคนอื่น... (ผมอยู่ที่นั่น) 45 วัน รอที่จะถูกส่งตัวไปยังค่ายทหาร...จากนั้นก็มีการปล่อยตัวผม ส่วนคนอื่นถูกส่งตัวไปที่ศูนย์ต่าง ๆ ไม่แน่ใจ (ว่าทำไมผมได้รับการปล่อยตัว) บางคนถูกจับกุมหลายครั้งและถูกส่งไปที่ศูนย์บำบัด และศูนย์บำบัดหลายแห่งก็เต็มแล้ว ผมเลยได้รับการปล่อยตัว ผมต้องเข้าพบพนักงานคุมประพฤติเดือนละครั้ง ผมต้องเข้าตรวจปัสสาวะเป็นเวลาหนึ่งปี

ตามพรบ.ฉบับนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้นอาจใช้เวลามากถึงหกเดือน ดังที่ระบุในพรบ.ว่า

> ในกรณีที่ปรากฏว่าผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดยังไม่เป็นที่พอใจ ให้คณะอนุกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดพิจารณาขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามที่เห็นสมควรก็ได้[50]

คณะอนุกรรมการมีอำนาจตามพรบ.ที่จะขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพออกไปได้ถึงหกเดือนในแต่ละครั้ง แต่ระยะเวลาการบำบัดโดยรวมต้องไม่เกินสามปี และถ้าในช่วงท้ายของการบำบัด คณะอนุกรรมการเห็นว่าผลการบำบัดเป็น "ที่พอใจ" ก็จะให้ปล่อยตัวผู้เข้ารับการบำบัดโดยจะมีการแจ้งให้พนักงานอัยการทราบตามลำดับ ทั้งนี้เพื่อให้ยุติขั้นตอนการฟ้องร้องดำเนินคดี และผู้เข้ารับการบำบัดจะไม่มีประวัติอาชญากรรม แต่ถ้าในช่วงของการขยายระยะเวลาการบำบัด คณะอนุกรรมการเห็นว่าการบำบัด "ไม่น่าพอใจ" คณะกรรมการก็จะรายงานให้พนักงานอัยการทราบและให้มีการฟ้องร้องดำเนินคดีต่อบุคคลต่อไป[51]

---

[49] โปรดสังเกตว่าตามกติกาสากลว่าด้วยสิทธิพลเรือนและสิทธิทางการเมือง (ICCPR) "ในการพิจารณาคดีอาญาซึ่งตนต้องหาว่ากระทำผิด หรือการพิจารณาคดีเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของตน บุคคลทุกคนย่อมมีสิทธิได้รับการพิจารณาอย่างเปิดเผยและเป็นธรรมโดยคณะตุลาการซึ่งจัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย มีอำนาจ มีความเป็นอิสระ และเป็นกลาง.... " (ข้อ 14(1))

[50] มาตรา 25 โปรดสังเกตว่าในพรบ.ไม่กำหนดนิยามของคำว่า "น่าพอใจ" หรือ "ไม่น่าพอใจ"

[51] มาตรา 33

กรมคุมประพฤติได้ตีพิมพ์ข้อมูลเกี่ยวกับ "ผู้เสพหรือติดยาเสพติดตามระบบการฟื้นฟูสมรรถนะแบบบังคับ" ระหว่างปี 2546-255152 ตัวเลขเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า แม้คนส่วนใหญ่จะถูกสั่งให้เข้ารับการบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว แต่ก็จะมีประมาณ 25-50 % ที่ถูกสั่งให้เข้ารับการบำบัดแบบควบคุมตัว โดยอาจแตกต่างกันไปในแต่ละปี

ปี	2546	2547	2548	2549	2550	2551
การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบควบคุมตัว	**3,019**	**9,343**	**10,481**	**10,618**	**14,591**	**10,023**
- แบบเข้มข้น	1,053	2,098	2,643	2,428	2,562	1,363
- แบบไม่เข้มข้น	1,966	7,245	7,838	8191	12,029	8,660
การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไม่ควบคุมตัว	**3,261**	**8,639**	**21,037**	**31,814**	**34,304**	**30,657**
- ผู้ป่วยนอก	1,720	5,323	13,318	15,821	16,009	16,761
- ผู้ป่วยใน	174	469	522	409	326	138
- การบำบัดระหว่างคุมประพฤติ	1,367	2,847	7,197	15,584	17,969	13,758

กรมคุมประพฤติรายงานว่า ระหว่างปี 2546-2551 ผู้เข้ารับการบำบัดในระบบการบังคับบำบัดมักถูกตั้งข้อหาว่าเป็น "ผู้เสพ" หรือ "ผู้เสพและมีไว้ในครอบครอง" ซึ่งยาผิดกฎหมาย

ประมาณ 90% ของคดีที่อยู่ระหว่างการสอบสวน (และจำนวนที่ใกล้เคียงกันสำหรับผู้ที่อยู่ระหว่างการบำบัด) ถูกตั้งข้อหาว่าเป็นผู้เสพ ส่วนอีก 8% ของผู้ที่อยู่ระหว่างการสอบสวนคดีถูกตั้งข้อหาว่าเป็นผู้เสพและมีไว้ในครอบครอง[53] จำนวนผู้ที่ถูกตั้งข้อหาว่า "เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย" และ "เสพและจำหน่าย" คิดเป็นจำนวนน้อยกว่า 1% ของข้อหาทั้งหมด

ตารางต่อไปนี้มาจากรายงานของกรมคุมประพฤติ ซึ่งระบุจำนวนผู้เข้ารับการบังคับบำบัด (ทั้งแบบควบคุมตัวและไม่ควบคุมตัว) ระหว่างปี 2546-2551 จำแนกตามประเภทยาที่ใช้[54]

ประเภทของยา	เมทแอมเฟตามีน	แอมเฟตามีน	กัญชา	อื่น ๆ
จำนวนผู้เข้ารับการบังคับบำบัด	157,693	13,370	11,871	4,850
เปอร์เซ็นต์	83.97	7.12	6.32	2.59

การอุทธรณ์

ในทางปฏิบัติ พรบ.ฉบับนี้เปิดโอกาสให้มีการอุทธรณ์คำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการในสามประเด็นได้แก่

- คำวินิจฉัยว่าผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์เสพหรือติดยาเสพติด
- คำสั่งไม่อนุญาตให้ปล่อยผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์หรือผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพจากการควบคุมตัว

---

52 Department of Probation, *Department of Probation & the Compulsory Drug Treatment System in Thailand* เนื่องจากระยะเวลาการบำบัดแบบควบคุมตัวมักใช้เวลาประมาณสี่เดือน เราสามารถคาดประมาณจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดแบบควบคุมตัวในแต่ละช่วงเวลาได้ จากการนำจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดแบบควบคุมตัวทั้งปีหารด้วยสาม (แม้ว่าตามข้อสังเกตในเนื้อหาข้างต้น อาจมีผู้ที่เข้ารับการบำบัดแบบควบคุมตัวในเบื้องต้นเป็นเวลานานกว่าสี่เดือน)

53 Department of Probation, *Department of Probation & the Compulsory Drug Treatment System in Thailand.* โปรดสังเกตว่ากรมคุมประพฤติใช้คำว่า "การติดยาเสพติด" กับข้อหานี้ ส่วนในพรบ.ยาเสพติดให้โทษใช้คำว่า "การเสพยา"

54 อ้างแล้ว

- คำสั่งขยายระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดออกไปอีกหกเดือน[55]

คำวินิจฉัยในประเด็นอื่นไม่สามารถอุทธรณ์ได้ ยกตัวอย่างเช่น ผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ไม่สามารถอุทธรณ์คำสั่งกำหนดประเภทการบำบัด (ว่าจะเป็นแบบควบคุมตัวหรือไม่ควบคุมตัว แบบเข้มข้นหรือไม่เข้มข้น) หรือการอุทธรณ์ระยะเวลาเบื้องต้นของการบำบัด

ตามพรบ.ฉบับนี้ คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจะเป็นผู้รับเรื่องอุทธรณ์ คณะกรรมการชุดนี้เป็นคณะกรรมการระดับชาติซึ่งมีตัวแทนจากหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ และมีหน้าที่เสนอข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกฎกระทรวง แต่งตั้งและถอดถอนสมาชิกคณะอนุกรรมการ และกำหนดระเบียบเกี่ยวกับกระบวนการสอบสวนในแต่ละคดี[56] คำวินิจฉัยของคณะกรรมการที่มีต่อคำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการถือเป็นที่สุด[57]

แม้จะมีข้อกำหนดดังกล่าว ในทางปฏิบัติแล้วเจ้าหน้าที่บอกว่ามักไม่ค่อยมีการอุทธรณ์คำวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการ

การบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว

ดังที่ตั้งข้อสังเกตข้างต้น ตามข้อมูลของกรมคุมประพฤติ ผู้เข้ารับการบำบัดภาคบังคับส่วนใหญ่จะเข้ารับการบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว ซึ่งมีหลายหน่วยงานเข้ามาดูแล ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลของรัฐ สถาบันธัญญารักษ์ (กรมวิทยาศาสตร์บริการ กระทรวงสาธารณสุข) หรือกรมคุมประพฤติ

ในการบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว ผู้เข้ารับการบำบัดมักจะต้องทำตามขั้นตอนของแมททริกซ์ ซึ่งเป็นแนวการบำบัดสำหรับผู้ป่วยนอก โดยใช้ปัจจัยกระตุ้นที่พัฒนาโดย Matrix Institute on Addictions ซึ่งตั้งอยู่ที่สหรัฐอเมริกา[58] การบำบัดตามวิธีการนี้มักใช้เวลาประมาณสองชั่วโมงต่อวัน และจะทำประมาณสองหรือสามครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลาสี่เดือน โดยเป็นการบำบัดทั้งแบบบุคคลและแบบกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยการป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำ การให้ความรู้เกี่ยวกับยา การให้ความสนับสนุนด้านสังคม รวมทั้งการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและการให้ความรู้ด้านยากับสมาชิกในครอบครัว จะมีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอถึงการใช้ยาของผู้เข้ารับการบำบัดด้วยการตรวจปัสสาวะ[59] หลังจากสี่เดือนก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการกลับสู่สังคมซึ่งใช้เวลาสองเดือน

การบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวรูปแบบอื่นอาจประกอบด้วยการฝึกอาชีพ หรือการใช้วิธีปฏิบัติทางพุทธศาสนา ดังที่ตั้งข้อสังเกตข้างต้น การบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวบางชนิดโดยเนื้อแท้แล้วมีลักษณะแบบผู้ป่วยใน (การให้อยู่ในศูนย์บำบัดเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ) ส่วนช่วงการกลับสู่สังคมเป็นระยะเวลาสองเดือนซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการบำบัดแบบควบคุมตัว ถือว่าเป็นการบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว

---

55 มาตรา 38

56 มาตรา 7

57 มาตรา 38

58 สำหรับภาพรวมของ Matrix program โปรดดู R. Rawson and M. McCann, *The Matrix Model of Intensive Outpatient Treatment: A Guideline Developed for the Behavioural Health Recovery Management Project*, 2006, at www.bhrm.org/guidelines/The_Matrix_Model_Of_Intensive_Outpatient_Treatment.pdf

59 Matrix program เป็นวิธีการที่มีการนำมาใช้ในประเทศไทย หลังจากมีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่ฝ่ายบำบัดของไทยกับ Matrix Institute เมื่อปี 2544 โปรดดู J. Obert et al, "Exporting methamphetamine treatment to Thailand: a large scale technology transfer project," Abstract number 25620, 21 October 2001, presentation at the 129th Annual Meeting of American Public Health Association (APHA), Atlanta, U.S., 21–25 October 2001

การบำบัดแบบควบคุมตัว

แม้ว่ากรมคุมประพฤติจะเป็นผู้ดูแลศูนย์บำบัดยาแบบบังคับ แต่ในทางปฏิบัติมีหน่วยงานของรัฐหลายแห่งที่ให้บริการศูนย์บำบัดเช่นนี้ ตามข้อมูลของกรมคุมประพฤติ

> เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เสพหรือติดยาเสพติด กรมคุมประพฤติได้ร่วมมือกับหลายหน่วยงานเพื่อจัดทำโครงการบำบัด ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเป็นเหตุให้กรมสามารถรับมือกับผู้เสพหรือติดยาเสพติดจำนวนมากที่เข้าสู่ระบบบำบัดบังคับได้ หน่วยงานที่ให้ความร่วมมือไม่เพียงอำนวยความสะดวกด้านสถานที่เท่านั้น แต่ยังจัดหาเจ้าหน้าที่และจัดโครงการบำบัดให้กับผู้เสพหรือติดยาเสพติดด้วย หน่วยงานเหล่านี้ประกอบด้วย กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และกรุงเทพมหานคร[60]

นับตั้งแต่มีการบังคับใช้พรบ.ฉบับนี้ จำนวนศูนย์บำบัดยาแบบบังคับได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2547 มีอยู่ 35 แห่ง 2548 มีอยู่ 49 แห่ง[61] และในปลายปี 2551 มีอยู่ 84 แห่ง[62]

ศูนย์บำบัดยาแบบบังคับทั้ง 84 แห่งในประเทศไทยจนถึงปลายปี 2551 ประกอบด้วย

- 31 แห่งภายใต้การดูแลของกองทัพบก
- 12 แห่งภายใต้การดูแลของกองทัพอากาศ
- 4 แห่งภายใต้การดูแลของกองทัพเรือ
- 3 แห่งภายใต้การดูแลของกองบัญชาการกองทัพไทย
- 7 แห่งภายใต้การดูแลของสถาบันธัญญารักษ์[63]
- 1 แห่งภายใต้การดูแลของกรมคุมประพฤติ (ที่ลาดหลุมแก้ว)
- 10 แห่งภายใต้การดูแลของกระทรวงมหาดไทย[64]
- 13 แห่งภายใต้การดูแลของกรมสุขภาพจิต (กระทรวงสาธารณสุข) และ
- 2 แห่งภายใต้การดูแลของกรมราชทัณฑ์

กองทัพบกมีแผนการจัดสร้างศูนย์บำบัดเพิ่มเติมอีก 14 แห่งภายในปี 2553[65]

ศูนย์บำบัดของกองทัพบกถือว่า "เข้มข้นน้อย" ส่วนศูนย์อื่น ๆ ที่เป็นของกองทัพอากาศถือว่า "เข้มข้นมาก" ในขณะที่กองทัพเรือมีทั้งศูนย์บำบัดแบบเข้มข้นและเข้มข้นน้อย[66]

โดยทั่วไปแล้ว ศูนย์บำบัดของทหารจะมีผู้เข้ารับการบำบัดประมาณ 100-400 คน ยกเว้นศูนย์บำบัดของกองทัพอากาศที่มีผู้เข้ารับการบำบัด 30-60 คน ส่วนศูนย์บำบัดของกระทรวงมหาดไทยมีขนาดเล็กกว่า (30-50 คน)

---

60 Department of Probation, *Department of Probation & the Compulsory Drug Treatment System in Thailand*

61 โปรดดู UNODC, *HIV/AIDS and Custodial Settings in South East Asia: An Exploratory Review into the Issue of HIV/AIDS in Custodial Settings in Cambodia, China, Lao PDR, Myanmar, Thailand and Vietnam*, 2006, p. 46

62 ข้อมูลจากการสอบถามโดยตรงไปที่กรมคุมประพฤติ ธันวาคม 2551

63 ศูนย์เหล่านี้ยังให้บริการบำบัดแบบสมัครใจ ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก

64 ศูนย์บำบัดหลายแห่งที่เป็นของกระทรวงมหาดไทยอยู่ใต้การดำเนินงานของกองอาสารักษาดินแดน หรือที่เรียกว่าอส. ซึ่งนับเป็นกลุ่มทหารบ้านติดอาวุธใหญ่สุดในประเทศ สำหรับบทบาทของอส.ในสงครามปราบปรามยาเสพติด โปรดดู D. Ball and D. Mathieson, *Militia Redux: Or Sor and the Revival of Paramilitarism in Thailand*, 2007, pp. 134–143

65 ข้อมูลจากการสอบถามโดยตรงไปที่กรมคุมประพฤติ ธันวาคม 2551

66 ศูนย์บำบัดแบบเข้มข้นของกองทัพเรืออยู่ที่อำเภอสัตหีบ ชลบุรี

ในจำนวนนี้ยังรวมถึงศูนย์บำบัดสำหรับผู้หญิงและเยาวชน จนถึงสิ้นปี 2551 มีศูนย์บำบัด 11 แห่งสำหรับผู้หญิง โดยแปดแห่งเป็นศูนย์บำบัดแบบเข้มข้นน้อยกว่า (หนึ่งแห่งอยู่ใต้การดูแลของกองทัพบกและอีกเจ็ดแห่งเป็นของสถาบันธัญญารักษ์) และศูนย์บำบัดแบบเข้มข้นมากอีกสามแห่ง (สองแห่งใต้การดูแลของกองทัพอากาศและหนึ่งแห่งเป็นของกรมคุมประพฤติ) และศูนย์สำหรับเยาวชนหนึ่งแห่ง (ภายใต้การดูแลของกองทัพอากาศ) ศูนย์เหล่านี้จะใช้วิธีการบำบัดพื้นฐานเช่นเดียวกัน โดยอาจมีการดัดแปลงวิธีการอยู่บ้าง ยกตัวอย่างเช่น ศูนย์บำบัดสำหรับเยาวชนอาจจัดให้มีชั้นเรียนพื้นฐานในช่วงเช้า ส่วนศูนย์บำบัดสำหรับผู้หญิงก็อาจให้มีการออกกำลังกายที่เข้มข้นน้อยกว่าและจัดให้มีการฝึกอาชีพประเภทต่าง ๆ

การดูแลของกรมคุมประพฤติ

กรมคุมประพฤติมีหน้าที่ประเมินผลการทำงานของศูนย์บำบัด โดยจะมีการประเมินทุกสามปี แม้ว่าเจ้าหน้าที่บอกว่าการประเมินแบบนี้ไม่ใช่สิ่งที่ต้องทำ และศูนย์บำบัดเองต้องเป็นผู้ร้องขอมา กระบวนการประเมินทำโดยการส่งทีมงานขนาดเล็กซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ของกรมคุมประพฤติและสถาบันธัญญารักษ์ ที่จะเดินทางไปที่ศูนย์บำบัดหนึ่งหรือสองครั้งเพื่อทำการประเมิน การประเมินจะเน้นที่มาตรฐานต่าง ๆ รวมไปถึง

- พันธกิจของศูนย์
- โครงสร้างองค์กร
- ทรัพยากรบุคคล
- การจัดอบรมเพิ่มเติม
- นโยบายและการปฏิบัติ
- สภาพแวดล้อมทางกายภาพ
- วัสดุและอุปกรณ์
- กระบวนการบำบัด
- การติดตามและประเมินผล

สถาบันธัญญารักษ์มีหน้าที่จัดอบรมให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินงานศูนย์บำบัดได้ ในช่วงที่มีการนำพรบ.ฉบับนี้มาใช้ มีการจัดอบรมเป็นจำนวนมาก แต่ในภายหลังการจัดอบรมมีน้อยลง ปรกติแล้วการอบรมจะใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์สำหรับแต่ละบุคคล โดยอาจประกอบด้วยการเดินทางไปดูงานที่ศูนย์บำบัดอื่น ๆ

เจ้าหน้าที่ทหารบางคนมองว่า ประเทศกำลังเผชิญกับสงครามในรูปแบบใหม่ (อย่างเช่น สงครามปราบปรามยาเสพติด) และพวกเขามีหน้าที่ช่วยต่อสู้กับปัญหายาเสพติดของประเทศ ส่วนเจ้าหน้าที่ทหารคนอื่นมองว่าเป็นการปฏิบัติตามภาระหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (กล่าวคือการทำหน้าที่ดูแลการบำบัดยาเสพติด)

อุปสรรคอย่างหนึ่งที่เจ้าหน้าที่กล่าวถึงได้แก่ การหมุนเวียนของเจ้าหน้าที่ที่มีอัตราค่อนข้างสูงในศูนย์บำบัดบางแห่ง โดยเฉพาะศูนย์ของทหารและกระทรวงมหาดไทย ส่วนศูนย์บำบัดของสถาบันธัญญารักษ์หรือกรมคุมประพฤติไม่มีหมุนเวียนของเจ้าหน้าที่ที่สูงเช่นนั้น

"ผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร"

1. การถอนพิษยา

ดังที่ตั้งข้อสังเกตข้างต้น

โครงสร้างระบบการบังคับบำบัดในประเทศไทยกำหนดให้ผู้เสพยาส่วนใหญ่ต้องเข้ารับการถอนพิษยาในเรือนจำ แทนที่จะได้รับการบำบัดในสถานบริการสุขภาพ เรือนจำในประเทศไทยมักมีอุปกรณ์และทรัพยากรไม่พอเพียงที่จะช่วยให้เกิดกระบวนการถอนพิษยาและการแก้ปัญหาเนื่องจากอาการขาดยาที่ซับซ้อน ผู้ที่ถูกควบคุมตัวเพื่อรอการตรวจพิสูจน์ในเรือนจำมักจะไม่ได้รับคำแนะนำหรือบริการรักษาทางการแพทย์[67] ส่วนในเรือนจำก็ไม่มีระบบการรักษาแบบให้ยาทดแทนสำหรับผู้ติดยาเสพติดตระกูลฝิ่น[68] ไม่มีมาตรการด้านจิตวิทยาสังคม (อย่างเช่น การให้คำปรึกษา) สำหรับผู้ที่ผ่านกระบวนการถอนพิษยาระหว่างอยู่ในเรือนจำ รวมทั้งผู้ที่เราได้สัมภาษณ์ในการวิจัยครั้งนี้[69] แทบไม่มีความใส่ใจใด ๆ ต่อปัญหาสุขภาพจิตซึ่งมักเกิดขึ้นกับผู้ใช้ยา[70] ในขณะที่การได้รับโภชนาการอย่างเหมาะสม การได้พักผ่อน และออกกำลังกาย เป็นองค์ประกอบสำคัญในช่วงที่ถอนพิษยาเมทแอมเฟตามีน แต่ในเรือนจำของไทยกลับไม่มีปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้

การถอนพิษยามักเป็นขั้นตอนแรกของการบำบัด ตามข้อมูลของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) "เป้าหมายสำคัญของการถอนพิษยาคือการทำให้เกิดภาวะขาดยาในลักษณะที่ปลอดภัยและสามารถทนรับได้ให้มากที่สุด"[71] UNODC สรุปถึงความจำเป็นที่จะต้องมีกระบวนการถอนพิษยาภายใต้การดูแลของแพทย์ในลักษณะดังต่อไปนี้

> อาการของภาวะขาดยาซึ่งอาจเกิดขึ้นหลังหยุดการใช้ยาแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประเภทของยาที่บุคคลดังกล่าวใช้ ลักษณะทั่วไปอาจประกอบด้วยความรู้สึกอยากยา ความกังวลกระสับกระส่าย การดิ้นรนทุรนทุราย นอนไม่หลับ และสมาธิสั้น
>
> ผู้ที่มีภาวะพึ่งพาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท โดยเฉพาะแอมเฟตามีนและโคเคน อาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ ในระหว่างที่ผ่านขั้นตอนการขาดยาอย่างรุนแรงเนื่องจากการหยุดใช้ยา แม้ว่าภาวะขาดยาอาจไม่มีผลกระทบโดยตรงด้านกายภาพ (และไม่จำเป็นต้องมีการสั่งยาเพื่อบรรเทาอาการ) แต่บุคคล

---

[67] โปรดสังเกตว่า ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป (European Court of Human Rights) มีคำตัดสินคดีหนึ่งเมื่อปี 2546 โดยระบุว่าการที่หน่วยงานด้านสุขภาพในเรือนจำไม่สามารถให้การดูแลทางการแพทย์อย่างพอเพียงต่อผู้ต้องขังในกระบวนการถอนพิษยาเฮโรอีน และเป็นเหตุให้เสียชีวิต ถือว่าเป็นการปฏิบัติที่ไร้มนุษยธรรมหรือยำยีศักดิ์ศรี และเป็นการละเมิดต่อข้อ 3 ของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป (*European Convention on Human Rights*) *McGlinchey and Others v. United Kingdom*, European Court of Human Rights, Application No.50390/99, Final Judgment, 29 April 2003

[68] ภาวะขาดสารตระกูลฝิ่นแบบฉับพลันและบังคับอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดอย่างรุนแรงทั้งทางกายและใจ และอาจถือได้ว่าเป็นการละเมิดพันธกรณีด้านสิทธิมนุษยชนที่จะต้องคุ้มครองผู้ถูกควบคุมตัวให้ปลอดพ้นจากการปฏิบัติที่ไร้มนุษยธรรมหรือยำยีศักดิ์ศรี R. Bruce and R. Schleifer, "Ethical and human rights imperatives to ensure medication-assisted treatment for opioid dependence in prisons and pre-trial detention," *International Journal of Drug Policy*, 19 (2008): 17–23

[69] งานวิจัยชี้ให้เห็นว่ามาตรการด้านจิตวิทยาสังคม (อย่างเช่น การให้คำปรึกษา) ที่ให้กับผู้ป่วยในขั้นตอนการถอนพิษยา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การบำบัดสัมฤทธิ์ผล: [U.S.] Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, *Detoxication and Substance Abuse Treatment,* Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 45, 2006, pp. 4–5

[70] โปรดดู A. Palepu et al, "Factors associated with the response to antiretroviral therapy among HIV-infected patients with and without a history of injection drug use," *AIDS* 5 (2001): 423–424.

[71] UNODC, *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: A Practical Planning and Implementation Guide*, 2003, p. IV.2, at www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1.pdf.

ดังกล่าวก็อาจเกิดปัญหาด้านจิตใจอย่างรุนแรง (อย่างเช่น ปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากสาร) และปัญหาในการนอนหลับ ซึ่งอาจสามารถแก้ไขได้โดยการให้ยาที่เหมาะสม

...มีการพิสูจน์แล้วว่ายาหลายประเภทมีประสิทธิภาพสนับสนุนการถอนพิษสารตระกูลฝิ่น รวมทั้ง analogues หรือ agonists เช่น เมธาโดน partial agonists เช่น buprenorphine และยาประเภทที่ไม่ใช่สารอนุพันธุ์ฝิ่นอย่างอื่น ซึ่งเรียกว่าα2-adrenergic agonists (lofexidine หรือ clonidine) การบำบัดแบบผู้ป่วยในบางอย่างจะมีการใช้ opioid antagonists ร่วมกับยาระงับปวดและยาชาทั่วไป (ที่เรียกกันว่า การถอนพิษยาระยะสั้น หรือ Ultra rapid detoxication) ในบางประเทศมีการใช้สารประเภทฝิ่น (อย่างเช่น ทิงเจอร์ฝิ่น) เพื่อเป็นสารสำหรับถอนพิษยา ภาวะขาดยา benzodiazepines มักเกิดขึ้นได้เมื่อผ่านการใช้สาร benzodiazepine ที่มีผลในระยะยาว (ยกตัวอย่างเช่น ยา diazepam)[72]

โครงสร้างระบบการบังคับบำบัดในประเทศไทยกำหนดให้ผู้เสพยาส่วนใหญ่ต้องเข้ารับการถอนพิษยาในเรือนจำแทนที่จะได้รับการบำบัดในสถานบริการสุขภาพ

ในกรณีของประเทศไทย การติดเมทแอมเฟตามีนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมากที่สุดในบรรดาผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบำบัดแบบบังคับ ภาวะขาดยาเนื่องจากการติดเมทแอมเฟตามีนอาจแบ่งได้เป็นสองขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเฉียบพลันซึ่งเกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์แรกภายหลังยุติการใช้ยา และขั้นกึ่งเฉียบพลันซึ่งจะกินเวลาอีกอย่างน้อยสองสัปดาห์ ภาวะขาดยาจะส่งผลกระทบรุนแรงตามอายุที่มากขึ้นของผู้รับการบำบัด ผู้ที่มีภาวะพึ่งพายามากกว่า และผู้ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมานานกว่า[73] ตามผลการวิจัยของ McGregor และผู้ร่วมงานดังนี้

> ภาวะขาดยาเมทแอมเฟตามีนมักมีลักษณะของความอยากนอนและความอยากอาหารที่เพิ่มขึ้น อาการในลักษณะซึมเศร้าซึ่งรวมไปถึงความเหนื่อยล้า ภาวะสิ้นยินดี และอารมณ์ละเหี่ยซึ่งจะเกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์แรก แต่ส่วนใหญ่จะหายไปในช่วงท้ายของขั้นหยุดยาเฉียบพลัน อาการของภาวะขาดยากึ่งเฉียบพลันได้แก่ ความกังวล กระสับกระส่าย การเคลื่อนไหวที่ช้าลง ความหงุดหงิด อาการที่เห็นภาพของความฝันชัดเจน ความอยาก กระหาย ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดรำคาญ และความตึงเครียด ในแง่การตรวจวัดอาการจากภาวะขาดยา อาการเหล่านี้ส่วนใหญ่จะลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มปรกติในช่วงปลายสัปดาห์แรกของการขาดยา ยกเว้นอาการง่วงหาวและความอยากที่จะเกิดขึ้นตลอดช่วงสัปดาห์ที่สองและสามของการขาดยา (ช่วงกึ่งเฉียบพลัน)[74]

---

[72] UNODC, *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation*, pp. IV.2-IV.3 ตามข้อสังเกตของ UNODC ภาวะขาดยาอาจทำให้เกิดอาการทางจิต เป็นที่สังเกตว่าอาการทางจิตเนื่องจากสารอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย หรือชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่อยู่รอบตัวได้ ในกรณีที่เป็นอาการซึ่งรุนแรงมากซึ่งมักไม่ค่อยจะเกิดขึ้น และโปรดสังเกตด้วยว่า เนื่องจากความเสี่ยงที่มักเกิดจากการใช้ยาชา การใช้วิธีบำบัดแบบถอนพิษยาระยะสั้น (ultra-rapid detoxication) จึงเป็นวิธีการที่เป็นประเด็นถกเถียงกันอยู่

[73] C. McGregor et al., "The nature, time course and severity of Methamphetamine withdrawal," *Addiction* 100(9) (2005): 1320–1329

[74] อ้างแล้ว หน้า 1327 Adhedonia หรือภาวะสิ้นยินดีเป็นอาการทางจิตที่ทำให้ไม่สามารถรับรู้ความเพลิดเพลินจากเหตุการณ์ที่ชวนเพลิดเพลินได้ในยามปรกติ อย่างเช่น การกินหรือการมีเพศสัมพันธ์ อารมณ์ละเหี่ย หรือ dysphoria เป็นอาการทางจิตที่มีลักษณะของอารมณ์ซึมเศร้า ความกังวล หรือกระสับกระส่าย

ตามข้อมูลของนักวิจัยซึ่งมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาแม่แบบ Matrix

> หลังจากการใช้เมทแอมเฟตามีนเป็นเวลานาน ซึ่งทำให้ภาวะขาดการหลับนอนอย่างรุนแรง ไม่สามารถกินอาหาร และบ่อยครั้งมักทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าของกระดูกและกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง เนื่องจากการอยู่ในท่วงท่าการใช้ยาเป็นเวลานาน ทั้งหมดจะเป็นเหตุให้บุคคลดังกล่าวเหนื่อยอ่อน มาตรการที่จำเป็นได้แก่ การให้อาหาร การนอนหลับพักผ่อนและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม[75]

ผู้ที่ถูกควบคุมตัวเพื่อรอการตรวจพิสูจน์ในเรือนจำมักจะไม่ได้รับคำแนะนำหรือบริการรักษาทางการแพทย์

2. การบำบัดยา

ภายหลังระยะการควบคุมตัวเพื่อตรวจพิสูจน์ มักเป็นขั้นตอนการบำบัดแบบควบคุมตัว ซึ่งกินเวลาประมาณสี่เดือน และต้องอยู่ที่ศูนย์บำบัด จากนั้นเป็นช่วงของการกลับคืนสู่สังคม ศูนย์บำบัดเหล่านี้จะไม่มีการบำบัดยาด้วยการให้สารตระกูลฝิ่นเป็นสารทดแทน[76] ในปัจจุบัน ยังไม่มีการพิสูจน์ได้ว่าการให้สารทดแทนสามารถบำบัดภาวะพึ่งพาสารที่ไม่ใช่สารตระกูลฝิ่นได้ การบำบัดในศูนย์บำบัดมักเป็นรูปแบบชุมชนบำบัดที่ได้รับการดัดแปลง[77] วิธีการนี้เป็นการสร้างบรรยากาศที่เหมาะสมกับการใช้กลุ่มเพื่อทำจิตบำบัดและการมีกิจกรรมร่วมกัน National Institute on Drug Abuse ในสหรัฐฯ อธิบายว่า วิธีการแบบชุมชนบำบัดมีลักษณะดังนี้:

> ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC) ที่ใช้เพื่อบำบัดการเสพและการติดยาเสพติดเกิดขึ้นมาประมาณ 40 ปีแล้ว โดยทั่วไปแล้ว ชุมชนบำบัดคือสภาพแวดล้อมที่ปลอดจากยา มีการใช้รูปแบบการบำบัดที่เป็นขั้นตอน ซึ่งสะท้อนถึงระดับความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคมที่เพิ่มสูงขึ้นทีละขั้น มีการใช้อิทธิพลจากเพื่อนร่วมกับกระบวนการกลุ่มต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดเรียนรู้และปรับตัวให้เข้ากับบรรทัดฐานทางสังคม และพัฒนาทักษะด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ชุมชนบำบัดแตกต่างจากการบำบัดรูปแบบ

---

[75] J. Obert et al, *A Physician's Guide to Methamphetamine: Developed from Matrix Institute & UCLA Integrated Substance Abuse Programmes*, 2005

[76] การบำบัดยาด้วยการให้สารตระกูลฝิ่นเป็นสารทดแทน (OST) เป็นวิธีการที่องค์การอนามัยโลก UNODC และ UNAIDS ยอมรับว่าปลอดภัยและคุ้มต่อต้นทุนเพื่อช่วยแก้ปัญหาภาวะพึ่งพาสารตระกูลฝิ่น และยอมรับให้เป็นมาตรการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีที่สำคัญ: WHO, UNODC, UNAIDS, *Position Paper: Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention*, 2004, p. 32. ประเทศไทยเริ่มให้สารเมธาโดนตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 1970 ตามนโยบายใหม่ของรัฐบาลไทย การบำบัดด้วยการให้เมธาโดนเป็นสารทดแทนจะเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพ ดังนั้นแม้ว่าพรบ.ฉบับนี้มีเจตนารมณ์ในการบำบัดผู้ที่มีภาวะพึ่งพาสารตระกูลฝิ่นในฐานะผู้ป่วยไม่ใช่อาชญากร แต่ในทางปฏิบัติก็เท่ากับเป็นการปฏิเสธไม่ให้บุคคลเหล่านี้เข้าถึงรูปแบบการรักษาที่มีอยู่นอกเหนือจากศูนย์บำบัด ซึ่งถือเป็นข้อกังวลด้านสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง

[77] รูปแบบการบบำบัดมาตรฐานสำหรับภาวะพึ่งพาสารอีกอย่างหนึ่งซึ่งไม่มีบริการที่ศูนย์บำบัดได้แก่ การจัดการอย่างมีเงื่อนไข (contingency management) จากรายงานชิ้นหนึ่ง "การจัดการอย่างมีเงื่อนไขเป็นเทคนิคด้านพฤติกรรมที่อยู่บนหลักการให้แรงกระตุ้นในเชิงบวกอย่างเป็นระบบ ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นในลักษณะที่มีการให้ตั๋วแลกเงิน บัตรกำนัล หรือสิ่งที่พึงปรารถนาเพื่อแลกเปลี่ยนกับพฤติกรรมที่ต้องการ (อย่างเช่น การสุ่มตรวจปัสสาวะแล้วไม่เจอยาเสพติด)" โปรดดู N. Lee, "A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence," *Drug and Alcohol Review* 27(3) (2008): 309–317; J. Roll, "Contingency management: an evidence-based component of Methamphetamine use disorder treatments," *Addiction* 102 (Suppl 1) (2007): 114–120

อื่นในแง่ของการใช้ประโยชน์จากชุมชน ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ฝ่ายบำบัดและผู้ที่อยู่ระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นตัวเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ มักมีการพูดถึงวิธีการนี้ว่าเป็น "การใช้ชุมชนเพื่อเป็นเครื่องมือ" สมาชิกชุมชนบำบัดจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันทั้งในลักษณะที่มีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง มีอิทธิพลต่อกันในด้านทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา[78]

สำหรับการบำบัดแบบควบคุมตัวในศูนย์บำบัดของกองทัพบก กองทัพเรือ กรมคุมประพฤติ และกระทรวงสาธารณสุข จะมีการใช้แม่แบบ FAST model เพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นรูปแบบของชุมชนบำบัดอย่างหนึ่งที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันธัญญารักษ์ FAST เป็นตัวย่อของ Family (อย่างเช่น การที่ครอบครัวมาเยี่ยม การทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว) Alternative activities (อย่างเช่น การมีกิจกรรมกลุ่ม การร้องเพลงหรือทำสวน) Self help (อย่างเช่น การออกกำลังกาย) และ Therapeutic community work (อย่างเช่น การทำงานเป็นกลุ่ม การประเมินกลุ่ม)

กองทัพอากาศก็มีศูนย์บำบัดแบบเข้มข้น โดยใช้วิธีการบำบัดที่เรียกว่า*จิตอาสา*[79] ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับรูปแบบของ FAST model แต่มีการเน้นที่กิจกรรมสร้างวินัยและกิจกรรมทางกายภาพมากกว่า (อย่างเช่น การฝึกแบบทหาร) และยังเน้นการอบรมด้านศีลธรรมและการฝึกปฏิบัติแบบพุทธศาสนา เจ้าหน้าที่อธิบายว่าระบบจิตอาสามีรากฐานสี่ประการคือ ศีลธรรม ร่างกาย จิตวิญญาณ และวินัย

การบำบัดสี่เดือนในศูนย์มักมีขั้นตอนที่แบ่งออกได้ดังต่อไปนี้

- "ช่วงปรับตัว" (ซึ่งมักเป็นช่วงเดือนแรก) ในขั้นนี้จะเน้นการสร้างแรงจูงใจให้หยุดการใช้ยาและป้องกันการหวนกลับไปใช้ยา ผู้เข้ารับการบำบัดจะได้รับการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับศูนย์และระเบียบกฎเกณฑ์ต่าง ๆ
- "ขั้นการบำบัด" (ซึ่งมักเป็นช่วงเดือนที่สองและสาม) ในขั้นตอนนี้ จะเน้นที่การทำงานเป็นกลุ่ม การบำบัดด้วยการทำงาน และการฝึกอาชีพ กลุ่มจะสนับสนุนให้ผู้เข้ารับการบำบัดเปลี่ยนแปลง คอยให้ความสนับสนุนและเสียงวิจารณ์ต่อสมาชิกคนอื่น การบำบัดด้วยการทำงานอาจประกอบด้วยการมอบหมายให้ดูแลอาคารสถานที่ ทำกับข้าว และทำความสะอาด การฝึกอาชีพอาจประกอบด้วยงานด้านเกษตร (การปลูกพืชผลหรือการทำปุ๋ยอินทรีย์) การทำงานเกษตรกรรม (อย่างเช่น การเลี้ยงเป็ดหรือปลา) งานช่างยนต์และงานช่างไม้ สำหรับผู้หญิงอาจมีการฝึกอาชีพอย่างเช่น การทำผม การทำดอกไม้ประดิษฐ์ หรือการทำซิลค์สกรีน และ
- "ขั้นการกลับสู่สังคม" (ซึ่งจะอยู่ในช่วงเดือนที่สี่)[80] ขั้นตอนนี้มุ่งเตรียมให้ผู้รับการบำบัดกลับคืนสู่ชุมชน โดยอาจมีการทำกิจกรรมนอกสถานที่และในชุมชนต่าง ๆ อย่างเช่น มีการเดินทางไปทัศนศึกษาดูงาน หรือการทำงานบริการชุมชน (อย่างเช่น การกวาดถนน)

---

[78] [U.S.] National Institute on Drug Abuse, *Research Report Series: Therapeutic Community*, 2002, p. 1.

[79] ตามเอกสารของกองทัพอากาศ "*จิตอาสา*" เป็นคำที่คิดขึ้นมาใหม่โดยประกอบด้วยคำว่า "จิต" และ "อาสา" ซึ่งมีความหมายว่า "การช่วยเหลือกันอย่างสมัครใจและอย่างเต็มใจ และมีความยั่งยืน" ด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีการใช้คำนี้เพื่อเรียกวิธีป้องกันและบำบัดผู้ติดยาเสพติด และมีการนำวิธีการจากต่างประเทศมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย (ซึ่งประกอบด้วยสถาบันครอบครัว วัฒนธรรม จารีตประเพณี และบุคลิกความเป็นคนไทย)" โปรดดู Royal Thai Air Force, *Drug Addict Rehabilitation Centre*, undated [unofcial translation], on le with the author.

[80] ขั้นตอนนี้ไม่เหมือนกับขั้นตอนกลับสู่สังคมของการบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว ซึ่งเป็นเวลาสองเดือนสุดท้ายก่อนที่จะจบการบำบัดแบบควบคุมตัว

ต่อไปนี้เป็นตารางเวลาในแต่ละวันของศูนย์บำบัดสตรีที่ดำเนินงานโดยกองทัพอากาศ

05.00 – 09.00 น.	ตื่นนอน สวดมนต์ตอนเช้า กิจกรรมส่วนตัว ออกกำลังกาย อาหารเช้า
08.00 – 09.00 น.	เคารพธงชาติ ประชุมกลุ่ม
09.00 – 12.00 น.	กิจกรรมตามที่กำหนดในหลักสูตรหรือโครงการ
12.00 – 13.00 น.	อาหารกลางวันและพักผ่อน
13.00 – 16.00 น.	กิจกรรมเสริม
16.00 – 17.00 น.	ออกกำลังกาย การฝึกอาชีพ (ต่อ)
17.00 – 18.00 น.	กิจกรรมส่วนตัว เคารพธงชาติ อาหารเย็นและพักผ่อน
19.00 – 20.00 น.	ประชุมกลุ่มย่อย กิจกรรมแก้ปัญหา ทบทวนเอกสารหรือทักษะที่ได้รับ ประชุมกลุ่มกับที่ปรึกษาหรือครู
20.00 – 21.00 น.	พักผ่อน กิจกรรมทางศาสนา สวดมนต์ เข้านอน

หลายคนที่เราได้สัมภาษณ์ในการวิจัยบอกว่า องค์ประกอบสำคัญของกิจกรรมประจำวันที่ศูนย์ได้แก่ การทำงานเป็นกลุ่ม การฝึกอาชีพ และออกกำลังกาย Q.U. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) พูดถึงช่วงเวลาที่เขาอยู่ที่ศูนย์ของสถาบันธัญญารักษ์ดังนี้

> มันเหมือนกันทุกวัน เรามีกิจกรรมกลุ่มเพื่อแบ่งปันความรู้สึก เราแบ่งปันกับเพื่อน หลังจากการแบ่งปัน ถ้าเราพูดบางอย่างที่ไม่ดี ก็จะมีคนพูดให้กำลังใจเรา เพื่อให้เราอดทนและอยู่ที่นี่ต่อไปได้ กิจกรรมกลุ่มเริ่มตั้งแต่แปดโมงเช้า ใช้เวลาประมาณหนึ่งชั่วโมงครึ่ง เราต้องทำแบบนี้ทุกวันเป็นเวลาสี่เดือน และยังมีกิจกรรมอย่างอื่นด้วย นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยาก็จะมาเยี่ยมเรา พวกเขาแบ่งเราเป็นกลุ่มละสิบคน ให้พวกเรามีโอกาสพูด และจะประเมินเรา นักจิตวิทยามาที่นี่สัปดาห์ละครั้ง

Q.Q. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) ย้อนความหลังว่า

> เรามีตารางเวลาทุกวัน ช่วงนี้จะทำอะไร ช่วงนั้นจะทำอะไร...เรามีกิจกรรมที่ต้องทำทุกวัน เลยไม่มีเวลาคิดถึงเรื่องยา ผมออกกำลังกาย ทำกิจกรรมกลุ่ม ทำงานกรุ๊ปไดนามิกส์ ประมาณสี่หรือห้าโมงเย็นก็เป็นเวลาพักผ่อน

L.V. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) ซึ่งอยู่ที่ศูนย์บำบัดของกองทัพอากาศเป็นเวลาสี่เดือนบอกว่า

> ผมตื่นนอนตอนตีห้าเพื่อออกกำลังกาย วิ่งจ็อกกิ้ง วิ่งรอบ ๆ ค่าย จากนั้นก็อาบน้ำ กินอาหารเช้าตอนแปดโมง แล้วร้องเพลงชาติ จากนั้นก็มีกิจกรรมกลุ่ม ตอนที่อยู่ที่นั่นเรามีด้วยกันห้ากลุ่ม เราจะหมุนเวียนกัน อย่างเช่น วันนี้ผมปลูกผัก อีกวันก็จะทำอย่างอื่น กิจกรรมประจำวันของเราคือการปลูกผักและทำความสะอาด แต่กิจกรรมอื่นจะเปลี่ยนไปทุกวัน

E.O. (ผู้ชาย จากเชียงใหม่) ซึ่งอยู่ที่ศูนย์บำบัดของกองทัพอากาศที่เชียงใหม่เป็นเวลาสี่เดือนบอกว่า

> เราต้องทำทุกอย่างร่วมกันเหมือนกับเป็นพี่น้องกัน ผมตื่นนอนตอนตีสี่ครึ่งเพื่อออกไปวิ่ง จากนั้นก็อาบน้ำ กินอาหารเช้า และเคารพธงชาติ จากนั้นก็นั่งเป็นกลุ่มเพื่อพูดคุยกัน อย่างเช่น การวางแผนและเรื่องสัพเพเหระ ผมสัญญาว่าจะไม่ใช้ยาอีกเมื่อออกจากที่แห่งนี้ไปแล้ว

เจ้าหน้าที่ของศูนย์จะประเมินผู้เข้ารับการบำบัดสองครั้งในช่วงสี่เดือน (ส่วนใหญ่จะประเมินภายหลัง 90 วัน และ 120 วัน) โดยพิจารณาจากการให้ความร่วมมือกับระบบและการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง และการดูแลจิตใจของตนเอง บางครั้งก็มีการตรวจปัสสาวะเพื่อหายาเสพติดที่ศูนย์ด้วย

ในศูนย์บำบัดหลายแห่ง เจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์จะมาที่ศูนย์เป็นประจำ (หนึ่งหรือสองครั้งต่อสัปดาห์) ในการทำกิจกรรมกลุ่มก็จะมีการให้ข้อมูลเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในศูนย์บำบัดหลายแห่งมีการอนุญาตให้ครอบครัวมาเยี่ยมเป็นประจำ (หนึ่งหรือสองครั้งต่อเดือน) หลังจากช่วง 15 หรือ 30 วันแรกผ่านไปแล้ว

ในบรรดาผู้ที่เราสัมภาษณ์ระหว่างการวิจัย ส่วนใหญ่พวกเขามักแสดงความพึงพอใจกับช่วงเวลาในศูนย์บำบัดมากกว่าช่วงที่รอการตรวจพิสูจน์ในเรือนจำ

Q.Q. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) บอกว่า

> ผมว่าที่เพชรบุรีดีมาก (ศูนย์บำบัด) เหมือนกับเหมือนพี่น้องดูแลกัน แต่ที่ลาดยาว (คุกลาดยาว) เหมือนกับว่าผมถูกควบคุมตัว... ผมคิดว่าตารางกิจกรรม (ที่ศูนย์บำบัดเพชรบุรี) ดีอยู่แล้ว ในช่วงต้น ผมก็ทนไม่ได้ เพราะมันไกลจากบ้าน ในช่วงสองสัปดาห์แรก ผมอยากยาเหมือนกัน แต่หลังสองสัปดาห์ผ่านไป ผมไม่สามารถคิดถึงยาได้อีก เพราะต้องคิดถึงกิจกรรมที่จะทำต่อไป

ตามข้อมูลของ D.C. (ผู้หญิง จากกรุงเทพฯ) "ที่ธัญญารักษ์ (ศูนย์บำบัด) ก็ดีเหมือนกัน แต่ที่ลาดยาวลำบากมาก" B.L. (ผู้หญิง จากกรุงเทพฯ) ซึ่งอยู่ที่สถาบันธัญญารักษ์เป็นเวลาสี่เดือน และในภายหลังก็ต้องเข้ารับการบำบัดอีกสี่เดือนที่ศูนย์ของกองทัพบกบอกว่า

> พวกเขาดูแลเราอย่างดี พวกเขาไม่อาจเรียกเราว่าเป็นนักโทษได้แต่เป็นผู้ป่วย...ที่ศูนย์ของทหารสนุกมาก ไม่เครียดเลย หนูตื่นนอนแล้วออกไปวิ่งจ็อกกิ้ง กินอาหารจากนั้นก็มีกิจกรรมกลุ่ม...ในช่วงแรก ๆ หนูอยากจะหนี แต่สักพักก็รู้สึกสนุก ที่ธัญญารักษ์พวกเขามีการฝึกอาชีพ อย่างเช่นการเย็บผ้า การทำอาหาร และทุกวันอังคารพวกเขายอมให้เราเต้นได้

คนอื่นที่เราได้สัมภาษณ์ในระหว่างการวิจัยกลับมีความเห็นในแง่ค่อนข้างลบต่อการบำบัดที่ศูนย์ O.N. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) ซึ่งได้รับคำสั่งให้เข้ารับการบำบัดเป็นเวลาสี่เดือนที่ศูนย์ของสถาบันธัญญารักษ์ในกรุงเทพฯ บอกว่า

> ผมหนีออกมา ผมตามเพื่อนไปเพราะไม่อยากอยู่ที่นั่น ผมเคยเข้ากิจกรรมชุมชนบำบัดมาแล้ว และชุมชนบำบัดที่นี่ (สถาบันธัญญารักษ์) ก็เหมือน ๆ กัน ผมอยากกลับบ้าน ผมปีนรั้วและหนีกลับบ้าน แต่ก็ถูกจับอีกครั้งหนึ่ง ผมถูกส่งตัวไปที่ลาดยาวอีกครั้งและอยู่ที่นั่น 45 วัน จากนั้นตำรวจก็มาหาและผมต้องขึ้นศาลในข้อหาหลบหนี และต้องจ่ายค่าปรับ

Q.U. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) ซึ่งได้รับคำสั่งให้เข้ารับการบำบัดเป็นเวลาสี่เดือนที่ศูนย์ของสถาบันธัญญารักษ์ในกรุงเทพฯ บอกว่า

> ผมรู้สึกเบื่อ ผมหนีออกทางหน้าต่างตอนตีหนึ่ง ผมปีนข้ามกำแพงและลุยข้ามหนองน้ำ ผมว่ายน้ำไปจนถึงคลองและขึ้นมาเรียกแท็กซี่ไปส่งบ้าน...หลังจากนั้นอีกเกือบหนึ่งปีผมก็ถูกจับกุม

แม้ว่าพรบ.ฟื้นฟูฯ มีเจตนารมณ์เพื่อช่วยให้ผู้เสพหรือติดยาเสพติดได้รับ "การปฏิบัติแบบผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร" แต่ในทางปฏิบัติก็มีหลายอย่างที่ทำให้ศูนย์บำบัดเหล่านี้ไม่ได้ปฏิบัติต่อพวกเขาแบบผู้ป่วยอย่างแท้จริง ดังที่ตั้งข้อสังเกตข้างต้น ผู้ที่เข้ารับการบำบัดแบบควบคุมตัว ไม่มีสิทธิที่จะเลือกรูปแบบการบำบัด หรือไม่มีสิทธิแสดงความเห็นเกี่ยวกับแผนการบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดในศูนย์เดียวกันก็จะต้องผ่านวิธีการบำบัดแบบเดียวกันทุกคน แทบไม่มีการปรับวิธีการบำบัดให้ตอบสนองกับความต้องการของแต่ละบุคคลเลย องค์การอนามัยโลกและสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติตั้งข้อสังเกตว่า

ควรมีการใช้มาตรฐานการปฏิบัติด้านจริยธรรมแบบเดียวกันสำหรับการบำบัดผู้มีภาวะพึ่งพายา เช่นเดียวกับบริการสุขภาพอย่างอื่น กล่าวคือ การให้สิทธิที่จะเป็นอิสระ และการที่ผู้ป่วยสามารถกำหนดชะตากรรมของตนเอง และการที่เจ้าหน้าที่ผู้บำบัดสัญญาว่าจะทำสิ่งที่เป็นประโยชน์และไม่เป็นโทษ (สิ่งที่เป็นคุณ/สิ่งที่ไม่ใช่โทษ)[81]

เอกสารฉบับเดียวกันตั้งข้อสังเกตต่อไปว่า "การใช้กระบวนการวิเคราะห์และประเมินผลอย่างละเอียดเพื่อกำหนดวิธีปฏิบัติและมาตรการแก้ไขที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัด"[82]

3. วินัย

เจ้าหน้าที่บางคนพูดถึงความจำเป็นที่จะต้องฝึกฝนด้านวินัยและกำหนดให้เป็นวัตถุประสงค์สำคัญของการบำบัด การฝึกด้านร่างกายและการปฏิบัติตามระเบียบของศูนย์ เป็นวิธีการที่ช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว

แม้ว่าพรบ.ฟื้นฟูฯ มีเจตนารมณ์เพื่อช่วยให้ผู้เสพหรือติดยาเสพติดได้รับ "การปฏิบัติแบบผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร" แต่ในทางปฏิบัติก็มีหลายอย่างที่ทำให้ศูนย์บำบัดเหล่านี้ไม่ได้ปฏิบัติต่อพวกเขาแบบผู้ป่วยอย่างแท้จริง

พรบ.ฟื้นฟูฯ เองไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่มีการกำหนดบทลงโทษที่ผู้อำนวยการศูนย์บำบัดสามารถนำไปใช้ได้ ตามพรบ.ฉบับนี้ ผู้อำนวยการมีอำนาจสั่งลงโทษบุคคลที่ไม่ปฏิบัติตามระเบียบของศูนย์โดยการ

- ภาคทัณฑ์
- ไม่การอนุญาตให้รับการเยี่ยมหรือการติดต่อไม่เกินสามเดือน หรือ
- จัดให้อยู่เดี่ยวครั้งละไม่เกิน 15 วัน[83]

ในทางปฏิบัติ แต่ละศูนย์อาจมีระเบียบที่แตกต่างกันไป แต่ต้องมีมาตรฐานเดียวกัน จะมีการอธิบายระเบียบเหล่านี้ให้ผู้รับการบำบัดได้ทราบตอนแรกเข้า และมีการติดประกาศให้เห็นชัดในบริเวณศูนย์ โดยทั่วไปแล้ว มักจะประกอบด้วย

- ไม่มีการครอบครองหรือเสพยา
- ไม่หลบหนี
- ไม่ดื้อ

---

81 UNODC, WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper*, p. 9

82 อ้างแล้ว หน้า 5 ตามข้อมูลของ National Institute of Drug Abuse แห่งสหรัฐฯ ไม่มีวิธีบำบัดแบบใดที่เหมาะกับทุกคน **การจัดสภาพแวดล้อม มาตรการและบริการในการบำบัดให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละคน เป็นปัจจัยสำคัญ** ที่ช่วยให้พวกเขาประสบความสำเร็จ สามารถทำหน้าที่อย่างดีในครอบครัว ในที่ทำงานและสังคมได้ จะต้องมีการประเมินและดัดแปลงแผนและบริการของการบำบัดอย่างต่อเนื่องและเท่าที่จำเป็นเพื่อประกันให้แผนนั้นสอดคล้องกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของบุคคลดังกล่าว **ผู้ป่วยอาจต้องการรูปแบบของบริการและการรักษาที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงของการบำบัดและการฟื้นฟู**สมรรถภาพ ([U.S.] National Institute of Drug Abuse, *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide,* 1999, at: www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html.)

83 มาตรา 32

- ไม่ขโมย
- ไม่ทะเลาะกัน
- ไม่มีเพศสัมพันธ์
- ไม่สามารถมีของต้องห้าม

U.T. (ผู้ชาย จากเชียงใหม่) ซึ่งเคยอยู่ที่ศูนย์ของสถาบันธัญญารักษ์เป็นเวลาหกเดือนบอกว่า

> "ระเบียบเข้มงวดมาก แต่พวกเขาบอกให้เราพูดแต่สิ่งดี ๆ ของที่นี่" T.L. (ผู้ชาย จากเชียงใหม่) ซึ่งเคยอยู่ที่ศูนย์ของกองทัพบก บอกว่าระเบียบเหล่านี้ "คล้าย ๆ กับตอนอยู่ในคุก แต่ก็ดีกว่ามาก" L.V. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) ซึ่งเคยอยู่ที่ศูนย์ของกองทัพบกบอกว่า "(ตอนอยู่ที่ศูนย์) เป็นช่วงที่ลำบากเหมือนกัน พวกเราต้องทำตามระเบียบ ไม่มีการใช้ยาในค่าย สูบบุหรี่ก็ไม่ได้"

เจ้าหน้าที่อธิบายว่าในทางปฏิบัติแล้ว คนที่ละเมิดระเบียบเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็อาจถูกลงโทษด้วยการ pull up (เป็นกิจกรรมกลุ่มที่จะอธิบายต่อไป) หรือทางกลุ่มจะต้องตัดสินว่าจะใช้วิธีการลงโทษแบบใด อย่างเช่น การมีเวรทำความสะอาดเพิ่มขึ้น

B.L. (ผู้หญิง จากกรุงเทพฯ) พูดถึงกระบวนการ pull up ดังนี้

> พวกเขาไม่ให้เราพูดคำหยาบ ถ้ามีใครที่พูดผิด เพื่อนในกลุ่มคนอื่นก็จะวิจารณ์ สำหรับคนที่พยายามหลบหนีและล้มเหลว จะต้องมีการ "ประชุมบ้าน" หมายถึงว่าพวกเขาจะยืนล้อมเป็นวงกลมและให้คน ๆ นั้นยืนอยู่ตรงกลาง จากนั้นก็จะด่าว่าเขา คนที่ล้อมอยู่จะตะโกนใส่เขาว่า "ทำไมคุณถึงต้องหนี? ปรับปรุงตัวเองสิ อย่าทำแบบนั้นอีก (อย่างเช่น อย่าพยายามหนีอีก)"

ผู้ให้สัมภาษณ์บางคนซึ่งเคยถูกควบคุมตัวที่ศูนย์ เล่าถึงการลงโทษในลักษณะที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม และย่ำยีศักดิ์ศรี[84] Q.Q. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) บอกว่ามีการใช้การฝึกทางร่างกายเป็นการลงโทษแบบหนึ่ง "ถ้ามีใครพยายามหลบหนี ก็จะถูกบังคับให้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาสี่หรือห้าชั่วโมง" E.O. (ผู้ชาย จากเชียงใหม่) บอกว่า

> ถ้ามีใครละเมิดกฎ ขั้นแรกก็จะถูกเตือน ถ้ายังดื้อ ก็จะถูกตีด้วยไม้ คนที่อยู่ที่นี่นาน ๆ เคยถูกทำโทษทั้งนั้น ช่วงที่อยู่มาสี่เดือนผมเห็นคนถูกทำโทษแบบนี้สองหรือสามครั้ง (ตอนที่ผมยังอยู่ที่ศูนย์)

L.V. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) ซึ่งเคยอยู่ที่ศูนย์บำบัดของกองทัพบกเป็นเวลาสี่เดือนพูดถึงการลงโทษคนที่ละเมิดกฎว่า

> คนที่อยู่ในค่ายและไม่ได้ละเมิดกฎก็ไม่เป็นไร แต่ถ้ามีใครละเมิดกฎก็จะถูกตี (กฎประกอบด้วย) ห้ามมีเพศสัมพันธ์ ห้ามสูบบุหรี่ แต่สิ่งนี้ก็มักจะเกิดขึ้น จะมีการลงโทษพวกเขาโดยการบังคับให้นอนราบกับพื้นที่มีกรวดทรายและกลิ้ง นั่นเป็นการลงโทษสำหรับ (ผู้ละเมิดกฎครั้งแรก) ถ้าทำอีกก็จะถูกตีและเตะ เวลาที่ทำโทษคนที่เหลือก็จะกลัว ถ้าทำซ้ำเป็นครั้งที่สาม ก็จะถูกตีหรือเตะรุนแรงขึ้น ส่วนใหญ่คนที่ละเมิดกฎจะสูบบุหรี่แบบพื้นบ้าน มีการร่วมเพศกับคนอื่น แต่ไม่ค่อยเกิดขึ้น ตอนผมอยู่ที่นั่นสี่เดือนผมเคยเห็น (การลงโทษเนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์อย่างยินยอมต่อกัน) แค่ครั้งเดียว เป็นการลงโทษที่รุนแรงมากทั้งตีหรือเตะ

---

[84] มาตรฐานขั้นต่ำของการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังขององค์การสหประชาชาติ (Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners) ระบุว่า "การลงโทษที่ร่างกาย...และการลงโทษที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรีเป็นสิ่งที่ต้องห้ามอย่างสิ้นเชิง ในแง่ของการลงโทษด้านวินัย" โปรดดู U.N., *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*, 1955, U.N. Doc. E/5988 (1977), para 31. โปรดสังเกตว่าตามกติกาสากลว่าด้วยสิทธิพลเรือนและสิทธิทางการเมือง (ICCPR) "บุคคลจะถูกทรมาน หรือได้รับการปฏิบัติ หรือการลงโทษที่โหดร้ายไร้มนุษยธรรมหรือต่ำช้ามิได้" (ข้อ 7) โดยถือเป็นสิทธิอย่างสมบูรณ์และไม่อาจลดทอนได้ องค์การอนามัยโลกและ UNODC มีข้อสังเกตว่า "การปฏิบัติและการลงโทษที่ไร้มนุษยธรรมและย่ำยีศักดิ์ศรีไม่ควรเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดภาวะพึ่งพายาเลย" (UNODC, WHO, *Principles of drug dependence treatment: Discussion Paper*, 2008, p. 9.)

ตามพรบ.ฉบับนี้ ไม่อนุญาตให้มีการลงโทษในรูปแบบดังกล่าว[85]

4. การติดตามผล

ในพรบ.ไม่ได้กำหนดให้มีการติดตามผลหลังออกจากการบำบัดแล้ว กรมคุมประพฤติพยายามจะติดตามผลในระยะเวลาหนึ่งปีหลังจบการบำบัด โดยอาจมีการนัดให้มาพบกับพนักงานคุมประพฤติหรือเจ้าหน้าที่สถาบันธัญญารักษ์ อาจมีการไปเยี่ยมบ้าน ถ้ามีเจ้าหน้าที่มากพอ หรืออาจมีการติดตามผลในทางอ้อม อย่างเช่น การโทรศัพท์ไปพูดคุยหรือการส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์

ผู้ที่เคยผ่านการบังคับบำบัดบอกว่าสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขของการตรวจเยี่ยมในช่วงติดตามผลได้ U.T. (ผู้ชาย จากเชียงใหม่) บอกว่า "ในช่วงติดตามผล ผมต้องไปรายงานตัวเดือนละครั้งเป็นเวลาหนึ่งปี ผมต้องไปรายงานตัว 12 ครั้งและมีการตรวจปัสสาวะด้วย มีทั้งหมดเท่านี้"

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของเจ้าหน้าที่และผู้ที่เคยผ่านศูนย์บำบัดยาแบบบังคับ การติดตามผลสำหรับคนจำนวนหนึ่งไม่สามารถกระทำได้เลยจึงไม่น่าประหลาดใจที่มีผู้รับการบำบัดส่วนหนึ่งหลีกเลี่ยงที่จะพบกับเจ้าหน้าที่ในช่วงติดตามผล เพราะกลัวว่าพวกเขาจะรู้ว่ายังมีการใช้ยาอยู่ เนื่องจากการใช้ยาเป็นสิ่งผิดกฎหมายในประเทศไทย

หลายคนที่เราสัมภาษณ์ในการวิจัยก็ยืนยันเช่นนี้ Q.U. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) บอกว่า "พวกเขาบอกให้ผมไปรายงานตัวแต่ผมไม่ไป...ผมยังคงใช้ยาอยู่ ถ้าไปรายงานตัวพวกเขาก็ตรวจพบได้" D.C. (ผู้หญิง จากกรุงเทพฯ) บอกว่า

> (ในช่วงติดตามผล) หนูต้องไปรายงานตัว พวกเขาจะตรวจปัสสาวะ ถ้าผลเป็นบวกหนูก็ต้องถูกส่งตัวกลับไปอีก หนูไปรายงานตัวครั้งเดียวเพราะทุกวันนี้ก็ยังใช้ยาอยู่ ซึ่งจะทำให้ถูกจับได้

B.L. (ผู้หญิง จากกรุงเทพฯ) ซึ่งเพิ่งถูกปล่อยตัวจากศูนย์บำบัดของกองทัพบกบอกว่า

> กรมคุมประพฤติบอกให้เราไปรายงานตัวกับพนักงานคุมประพฤติ พวกเขากำหนดให้หนูไปสี่ครั้ง แต่หนูไปครั้งเดียว เพราะถ้าพวกเขาจับได้ หนูจะถูกส่งกลับไปที่ศูนย์อีกครั้ง

การประเมินประสิทธิภาพของการบำบัด

พรบ.ฟื้นฟูฯ ไม่ได้กำหนดให้มีการประเมินประสิทธิภาพของการบังคับบำบัด ในช่วงที่ทำวิจัย ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ที่เคยผ่านการบำบัดมักอ้างว่า 70% ของผู้ที่เคยผ่านการบำบัดจะไม่หวนกลับไปใช้ยา ซึ่งหมายความว่าอีก 30% มีการใช้ยาซ้ำ อันที่จริงแล้วสิ่งตีพิมพ์ของกรมคุมประพฤติตั้งข้อสังเกตว่า ระหว่างปี 2546-2551 ในบรรดาผู้ที่เคยผ่านการบังคับบำบัด ผลที่น่าพอใจอยู่ที่ 75% ที่ไม่น่าพอใจอยู่ที่ 15% ส่วนอีก 10% จัดอยู่ในประเภท "อื่น ๆ"[86]

การใช้อัตราการหวนกลับไปใช้ยาเพื่อวัดประสิทธิภาพของการบำบัด จะทำให้การประเมินโครงการบำบัดทำได้ยาก ในกรณีการบังคับบำบัดของไทย การประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดจะเกิดความยุ่งยาก เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดจำนวนมากไม่ยอมมาพบกับเจ้าหน้าที่ในช่วงติดตามผล การที่อ้างว่า 70% (หรือประมาณนั้น) ของผู้ที่เข้ารับการบำบัดไม่หวนกลับไปใช้ยาซ้ำ จึงเป็นตัวเลขที่เชื่อถือไม่ได้ วิธีการประเมิน "ความสำเร็จ" ของการบำบัดอยู่บนพื้นฐานข้อมูลที่ลำเอียง โดยนับเฉพาะคนที่ยอมกลับมาพบเจ้าหน้าที่ตามนัด แต่ตัดผู้ที่ไม่ยอมกลับมาตามนัดออก

---

[85] มาตรฐานขั้นต่ำในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังขององค์การสหประชาติ (UN's Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners) ระบุว่า การลงโทษที่เลือกใช้จะต้องสอดคล้องกับ "กฎหมายหรือระเบียบของหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบ" และ "การลงโทษผู้ต้องขังต้องสอดคล้องกับกฎหมายหรือระเบียบที่ว่านั้น"...." (ย่อหน้า 29-30)

[86] Department of Probation, *Department of Probation & The Compulsory Drug Rehabilitation System in Thailand*

ไป ซึ่งคนที่ไม่มาตามนัดอาจเป็นเพราะกลัวการลงโทษเนื่องจากยังใช้ยาอยู่[87] เจ้าหน้าที่บางคนแสดงความอึดอัดที่ไม่สามารถประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการใช้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือกว่านี้ได้

การบังคับบำบัดในประเทศไทยได้ขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากมีการบังคับใช้พรบ.ฟื้นฟูฯ ทั้งในแง่จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดและจำนวนศูนย์บำบัดยาแบบบังคับ อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องมีการประเมินประสิทธิภาพของระบบอย่างชัดเจนทั้งในแง่ความซับซ้อนและความแตกต่างกัน (heterogeneity) เป็นที่สังเกตว่าที่ผ่านมายังไม่มีงานวิจัยเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดที่แตกต่างกันในศูนย์บำบัดแบบควบคุมตัวแต่ละแห่ง

มีงานวิจัยมากมายในต่างประเทศซึ่งชี้ให้เห็นความสัมพันธ์อย่างยิ่งระหว่างช่วงเวลาเข้ารับการบำบัดแบบชุมชนบำบัดกับการลดลงของการใช้ยา[88] อย่างไรก็ตาม ข้อแตกต่างที่สำคัญของระบบบำบัดในไทย อย่างเช่น ลักษณะที่เป็นการบังคับ หรือเป็นการดำเนินงานของหลายหน่วยงานที่แตกต่างกันรวมทั้งทหารและหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายหลายหน่วยงาน ทำให้เกิดคำถามว่า ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาใช้ได้กับระบบบำบัดในไทยได้หรือไม่

National Institute of Drug Abuse แห่งสหรัฐฯ มองว่า "การบำบัดที่มีประสิทธิภาพไม่จำเป็นต้องมีลักษณะบังคับ"[89] งานวิจัยบางชิ้นชี้ให้เห็นว่าปัจจัยกระตุ้นภายนอก (อย่างเช่น การถูกสั่งให้เข้ารับการบำบัดตามกฎหมาย) อาจทำให้แรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้น หรือมีส่วนช่วยให้เกิดผลการบำบัดที่ดีขึ้น[90] อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่ว่าการบังคับบำบัดทุกรูปแบบจะมีประสิทธิภาพ งานวิจัยชิ้นอื่นชี้ให้เห็นว่า หากผู้รับการบำบัดขาดแรงจูงใจแล้ว ย่อมไม่อาจนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ดีได้[91] งานวิจัยบางชิ้นเน้นให้เห็นว่าในหลายกรณี ไม่มีการประเมินประสิทธิภาพของศูนย์บำบัดภาวะพึ่งพายาแบบบังคับอย่างเหมาะสม[92] โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในแง่การบำบัดภาวะพึ่งพาเมทแอมเฟตามีน งานวิจัยบางชิ้นชี้ให้เห็นว่า การบังคับบำบัดมีส่วนสัมพันธ์กับอัตราการหวนกลับไปใช้ที่สูงขึ้น มากยิ่งกว่าการเข้ารับการบำบัดอย่างสมัครใจ

งานวิจัยเมื่อเร็ว ๆ นี้เปรียบเทียบผลลัพธ์การบำบัดระหว่างผู้เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจกับผู้ที่ถูกบังคับให้เข้ารับการบำบัดตามกฎหมาย และพบว่า

---

[87] วิธีประเมินภาวะพึ่งพายาอย่างอื่นก็มีปัญหาด้านวิธีการเช่นเดียวกัน ยกตัวอย่างเช่น โปรดดู V. Verachai et al, "The results of drug dependence treatment by therapeutic community in Thanyarak Institute on Drug Abuse," *Journal of the Medical Association of Thailand* (*Chotmaihet thangphaet*) 86(5) (2003): 407–414 [original in English]. รายงานชิ้นนี้ระบุว่า "หลังจบการบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดจะถูกติดตามผลเป็นเวลาห้าปี และพบว่า 203 กรณี (73.0%) สามารถหยุดการใช้ยาได้" อย่างไรก็ตาม ข้อมูลนี้เป็นการสำรวจจากผู้รับการบำบัด 278 รายที่ผ่านการบำบัดด้วยวิธีชุมชนบำบัดตั้งแต่ปี 2539-2543 แต่ไม่ได้นับจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดแบบชุมชนบำบัดทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าวที่มีอยู่ 2,881 ราย

[88] โปรดดู อย่างเช่น S. Wilson, "The effect of treatment in a therapeutic community on intravenous drug use," *Addiction* 73(4) (2006): 407–411; J.-R. Fernndez-Hermida et al, "Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: a long-term follow-up study," *European Addiction Research* 8(1) (2002); 22–29

[89] โปรดดู [U.S.] National Institute of Drug Abuse, *Principles of Drug Addiction Treatment* การที่การบำบัดแบบสมัครใจจะสอดคล้องกับเงื่อนไขด้านสิทธิมนุษยชนหรือไม่ เป็นอีกประเด็นหนึ่งแยกจากเรื่องของประสิทธิภาพ

[90] โปรดดู อย่างเช่น G. De Leon et al, "Circumstances, motivation, readiness and suitability (the CMRS scales): predicting retention in therapeutic community treatment," *American Journal of Drug Abuse,* 20(4) (1993): 495–515; G. Joe et al, "Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS," *Drug & Alcohol Dependence* 57 (1999): 113–125

[91] T Wild et al, "Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants," *Addictive Behaviours* 23(1) (1998): 81-95; J. Platt et al, "The prospects and limitations of compulsory treatment of drug addiction," *Journal of Drug Issues* 18(4) (1988): 505–525; A. Stevens et al, "Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: an international literature review," *Substance Use and Misuse* 40 (2005): 269–283

[92] T. Wild et al, "Compulsory substance abuse treatment: an overview of recent ndings and issues," *European Addiction Research* 8 (2002): 84–93

> ผลลัพธ์ (การอยู่จนครบเวลาบำบัด การหวนกลับไปใช้ซ้ำภายในหกเดือน ช่วงเวลาก่อนที่หวนกลับไปใช้ซ้ำ และเปอร์เซ็นต์ของจำนวนวันที่มีการใช้เมทแอมเฟตามีนภายใน 24 เดือนภายหลังการบำบัด) แทบไม่แตกต่างกันเลย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ถูกบังคับและกลุ่มที่ไม่ถูกบังคับให้เข้ารับการบำบัด ในกรณีที่มีการควบคุมปัจจัยเกี่ยวกับผู้เข้ารับบริการและลักษณะการบำบัด พบว่าผลลัพธ์ของการหวนกลับไปใช้ซ้ำภายในหกเดือนสำหรับกลุ่มที่ถูกสั่งให้เข้ารับการบำบัดจะเลวร้ายกว่า[93]

การสัมภาษณ์ในงานวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า มีทัศนะมุมมองแตกต่างกันมากต่อคุณภาพของการบำบัดที่ผู้เข้ารับการบำบัดได้รับ ผู้เข้ารับการบำบัดบางคนยังคงหยุดการใช้ยาหลังจากการบังคับบำบัดแล้ว T.X. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) บอกว่า "ผมดีใจที่หยุดยาได้ ตอนนี้ผมดื่มเพียงอย่างเดียว ผมหยุดเพราะว่าถูกจับหลายครั้ง คิดว่าพอแล้ว" Q.Q. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) ซึ่งเคยเข้ารับการบำบัดทั้งแบบสมัครใจและแบบบังคับที่ศูนย์บำบัดของสถาบันธัญญารักษ์ที่กรุงเทพบอกว่า ผมหยุดใช้ยาเพราะไม่อยากถูกจับและถูกส่งเข้ารับการบำบัดอีก"

ผู้ให้สัมภาษณ์คนอื่นรู้สึกดีกับการบำบัดที่ได้รับจากศูนย์ แต่มีข้อสังเกตว่า ภายหลังถูกปล่อยตัวแล้วยังไม่สามารถหยุดการใช้ยาได้ D.C. (ผู้หญิง จากกรุงเทพฯ) บอกว่า "หนูคิดว่ามันก็ดีนะ แต่ก็เป็นเรื่องของแต่ละบุคคลว่าใครจะหยุดยาได้หรือเปล่า" L.V. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ ซึ่งเคยอยู่ที่ศูนย์บำบัดของกองทัพบก 4 เดือนบอกว่า

> (การบำบัด) ก็ดีนะ มันทำให้เราหยุดใช้ยา ผมหยุดยาและหยุดบุหรี่ได้ภายในสี่เดือน พวกเขาฝึกเราเหมือนทหาร ผมคิดว่ามันได้ผลนะเพราะเพื่อนของผมบางคนก็หยุดใช้ยา

O.N. (ผู้ชาย จากกรุงเทพฯ) บอกว่า

> (การบำบัด) ก็ดีนะ เพราะช่วยให้ผมรับผิดชอบ และช่วยให้บริหารเวลาได้ (เวลาเข้ากิจกรรมกลุ่ม) หลังจากถูกปล่อยตัว ผมก็หยุดใช้ยาไปช่วงหนึ่ง แต่พอพบเพื่อนเก่าก็เริ่มใช้ยาอีก ชุมชนบำบัดเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์จริง ถ้าผมมีงานทำ และไม่ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมแบบเก่า มันคงได้ผลดีทีเดียว

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้สัมภาษณ์คนอื่นมีทัศนะค่อนข้างลบต่อประสิทธิภาพของระบบบังคับบำบัด O.L. (ผู้ชาย จากเชียงใหม่) บอกว่า

> ไม่จริงหรอก (การบังคับบำบัด) มันไม่ได้ผล (การหยุดยา) เป็นเรื่องของแต่ละบุคคล บางคนยอมทำตามเพราะกลัวกฎระเบียบและกลัวเจ้าหน้าที่ แต่มีแค่ 5% เท่านั้น อีก 95% ไม่กลัวกฎระเบียบ ถ้าจะหยุดยาพวกเขาต้องหยุดด้วยใจ อาจจะหยุดด้วยตัวเองหรือเป็นเพราะครอบครัว บางคนหยุดยาเพราะมีลูก สิ่งสำคัญก็คือแต่ละคนต้องเป็นผู้ตัดสินใจทำด้วยตนเอง

U.T. (ผู้ชาย จากเชียงใหม่) บอกว่า

> ตอนนั้นผมติดยาอย่างหนัก ผมยังเด็กมาก ผมใช้ยากับเพื่อน เลยต้องเข้าคุก ตอนนี้ผมรู้แล้วว่ามันเป็นยังไง มันไม่ยากเท่าไรหรอก ผมไม่ได้กลัวที่จะติดคุก

D.C. (ผู้หญิง จากกรุงเทพฯ) ซึ่งเคยถูกควบคุมตัวที่สถาบันธัญญารักษ์เป็นเวลาสี่เดือนบอกว่า

> หนูชอบใช้ยา ก็เลยยังใช้อยู่ หนูคิดว่าการบำบัดก็ดีนะ แต่ใครจะเลิกยาหรือไม่เลิก เป็นเรื่องของแต่ละคน

---

[93] M.-L. Brecht et al, "Coerced treatment for methamphetamine abuse: differential patient characteristics and outcomes," *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 31 (2005): 337–356

ข้อเสนอแนะ

ข้อค้นพบที่สำคัญอย่างหนึ่งจากรายงานชิ้นนี้ได้แก่ หลักการที่ว่าจะมีการปฏิบัติต่อผู้เสพหรือติดยาเสพติดในฐานะ "ผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร" ถูกบั่นทอนด้วยวิธีการบังคับใช้พรบ.

มีขั้นตอนอย่างเป็นรูปธรรมหลายประการที่จะช่วยให้เจตนารมณ์ที่ดีของพรบ.บรรลุผลที่ดีกว่านี้ได้

ลดการควบคุมตัวระหว่างรอตรวจพิสูจน์ รวมทั้งการควบคุมตัวในเรือนจำให้น้อยที่สุด

การที่ระบบในปัจจุบันกำหนดให้ต้องมีการควบคุมตัวในเรือนจำเป็นเวลานานเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน มีข้อมูลหลายประการที่ชี้ให้เห็นว่ามีการควบคุมตัวบุคคลเพื่อรอการตรวจพิสูจน์นานกว่าช่วงเวลาที่อนุญาตตามพรบ. และการปฏิบัติเช่นนี้เป็นการทำลายเจตนารมณ์ของพรบ.ฉบับนี้ เรือนจำเองก็ไม่ได้รับการดูแลด้านการแพทย์ที่จำเป็นอย่างพอเพียง ขาดการกำกับดูแลสำหรับกระบวนการถอนพิษยาและการจัดการกับภาวะขาดยา ซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานด้านวิทยาศาสตร์ที่ยอมรับกันทั่วไป อันที่จริงแล้ว สภาพที่แออัดและภาวะโภชนาการที่เลวร้ายในเรือนจำจะยิ่งทำให้ความเจ็บปวดและความทรมานที่มักเกิดขึ้นจากการถอนพิษยารุนแรงขึ้น รายงานชิ้นนี้ยังเสนอว่ามีข้อมูลหลักฐานที่แสดงว่าเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีระหว่างที่มีการควบคุมตัวในเรือนจำเพื่อรอการตรวจพิสูจน์

จะต้องมีการเสนอทางเลือกสำหรับระบบที่เป็นอยู่ ไม่เป็นที่ชัดเจนว่าเหตุใดจึงต้องมีการกักตัวบุคคลในเรือนจำในช่วงเวลาดังกล่าว เจ้าหน้าที่อ้างว่ามีข้อจำกัดด้านทรัพยากร แต่ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ระบบการบำบัดได้ขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็วและยังคงขยายตัวต่อไป เราย่อมสามารถใช้ทรัพยากรดังกล่าวเพื่อประกันว่าจะมีการควบคุมตัวบุคคลในสถานบริการสุขภาพระหว่างรอการตรวจพิสูจน์ แทนที่จะเป็นเรือนจำ

การที่พนักงานคุมประพฤติมีระบบบริหารจัดการคดีที่ดีขึ้น จะมีส่วนอย่างมากในการลดเวลาที่ใช้ในการตรวจพิสูจน์ (และทำให้จำนวนผู้ที่ถูกควบคุมตัวในเรือนจำลดลงด้วย) เจ้าหน้าที่บางคนอธิบายว่า พวกเขาสามารถลดเวลาที่ใช้ในการตรวจพิสูจน์ลงเหลือเพียง 18 วัน (โดยเฉลี่ย) ควรมีการประเมินและส่งเสริมความพยายามเช่นนั้น การอนุญาตให้มีการปล่อยตัวชั่วคราวระหว่างรอการตรวจพิสูจน์ ถ้าสามารถทำได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลดจำนวนผู้ที่ถูกควบคุมตัวในเรือนจำลงได้ ไม่มีเหตุผลที่ชัดเจนว่าเหตุใดในช่วงที่รอ*การตรวจพิสูจน์* จึงไม่อนุญาตให้เขาไปใช้ชีวิตในชุมชน ทั้ง ๆ ที่พวกเขาส่วนใหญ่จะใช้เวลาใน*การบำบัด*ในชุมชนอยู่แล้ว

กรมคุมประพฤติควรทบทวนนโยบายการควบคุมตัวบุคคลในเรือนจำเป็นเวลา 45 วันเต็ม ในเมื่อศูนย์ควบคุมตัวเหล่านี้แทบไม่มีพื้นที่เพียงพออยู่แล้ว ในกรณีที่ไม่อาจปฏิบัติตามคำวินิจฉัยให้ส่งตัวเข้ารับการบำบัดแบบควบคุมตัวได้ ก็อาจพิจารณาให้มีการปล่อยตัวบุคคลผู้นั้นเพื่อเข้ารับการบำบัดแบบไม่ควบคุมตัวก่อนเวลาที่กำหนดได้ ไม่เช่นนั้นแล้วอาจทำให้สรุปได้ว่าเจ้าหน้าที่ใช้เวลาควบคุมตัวในเรือนจำ 45 วันในลักษณะที่เป็นการลงโทษต่อผู้กระทำผิดในข้อหายาเสพติด ทั้ง ๆ ที่ยังไม่มีการไต่สวนความผิด และวัตถุประสงค์ของกฎหมายก็มุ่งให้มีการปฏิบัติต่อผู้มีภาวะพึ่งพายาในฐานะผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร

พัฒนาและบังคับใช้มาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลสำหรับการบำบัด

โดยทั่วไปแล้วจำเป็นต้องมีการพัฒนามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับการดูแลเพื่อนำมาใช้กับศูนย์บำบัดทั่วประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมื่อการบำบัดเช่นนั้นเป็นมาตรการเชิงบังคับที่ใช้กับประชาชนหลายพันคนและแต่ละศูนย์และหน่วยงานที่รับผิดชอบก็ใช้วิธีการบำบัดแตกต่างกันไป ตามข้อเสนอแนะของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกดังนี้

เพื่อประกันคุณภาพของเครือข่ายการบำบัดยาเสพติด ควรมีการพัฒนาธรรมาภิบาลด้านคลินิกโดยมีการกำหนดความรับผิดทางการแพทย์อย่างชัดเจน มีการติดตามตรวจสอบความเป็นอยู่ของผู้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ติดตามดูแลกรณีที่เกิดเหตุร้ายแรง และการประเมินผลจากภายนอกเป็นระยะ[94]

เจ้าหน้าที่ซึ่งผู้วิจัยได้ขอคำปรึกษาต่างแสดงความเป็นมืออาชีพอย่างสูง และแสดงแรงจูงใจซึ่งเกิดจากเจตนาที่ดีต่อผู้ที่พวกเขาดูแล อย่างไรก็ตาม ผู้ให้สัมภาษณ์หลายคนซึ่งเคยเข้ารับการบำบัดที่ศูนย์เหล่านี้ ต่างระบุถึงรูปแบบการลงโทษบางอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการใช้ความรุนแรงทางกายซึ่งมีลักษณะโหดร้าย ไร้มนุษยธรรม และย่ำยีศักดิ์ศรี ในขณะที่พรบ.มีเจตนารมณ์ประกันให้บุคคล "ได้รับการปฏิบัติแบบผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร" แต่รูปแบบการลงโทษเช่นนั้นไม่ตอบสนองวัตถุประสงค์ของการบำบัดหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพเลย ทั้งยังเป็นการลงโทษที่ไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย และตรงข้ามกับนโยบายที่รัฐบาลแถลง รวมทั้งขัดแย้งกับกฎหมายสิทธิมนุษยชนสากล

สิ่งที่ต้องทำอย่างเร่งด่วนได้แก่ จะต้องมีการห้ามการปฏิบัติในลักษณะที่โหดร้ายและไร้มนุษยธรรม ทั้งนี้เพื่อประกันว่าหากจะมีการลงโทษซึ่งทำได้ในกรณีที่จำเป็นอย่างยิ่ง จะต้องเป็นรูปแบบการลงโทษตามที่ระบุไว้ในพรบ. และสอดคล้องกับมาตรฐานสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน

โดยทั่วไปแล้วจำเป็นต้องมีการพัฒนามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับการดูแลเพื่อนำมาใช้กับศูนย์บำบัดทั่วประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมื่อการบำบัดเช่นนั้นเป็นมาตรการเชิงบังคับที่ใช้กับประชาชนหลายพันคน

พัฒนากลไกให้ผู้รับบริการสามารถแสดงความเห็นต่อการบำบัดและมีส่วนแก้ไขการละเมิดสิทธิ

สิ่งที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องได้แก่ ควรหาวิธีการเพื่อปรับปรุงการบำบัดที่มีอยู่ ดังที่ตั้งข้อสังเกตข้างต้นผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละคนอาจมีความต้องการในการบำบัดแตกต่างกันไป และเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา ตามระบบที่เป็นอยู่พนักงานคุมประพฤติจะเป็นผู้ทำการประเมินบุคคลเบื้องต้น และส่งข้อมูลเพื่อให้คณะอนุกรรมการวินิจฉัย ซึ่งหมายความว่าในทางปฏิบัติจะมีการประเมินและวิเคราะห์เพียงครั้งเดียว โดยผู้วิเคราะห์ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญด้านการติดยาเสพติด ทั้งไม่ได้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมมา

ในศูนย์บำบัดต่าง ๆ มักให้บริการการบำบัดที่เหมือนกันสำหรับทุกคน วิธีการบำบัดที่ตายตัว แม้จะได้รับการออกแบบมาอย่างดี ย่อมไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทุกคนได้ ต้องมีการพัฒนากลไกเพื่อช่วยให้ผู้รับการบบำบัดเป็นอิสระมากขึ้นและสามารถตัดสินใจเลือกรูปแบบการบำบัดได้อย่างจริงจัง

ควรมีการศึกษารูปแบบการบำบัดในทางเลือก นวัตกรรมของการบำบัดที่พบในการวิจัยได้แก่ โครงการนำร่องการบำบัดในศูนย์เป็นระยะเวลาห้าวัน ควรมีการประเมินต้นทุนและประโยชน์จากการบำบัดด้วยวิธีการนี้ เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบควบคุมตัวเป็นเวลาสี่เดือน การบำบัดในศูนย์เป็นระยะเวลาห้าวันดูเหมือนจะมีประโยชน์อย่างสำคัญในแง่ที่ช่วยลดจำนวนผู้รับบริการในระบบ ทั้งยังอาจทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพ

ในปัจจุบันยังไม่มีกลไกอย่างเป็นทางการที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดในศูนย์สามารถแสดงความเห็นต่อนโยบายการบำบัดได้ การรับฟังความเห็นอย่างหนึ่งที่ทำในศูนย์ของกองทัพบกได้แก่ การให้ผู้เข้ารับการบำบัดกรอกข้อมูลใน

---

[94] UNODC and WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment,* p. 20

แบบสอบถาม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดช่วยประเมินการบำบัด วิธีการเช่นนี้มีส่วนช่วยให้เกิดการปรับปรุงการบำบัด จึงควรมีการส่งเสริมการคิดในเชิงสร้างสรรค์ในลักษณะเช่นนี้ ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดมีส่วนร่วมมากขึ้นในการออกแบบการบำบัดสำหรับตนเอง

สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกจำแนกวิธีการบำบัดที่ควรนำมาใช้ พวกเขาเสนอว่าระบบการบำบัดภาวะพึ่งพายาควรประกันว่า

- ขั้นตอนการให้บริการกำหนดให้เจ้าหน้าที่ต้องแจ้งข้อมูลให้ผู้รับบริการทราบเกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนการบำบัดอย่างเพียงพอ วางแผนร่วมกับผู้รับการบำบัดเพื่อพัฒนาการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ต้องให้ผู้เข้ารับการบำบัดแสดงฉันทานุมัติก่อนที่จะเริ่มมาตรการบำบัดใด ๆ ประกันว่าผู้เข้ารับการบำบัดสามารถถอนตัวจากการบำบัดไม่ว่าในช่วงใดก็ตาม...และ
- มีการอบรมเจ้าหน้าที่อย่างเหมาะสมเพื่อให้สามารถให้บริการอย่างสอดคล้องเต็มที่กับมาตรฐานด้านจริยธรรม และให้แสดงทัศนคติที่เคารพและไม่ตีตราบาปต่อผู้เข้ารับบริการ...[95]

ปัจจุบันระบบบังคับบำบัดของไทยไม่มีกลไกซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดสามารถร้องเรียน กรณีที่กล่าวหาว่ามีการละเมิดสิทธิ การละเลย หรือการเอารัดเอาเปรียบต่อผู้เข้ารับบริการ ระบบในปัจจุบันไม่มีกระบวนการร้องเรียนและร้องทุกข์ แม้ว่าผู้เข้ารับบริการสามารถอุทธรณ์คำสั่งของคณะอนุกรรมการให้มีการบำบัดได้ แต่ก็สามารถอุทธรณ์ได้ในประเด็นที่ค่อนข้างจำกัด จึงต้องมีการกำหนดกลไกร้องเรียนอย่างเป็นอิสระเพื่อแก้ไขปัญหาเมื่อมีการกล่าวหาว่ามีการละเมิดสิทธิ

ประเมินประสิทธิภาพของการบังคับบำบัด เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการบำบัดแบบสมัครใจ

จำเป็นต้องมีการประเมินอย่างเป็นอิสระและจริงจังเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของการบังคับบำบัดในประเทศไทย รายงานวิจัยจากต่างประเทศทำให้เกิดคำถามต่อประสิทธิภาพของการบังคับบำบัด อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่ผ่านมาไม่นานนักมีการนำการบังคับบำบัดมาใช้อย่างแพร่หลาย ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหาทางประเมินอย่างจริงจังต่อประสิทธิภาพของระบบดังกล่าว เพื่อให้ทราบว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ซึ่งมุ่งประกันว่า ผู้เข้ารับบริการเป็น “ผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร” ประกันว่าผู้ใช้ยามีช่องทางเข้าถึงการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของตน ในเวลาเดียวกัน ในเมื่อรัฐบาลไทยยอมรับว่าภาวะพึ่งพายาเป็นปัญหาสุขภาพร้ายแรงสำหรับประเทศ จึงควรมีการให้ความสำคัญในเบื้องต้นกับการส่งเสริมโอกาสในการเข้าถึงการบำบัดที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสมและผ่านการทดลองพิสูจน์มาแล้ว ทั้งเป็นไปโดยสมัครใจ ดังข้อสังเกตของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ ละองค์การอนามัยโลกว่า

> ลักษณะการใช้ยาและปัญหาที่ต่อเนื่องของชุมชนจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ดังนั้นบริการที่ให้จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนและมีการเปลี่ยนจุดเน้นเพื่อให้การบำบัดตอบสนองกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้รับบริการได้ รวมทั้งควรมีการพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับเสียงสะท้อนที่ได้รับจากผู้ป่วย ญาติ และชุมชนของพวกเขา ทั้งยังต้องมีการติดตามและประเมินผลผลลัพธ์ที่ได้ ทั้งนี้เพื่อมุ่งพัฒนาคุณภาพและวิธีการปฏิบัติ[96]

---

[95] UNODC and WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment*, p. 9

[96] อ้างแล้ว หน้า 18